



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö

I hälsans tjänst!

Akademiskt utbildade hälsoarbetsares tankar kring arbetet i kommersiell friskvård.

Anna Pettersson

Magisteruppsats, 15 hp

Kostvetenskap

Handledare:

Ann Gleerup

Examinator:

Marianne Pipping Ekström

Datum:

Juni, 2010



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö MHM
Box 320, SE 405 30 Göteborg

Titel: I hälsans tjänst! Akademiskt utbildade hälsoarbeters tankar kring arbetet i kommersiell friskvård.
Författare: Anna Pettersson
Typ av arbete: Magisteruppsats, 15 hp
Handledare: Ann Gleerup
Examinator: Marianne Pipping Ekström
Program: MHA302, Kostvetenskap
Antal sidor: 47 inklusive bilaga
Datum: Juni, 2010

Sammanfattning

Definitionen av god hälsa skiljer sig åt, men dagens hälsoarbete är en form av information som önskar påverka till mer hälsosamma beteenden. Synen på kropp och hälsa har utvecklats med samhället och idag finns ett stort intresse för den hälsosamma livsstilen och därigenom för utbildning inom området. Friskvård som arbetsfält växer men det finns ingen entydig definition om vilka kompetenser eller vetenskaplig nivå som krävs för att få vara yrkesprofessionell inom området. Tränings- och friskvårdsanläggningar är en arena som lockar såväl hälsoarbetaren som stora delar av befolkningen och passar dessutom in i konsumtionssamhället med en tanke på hälsa som affärsidé. Syftet med denna typ av verksamhet är således fler än hälsofrämjande då även kommersiella och vinstdrivande krav finns.

Syftet med detta arbete var att få fördjupad kunskap kring hur det är att som akademiskt utbildad inom kost och friskvård vara yrkesverksam på en tränings- och friskvårdsanläggning med en mer kommersiell syn på hälsoarbete.

Djupintervjuer genomfördes med en kvalitativ ansats. Totalt ingick 5 respondenter i undersökningen, samtliga med en akademisk examen inom ett hälsorelaterat ämne och verksamma som hälsoarbetare på den aktuella arenan. Resultaten visade att man trivs med sitt arbete och ser det som viktigt då det handlar om att uppmuntra till en förbättrad hälsa hos personer man möter. Man anser att utbildningen spelar en stor roll men upplever stor konkurrens från hälsoarbetare med lägre utbildning och ser således ett behov av definition av vilka kompetenser som krävs för hälsoarbete. Man upplever en bristande uppskattning för den akademiska utbildningen och tycker vidare att det är svårt att bemöta den mer kommersiella synen på friskvård. Den akademiskt utbildade hälsoarbetaren gör således avkall på sina kunskaper för att passa in i verksamheten. En akademisk utbildning inom kommersiell friskvård har fördelar men upplevs inte alltid utnyttjas och uppskattas tillräckligt.

Nyckelord: hälsofrämjande, friskvård, högskoleutbildning



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Department of Food, Health and Environment
Box 320, SE 405 30 Göteborg, Sweden

Title: Working healthy! Academically educated health workers thoughts about working with commercial health.

Author: Anna Pettersson

Type of paper: Thesis, Master of Science with a major in Food Service

Management: Food and Nutrition Sciences

Tutor: Ann Gleerup

Examiner: Marianne Pipping Ekström

Course: MHA302, Thesis, advanced level, 15 ECTS

Number of pages: 47 including attachments

Date: June, 2010

Abstract

The definitions of good health differ, but the health work today is informative and wishes to affect and encourage more healthy behaviours. The view of body and health has developed parallel to society and today there is a large interest for the healthy lifestyle and therefore education within the area. Health as a work field is growing but there are not any clear definition of what skills or scientific level of knowledge is required to work within the area. Training-and health centres draw both health workers as well as the larger population and is also an answer to today's consumption society with health as a business idea. The purposes of this kind of business are thereby more than health promoting as a commercial and profit making demand exists.

The aim of this work was to achieve deeper knowledge about how academically educated health workers feel about working in a training- and health centre with a more commercial view of health.

A qualitative approach with deep interviews was conducted. 5 people were included in the survey, all with an academical exam within a health-related subject and with a job as a health worker in the actual arena. The results showed that the health workers like their job and think of it as important as it focus on improving the health for the people they meet. They think that education is of importance but feel great competition from people with lower education and therefore there is a need of a definition of criteria's needed for health promoting jobs. They feel a lack of appreciation for the academical education and experience meeting with the more commercial view of health hard. The academically educated health worker has to tone down their knowledge and learning to fit in the business. An academic education within commercial health has advantages but they are not always used and appreciated enough.

Keywords: Fitness, health promotion, higher education

Förord	5
1. Inledning	6
2. Bakgrund	7
2.1 Den goda hälsan	7
2.2 Hälsoarbete.....	12
2.3 Hälsoarbetaren.....	18
2.4 Sammanfattning av bakgrunden.....	21
3. Syfte	21
3.1 Frågeställningar	22
3.2 Utgångspunkt för förståelse	22
4. Metod	22
4.1 Arena och målgruppspopulation	22
4.2 Metodval.....	23
4.3 Urval.....	24
4.4 Försöksupplägg	24
4.5 Genomförande	25
4.6 Analys.....	26
5. Resultat	27
5.1 Informanterna	28
5.2 Tankar om den akademiska utbildningen.....	29
5.3 Upplevelsen av dagens arbete	31
5.4 Arbetet kopplat till utbildning	35
5.5 Sammanfattning av resultat	38
6. Diskussion	38
6.1 Metoddiskussion.....	38
6.2 Resultatdiskussion	41
6.3 Sammanfattning	45
6.4 Förslag till vidare forskning	46
7. Referenser	47
Bilagor	50
Bilaga A Intervjuguide	-1-

Förord

Jag har under hela arbetsprocessen med denna magisteruppsats fått bra stöd och handledning av Ann Gleerup och vill därför tacka henne för bidrag med såväl kunskap som uppmuntran under tidens gång.

Jag vill också tacka alla i min närhet som haft stor förståelse för mitt engagemang i denna uppgift, trots tusen andra bollar i luften samtidigt och därför ett varierat humör samt tid och ork för övriga aktiviteter. Tack för praktiskt hjälp med vardagen samt handlingar som lyfter mig mentalt – ni vet vilka ni är!

Slutligen också ett tack till deltagarna i denna undersökning. Ni har hjälpt mig att få fördjupad kunskap i ett område som känns viktigt.

Detta arbete mynnade – efter flera funderingar kring ämnesval – i frågor som intresserar mig och som känns aktuella, såväl för mig som för andra i min situation. Det är viktigt såväl nu som i framtiden att se till utbildning och arbete inom hälsa.

Göteborg 2010-05-24

Anna

1. Inledning

För att kunna arbeta med hälsa och hälsofrågor hos såväl individer som större grupper är teoretisk kunskap en förutsättning. Man bör ha insikt i det faktum att hälsa kan definieras på olika sätt hos olika personer, såväl den fysiska som psykiska hälsan, och därmed ha förståelse för detta i mötet med andra. Därtill kommer ett behov av verktyg för att kunna förmedla budskap på ett sätt som gör att mottagaren väljer att ta till sig detta, särskilt vad gäller förändring mot hälsosammare vanor i vardagen.

I min tidigare utbildning till kost- och friskvårdspedagog erhöles en stark grund för att kunna göra ett bra hälsoarbete. Detta med utgångspunkt i vetenskapen och fokus på teori och kritiskt tänkande. Man ser dock i dagens konsumtionsamhälle att det finns ett nytt sätt att se på hälsa utöver det vetenskapliga, nämligen hälsa som affärsidé. Denna innefattar bland annat produkter och tjänster som syftar till kroppsunderhåll men riktar sig också till att påverka beteenden som kopplas till god hälsa såsom kosthållning och fysisk aktivitet. Denna mer kommersiella del har andra syften än förbättrad hälsa då det exempelvis handlar om lönsamhet för verksamheter med detta fokus.

Tillsammans med de nya sätten att se på hälsa och framfarten av den kommersiella friskvården kommer också ett ökat intresse för utbildning inom dessa områden. Utbildning finns dock på olika nivåer och en akademisk utbildning är således inte alltid nödvändig för att arbeta med denna typ av hälsoarbete. Kunskap möter således samhället.

Jag var inför detta examensarbete intresserad av att undersöka vad universitetsutbildade hälsoarbetare inom kost- och friskvård har för tankar och reflektioner kring att arbeta i en verksamhet som kan tänkas ha andra syften än hälsofrämjande mål, det vill säga en del av den mer kommersiella friskvården. Det handlar då om kost- och träningsanläggningar som lockar till sig den breda massan och därmed borde vara en bra plats för förmedlande av hälsosamma budskap. Stora delar är om det anses lätt eller svårt att med utbildningsbakgrunden arbeta i denna typ av verksamhet och huruvida man fått göra avkall på kunskaper som kanske inte passar in i den aktuella verksamheten och följaktligen om den akademiska utbildningen kan användas fullt ut i arbetet. Vad får man för verktyg, såväl kunskapsmässiga som personliga, på universitet som man kan ta med sig i arbetslivet och vad får man lägga på hyllan? Vad påverkar egentligen hälsoarbetaren och kunderna när teori möter verklighet?

För egen del fanns intresset för dessa diskussioner av egna erfarenheter. Akademisk utbildning är inte alltid nödvändig för att arbeta inom denna typ av verksamheter, men borde inte universitetsutbildning kunna höja kvaliteten på kost- och träningsrådgivning på denna typ av anläggningar? Att vara högskoleutbildad och arbeta inom denna typ av verksamhet känns därför viktigt att undersöka för framtidens utveckling av hälsoarbetet. I den uppsjö av hälsoutbildningar som finns idag bör de på högre nivå vara attraktiva för att det hälsofrämjande arbetet ska gå framåt och folkhälsan förbättras. En teoretisk utbildning kanske inte alltid är nödvändig för att arbeta på tränings- och friskvårdsanläggningar och intresset ligger således i att ta reda på vad den utbildade kost- och friskvårdsarbetaren tycker om att arbeta på detta sätt för att hälsoarbetet ska fortsätta utvecklas i en positiv riktning.

2. Bakgrund

Bakgrunden delas in tre olika delar som var och en beskriver olika områden som är intressanta för den aktuella undersökningen. Den första delen behandlar den goda hälsan – olika perspektiv på detta samt en historisk överblick av hälsans utveckling. Vidare finns ett avsnitt om hälsan kopplad till dagens samhälle. Bakgrundens andra del är en vidareutveckling av det inledande avsnittet och beskriver således hälsoarbete. Här finns en genomgång av vad som innefattas i ett hälsoarbete och arenor för detta. Sista delen av bakgrunden behandlar hälsoarbetaren och beskriver såväl utbildning som viktiga delar av arbetet. Bakgrunden avslutas med en sammanfattning som leder till en övergripande problemformulering för arbetet och därmed forskningsfrågan.

2.1 Den goda hälsan

Hälsa kan ses ur olika vinklar och såväl fysisk som psykisk hälsa är viktigt för ett totalt välmående (Ewles & Simnett, 2005). Nedanstående avsnitt behandlar hälsa som begrepp samt hur hälsan och synen på densamma sett ut genom tiderna och i dagens samhälle.

2.1.1 Begreppet hälsa

Ordet hälsa – ur fornsvenskans *hælsa* – är besläktad med *hel* och *lycka (hæl)* (Nationalencyklopedin, 2010c). Världshälsoorganisationen (WHO) beskrev år 1946 hälsa som ”*ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp*” (Ewles & Simnett, 2005, s. 19) – en definition som är aktuell än idag, tillsammans med ytterligare definitioner. Denna beskrivning ger hälsa en positiv innebörd som kopplar individen till den situation som omger honom eller henne (Nationalencyklopedin, 2010c).

En god hälsa betyder olika för olika människor (Ewles & Simnett, 2005). Det har således varit svårt att finna en enhetlig definition av begreppet (Nationalencyklopedin, 2010c). Hälsa är kopplad till vilken situation individen befinner sig i och den egna definitionen av en god hälsa kan därför komma att förändras utefter omständigheterna. Graden av hälsa styrs av olika faktorer, såväl livsstilsrelaterade (beteenden och vanor) som mer omfattande (ekonomiska, sociala och miljörelaterade faktorer) och kan således delas in i fysisk hälsa, psykisk hälsa och social hälsa som tillsammans ger en helhet av individens eller gruppens välmående.

Det finns olika modeller för determinanter för hälsa, det vill säga vilka faktorer som bidrar till en god hälsa, men gemensamt är att individen alltid står i mitten (Andersson, 2002). Vissa faktorer är givna såsom ålder och kön och närmast kan livsstilsfaktorer ses. Dessa innefattar bland annat sociala relationer och socialt stöd men också sömn, matvanor och fysisk aktivitet. Därtill kommer övriga livsvillkor såsom arbete och utbildning, kulturella faktorer och övriga delar i den omgivande miljön. Hälsa bestäms således av huruvida fysiska, psykiska och sociala behov tillfredsställs (Ewles & Simnett, 2005).

2.1.2 Syn på hälsa genom tiderna

Hälsa har genom tiderna behandlas ut såväl individperspektiv som på ett större plan (Ewles & Simnett, 2005).

Fokus på folkhälsan, det vill säga det allmänna hälsotillståndet i en befolkning (Nationalencyklopedin, 2010b) samt grunden till dagens folkhälsopolitik, kan spåras tillbaka till 1700-talet då man lade fram antaganden om att en frisk och antalsmässigt stor befolkning skulle vara en fördel för landet ur såväl ekonomisk som militärt perspektiv (Palmlblad & Eriksson, 1995). Fokus på en stor befolkning förde dock med sig en klar försämring av den allmänna hälsan då en stor del av populationen levde i fattigdom och misär. Den dåliga hälsan ledde tillsammans med den medicinska vetenskapens framfart till ett nytt tankesätt – en samhällshygienisk inriktning som under 1900-talet föregår den äldre folkhälsopolitiken och gör hälsan till ett samhällsprojekt. Den nya folkhälsopolitiken talar således om kvalitet före kvantitet och att det är statens uppgift att se till att befolkning är frisk och stark. Åtgärder för att uppnå detta nya folkhälsopolitiska mål är insatser för att främja en hälsosam livsstil hos befolkningen i kombination med samhällsreformer som erbjuder en mer hälsofrämjande miljö. Denna så kallade ”dubbla strategi” – namngivet utifrån två perspektiv på folkhälsan i form av både insatser mot individen och på samhällsnivå - vill via ökad kunskap förbättra befolkningens livsstil. En våg av hälsoupplýsning sprider sig, främst i form av kampanjer och propaganda gällande exempelvis personlig hygien, bostadshygien och sexualupplýsning.

Under den senare delen av 1900-talet försvagas den dubbla strategin genom att de sociala reformerna minskar (Palmlblad & Eriksson, 1995). Fokus flyttas mer mot hälsoupplýsning och den enskilda individens livsstil – det egna ansvaret lyfts fram och det är en skyldighet gentemot samhället och sina medmänniskor att hålla sig frisk. En mindre hälsosam livsstil ger sjukdomar vars orsakande individen själv har ansvar för, exempelvis näringsbrist eller följdkomplikationer av tobaks- eller alkoholmissbruk. Med tiden förändras även hälsoupplýsningarnas format och det som startat som propaganda till mer diskreta budskap i form av reklam. Den nya formen av hälsoupplýsning är en följd utvecklingen till dagens samhälle och syftar till att påverka människors känslor och attityder till hälsosamt beteende – främst genom att koppla samman hälsobudskapet med bilder av framgång, lycka, skönhet och ungdom. Detta stämmer överens med det konsumtionssamhälle som råder idag (Johansson & Miguel, 2002).

Hälsa har således gått från att ha varit en fråga om en stor befolkning till en frisk sådan för att sedan lägga mer ansvar på den egna individen om huruvida han eller hon väljer att använda samhällets och den omgivande miljöns verktyg till ett hälsosamt leverne (Palmlblad & Eriksson, 1995)

Med grund i ovanstående historik var Världshälsoorganisationens definition på hälsa – och det faktum att den omfattade såväl fysisk, psykiska som sociala faktorer i begreppet hälsa - anmärkningsvärd, då denna på sin tid var ett nytänkande (Ewles & Simnett, 2005).

2.1.3 Hälsan i Sverige

Medellivslängden i Sverige har ökat, dock gäller det inte enbart friska år då sjukdom gör att många lever med ohälsa under ett stort antal år (Nationalencyklopedin, 2010). Trots detta rapporterar tre fjärdedelar av befolkningen sitt hälsotillstånd som bra.

År 2003 började Sverige arbeta med ”Mål för folkhälsa”, vars syfte var att ge folkhälsopolitiken en större roll i dagens samhällsarbete (Ewles & Simnett, 2005). Dessa mål

involverar såväl fysiska, psykiska som sociala delar, exempelvis ”delaktighet och inflytande i samhället” (målområde 1), ”ökad fysisk aktivitet” (målområde 9) och ”goda matvanor och säkra livsmedel” (målområde 10). Statens Folkhälsoinstitut (FHI) uppmärksammar att människans levnadsvanor har stor betydelse för folkhälsan och en rapport från 2009 visar att varannan kvinna och var fjärde man i åldrarna 16-84 år lever hälsosamt och inte rapporterar ohälsosamma levnadsvanor utifrån områdena alkohol, tobak, spel, kost, fysisk aktivitet samt en god sexualitet och reproduktiv hälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2009). Flera faktorer påverkar människors hälsa, och det råder en stor ojämnlighet i befolkningens hälsostatus (Ewles & Simnett, 2005). Förutom uppfattningen av vad som är god hälsa påverkas hälsotillståndet inom olika grupper av sociala faktorer, etnicitet, ålder, kön och bostadsort/område.

Livsstilsrelaterade sjukdomar en bidragande orsak till ohälsa, framförallt i västvärlden (Ewles & Simnett, 2005). Idag är undernäring ett stort problem i många u-länder, medan det i västvärlden och Sverige sker en kraftig ökning av den del av befolkningen som kan klassas som överviktiga eller feta¹ (Abrahamsson et al, 2006). Detta kan i sin tur leda till sjukdom och ökad dödlighet, framförallt via diabetes typ 2 och hjärt-kärlsjukdom. Motverkan av viktuppgång alternativ aktiv viktning kan förbättra tillståndet varvid ökad fysisk aktivitet och sunda kostvanor bör uppmuntras ur ett folkhälsoperspektiv. Kost och träning tillsammans bildar den fysiska hälsan (Ohlsson, 2008), och då fysiskt välmående är en stor del i den totala hälsan är dessa viktiga områden på såväl individ- som gruppnivå – inte minst för att minska risken för ovan nämnda livsstilsjukdomar (Abrahamsson et al, 2006).

2.1.4 En hälsosam livsstil

Livsstil används för att beskriva beteendemönster som bestäms av personliga egenskaper, motiv och värderingar (Nationalencyklopedin, 2009). Hälsa är knutet till individen via kön, ålder och genetiska förutsättningar men utfallet orsakas framförallt via livsstilsfaktorer (Annerstedt & Gjerset, 1992). Två stora områden är fysisk aktivitet och kosthållning, som är beteende som ingår i en hälsosam livsstil.

En större undersökning har visat att energiintaget i kosten i Sverige generellt är något lägre hos yngre åldersgrupper än äldre (Livsmedelsverket, 2003). Den procentuella andelen fett ligger något över dagsrekommendationerna med undantag av de yngre individerna (17-24 år) som äter mindre fett. De procentuella intaget av kolhydrater är högre hos den yngre delen av befolkningen medan äldre individer (25-54 år) äter mer protein. Behoven av vitaminer och mineraler uppfylls på det stora hela i samtliga kategorier. Man ser inga signifikanta skillnader i näringsintag mellan män och kvinnor men slutsatsen att kvinnor är mer hälsosamma än män då dessa har ett högre intag av frukt och grönsaker. Denna undersökning visar också att många (80 % av de deltagande 1200 personerna) tycker att det är viktigt att maten är hälsosam. Det kan dock inte sägas om energiintaget motsvarar ett ökat behov vid fysisk aktivitet då ingen hänsyn tas till träningsgrad hos studieobjekten. Övervikt och fetma har dock ökat i Sverige och västvärlden under de senaste decennierna, där överskott av energi och en stillasittande vardag är starkt bidragande faktorer (Abrahamsson et al, 2006). Adekvat

¹ Enligt Body Mass Index (BMI), en beräkning av antropometri via kroppsvikten dividerad med längden i kvadrat. Övervikt vid BMI ≥ 25 och fetma vid BMI ≥ 30 (Abrahamsson et al, 2006)

kosthållning och daglig fysisk aktivitet är således viktigt i förebyggandet av övervikt och eventuella följsjukdomar.

Fysisk aktivitet medför en mängd positiva effekter för hälsa och välmående, såväl fysiskt som psykiskt (Henriksson, 2004). Regelbunden träning påverkar hälsan såväl direkt som indirekt och har positiva effekter på såväl rörelseapparaten (muskler, skelett, leder etc.) som inre organ och system (hjärta, lungor, blodcirkulation, hormonsystem etc.). Fysisk aktivitet kan utövas på olika sätt beroende på vilket syfte man har med sin träning (Annerstedt & Gjerset, 1992). Vardagsmotionen är dock viktig för alla, inte minst för personer som är inaktiva i övrigt. Enligt rekommendationer från American College of Sports Medicine bör konditionsträning i 30 minuter med moderat intensitet fem dagar i veckan alternativt 20 minuter med intensiv intensitet tre dagar i veckan ingå som en regelbunden rutin i det dagliga livet (ACSM, 2007). Detta bör kombineras med styrketräning i form av åtta till tio styrkeövningar och åtta till tolv repetitioner med en frekvens på två gånger i veckan. Dessa rekommendationer är satta utifrån målet att behålla god hälsa och minska risken för kroniska sjukdomar. I Sverige rekommenderar Statens folkhälsoinstitut (FHI) fysisk aktivitet i minst 30 minuter med moderat intensitet dagligen alternativt högintensiv intensitet minst tre gånger i veckan för samma mål (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Viktigt vad gäller utövandet av fysisk aktivitet är alltså att det sker med regelbundenhet (Rydqvist & Winroth, 2004). Dock bör man vid påbörjan av fysisk aktivitet inte gå ut för hårt då träningsvärk kan medföra olustkänslor. Därtill ökar risken för skador samt minskar chansen att motionsvanorna blir bestående. Rekommendationerna om regelbunden styrketräning och konditionsträning anses göra individen mer fungerande i sin vardag samt förbättra och bibehålla en god hälsa på sikt. Därtill följer förbättringar av folkhälsokaraktär, exempelvis vad gäller överviktsproblematiken och samhället uppmuntrar därmed till fysisk aktivitet.

Såväl vid regelbunden fysisk aktivitet som vid en mer stillasittand livsstil är det viktigt med en adekvat kosthållning för att bibehålla hälsan (Abrahamsson et al, 2006). Vid bristfällig kosthållning – såväl i samband med regelbunden fysisk aktivitet som hos en mer inaktiv individ – kan medföra brist på energi och/eller näring och vidare exempelvis sänkt immunförsvar och ökad risk för sjukdomar och infektioner (Jeukendrup & Gleeson, 2007). Därför bör kosten anpassas för att främja hälsan såväl kort- som långsiktigt. De svenska näringsrekommendationerna – satta av Statens Livsmedelsverk – anger fördelning av de energigivande näringsämnen kolhydrater, fett och protein till 50-60%, 25-35% respektive 10-20% av det totala energiintaget (Livsmedelsverket, 2005). Näringsbehov tillgodoses lättast om kosten är varierad och varje dag innehåller livsmedel från grupperna grönsaker, frukt och bär, potatis och rotfrukter, mjölk och ost, kött, fisk och ägg, bröd och andra spannmålsprodukter samt matfett. Den dagliga tillförseln av näring och energi bör fördelas jämnt över dagen. En lämplig måltidsordning är tre huvudmål och ett till tre mellanmål. Ett regelbundet måltidsmönster är viktigt för alla samt att det oberoende av livssituation avsätts tillräcklig tid för att maten ska kunna ätas i lugn och ro.

Att ha en livsstil som anses hälsosam är en norm som vuxit under de senaste årtionden, framförallt inom den västerländska medelklassen (Korp, 2004). En central aspekt är skötsel och kontroll av kroppen. Hälsa blir under senare tid finns en symbol för kroppen som i sin tur visar karaktär, det vill säga en stark koppling mellan kroppsideal och moral. Industrin som

följer denna livsstil gör hälsa till en konsumtionsvara som man med ekonomiska resurser kan unna sig. Att ta hand om och forma sin kropp kan således kopplas till skönhetsnormer och symboliska vinster. Man ser således att människor med professioner som kräver ett symboliskt framställande av kroppen är de individer som ägnar mest tid, pengar och intresse åt att forma och anpassa sina kroppar till de rådande normerna. Detta innefattar exempelvis personer som arbetar med friskvård ur ett estetiskt perspektiv (Groth et al, 2008).

2.1.5 Hälsa möter dagens samhälle

Liksom synen på hälsa har kroppens roll utvecklats med samhället (Blom & Linderöth, 1995). Från att ha varit ett verktyg för arbete och funktion har mer och mer fokus lagts på vad som är estetiskt tilltalande, framförallt i samband med dagens konsumtionskultur. Detta betecknar det samhälle som värderar konsumtion och materiella ting högre än andra värden såsom kulturella och andliga (Johansson, 1997). Framväxten av konsumtionssamhället skedde under 1900-talet och tillsammans med mode- och reklamindustrins tillväxt förde det med sig en betoning på kroppens utseende (Johansson & Miegel, 2002). Produkter och tjänster får marknadsföras av den vackra kroppen som också mer och mer förknippas med lycka och rikedom.

Tillsammans med ökat fokus på kropp och utseende växer en marknad för kroppsunderhåll fram, vilken innefattar varor och tjänster som syftar till att försköna kroppen (Featherstone, 1994). Smink, hudvårdsartiklar, träningsprogram- och produkter och kosmetisk kirurgi finns till hands för att kunna ta hand om kroppen och göra den vackrare, då kroppen i konsumtionskulturen verkar som en symbol för jaget och utseendet till stor del speglar en individs värde. Även dagens hälsouppläsning bidrar till denna utveckling då det budskap som förs fram är att en hälsosam kropp är lika med en vacker sådan. För att bäst marknadsföra denna typ av budskap sammankopplas hälsofrämjande aktiviteter – exempelvis fysisk aktivitet – med ett förbättrat utseende, och för konsumenten förknippas vidare önskvärda egenskaper såsom kraft, energi, vitalitet, ungdom och en god karaktär med utseendet. Det är i konsumtionssamhället en moralisk skyldighet att ha en vältränad och vacker kropp (Johansson & Miegel, 2002). Hälsobudskap i massmedier och reklam lägger ansvaret på individen – det är upp till honom eller henne att själv ta hand om sitt yttre och således nå framgång.

Medvetandet om det egna utseendet har ökat på grund av kroppens symboliska värde men också på grund av en ökad jämförelse med de idealiserande bilder av vackra kroppar som finns i massmedia och övriga samhället (Featherstone, 1994). Dessa bilder leder till ett sökande efter vad som anses perfekt och idealbilden får i många fall stå som föregångare till det man önskar uppnå. Tillsammans med kroppens ökade värde som symbol för jaget och det ökade medvetenheten om vikten av utseendet har en plastisk syn på kroppen utvecklats, där man på olika sätt försöker omforma kroppen till att efterlikna det perfekta utseendet som då avspeglar den perfekta individen (Johansson, 1997). En vältränad kropp kan således kopplas till en lyckad människa och ses som en symbol för en hälsosam livsstil. Inom träningskulturen – en del av konsumtionssamhället - kan ett beroende utvecklas och kroppen blir ett projekt som med hjälp av olika träningsmetoder, dieter och andra tekniker försöker formas till perfektion. Det stora utbudet i dagens samhälle innefattar produkter och tjänster som gör möjligheterna till denna påverkan stora. Strävan efter perfektion kan dock leda till ett tillstånd av missnöje där varje resultat som uppnåtts omedelbart ersätts med ett nytt mål. Denna

missnöjets logik (Johansson, 1997, s. 83) kan vidare kopplas till att man i det moderna konsumtionssamhället ständigt vill ha mer (Söderström, 1999).

Även om förbättrad hälsa ofta är det starkaste motivet till fysisk aktivitet finns förbättrat utseende med bland viktiga orsaker (Riksidrottsförbundet, 2001; Söderström, 1999). Det är enligt en studie kring träning främst män som anser att det är viktigt att ha en attraktiv kropp men dessa är också till större del nöjda och har en positiv kroppsuppfattning jämfört med kvinnor (Riksidrottsförbundet, 2001). Att söka den perfekta kroppen påverkar ofta hela livsstilen – där innefattande träning och kroppsuppehåll som således oftast anses hälsosamt och moraliskt rätt (Johansson, 1997). Risken i en sådan livsstil kan vara att man börjar värdera såväl sig själv som andra efter deras utseende snarare än inre kvaliteter.

I dagens konsumtionssamhälle möts vi således av beskrivningar av god hälsa som skönhet, ungdom och vitalitet (Andersson, 2002). Uppmuntran till att vårda sitt yttre är stor, såväl via synliga som dolda budskap i olika medier (Johansson, 1997). En diskurs kan således uppstå då de framställningar av god hälsa i samhället – exempelvis skönhet, ungdom och ett vårdat yttre – överskuggar fysiska och psykiska faktorer såsom motion och kosthållning för fysiologiska behov. Dagens konsumtionssamhälle – innefattande en syn på kroppen som symbol (Johansson & Miegel, 2002) - kan tillsammans med ett ökat fokus på vad som anses nyttigt och hälsosamt tänkas bidra till en ökad kropps- och utseendefixering, framförallt hos kvinnor (Burke & Deakin, 2006). Fysisk aktivitet och kosthållning blir här ett undantag, då denna typ av möjlighet till hälsofrämjande beteenden istället påverkar individen negativt såväl fysiskt som psykiskt (Abrahamsson et al, 2006).

2.2 Hälsoarbete

Hälsopromotion och hälsofrämjande arbete syftar till att förbättra människors hälsa, och då hälsa utifrån alla möjliga definitioner (Korp, 2004 – se även under rubriken *Den goda hälsan*). Detta arbete är viktigt för såväl individen som på befolkningsnivå. Nedanstående avsnitt beskriver hälsoarbetet utifrån historiskt perspektiv, vilka delar som ingår i hälsoarbetet idag och tränings- och friskvårdsanläggningar som en arena för hälsopromotion.

2.2.1 Hälsoarbete genom tiderna

Ihop med intresset för den hälsosamma livsstilen har arbetsområden med fokus på friskvård vuxit sig starkare (Ewles & Simnett, 2005). Det hälsofrämjande arbetets fokus har förändrats över tid. Detta gäller såväl folkhälsoarbetet som arbetet med den enskilda individen.

Under 1900-talets första hälft är miljöreformer dominerande och man arbetar med att sanera bostäder och undervisa i hygienfrågor i förhoppning om att minska ohälsan (Palmlblad & Eriksson, 1995). Under 1950- och 60-talen skiftades arbetet mot att gälla individernas hälsobeteenden gällande familjeplanering, sexuellt överförbara sjukdomar, förebyggande av olycksfall, vaccinationer, alkoholkonsumtion, rökning och fysisk aktivitet (Ewles & Simnett, 2005). Då började också hälsoarbetet gå mer mot att betona vikten av livsstilsförändringar och således rikta sig mot hälsouppläsning. Detta arbetssätt mötte dock stark kritik under 70-talet då den ansåg lägga för mycket skuld på den enskilda individen utan att ta hänsyn till omgivande faktorer (miljö) och inte involverade sociala eller ekonomiska faktorer som en

helhetsbild av hälsa. Under 80-talet växte således en bredare strategi för hälsoarbete fram, liknande de verksamheter vi har idag. Dessa innefattar såväl hälsouppllysning som politiska och sociala åtgärder vilket är mer förenligt med bilden av hälsa som en komplex helhet involverande såväl fysiska som psykiska och sociala delar (Andersson, 2002)

Den fysiska aktiviteten ingår till stor del i det friskvårdsarbete vi har idag och som började utvecklas ordentligt på 70-talet - då med de dominerande temana kost och fysisk aktivitet (Rydqvist & Winroth, 2004). Hälsoarbetet utvecklas med samhället och förutom denna fysiska hälsa innefattar området idag även andra faktorer som kan kopplas till psykologiska drag, exempelvis stresshantering. Kärnan i all friskvårdskompetens utgår från kunskaper om människan och hennes livsvillkor, vilka faktorer som påverkar vår hälsa och vad som kan göras för att förbättra hälsan både aktivt och preventivt.

Hälsoarbete har ofta sitt verksamhetsområde på en gemensam arena som kan verka som en mötesplats där människor kan samlas och nås (Ewles & Simnett, 2005). Här kan friskvårdsfrämjande arbete ske såväl teoretiskt som praktiskt och en större målgrupp nås. Idag bedrivs därför denna typ av hälsoarbete från flera håll i samhället, däribland på tränings- och friskvårdsanläggningar (Rydqvist & Winroth, 2004). Dessa har i grunden ett stort utbud av olika fysiska motionsformer som ständigt förnyas vad gäller benämning och form. Därtill har dagens samhälle uppmuntrat till en bredare verksamhet som innefattar även andra typ av kroppsundershåll (Johansson, 2007).

2.2.2. Delar i hälsoarbetet

Att arbeta med hälsopromotion – det vill säga hälsofrämjande arbete – kan definieras som att ”... förbättra hälsotillståndet för såväl enskilda individer som grupper. Verksamheten går ut på att främja hälsa: att förespråka, stötta, uppmuntra och prioritera hälsa såväl på det individuella planet som på det kollektiva planet” (Ewles & Simnett, 2005, sid. 37).

Hälsoarbetet har över tid skiftat fokus men handlar gemensamt på gruppnivå om att angripa såväl sociala som miljörelaterade och ekonomiska faktorer som påverkar människors hälsa (Korp, 2004). På individnivå innefattar arbetet såväl personliga hälsobeteenden som livsstilar (Ewles & Simnett, 2005). Eftersom hälsoarbete kan ske på olika nivåer (grupp och/eller individ) måste målen för ett hälsofrämjande arbete alltid klargöras så till vida att man definierar vem arbetet vänder sig till.

Den traditionella hälsouppllysningen och det hälsoarbete som finns idag är främst riktad mot att påverka individens beteende mot en hälsosammare livsstil (Ewles & Simnett, 2005). Här är hälsoinformationen viktig, vilken innefattar planerade aktiviteter där människor ges information i hälsofrågor och därmed frivilligt kan genomföra förändringar mot ett mer hälsosamt beteende. Hälsoarbete utgår därför från att förstå den värdemässiga grund som finns och kopplas till individers beteenden (Rydqvist & Winroth, 2004). Hälsoinformation riktad till friska individer syftar till att förebygga uppkomst av ohälsa genom att innefatta kunskap om exempelvis fysisk aktivitet och kost (Ewles & Simnett, 2005). Utöver att förebygga sjukdom kan denna typ av hälsoarbete förbättra hälsotillståndet och därmed också öka livskvaliteten.

Hälsoarbete innefattar således arbete med att förändra livsstilar (Ewles & Simnett, 2005). Friskvården i sig handlar om att sprida information och påverka människor till hälsosammare vanor i form av beteenden som hjälper till att bibehålla eller förbättra sin hälsa (Korp, 2004). Detta innefattar områden såsom fysisk aktivitet, motion, alkohol, tobak och stress. Dagens friskvård har sin grund i den äldre – ovan nämna – hälsoupplýsningen men friskvård har idag även en annan karaktär som kan liknas vid en folkrörelse. Friskvården i organiserad verksamhet växer fram på 1970-talet (Rydqvist & Winroth, 2004) och handlar mycket om att involvera individer i olika former av aktivitet, vanor och handlingar och det finns flera föreningar, arenor och företag som fokuserar på friskvård och en eller fler av de större friskvårdsfrågorna (Korp, 2004). Denna typ av verksamheter uppmuntrar hälsosamma vanor för att uppnå eller behålla en god hälsa och har till skillnad från sjukvården inget behandlande perspektiv utan mer förebyggande fokus.

Folkhälsa och folkhälsoarbete fokuserar på den större befolkningen eller grupper av människor medan friskvården riktar sig mot individen (Korp, 2004). I allt friskvårdsarbete krävs en aktiv medverkan av individen själv för att något resultat som ska uppnås, men hälsoarbetares egna ideal och normer har en viktig roll i effekten av hälsofrämjande aktiviteter (Ewles & Simnett, 2005). Hälsa har olika betydelse utifrån värderingar och handlingar och arenor för hälsofrämjande arbete – exempelvis tränings- och motionsanläggningar – bör därför rikta arbetet mot målgruppens behov

2.2.3 Hälsoarbetets mål

Som ovan nämnt föreligger på befolkningsnivå ett hot mot den goda hälsan (Ewles & Simnett, 2005). I västvärlden involverar detta område fysisk inaktivitet, bristfällig kosthållning och övervikt, och gäller även de nordiska länderna (Nordic Council of Ministers, 2006).

Riktlinjer för hälsoarbete på global nivå utarbetas av Världshälsoorganisationen (WHO) och ett samarbete mellan de nordiska länderna (Nordiska Ministerrådet) kartlägger och utarbetar en handlingsplan för hur de globala hälsoproblemen ska hanteras utav myndigheter i såväl Sverige som Danmark, Finland, Norge, Färöarna, Grönland och Åland (Nordic Council of Ministers, 2006).

En sammanställning av ovan nämnda organisation ger ett antal problemområden att arbeta med, samtliga i enhet med de rekommendationer som finns (Nordic Council of Ministers, 2006; Abrahamsson et al, 2006):

- Näringsrekommendationer vad gäller fett (särskilt mättat) och socker följs inte. Särskilt barn och ungdomar konsumerar för stora mängder socker. Få personer möter rekommenderade intag av frukt och grönsaker (500 g per dag) och många har ett lågt intag av fisk och fullkornscerialier
- Ungefär 50 % av befolkningen uppföljer inte rekommendationerna om daglig fysisk aktivitet (30 minuter för vuxna och 60 minuter för barn och ungdomar). Särskilt bekymmersamt är den minskade motionen hos barn och ungdomar.
- Antalet vuxna med övervikt överskrider 40 % av befolkningen. Även antalet överviktiga barn ökar och är nu mellan 15 och 20 %

- Det finns en tydlig social skillnad vad gäller fysisk aktivitet, kosthållning och övervikt. Grupper med högre utbildningsnivå och bättre socioekonomisk status har hälsosammare kostvanor och är mer aktiva på fritiden. Dessa har därmed mindre andel övervikt.

Utefter dessa områden har de nordiska myndigheterna en gemensam ambition att uppmuntra till en mer hälsosam livsstil hos befolkningen (Nordic Council of Ministers, 2006). Mål och visioner är satta för såväl år 2011 som år 2021. Fokus på kosthållning involverar att man till 2011 vill ha en ökad konsumtion av frukt, grönsaker och fullkornsgräddor samt minskat intag av fett (speciellt mättat och transfett) och socker. Tills 2021 finns en större ambition om att den största delen av befolkningen äter enligt de nordiska näringsrekommendationerna, innefattande såväl frukt och grönsaker som fett, socker, fisk, fullkornsprodukter och salt. Vad gäller fysisk aktivitet så eftersträvas att i första hand stoppa eller vända den trend som råder om en ökad fysisk inaktivitet. Detta gäller såväl vuxna som barn och ungdomar då båda grupper till synes motionerar mindre och mindre. Till 2021 ska minst 75 % av den vuxna befolkningen vara fysisk aktiva på en moderat intensitet minst 30 minuter varje dag (vilket idag är rekommendationer på nordisk nivå). Alla barn mellan 1 och 12 år och minst 85 % av barn och ungdomar mellan 12 och 16 år ska vara fysiskt aktiva under 60 minuter (moderat intensitet) varje dag. Trenden med en ökad andel överviktiga och feta vill man stoppa och i bästa fall vända, och senare även minska antalet överviktiga och feta med minst 30 % från siffror som fanns 2006. Motsvarande minskning för barn och ungdomar är 50 %. Den ojämlikhet som råder i olika sociala grupper minskas och därmed förbättras villkor för hälsosamma beteenden kopplade till kost och fysisk aktivitet samt övervikt och fetma.

Ansvar för den mer hälsosamma befolkningen ligger på såväl myndighetsnivå som hos individen (Nordic Council of Ministers, 2006). Man menar att det finns ett kollektivt ansvar likaväl som att personer som ingår i samhällsgrupper som tenderar att göra mindre hälsosamma val kräver uppmärksamhet och uppbäckning. Lokala myndigheter spelar en stor roll i detta arbete, liksom allmänna och privata instanser såsom livsmedelsindustrin och media. Samtliga områden bör involveras för att nå de uppsatta ambitionerna gällande kosthållningen, den fysiska aktiviteten, minskning av andelen överviktiga och feta samt en minskad social ojämlikhet vad gäller hälsan. De nordiska länderna fokuserar således på att göra det möjligt för framförallt barn och ungdomar att göra mer hälsosamma val och förbättra den omgivande miljön så att dessa beteenden blir mer självklara. Hälsosamma val ska även bli enklare för den vuxna delen av befolkningen. Man planerar även målinriktade interventioner för att nå riskgrupper.

Ett hälsofrämjande arbete av denna storlek kräver stora insatser, på såväl kollektiv som individuell nivå (Nordic Council of Ministers, 2006). Arbetet kommer således att rikta sig till såväl samhället som den enskilda personen. Det handlar om att nå samtliga som kan tänkas påverka vanor och handlingar kring kosthållning och fysisk aktivitet och därmed kan hjälpa med att nå de uppsatta målen för hälsoarbetet.

2.2.4 Hälsa som affärsidé

Det finns många olika perspektiv på hälsa och hälsoarbete (Ewles & Simnett, 2005). Förutom folkhälsan och den mer individuella synen har också hälsa en kommersiell sida som ligger i

fas med dagens konsumtionssamhälle. Detta kan kopplas till den omfattande marknaden för olika slags hälsoprodukter där friskvård finns som en delmarknad (Korp, 2004), där varor och tjänster med syfte till att försköna kroppen ingår (Featherstone, 1994). Exempelvis finns en omfattande marknad för aktivitet kopplad till ett av hälsans stora områden – den fysiska aktiviteten – och under 1990-talet har otaliga mängder olika motions- och träningsformer lanserats (Korp, 2004). Sverige har en lång tradition av hälsorörelser, kopplade till framförallt idrott och friskvård och därmed hälsoarbete (Ewles & Simnett, 2005).

Korp (2004) talar om hälsopromotion – eller hälsofrämjandet – som ett modeord som fångar uppmärksamhet av den breda massan för hälsa och hälsofrågor är stort och att intresset är stort i det moderna västerländska samhället. Han nämner ”hälsan som affärsidé” (sid. 41) och kopplar då hälsoarbete som verksamhetsområde till den mer kommersiella sidan, det vill säga att främja hälsa genom att sälja hälsofrämjande produkter och marknadsföra det goda livet. Det finns idag en mängd verksamheter syftar till just detta och Korp menar således att hälsofrämjande arbete kan likställas med konsumtionskulturen. Han talar om den hälsosamma livsstilen som något som vuxit inom den västerländska medelklassen, särskilt de senaste årtiondena, och en stor del i denna livsstil skötsel och kontroll av kroppen. Detta kan vidare kopplas till den snabbt växande ”fitnessindustrin” vilken uppmuntras av dagens konsumtionskultur (Featherstone, 1994; Johansson & Miegel, 2002 – se även avsnittet *Hälsa möter dagens samhälle*)

2.2.5 Tränings- och friskvårdsanläggningar

Tränings- och friskvårdsanläggningar är arenor för hälsofrämjande aktiviteter såsom olika typer av motionspass och rådgivning inom träning och kosthållning, vilket ingår i hälsoarbete (Ewles & Simnett, 2005). Dessa arenor har sin grund i antikens Grekland (Blom & Linderöth, 1995) och är idag en bred verksamhet (Korp, 2004).

Uttrycket ”gym” representerar idag olika typer av tränings- och friskvårdsanläggningar. Detta härstammar från gymnasion, som under antikens Grekland var en anläggning för fysisk aktivitet och träning (Blom & Linderöth, 1995). Det fanns alltså tidigt ett intresse för människans hälsa och prestationsförmåga. Från början utgick denna typ av verksamhet från religion då en stark och vältränad kropp var ett redskap för såväl det dagliga livet men också ska användas för att utföra de grekiska gudarnas arbete. Man kunde via ett hälsosamt leverne motverka de negativa effekterna som den moderna tiden förde med sig men man såg också nationalistiska fördelar då en vältränad, frisk man bättre kunde tjäna sitt land. Grunden till den typen av tränings- och friskvårdsanläggningar vi har idag utvecklas under 1900-talet då gymkulturen i såväl Sverige som övriga världen börjar gå mot bildandet av klubbar där framförallt styrketräning bedrivs (Johansson, 1997). Under den senare delen av 1900-talet ses kroppskulturen – med träning som verktyg – som ett sätt att nå framgång, skönhet och ungdom (Johansson, 1997).

Dagens tränings- och friskvårdsanläggningar har utvecklats från den gamla gymkulturen – främst riktad till män – till att utöver traditionell styrketräning involvera ett stort antal andra träningsformer och olika typer av kroppsvård som riktar sig till i princip alla åldrar och såväl män som kvinnor (Söderström, 1999).

Sedan 1970-talet har anläggningar av denna typ ökat markant till sitt antal, framförallt på grund av tankar om att dessa är en del av en hälsosam livsstil vilket konsumeras i växande grad i västvärlden (Korp, 2004). En undersökning av hemsidorna till de sex största² gymkedjorna i Sverige bekräftar detta och visar att förutom styrketräning i olika avdelningar erbjuds ett stort antal instruktörsledda gruppträningspass såsom olika typer av danspass (inklusive klassisk aerobics och step-up), yoga- och pilatespass, spinning och pass som är inspirerade av såväl kampsport som styrketräning. Kroppsvård erbjuds i form av exempelvis solarium, massage och olika typer av skönhetsbehandlingar, liksom kostrådgivning och personlig träning. Flera av anläggningarna erbjuder barnpassning under träningen. Åldersgränsen för att köpa träningskort ligger kring 15 år men för de yngre finns i vissa fall alternativ i form av instruktörsledda barn/ungdomsgrupper eller gemensam träning med målsman.

År 1990 tränade 350 000 personer styrketräning aktivt (Johansson, 1997). Senare undersökningar visar att ca 800 000 personer i Sverige tränar styrketräning regelbundet och 1,2 miljoner människor utövar aerobics eller motionsgymna (Riksidrottsförbundet, 2001). Styrketräningen är fortfarande dominerad av män medan kvinnor till större del söker sig till gruppträningspassen. Det förekommer även deltagande i idrottsföreningar men gym föredras till stor del då det är mer kravlöst samt ger en större frihet vad gäller träningstider.

Var femte man och kvinna tränade på gym mer än 20 gånger per år under 2006 och 2007 (Statistiska Centralbyrån, 2009). Nästan var tredje svensk (31,4 %) tränade under samma period på gym eller träningscenter. Dagens tränings- och friskvårdsanläggningar erbjuder flera olika typer av motion i organiserad form och tillsammans med idrottsföreningarna gör dessa verksamheter att 77 % av befolkningen genomför någon form av fysisk aktivitet (motion) minst en gång i veckan. Det är vanligare att äldre människor tränar motionsgymna medan yngre tränar styrketräning och aerobics. Samtliga träningstyper är vanligare i större städer där det också är vanligare att man tränar för att koppla av. De flesta personer i den aktuella undersökningen tränar på kvällstid (efter kl 17) och väljer sin träningstyp med motiv att ”må bättre”, ”bibehålla/förbättra hälsan” samt ”förbättra konditionen”.

En mindre undersökning (Jenssen & Pettersson, 2009) visade att erfarna gymbesökare främst tränar för förbättrad hälsa följt av ett förbättrat utseende, såväl för kvinnor som för män. Yngre individer angav i större grad utseendet som motiv medan förbättrad hälsa blev viktigare med stigande ålder. Man förändrar också sin kosthållning till följd av träningen, främst genom att äta mindre kolhydrater och fett till förmån för mer protein samt minska andelen onyttig mat såsom pizza, godis, glass och kakor.

Med ovanstående beskrivning av tränings- och friskvårdsanläggningar som en växande verksamhet (Korp, 2004) följer ett ökat intresse för hälsa och friskvård. Dock har denna typ av verksamhet ännu ett syfte – utöver den förbättrade hälsan – då det handlar om ekonomiska vinster och mer kommersiella syften (Johansson, 1997). Dagens konsumtionsamhälle uppmuntrar till en hälsosam livsstil men lägger också mer fokus på kroppen som symbol (Featherstone, 1994). Motiven till besök på denna typ av anläggningar involverar såväl hälsa

² Enligt gymsverige.se, <http://www.gymsverige.se/Gymkedjor.html>

som mer estetiska aspekter (Söderström 1999; Riksidrottsförbundet, 2001). Således finns en del av det hälsofrämjande arbetet som kan ses som en potentiell inkomstkälla och därmed ekonomisk vinst för en del av befolkningen (Ewles & Simnett, 2005).

2.3 Hälsoarbetaren

En person som arbetar med hälsa har som uppgift att vägleda andra människor inom friskvårdsfrämjande beteende och tillika sprida kunskap om vägen till en bibehållen eller förbättrad hälsa (Ewles & Simnett, 2005). Såväl som teoretisk utbildning inom de aktuella områdena krävs för hälsofrämjande arbete en skyldighet att reflektera över etiska dilemman då det handlar om att påverka andra individer. Hälsoarbetaren i sin tur måste definiera vad hälsa betyder för den egna personen och i det egna arbetet samt vidare använda en modell för hälsoarbete som speglar det aktuella målet eller den värdering som ska förmedlas. Följande avsnitt behandlar vem hälsoarbetaren är och hur denna kan bedriva sitt arbete.

2.3.1 Utbildning och arbete

Det förstärkta intresset för folkhälsan i slutet av 1980-talet ledde till en utveckling av utbildningar inom hälsoområdet under följande årtionden (Korp, 2002). Folkhälsa innefattades inom grundutbildningar, och inte bara som del i högre utbildning eller för redan etablerade yrkesprofessionella inom hälso- och sjukvård. Hälsoarbetets mer individualiserande perspektiv ledde sedermera till att det idag finns en mängd kurser och utbildningar inom hälso- och friskvårdspedagogik även på högskolenivå (Ewles & Simnett, 2005). Vid utveckling av utbildningar inom hälsoarbete försöker man ofta föra samman de två perspektiven; folkhälsa och mer individuellt inriktad friskvård (Korp, 2002).

Varken för folkhälsa eller hälso- och friskvårdsarbete finns någon entydig och enkel definition av vilka kunskaper och kompetenser som är viktigast, utan innehållet varierar mellan utbildningarna och det avsedda yrkesområdet (Korp, 2002). Förutom högskoleutbildning finns ett stort utbud av kurser inom hälsa och friskvård på folkhögskolenivå. Dessa är oftare bredare till sin karaktär och har lägre vetenskapliga krav jämfört med högskoleutbildningar. Korp (2002) talar om att en akademisk utbildning inom hälsoområde utöver en djup kunskap också ger ett utvecklat kritiskt tänkande och därmed förmåga att göra ställningstagande inom den mer kommersiella friskvården. Gemensamt för samtliga utbildningar är intresset för hälsofrämjande arbete även om högskoleutbildningen ofta är mer tydligt inriktade på den egna hälsan (Korp, 2002) – en definition som varierar med olika faktorer (Ewles & Simnett, 2005. se även avsnittet *Den goda hälsan*).

Möjligheterna till utbildning inom hälsa och friskvård växer varvid det utbildas fler och fler hälsopedagoger, hälsovetare, folkhälsovetare etc. (Korp, 2002). I SSK 96 - eller Standard för Svensk Yrkesklassificering - finner man en mängd hälsoyrken såsom exempelvis friskvårdare, friskvårdsinstruktör och friskvårdskonsulent samt hälsocoach, hälsorådgivare och hälsopedagog (Statistiska Centralbyrån, 1996). De förstnämnda (tillsammans med exempelvis friskvårdsassistens, friskvårdsledare och friskvårdsterapeut) klassificeras som "Arbete inom biologi, hälso- och sjukvård som kräver kortare högskoleutbildning" medan övriga (tillsammans med hälsoekonom, hälsoinformatör, hälsoplanerare, hälsostrateg och

hälsoupplysare) anges som ”Annat arbete som kräver kortare högskoleutbildning” (Statistiska Centralbyrån, 2010). Således finns en viss nationell definition på denna yrkeskategori även om en enhetliga krav på utbildning saknas (Korp, 2002).

En undersökning från SACO visar på att utbildningsnivån ökar i den svenska befolkningen (Svenska Akademikers Centralorganisation, 1995). Antal personer med eftergymnasial utbildning ökat liksom antalet examina från högskolan. En betydande del av befolkningen skaffar sig en högskoleutbildning och arbetskraftens utbildningsnivå höjs över tid när dessa träder in i arbetslivet. Dock ökar även arbetslösheten totalt sett, även hos akademiker. Utbildningsexpansionen gäller även inom områdena för hälsoarbete och med detta följer arbetslösheten. En växande mängd hälsoarbetare konkurrerar således om arbetet inom ett område där professionsdefinition och krav på utbildning fortfarande är vag och otydlig (Korp, 2002). Allmänt gäller att ju mer exklusiv en kunskapsbas för en specifik yrkesutövning är, desto högre status har professionen ifråga. Dock finns det inom det hälsofrämjande arbetet ingen väl avgränsad yrkesutövning eller given nivå för kunskap och kompetens, och inte heller någon enhetlig samordning inom utbildningsområdet. Hälsoarbetaren får således möta de krav som den aktuella professionen har för det arbete som ska utföras (Ewles & Simnett, 2005).

2.3.2 Hälsoarbetarens perspektiv

Arbete med hälsa och friskvård utgår i områden som kan kopplas till kroppens funktion och skötsel (Korp, 2004). Detta innefattar teoretisk kunskap i anatomi, fysiologi och näringslära men också praktiskt arbete, exempelvis i att kunna elda gruppaktiviteter och därigenom utbilda och vägleda inom olika friskvårdsteman (Ewles & Simnett, 2005). En hälsoarbetares kompetens innefattar förutom kunskap och kapacitet, också nätverk och erfarenhet (Rydqvist & Winroth, 2004). Detta för att ha goda förutsättningar för att kunna förmedla budskap och kunskap i alla former, vilket är grundläggande i friskvårdsarbete som sammantaget handlar om att påverka och informera människor så att de skaffar sig hälsosammare vanor. Således är kopplingen till pedagogiken stark (Korp, 2004).

En utbildning inom hälsoområdet skapar trovärdighet vid förmedling av budskap (Rydqvist & Winroth, 2004). Ett budskap innefattar innehållet i ett visst meddelande (Nationalencyklopedin, 2009), och att förmedla ett hälsofrämjande sådant handlar om att vara noggrann i vilket meddelande som ska förmedlas och på vilket sätt (Ewles & Simnett, 2005). Som hälsoarbetare bör man också vara medveten om andra aspekter i denna typ av arbete. Rydqvist och Winroth (2004) talar om risken för att försöka påtvinga individer andra människors värderingar och förespråka livsstilsförändringar till den grad att de människor som inte lyckas ändra beteende moraliskt döms ut. Vidare kan alltför starkt propagerande för sin sak leda till motsatt effekt genom att skapa negativa känslor av exempelvis skuld vid misslyckande av beteendeförändring. Likaså nämns det faktum om att det idag ständigt förändras uppfattningar varvid de så kallade experterna kanske inte alltid vet bäst samt att man inte kan förutsätta att alla människor verkligen är fria att välja en hälsosam livsstil. Detta på grund av hälsans mångfacetterade karaktär som ju påverkas av såväl yttre som inre omständigheter (Ewles & Simnett, 2005). Således finns etiska aspekter gentemot andra individer – kopplade till integritet, det vill säga personlighet och egna värderingar - och som hälsoarbetaren måste ta hänsyn till i sitt arbete.

Ohlson (2008) menar att allt hälsofrämjande arbete handlar om att förmedla normer, det vill säga hur man bör handla eller hur något ska vara (Nationalencyklopedin, 2009). Normer handlar om ett normalt och godtagbart beteende, men samtidigt finns inga rätt och fel. Dessa normer kan vara såväl synliga som dolda varvid såväl beteende som utseende hos en person kan förmedlas till andra (Ohlson, 2008). Vad gäller en hälsosam livsstil förmedlas normer för detta av personer som anses inneha denna livsstil, exempelvis individer som har hälsoarbete som profession (Ewles & Simnett, 2005). Därför kan hälso pedagogiskt arbete till stor del handla att leva som man lär, det vill säga använda kunskap i den egna livsstil och således föregå med gott exempel (Ohlson, 2008).

För ett seriöst arbete med friskvård krävs således en samordning av olika kompetenser (Rydqvist & Winroth, 2004). Arenor för friskvård är exempelvis tränings- och friskvårdanläggningar som verkar som mötesplatser där människor kan samlas och nås. Här fungerar individer med olika typ och nivå av utbildning som hälsoarbetare (Groth et al, 2008).

2.3.3 Teorier för hälsoarbete

Med hälsa som ett begrepp där varje individ själv får definiera vad som egentligen innefattas i en god hälsa tar hälsoarbetet grund i olika teorier (Ewles & Simnett, 2005). Det finns således många modeller för att förstå hälsobeteenden. Gemensamt är en tanke om att ett hälsofrämjande beteendet lättare infaller om individen kan se stora fördelar i beteendet samt har hög tilltro till den egna förmågan att klara av det (Andersson, 2002).

För att förstå beteenden kring hälsa måste man ta i beaktande att grunden finns i en värdering som vägleder såväl tänkande som handlande (Rydqvist & Winroth, 2004). Den medicinska sociologen Antonovsky sökte efter "hälsans mysterium", det vill säga varför vissa personer drabbades av mer ohälsa än andra och grundade tankar om en känsla av sammanhang, KASAM. Uttrycket KASAM innefattar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet och handlar om att individen behöver förstå såväl yttre som inre information för att ett visst beteende ska ske (Ohlson, 2008). Därtill måste han eller hon anse sig ha tillräckligt med egna resurser för att kunna möta de krav som ställs samt känna en delaktighet och aktiv medverkan för att finna motivation till det aktuella beteendet. Ur detta utvecklade Antonovsky ett salutogent perspektiv på hälsofrämjande arbete (Korp, 2002). Detta syftar till att finna de faktorer eller förhållande som bidrar till en bibehållen eller förbättrad hälsa det vill säga en god hälsa trots att personen ifråga har varit eller är utsatta för faktorer som kan tänkas bidra till försämrad hälsa eller sjukdom (Nationalencyklopedin, 2010). Begreppet anses vara en motsats till det patogena perspektivet där det istället handlar om sjukdomsframkallande faktorer (Ewles & Simnett, 2005). Antonovsky introducerade uttrycket år 1979 och ovanstående nämnda KASAM – det vill säga personens känsla av sammanhang i tillvaron anses vara den dominerande salutogena faktorn.

Korp (2002) reflekterar kring en central del av hälsoarbetet där människor för framgångsrika resultat bör vara delaktiga i frågor som har med deras hälsa och välbefinnande att göra. Empowerment kommer ur engelskans *power* (som kan översättas med makt, kraft eller förmåga) och handlar om att stärka individens möjlighet att bli mer självständig (Nationalencyklopedin, 2010). Korp menar att en hälsofrämjande verksamhet måste innefatta

empowerment, det vill säga att ge mer makt åt personen när det gäller hälsofrågor och därmed bättre kontroll över det egna livet. Som hälsoarbetare utnyttjas empowerment-begreppet, genom att väcka individens medvetenhet och ge han eller henne möjligheten att själv påverka, det vill säga informera och upplysa om beteenden och ge verktyg till ett eventuellt förändrat sådant ur ett friskvårdsfrämjande perspektiv (Kostenius & Lindqvist, 2006).

2.4 Sammanfattning av bakgrunden

Innebörden och definitionen av en god hälsa skiljer sig mellan olika personer (Ewles & Simnett, 2005) men gemensamt är att det är de faktorer som omger individer påverkar huruvida han eller hon har en möjlighet till god hälsa (Andersson, 2002). Hälsoarbete har funnits länge men skiftat fokus från en stor befolkning till en frisk individ (Palmlblad & Eriksson, 2005). Mer ansvar har således lagts på den enskilda personen och hälsoarbetet har utvecklats bl.a. för att möta dagens livsstilsrelaterade sjukdomar (Ewles & Simnett, 2005). Hälsoarbetet tar form av hälsoupplýsning och riktar sig till att sprida information och påverka individen till mer hälsosamma beteenden.

Synen på kropp och hälsa har utvecklats med samhället (Blom & Linderöth, 1995) och i dagens konsumtionssamhälle finns en stor marknad för kroppsunderhåll och tillika ett stort intresse för en hälsosam livsstil (Featherstone, 1994; Korp, 2002). Med detta växer också friskvård som arbetsfält och utbildningsmöjligheterna inom området hälsa är många och på olika nivåer (Korp, 2004). Det finns dock ingen entydig definition av vilka kunskaper och kompetenser som krävs för att arbeta med hälsa och friskvård, men kroppens funktion och skötsel kan anses grundläggande tillsammans med pedagogiska verktyg då det handlar om att arbeta med andra människor (Korp, 2002).

En arena för hälsofrämjande arbete är tränings- och friskvårdsanläggningar som kan locka den breda massan genom att erbjuda olika tjänster och aktiviteter kopplade till exempelvis kost och fysisk aktivitet (Ewles & Simnett, 2005). Med denna typ av verksamhet växer ett nytt sätt att se på hälsa fram, nämligen hälsan som affärsidé (Korp, 2002). Här kan syftena tänkas vara andra än hälsofrämjande då det också rör sig kommersiell vinst (Ewles & Simnett, 2005).

Med ovanstående bakgrund finns således ett nytt område som betonar att hälsoarbete finns i skilda former (Ewles & Simnett, 2005). Utbildningskriterier för att arbeta med hälsa inte är definierade och man således tänka sig att den vetenskapliga nivån varierar (Korp, 2002). Likaså finns verksamheter som kanske har ytterligare syften än hälsofrämjande sådana, nämligen den mer kommersiella friskvården som också ska ge ekonomisk vinst. Denna undersökning har som avsikt att undersöka vad högutbildade inom hälsoområdet har för tankar och reflektioner kring att arbeta på denna typ av arenor och vilka för- och nackdelar som finns med den akademiska bakgrunden.

3. Syfte

Syftet är att få fördjupad kunskap kring hur det är att som akademiskt utbildad inom kost och friskvård vara yrkesverksam på en tränings- och friskvårdsanläggning med en mer kommersiell syn på hälsoarbete.

3.1 Frågeställningar

För att uppnå det aktuella syftet utgick undersökningen från följande frågeställningar:

- Hur ser hälsoarbetaren på sin roll som yrkesverksam på den aktuella arenan?
- Finns det några för- respektive nackdelar med att vara högutbildad inom den aktuella verksamheten? I så fall, vilka?
- Vilka svårigheter upplever hälsoarbetaren på den aktuella arenan?
- Hur upplever hälsoarbetaren att han eller hon kan sprida sin kunskap?

3.2 Utgångspunkt för förståelse

Då det handlade om att ta reda på hur individer ser på en viss företeelse har en öppenhet för hur intervjupersonen upplever den aktuella situationen och de ämnen som behandlas antagits (Kvale, 1997). Uppmärksamhet riktas mot uppfattningar, det vill säga hur individen uppfattar något i sin omvärld (Starrin & Svensson, 1994). Forskaren har dock alltid med sig en bakgrund av teorier och erfarenheter som präglar hur verkligheten upplevs och förstås (Bryman, 2004). Denna förkunskap eller förförståelse kan försvåra en förutsättningslös beskrivning (ibid.) och har därför tagits hänsyn till i sammanställning av resultat och efterföljande diskussion.

Den kvalitativa metoden som använts önskas leda till identifiering av uppfattningar som sedermera kan beskrivas (Starrin & Svensson, 1994). I denna undersökning analyseras således utsagorna med förförståelse för att finna relevanta resultat.

4. Metod

Syftet med studien styrde valet av metod. Nedan finns inledande en redogörelse för arenan för undersökningen samt vilken målgruppen är. Därefter följer en noggrann beskrivning av den valda metoden tillsammans med en redogörelse av hur undersökningen gick till samt vilka personer som ingick i densamma.

4.1 Arena och målgruppspopulation

De aktuella tränings- och friskvårdsanläggningarna finns inom samma kedja. Detta för att erhålla en gemensamhet vad gäller riktlinjer och yrkesroller och därmed jämförbara resultat. Den aktuella kedjan är nationell och har i dagsläget 35 tränings- och friskvårdsanläggningar runt om i Sverige³. År 2012 är målet 50 anläggningar. De befintliga arenorna varierar till storlek men totalt antal medlemmar på samtliga anläggningar beräknas till omkring 90 000 medlemmar. Det finns en stor variation vad gäller yrkesroller på denna typ av tränings- och friskvårdsanläggning. Personalgruppen innefattar allt från med administrativa roller som receptionist, platschefer och gruppträningskoordinatorer till kostrådgivare, personliga tränare och gruppträningsinstruktörer. Denna undersökning riktar sig mer till de senare som har en mer praktisk yrkesroll där mötet med andra människor är en stor del. Krav på utbildning för att fungera som hälsoarbetare ligger inte på akademisk nivå utan man interutbildar inom såväl gruppträning som mer allmänna kunskaper som anatomi och fysiologi. För arbete som kostrådgivare och personlig tränare finns krav på utbildning, dock ej på högskolenivå.

³ Information erhållen från ägare av den aktuella kedjan, telefonsamtal 2010-01-05

I detta arbete låg intresset i att undersöka tankar och reflektioner hos personer med högre akademisk utbildning. De hälsoarbetare som ingick i målgruppen har därmed en högskoleutbildning motsvarande minst 180 högskolepoäng och en fil. kand-examen inom ett hälsorelaterat ämne. Därtill hade individerna någon av titlarna nämnda i SSYK-96 (Standard för Svensk Yrkesklassificering, Statistiska Centralbyrån, 1996) i sin yrkesroll, såsom hälsopedagog, kost- och friskvårdspedagog eller kostvetare. Önskvärt för denna undersökning var personer som jobbar med hälsa ur ett salutogent perspektiv innefattande begreppet empowerment. Såldes var hälsoarbetare på tränings- och friskvårdsanläggningar lämpliga då ett friskvårdsfrämjande arbete utifrån individen genomförs på denna arena.

4.2 Metodval

Som forskningsmetod användes kvalitativa intervjuer då syftet handlar om att förstå givna ämnen utifrån individens eget perspektiv (Kvale, 1997). En mer kvantitativ inriktning var således inte aktuell, och enskilda djupintervjuer var ett självklart val för att erhålla individens tankar och åsikter. Kvale (1997) menar att denna typ av tillvägagångssätt kan ge en beskrivning av den intervjuades livsvärld som sedan kan tolkas utifrån de frågeställningar som undersökningen har. Intervjun kan således ses som ett samtal med mening och syfte. Man önskar detaljerade svar för att få intervjupersonens syn på ämnet.

I detta fall utgick intervjuerna från en intervjuguide för att ha ämnen att utgå från – områden viktiga att behandla utifrån frågeställningarna – men inte så mycket strukturerat att det stör intervjupersonens chans att uttrycka egna tankar och reflektioner (Kvale, 1997).

Intervjuguiden ska innehålla en översikt av de ämnen som ska täckas och förslag till frågor. Intervjuguiden (se bilaga A) utgörs såldes ett antal teman att beröra men då flexibilitet är en viktig del i denna typ av intervjuer (Bryman, 2004) fanns utrymme för övriga diskussioner.

Patel och Davidsson (2003) talar om validitet och reliabilitet som centrala begrepp i alla typer av studier. För den aktuella undersökningen avsåg detta att tillfråga de personer som har de önskvärda egenskaperna, det vill säga de individer som önskades undersökas. Detta säkerställdes genom urvalet som finns beskrivet nedan. Resultaten är liksom för alla andra kvalitativa studier (Bryman, 2004) inte generaliserbara utan gäller enbart för de personer som ingick i undersökningen. Standardisering i kvalitativ forskning handlar om till vilken grad frågorna är desamma och situationen densamma för alla intervjuade (Trost, 2005).

Avsaknaden av variation är svår i denna typ av forskning då det handlar om exklusiva resultat för den aktuella gruppen men har funnits i åtanke i hela processen. Validiteten kan vidare beskrivas som läsarens möjlighet att skapa sig en bild av det som studeras utifrån den information som erhålles, varvid forskarens analys och tolkning av resultatet är mycket viktigt (Kvale, 1997)

Hänsyn har tagits till forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2002). Detta innefattade främst att intervjupersonernas identitet hålls anonyma samt att det inte framgår vilka tränings- och friskvårdsanläggningar det gäller eller i vilken stad undersökningen genomförts. Intervjupersonerna har erhållit materialet innan redovisningen och följaktligen godkänt detta.

Vid kvalitativa studier är det som forskare viktigt att kunna se genom undersökningens ögon och därmed har förståelse för hur han eller hon tänker

(Bryman, 2004). En öppenhet i intervjuerna är viktig och någon som funnits i åtanke under hela forskningsprocessen.

4.3 Urval

Som nämns i samband med beskrivning av målgruppspopulationen fanns den främsta begränsningen i urvalet i hälsoarbetarens utbildningsnivå (minst 180 högskolepoäng). En avgränsning låg i att samtliga deltagare skulle finnas i den aktuella kedjan av tränings- och friskvårdsanläggningar för att samma kultur skulle finnas i arbetet.

Utifrån ovanstående resonemang gjordes urvalet via snöbollsmetod. Denna metod innebär att man genom personer i sin närhet hittar individer som passar in i målgruppen (Widerberg, 2002). När en hälsoarbetare som uppfyllt grundläggande kriterier funnits tillfrågades denna om ytterligare personer som kunde tänkas passa i den aktuella undersökningen. Risken med denna typ av metod är att individerna ger förslag på personer de känner väl och därmed kan tänkas dela uppfattningar och värderingar. Detta förbisågs dock i den aktuella undersökningen då det handlar om en och samma kedja av tränings- och friskvårdsanläggningar med likartade mål för verksamheten och för att finna de personer som uppfyller kraven på akademisk utbildning ansågs snöbollsmetoden bäst lämpad.

Inga begränsningar fanns vad gäller kön och ålder då detta inte anses viktigt i sammanhanget. Det var relativt tidskrävande att finna individer med den aktuella utbildningsnivån men de som nåddes var positivt inställda till att delta i undersökningen. Totalt intervjuades fem personer. I efterhand upplevdes intervjumaterialet tillräckligt för att få en inblick i personernas upplevelser av aktuella teman. Om antalet personer hade varit mindre hade det varit svårt att se likheter och skillnader, medan ett för stort antal hade inneburit för omfattande arbete för att kunna göra ingående tolkningar av intervjuerna.

4.4 Försöksupplägg

Den kvalitativa intervjun är ett samtal med ett syfte, nämligen att samla in information, upptäcka eller identifiera specifika företeelser, egenskaper eller innebörder (Starrin & Svensson, 1994). Den kvalitativa intervjun är inte standardiserad utan utvecklas allt eftersom.

Intervjuundersökningen planerades enligt Kvaless (1997) sju stadier; tematisering, planering, intervju, utskrift, analys, verifiering och rapportering.

Tematisering ingick i höstens arbete med ämnesfördjupning och fortgående arbete med bakgrunden för undersökningen. En allmän planering gjordes med en tidsaspekt samt att finna undersökningspersoner. En intervjuguide (se bilaga A) förbereddes parallellt utifrån bakgrundsstudier. Denna testades på ansvarig för undersökningen med försök att se objektiv på om de angivna temana stämde överens med syftet med undersökningen. Efter viss korrigering testades intervjuguiden igen, då på en person som är yrkesverksam på annan verksamhet men med den akademiska utbildning som efterfrågas. När detta var gjort och godkänt genomfördes intervjuerna för att därefter transkriberas till utskrift. Vidare skedde analys av resultaten samt verifiering via återkommande tolkningar. Slutligen sammanfattades resultat och tolkningar tillsammans med diskussion i rapportform.

4.5 Genomförande

Intervjuerna utfördes allteftersom intervjupersonerna hittades. Då författaren själv arbetar på den aktuella tränings- och friskvårdskedjan tillfrågades endast individer på anläggningar på andra orter. Detta för att till största möjliga grad kunna verka som en intervjuare utan förförståelse eller egna åsikter, vilket är viktigt för att kunna bilda ett resonemang kring ur informantens perspektiv (Bryman, 2004). Intervjuerna skedde utspridda under två veckors tid. Två skedde första veckan och tre den andra veckan.

Intervjuperson A gav namn på ytterligare två individer (B och C) att intervjua och efterföljande två personer (D och E) erhålls via intervjuperson B respektive C. Urvalet gav 5 informanter. Dessa var verksamma på olika anläggningar inom den aktuella kedjan. Intervjuerna genomfördes på respektive anläggning och i informanternas enskilda arbetsrum/kontor.

4.5.1 Intervjuguiden

Vid kvalitativa intervjuer ska inga frågeformulär med i förväg formulerade frågor finnas då man i mesta möjlig mån vill låta den intervjuade styra ordningsföljden i samtalet och styra riktningen av intervjun (Trost, 2005). Såldes konstruerades i tidigt skede av undersökningens arbete en intervjuguide (bilaga A) där ämnen att behandla vid intervjun samlades. Designen av intervjuguiden utgick från tre steg (Starrin & Svensson, 1996). Dessa innefattar att samtliga frågeställningar verkade som grund för vad som var av intresse att undersöka och alla frågor kring varje problemställning noterades parallellt med litteraturstudier. Detta för att se vilka delar av problemområdet som var av intresse att undersöka. Därigenom fanns en rad frågeställningar som kunde struktureras under vardera tema. Frågorna togs därefter bort för att inte intervjuguiden skulle bli för styrd och endast de större områdena i form av teman användes. Vid de genomförda intervjuerna stod dessa teman i fokus men frågornas formulering och ordningsfölj fick styras av undersökningsspersonen. Under intervjuerna användes inte intervjuguiden vidare då de teman som skulle tas upp istället var memorerade hos intervjuaren.

Det är viktigt att intervjuguiden utformas så att den ger möjlighet att besvara forskningsfrågan (Bryman, 2004). I detta fall handlar det om ett relativt outvecklat område varvid en djupare inblick i vad undersökningsspersonerna har för tankar står i fokus. Intervjun klassas som ostrukturerad eftersom endast ämnesområden finns i intervjuguiden. Intervjuguiden (bilaga A) tar upp tre huvudområden: dagens arbete, den akademiska utbildningen samt sambandet mellan de förstnämnda. Dessa tre teman behandlar således yrkesrollen, utbildning samt att vara högskoleutbildad i det aktuella arbetsområdet. Tanken med intervjuguiden var att alla undersökningsspersoner skulle reflektera kring samma ämnen för att svaren sedermera skulle kunna kategoriseras och analyseras.

4.5.2 Intervjuaren

Vid kvalitativa intervjuer är intervjuaren en medskapare av samtalet (Starrin & Svensson, 1994). Detta genom att interagera med intervjupersonen och därigenom lyckas bygga upp ett meningsfullt samtal.

Innan intervjuerna påbörjades läste intervjuaren in sig på ämnet och memorerade de teman som fanns i intervjuguiden. Detta för att slippa vara låst till ett pappersdokument under intervjuens gång samt få god insikt i målsättningen med intervjuerna. Det är vid kvalitativa intervjuer viktigt att intervjuaren fungerar som en god lyssnare som försöker glömma sig själv och är flexibel i samtalet (Starrin & Svensson, 1994). Såldes fokuserade intervjuaren på att ställa öppna frågor med uppföljningsfrågor och tillika hålla ett öppet klimat. Undersökningspersonerna tillfrågades om värderingar, tankar, reflektioner, känslor och åsikter kring de olika temana. Deltagarnas koncentration på ämnet var i fokus och intervjuare var i mesta möjlig mån lyhörd och öppen för det intervjupersonen sade.

Kvales lista på kriterier hos en intervjuare (Bryman, 2004) studerades innan intervjuerna. Under intervjuerna antecknades inget men direkt efter skrevs tankar ner kring hur detta gått och hur det kändes. Detta för att vid senare analys kunna gå tillbaka och komma ihåg intervjun ännu bättre. Att spela in och sedan transkribera hjälper intervjuaren att komma ihåg och undersöka data djupare och var såldes ett självklart val i denna undersökning.

4.5.3 Genomförande av intervjuerna

Intervjuguiden sammanställdes innan informanterna hittats. Ett godkännande för medverkan erhöles via telefonsamtal med respektive person. Då informerades informanten om syftet med undersökningen samt att det var frivilligt att delta. Samtliga fem tillfrågade valde att vara med i undersökningen. För att göra det enkelt för informanten reste intervjuaren till den anläggning där undersökningspersonen arbetar. Samtliga möten skedde därför under undersökningspersonens arbetstid men detta kunde variera i tidpunkt och dag. Tid och plats för intervjun bestämdes via telefonkontakt.

Samtliga intervjuer skedde enskilt i ett rum där endast informanten och intervjuaren befann sig. Miljön var såldes tyst. Samtliga intervjuer bandades efter godkännande av intervjupersonen och innan teman från intervjuguiden behandlades redogjordes för namn, ålder, kön, arbetsplats samt arbetsuppgifter och akademisk utbildning.

Den kvalitativa intervjun fokuserar på informantens perspektiv och flexibilitet är av stor vikt (Bryman, 2004). Således uppmuntrades under de pågående intervjuerna detaljerade svar genom exempelvis ”hur menar du med” och ”hur tänker du då”. Tillika togs nya inriktningar inom de aktuella områdena om hand genom att be intervjupersonen berätta mer.

Varje intervju tog totalt 30-60 minuter att genomföra. Av tidsskäl genomfördes endast en intervju per person. Efter respektive intervju tillfrågades undersökningspersonen om tillåtelse citera dem samt ange ålder och kön i resultatredovisningen. Detta godkändes av samtliga personer. Utbyte skedde också av kontaktuppgifter för vidarebefordring av den färdiga uppsatsen till deltagarna. Varje intervju transkriberades direkt efter genomförandet och lästes tillsammans med de anteckningar som skett efter varje avslutad intervju.

4.6 Analys

Meningen med kvalitativa intervjuer är att få fram undersökningspersonernas tankar, känslor och åsikter genom att låta dem berätta (Widerberg, 2002). Svårigheten är att ett stort textmaterial erhålles och variablerna att undersöka ofta är många, varvid arbetet blir

Som nämns i ovanstående avsnitt (*Utgångspunkt för förståelse*) låg en utgångspunkt att beskriva begrepp så noggrant som möjligt och analysen önskar därför ge resultat i mesta möjliga mån beskriver vad individerna hade för uppfattningar kring det aktuella temat. Forskarens förförståelse ingår i granskningen och således finns ett kritiskt synsätt på de förutfattade meningar intervjuaren har med sig som kan tänkas påverka analysen. Denna förförståelse nyttjades i analysen då flera tolkningar av funna begrepp provades innan en sammanfattning av resultaten kunde ske.

Vid analys av kvalitativa intervjuer söks sammanhang mellan intervjupersonerna och därmed kartlägga och förstå mönster som framkommit under intervjuerna (Widerberg, 2002). Transkriberingen - det vill säga det utskrivna textmaterialet av varje intervju - lästes igenom ett antal gånger och en grov indelning gjordes utefter de teman som fanns i intervjuguiden. Först analyserades alltså intervjun som helhet och sedan i delar för att systematiskt finna inslag som rör det undersökningen söker efter svar på. Med teman från intervjuguiden som grund kunde olika begrepp finnas inom respektive område. En eventuell gemensamhet av dessa återkommande begrepp eftersöktes och dessa vreds och vändes på tills en ny helhet hittades.

Dokumentationen är oerhört viktig – när man ska tolka en handling eller en utsaga är det nödvändigt att kunna gå tillbaka till materialet och se efter i vilket sammanhang utsagan kom. I materialet söks systematiskt utsagor, handlingar och sekvenser som rör det undersökningen söker svar på. Förförståelsen är viktig – man bör därför pröva olika möjliga tolkningar tills man funnit den mest rimliga i ljuset av all tillgänglig information. Därefter skedde en koncentrerings, vilket enligt Kvale (1997) handlar om att minska textmassan genom att formulera intervjupersonens meningar mer koncist. Detta kunde ge upphov till fenomen, det vill säga företeelser, uppfattningar och innebörder som kunde kopplas till aktuella teman och således det syfte och tillhörande frågeställningar som låg till grund för undersökningen.

Analys av kvalitativa intervjuer kan ske explorativt, det vill säga undersökande (Starrin & Svensson, 1994). Således skedde analys och tolkning genom att först hitta ett helhetsintryck av respektive intervju (utifrån teman i intervjuguiden) och sedan försöka uppmärksamma likheter och skillnader i utsagorna. Därefter skedde en indelning av nyfunna fenomen och vidare studering av dessa för att se hur helhetsbilden förändrades. Interaktionen beskrivs sedermera som ett resultat. Man bör komma ihåg att analysen och tolkningen är mycket viktig i kvalitativa undersökningar då en god sådan ger läsaren möjligheten att få en bild av det som studeras och således ökas validiteten i den aktuella studien (Kvale, 1997).

Efter att ha genomfört intervjuerna, lyssnat på dem ett par gånger samt gått igenom textmaterialet noggrant hittades gemensamma nämnare och variabler värda att diskutera.

5. Resultat

Nedan redovisas resultaten av de genomförda intervjuerna. Först finns en beskrivning av deltagarna utifrån inledande redogörelser för ålder, utbildning och arbete. Därefter följer resultat utifrån teman för intervjun – utbildningen, arbetet och mötet mellan dem. Under respektive tema finns tolkningar och funna begrepp. Dessa är gemensamma nämnare som

dykt upp under intervjuerna och som förtydligar informanternas uppfattningar. Det avslutande temat som behandlar utbildning och arbete som en enhet kan ses som den viktigaste delen men övriga teman från intervjuguiden redovisas innan som en bakgrund för vidare resultat. Citat från intervjuerna belyser de sammanfattade resultaten. Observera att dessa resultat är exklusiva för den undersökta gruppen och inte går att generalisera som uppfattningar hos andra individer eller grupper.

5.1 Informanterna

Via snöbollsmetod hittades fem personer som passade in på önskvärda kriterier. Inget bortfall fanns då samtligt via telefon godkände att delta i undersökningen. Personerna har fått bokstavsbetecknar utefter den ordning intervjuerna genomfördes och beskrivs kortfattat nedan utifrån information erhållen vad intervjuens början, det vill säga efter vad individerna själva berättat om sin bakgrund.

Informant A är en kvinna, 31 år och med en högskoleexamen i idrottsvetenskap (totalt 180 hp). Hon arbetar på en tränings- och friskvårdsanläggning belägen centralt i en större stad. Hon fick arbetet i samband med examen från högskolan men hade arbetat inom verksamheten tidigare, då som gruppträningsinstruktör. Yrkestiteln är platschef och har därmed en stor del administrativt ansvar. I tjänsten ingår dock receptionsarbete och gruppträning varvid möte med kunder också förekommer.

Informant B är 26 år och också kvinna. Hon har en kandidatexamen i kostvetenskap (180 hp) och titulerar sig kost- och friskvårdspedagog. Hon arbetar med enskild kostrådgivning, viktminskningskurser samt gruppträning på en anläggning i en mindre stad. Även person B arbetade på anläggningen innan examen från högskolan men då enbart med gruppträning.

Även informant C har en examen i idrottsvetenskap (180 hp) men läst till ytterligare kurser inom hälsa och friskvård och har totalt 220 hp. Detta är en 29-årig man som arbetar med personlig träning och kostrådgivning på en anläggning i en större stad. Han arbetade inom den aktuella kedjan redan under studietiden, då med gruppträning och personlig träning men har efter examen utökat arbetstimmarerna.

Informant D har liksom person B en examen i kostvetenskap (180 hp) och yrkestiteln kost- och friskvårdspedagog. Det är en kvinna, 32 år och yrkesverksam i en mindre stad. Hon arbetar dock som gruppträningskoordinator på regional nivå och har därmed insyn i flera av verksamheterna inom den aktuella kedjan. Hon startade sitt arbete med kost- och träningsrådgivning och fick arbetet direkt efter avslutad examen då hon arbetet på moderanläggningen parallellt med högskolestudierna.

Informant E är en kvinna som är 27 år och utbildad sjukgymnast (180 hp) med påbyggnadskurser inom hälsa och friskvård (universitetsnivå motsvarande 60 hp). Hon arbetar på en anläggning i en mindre stad och är där verksam som sjukgymnast samt ger individuell träningsrådgivning. Hon fick arbetet efter avslutad examen i sjukgymnastik.

Sammanfattningsvis är undersökningspersonerna mellan 26 och 32 år och dominerande kvinnor (en man och fyra kvinnor). Samtliga har universitetsexamen men alla utom en

(person E) arbetade inom den aktuella verksamheten redan innan avslutad examen. Utöver nämnda akademiska utbildningar har individerna utbildning på lägre nivå, exempelvis internutbildningar samt mer nationella sådana för gruppträning.

5.2 Tankar om den akademiska utbildningen

Under temat den akademiska utbildningen diskuterades utifrån intervjuguiden vilka för- och nackdelar som finns med en akademisk utbildning samt hur konkurrensen från individer utbildning på en annan nivå uppfattas. Val av utbildning togs upp av samtliga informanter varför detta vävs in i resultatredovisningen. Dessa var utifrån bakgrunden viktiga områden att behandla och flera fenomen dök upp kring den akademiska utbildningen.

5.2.1 Att ha en teoretisk bas

Då det gäller den akademiska utbildningen inom hälsa verkar den gemensamma uppfattningen hos informanterna vara att det vid valet av utbildning rådde en viss förvirring. Det finns många olika typer av utbildningar inom området, vilket är en följd av det förstärkta intresset för folkhälsan och vidare den mer individuellt inriktade friskvården (Korp, 2002).

”Det var svårt att välja vad man skulle läsa eftersom man inte riktigt visste vad man ville jobba med...”

Informant B (kvinna, 26 år).

Ovanstående citat belyser att hälsoarbete kan riktas på olika sätt, såväl mot befolkning som mot den enskilda individen (Ewles & Simnett, 2005). Framförallt det senare kan kopplas till livsstilsfaktorer och hälsobeteenden såsom kost och fysisk aktivitet vilket är vad samtliga undersökningspersonerna arbetar med. Det stora antalet utbildningar inom området verkar försvåra om man inte redan har en bestämd yrkesroll i fokus. Hälso- och friskvårdsarbete uppfattas som en brett område att vara verksam inom men gemensamt i denna undersökning är en uppfattning om att utbildning är viktigt oavsett vilket fokus arbetslivet senare har.

”... det var mycket teoretiskt på universitetet!”

Informant A (kvinna, 31 år)

Vidare diskussioner kring den akademiska utbildningen leder in på att mycket kunskap erhölls under utbildningstiden, något som borde tala för en god grund för hälsoarbete (Rydqvist & Winroth, 2004). Dock nämner samtliga individer förutom intervjuperson E (med sjukgymnastexamen) nämner att det ingick mycket i utbildningen som inte används i dagens arbete, då särskilt med grund i att de flesta kurserna endast hade en teoretisk grund och inget praktiskt arbete. Nedanstående citat förtydligar detta.

”Mycket var bra men en del har man ju inte så stor nytta av idag”

Informant C (man, 29 år)

Man får som akademiskt utbildad en bred grund för hälsoarbete (Korp, 2002). Trots viss kritik gentemot utbildningarnas innehåll verkar samtliga individer i undersökningen vara nöjda med sitt val av utbildning och ser sin akademiska examen som en fördel i yrkeslivet.

5.2.2 När teori möter verklighet

Som en utveckling av ovanstående resonemang leder frågan kring för- och nackdelar med den akademiska utbildningen till diskussioner om att ta klivet från utbildning till arbetsliv. Det finns många olika hälsoyrken (Statistiska Centralbyrån, 1996) och samtliga undersökningsspersoner nämner att det fanns många olika tankar vid valet av utbildning och senare yrkesroll.

Samtliga informanter nämner att god hälsa kan definieras på olika sätt, vilket också stämmer överens med bakgrunden för undersökningen. Detta i enlighet med att utbildningar på högre nivå verkar innehålla mer kring den egna hälsan (Korp, 2002). Den individuella bilden av hälsa kan således påverka en hälsoarbetare med akademisk bakgrund vilket enligt undersökningsspersonerna verkar vara viktigt i yrkesrollen. Att ha en egen uppfattning om vad begreppet innebär är viktigt för de aktuella hälsoarbetarna, speciellt för att kunna förmedla kunskap från utbildningen till de personer man möter i arbetslivet.

”Dessvärre förekommer mycket konstiga tankar inom hälsoområdet”
Informant C (man, 29 år)

Att i arbetslivet möta tankar och åsikter som inte överensstämmer med erhållen kunskap upplevs som ett dilemma när det gäller att gå från studietid till arbetsliv.

”Det märks att man ser på saker på ett annat sätt”
Informant B (kvinna, 26 år)

Samtliga informanter tar upp den breda marknaden kring hälsa som inte alltid stämmer överens med vad vetenskapen säger. Det nämns av tre personer att det kritiska tänkandet är något man tagit med sig från utbildningen och att man med detta i bagaget också har enklare att möta de frågor som ställs eller se innebörden av medias förmedling av hälsa med en mer kommersiell innebörd. Likväl finns en svårighet i att översätta teoretiska kunskaper till arbetslivet.

5.2.3 Finns behov av utbildning på arbetsmarknaden?

Det faktum att inga definitioner av vilka kompetenser eller kunskaper som krävs för att arbeta med hälsa finns (Korp, 2002) tas upp under alla intervjuer, då som en nackdel med utbildningen. Informanterna har en gemensam uppfattning om att det finns en svårighet i att finna ett arbete inom hälsoområdet. Detta är intressant då samtliga utom en redan arbetade inom det aktuella företaget – det vill säga på en tränings- och friskvårdsanläggning – redan innan den akademiska examen erhållits och ändå nämns en konkurrens på arbetsmarknaden vad gäller hälsoområdet.

”Utbildning verkar inte alltid viktigast!”
Informant C (man, 29 år)

Fyra av informanterna (alla utom person E) nämner redan i inledande tema kring utbildning att det råder stor konkurrens om arbeten inom hälsa och friskvård och att det inte alltid är den med högst utbildning som är mest attraktiv på arbetsmarknaden. Vad dessa uttalanden grundar sig på är oklart. Enligt Korp (2002) har högskola och universitet högre vetenskapliga krav än

utbildningar på lägre nivå. De sistnämnda kan dock tänkas ha en bredare karaktär vilket kanske är en fördel i yrkeslivet. Informant B och C talar om individer med en lägre allmän utbildning (folkhögskola) men samma interna utbildning (via företaget) som gör samma uppgifter som de själva. Detta verkar leda till en inställning om att den akademiska examen inte är nödvändig för att utföra de uppgifter som ingår i hälsoarbetet. Dock verkar kunskapen uppskattas av informanterna och återigen vara en fördel i arbetslivet.

5.3 Upplevelsen av dagens arbete

Vad gäller dagens arbete behandlades rollen som hälsoarbetare på den aktuella anläggningen med fokus på arbetets karaktär samt vilka krav på utbildning som föreligger samt reflektioner kring detta. Diskussionerna mynnade i fenomen kring hälsoarbete och att vara hälsoarbetare på den specifika arenan med tankar om framtidens arbete.

5.3.1 Synen på hälsoarbetet

Trots akademisk utbildning på likartad nivå har undersökningspersonerna uppgifter av varierande karaktär (se även resultaten för undersökningspersonerna, under rubriken *Informanterna*). Dock verkar arbetet i sig karaktäriseras på ungefär samma sett och kopplas till såväl kunskap som social kompetens. Man ser här att arbetet med hälsa har ett behov av att se den komplexa helheten involverande såväl fysiska, psykiska som sociala delar (Andersson, 2002). Arbetet karaktäriserades av samtliga informanter som ett behov av en bred kunskap kring friskvårdsfrämjande beteenden och aktiviteter, men en stor del är också mötet med andra människor. Kunskap lyfts fram som en självklar grund för ett bra hälsoarbete tillsammans med pedagogiken. På den aktuella arbetsplatsen verkar kunskaperna handla om främst kosthållning och fysisk aktivitet medan de informanter med arbetsuppgifter av mer administrativ karaktär (informanterna A och D) lyfter fram att de för dessa ändamål fick använda sig av företagets ledning och kompetenser då valda akademiska utbildningar inte gav denna bakgrund. Det handlar då mer om hur verksamheten ska drivas, mål för budget, planering etc.

”Det är varierat och roligt!”

Informant E (kvinna, 27 år)

Det dagliga arbetet på tränings- och friskvårdsanläggningen verkar uppskattas av informanterna. Alla nämner att det är det egna intresset för ett hälsorelaterat beteende (träning, kost etc.) som lockat till utbildning och arbete inom området. Hälsoarbete kan ske på olika nivåer, och mot såväl grupp som individ (Ewles & Simnett, 2005). Det verkar som om samtliga personer i denna undersökning är mer riktade mot individen när de talar om att influera till hälsosamma beteenden såsom regelbunden motion och goda kostvanor. Dessa faktorer kan även kopplas till populationen då individens hälsa ingår i folkhälsomålen (Nordic Council of Ministers, 2006).

En akademisk utbildning med utgångspunkt från eget intresse verkar ha mynnat i en yrkesroll som anses viktigt då det handlar om att ge kunskap och information samt praktiska hjälpmedel för att förbättra hälsan hos de personer som besöker anläggningen. Samtliga undersökningspersoner verkar se just uppmuntran till en förbättrad hälsa som den främsta orsaken och motivationen till fortsatt arbete på den aktuella arenan.

”... det vi gör är otroligt viktigt!”
Informant D (kvinna, 32 år)

Alla informanter verkar således trivas med sin roll som hälsoarbetare.

5.3.2 Synen på sig själv som hälsoarbetare

Att vara en bra förebild för andra är en uppfattning som samtliga informanter har. Det handlar då om att själva ha sunda kost- och motionsvanor – att leva som man lär. Utöver kunskapen kring kroppens funktion och skötsel är också personliga egenskaper viktiga hos hälsoarbetaren (Ewles & Simnett, 2005; Korp, 2004). Informanterna delar tankar om att en utbildning ökar trovärdigheten i det budskap man förmedlar – i enhet med bakgrunden (Rydqvist & Winroth, 2004) – men också att egna hälsosamma beteenden är av stor vikt för att vara en bra hälsoarbetare. Det diskuteras vidare hur de egna vanorna påverkar de människor man möter.

”Man blir på gränsen till manisk...”
Informant B (kvinna, 26 år)

Personer som arbetar med friskvård och har ett stort intresse för densamma – framförallt ur ett estetiskt perspektiv – kan ha en tendens till att lägga mer tid och pengar på att anpassa sig efter rådande normer, i detta fall den hälsosamma livsstilen (Korp, 2002). Man bör komma ihåg att detta kan medföra negativa konsekvenser för individen, vilket kan belysas av ovanstående citat från intervju nummer två. En hälsosam livsstil med fokus på kost och fysisk aktivitet kan gå till överdrift och således övergå till ohälsa. Informanterna verkar dela uppfattningen av att det är viktigt att ha en hälsosam livsstil för att de personer man möter i sin yrkesroll ska få förtroende för de råd man sedermera ger. Vad som är en hälsosam livsstil skiljer sig dock åt mellan individerna. Gemensamt är att man som hälsoarbetare verkar se sig själv som en förebild.

När det gäller den övergången från utbildningen till dagens profession förelåg olika uppfattningar hos undersökningspersonerna.

”Jag gör ungefär samma saker nu som innan utbildningen...”
Informant B (kvinna, 26 år)

Intervjuperson B är den enda som har arbetet på tränings- och friskvårdsanläggningen som bisyssla till ett annat arbete (som ej är relaterat till hälsa och friskvård). Hon uttrycker att universitetsutbildningen inte gett så mycket nya arbetsuppgifter som önskats. Övriga fyra individer anser att utbildningen har hjälpt dem utvecklat i yrkesrollen.

Utbildning på akademisk nivå verkar vara viktigt för samtliga undersökningspersoner och man anser att denna typ av kunskapsgrund ska finnas för att få arbeta med hälsa, både i den egna rollen och för andra. Med tanken om de många utbildningsmöjligheter som finns inom området kan man utveckla detta vidare.

”Problemet är att alla kan ge råd!”
Informant C (man, 29 år)

”Det är dessvärre inte alltid tillräckligt höga krav på utbildning”
Informant A (kvinna, 31 år)

Här nämns det faktum att den kommersiella friskvården och denna typ av tränings- och friskvårdsanläggningar kan ha andra syften än hälsofrämjande då det också handlar om en verksamhet som ska bära sig. Detta ses som en nackdel då man arbetar i ett konsumtionssamhälle som kan tänkas ge andra budskap än de med vetenskaplig grund. Intervjuperson A – som har mycket administrativa uppgifter i sitt arbete som platschef – nämner det faktum att utbildningsnivån kan variera stort inom denna typ av verksamhet och därmed är akademisk utbildning varken en självklarhet eller ens alltid en fördel då det gäller att söka denna typ av arbeten. Således är att vara hälsoarbetare i detta fall inte förenligt med att vara akademiskt utbildad inom området

5.3.3 Den speciella arbetsplatsen

Gemensamt för samtliga undersökningsspersoner är att de uttrycker en önskan om att arbeta mer med individen än på en bredare nivå. Detta kan man sedermera ställa mot det faktum att de arbetar på en tränings- och friskvårdsanläggning som kan tänkas fungera som en mötesplats där människor kan samlas och nås (Ewles & Simnett, 2005). Informanterna tar endast upp att påverka den enskilda individens beteenden och påverka till en god livsstil och riktar således arbetet för personen snarare än folkhälsan (Korp, 2004). Tränings- och friskvårdsanläggningar kan ses som en organiserad form av friskvård (Rydqvist & Winroth, 1994) där en tydlig utveckling skett (Söderström, 1999). Informanterna kopplar det ökade intresset för den hälsosamma livsstilen till att allt fler anläggningar av denna typ finns, även uttryckt i litteratur (Korp, 2004).

”Det är en speciell arbetsplats!”
Informant D (kvinna, 32 år)

Denna typ av arena för hälsoarbete verkar av undersökningen kunna sammanfattas som att arbeta i en verksamhet där det finns ytterligare mål än hälsofrämjande sådana, nämligen en lönsamhet rent kommersiellt. Det uppfattas som att hälsofrämjande arbete sker på en plats där det också handlar om att kunna driva en vinstgenererande verksamhet. Det upplevs av samtliga informanter svårt att ibland kunna förmedla sin teoretiska kunskap i enlighet med företagets verksamhetsplan, vilket beskrivs vidare i nedanstående avsnitt (*Tankar om kommersiell friskvård*).

5.3.4 Tankar om framtiden

Samtliga personer i denna undersökning arbetare på en tränings- och friskvårdsanläggning och har en akademisk utbildning i bagaget. Den gemensamma uppfattningen om arbetet på denna typ av arena verkade vara att denna mer kommersiella har en positiv aspekt så till vida att det finns ett intresse för friskvård och hälsofrämjande beteenden.

”Folk kommer ju i alla fall!”
Informant B (kvinna, 26 år)

Man menar att detta perspektiv av hälsoarbetet tillåter arbete med människan som frivilligt väljer att besöka tränings- och friskvårdsanläggningar och då fysisk aktivitet och kosthållning ingår i en hälsosam livsstil (Annerstedt & Gjerset, 1993) är detta ett bra sätt att nå fram till individen.

Intervjupersonerna A och D lyfter att de arbetsuppgifter som ingår i dagens arbete ligger en bit bort från det hälsoarbete som fanns i tankarna vid valet av utbildning. Dock har de som platschef respektive gruppträningssamordinator hand om anställda och således god insyn i de som arbetar på anläggningarna. En delad uppfattning mellan dessa två finns i att akademiskt utbildade hälsoarbetare bör finnas på denna typ av verksamheter.

”I framtiden måste nivån höjas”
Informant D (kvinna, 32 år)

Utbildning inom hälsa finns på flera olika nivåer och inom detta nämndes att det inte finns gemensamma riktlinjer eller utbildningskrav för att få arbeta på verksamheten, men att det i framtiden bör ingå en högre utbildning med akademisk examen.

Vad gäller hälsoarbetarnas syn på det arbete de utför verkar en god framtidsutsikt finnas.

”Även om det är svårt att få jobb kommer folk ju alltid vilja ha hjälp med kost och träning....”
Informant B (kvinna, 26 år)

En positiv inställning till framtiden arbete föreligger hos informanterna. Detta framförallt genom att motverka livsstilsrelaterade sjukdomar såsom övervikt och fetma orsakad av överskott av energi samt en stillasittande vardag, vilket också kan kopplas till behovet hos den bredare massan (Abrahamsson et al, 2006).

”Alla vill och ska må bra, och det känns som om gymmen är lite mode!”
Informant C (man, 29 år)

Det uppfattas också av undersökningspersonerna som att den kommersiella delen av hälsa med uppmärksamhet från massmedia och den breda marknaden av tjänster och produkter för kroppsunderhåll och välmående kan vara fördelaktig då den ökar det allmänna intresset för hälsa och att må bra. Detta överensstämmer med synen på den hälsosamma livsstilen som norm (Korp, 2004).

Det upplevs vidare från samtliga intervjupersoner att arbetet med hälsa på denna typ av verksamhet är positiv – trots kommersiella inslag – men att det krävs högre krav för att få utföra hälsoarbetet. En akademisk examen upplevs nödvändig.

”Vi jobbar för framtiden!”
Informant A (kvinna, 31 år)

Informant A lyfter fram ett bredare perspektiv av arbetet genom att nämna folkhälsan. Sunda kostvanor och ökad fysisk aktivitet bör uppmuntras för att motverka livsstilsrelaterade

sjukdomar (Ewles & Simnett, 2005). Arbete mot grupp och/eller individ kan med fördel ske på denna typ av anläggningar och därmed motsvara Sveriges mål för folkhälsa.

5.4 Arbetet kopplat till utbildning

Temat utbildning och arbete väver samman ovanstående diskussioner. Av såväl ljudupptagning som transkriberad text märks att detta är ett stort område att diskutera med många uppfattningar och nya fenomen som fanns gemensamt hos flera intervjupersoner.

5.4.1 Tankar om kommersiell friskvård

De aktuella hälsoarbetarna befinner sig på en arena som de anser vara en bra plats för informationsförmedling då tränings- och friskvårdsanläggningar lockar till sig många olika typer av människor. Dock upplev det som en svårighet att sprida information och uppmuntra till hälsosamma beteenden gällande exempelvis kosthållning och fysisk aktivitet i detta klimat då akademiska kunskaper får konkurrera med media samt andra mer kommersiella tankar inom områdena.

”Ibland tröttnar man på att konkurrera med Aftonbladet!”
Informant C (man, 29 år)

Ovanstående citat belyser hur den akademiska utbildningen kan konkurrera med den mer kommersiella friskvården. Intervjuperson C nämner att de budskap som lyfts fram i media inte alltid är vetenskapligt grundade. Detta nämns även av övriga undersökningspersoner och framkommer som en stor svårighet i hälsoarbetet.

”Folk vet inte vem dom ska tro på!”
Informant A (kvinna, 31 år)

Nämnavert i detta sammanhang är att de så kallade experterna, antingen utbildade eller självutnämnda, inom hälsoområdet ständigt ändrar åsikt (Rydqvist & Winroth, 2004) vilket också upplevs som en negativ del av arbetet. Man menar att man ständigt får bemöta uttalanden från såväl media som personer med mindre utbildning som inte stämmer överens med den forskning som finns.

”Man kan ju fundera på om verksamheten verkligen når dom med det största behovet”
Informant A (kvinna, 31 år)

Ur administrativ synvinkel lyfter informant A fram det faktum att alla medlemmar på anläggningen faktiskt inte är aktiva, det vill säga inte besöker verksamheten och därmed inte tar del av det friskvårdsfrämjande koncept som föreligger. De kunder som finns är kanske inte heller de med störst behov av hälsofrämjande insatser utan de som lockas till denna typ av anläggning av andra orsaker. Samtliga intervjupersoner nämner att exempelvis personlig träning och individuell kostrådgivning är tjänster som inte ingår i medlemskapet utan utgör en extra kostnad för individen. Viktigt vid hälsoarbete är att det riktas mot målgruppens behov (Ewles & Simnett, 2005) vilket inte verkar vara uppfattningen i detta fall.

”Vi tar betalt för välmående... Men är det vad som ges?”
Informant A (kvinna, 31 år)

”Om man jobbar här så ska man ju veta hur folk ska nå sina mål, oavsett om det handlar om bättre hälsa eller förbättrat utseende”

Informant C (kille, 29 år)

Ovanstående citat får belysa ännu ett område som framkommer under intervjuerna, nämligen att det finns andra motiv till exempelvis fysisk aktivitet än det rent hälsofrämjande (Riksidrottsförbundet, 2001; Söderström, 1999). Idag läggs mer ansvar på den egna individen att leva hälsosamt (Palmlblad & Eriksson, 1995) och intervjupersonerna delar en uppfattning om att man söker sig till en tränings- och friskvårdsanläggning med någon typ av mål eller genom påverkan från omgivningen. Detta kan vidare kopplas till konsumtionssamhället (Johansson & Miguel, 2002). Dagens hälsouppllysning säger att en vacker kropp är lika med en hälsosam sådan och hälsobudskapen i media lyfter att det är upp till varje person att själv ta hand om sitt yttre och inre och såldes nå framgång (Johansson, 1997). Informanterna menar i likhet med detta att de på den aktuella arenan har andra syften än de hälsofrämjande som verkar som en bas under den akademiska utbildningstiden, nämligen att hjälpa individen att uppnå sina mål – hälsosamma sådana eller ej. Det verkar se sig själva som en väg till såväl en förbättrad hälsa som andra egenskaper kopplade till utseende, exempelvis viktning.

”Alla har tyvärr inte sundhetstänk...”

Informant E (kvinna, 27 år)

Hälsosamt tänk kan gå till överdrift (Burke & Deakin, 2006). En uppfattning om att de personer hälsoarbetarna möter i sitt arbetsliv inte alltid har en sund inställning till kost och fysisk aktivitet utan använder detta i sökande mot den perfekta kroppen eller att framstå som en hälsosam person. Det lyfts att detta är en negativ del av hälsoarbetet och samtliga individer utom person E nämner att detta verkar vara typiskt denna slags arbetsplats just eftersom det är en arena även för andra mål än förbättrad hälsa.

5.4.2 Nyttan av kunskap?

Arbetslivet upplevs av samtliga informanter ha utvecklat deras förmåga att omsätta teoretiska kunskaper till praktiskt arbete.

”Man lär sig använda teorin!”

Informant D (kvinna, 32 år)

Man menar att det var först i som yrkesverksam man insåg fördelarna med en akademisk bakgrund då det i mötet med andra framstår vilka kunskaper man besitter.

Att arbeta i denna verksamhet har dock även medfört andra aspekter av kunskap och utbildning.

”Vissa saker har man ju fått göra avkall på...”

Informant B (kvinna, 26 år)

Utveckling har skett från studietiden till arbetslivet genom att teoretisk kunskap får en chans att användas i praktiken. Dock nämns flera områden där den akademiska utbildningen fått stå tillbaka för verksamheten; informant B nämner olika typer av viktminskningsmetoder- och kurser som ingår i verksamheten men vars upplägg inte är förenligt med vetenskapliga belägg

och informanterna D och E lyfter fram att gruppträning är en stor del i verksamheten men inte alltid den bästa träningsformen för individen.

Tre av informanterna (A, B och D) delar dessutom en uppfattning om att all kunskap inte kan användas i yrkeslivet då det inte är förenligt med verksamhetens arbete. Vidare nämns dock att erfarenheten både utvecklat tidigare kunskap och grundat ny och att arbetet således utvecklat den akademiska utbildningen.

Vidare tar samtliga informanter i sina sammanfattande reflektioner inom detta tema upp att man ofta får ta ställning till vad som ska göras och förmedlas utifrån såväl de egna teoretiska kunskaperna som vad som kan tänkas gynna verksamheten. En kombination av dessa upplevs som nödvändig för att kunna genomföra hälsoarbetet på denna typ av anläggning. De arbetsområden som nämns är förenliga med de som ingår i en hälsosam livsstil och på befolkningsnivå bör uppmuntras (Nordic Council of Ministers, 2006).

5.4.3 Hur står sig akademisk utbildning?

Vid vidare diskussioner om akademisk utbildning återkommer dilemmat med konkurrens från hälsoarbetare med lägre eller ingen utbildning alls.

”Om kunderna vet om att man har utbildningen så är det bra, men det gör dom ju inte alltid!”
Informant E (kvinna, 27 år)

En akademisk utbildning anses av samtliga undersökningsspersoner som en förutsättning för ett bra hälsoarbete. Dock är det svårt att i denna typ av verksamhet erhålla tillräcklig uppskattning för den utbildning man har då krav på en högskoleutbildning inom hälsa och/eller friskvård inte finns inom den aktuella verksamheten.

”... vem ska kunderna egentligen lita på?”
Informant D (kvinna, 32 år)

Ännu en svårighet finns i att personer utan utbildning inom exempelvis kost kan ge råd på eget initiativ och på så sätt påverka kunderna. Informanterna delar en uppfattning om att medlemmar på en tränings- och friskvårdsanläggning ofta litar till att den information som ges av de som arbetar på anläggningen är trovärdig. Dock anses det förekomma rådgivning utan bakgrundskunskaper. Kunskap är nödvändigt för att uppfylla målen för hälsoarbete (Nordic Council of Ministers, 2006).

Vad gäller utbildningsnivå för att arbeta på de aktuella tränings- och friskvårdsanläggningarna finns inga krav på akademisk bakgrund. Samtliga informanter anser att detta borde finnas för att höja kvaliteten på hälsoarbetet i den kommersiella friskvården. Utbildningsnivån ökar i den svenska befolkningen (Svenska Akademikers Centralorganisation, 1995) och hos informanterna finns en uppfattning om att man även bör vara utbildad inom denna yrkeskategori. Samtliga personer i undersökningen nämner att en utbildning borde vara en större fördel i arbetslivet än vad den är idag. Ansvar anses ligga på verksamheten att öka kraven. Nämnvärt i detta sammanhang är problematiken med ökad arbetslöshet tillsammans med utbildningsexpansionen inom hälsoyrken (ibid.).

5.5 Sammanfattning av resultat

Med hänsyn taget till egen förförståelse har utsagorna analyserats, det vill säga en utgångspunkt finns i att beskriva så tydligt som möjligt vad informanterna har för uppfattningar. Det var med reservation för att författarens egen förförståelse kan ha påverkat analysen av intervjuerna (Bryman, 2004; Kvale, 1997). Utifrån relevanta riktlinjer för kvalitativ analys har en helhetsbild av vardera intervjun bildats för att sedan se detaljer och hur helhetsbilden förändrats med dessa fenomen.

Intervjuerna visar att informanterna ser på sin roll som yrkesverksamma på en tränings- och friskvårdsanläggning som mycket viktigt, främst då det handlar om att uppmuntra till en förbättrad hälsa hos individen. Vidare anses teoretisk kunskap spela stor roll. De ser en fördel i sin akademiska utbildning i arbetslivet men upplever samtidigt en konkurrens från personer med lägre utbildningsnivå. Det verkar vara svårt att få ordentlig uppskattning för den kunskap man besitter då varken verksamheten i sig eller de personer som besöker den ställer krav på akademisk utbildning för arbete med hälsorelaterade områden såsom kosthållning och fysisk aktivitet.

Det verkar finnas en gemensam uppfattning om att det på den aktuella arenan kan vara svårt att bemöta den mer kommersiella synen på friskvård som föreligger. Man får till viss del göra avkall på sina kunskaper för att passa in i verksamhetens riktlinjer. Därför kan inte vetenskapligt grundad kunskap spridas fullt ut utan måste anpassas till arbetets karaktär. En gemensam önskan om väl definierade krav på en akademisk utbildning på denna typ av arena för hälsoarbete finns.

6. Diskussion

Nedan följer diskussionen kring den genomförda undersökningen. Diskussionen är uppdelad i två delar varav den första behandlar metoden i sig och den undersökning som genomförts och den andra delen avhandlar de resultat som framkommit. Slutligen finns en sammanfattning som knyter samman intressanta resultat och diskussioner med syfte och frågeställningar. Avsnittet avslutas med tankar om framtiden och därmed förslag till vidare forskning.

6.1 Metoddiskussion

Valet att göra en kvalitativ ansats på denna undersökning var självklar med det aktuella syftet. Här fanns intresset i vad individerna anser om sin situation, det vill säga hur det är att som ha en högre akademisk utbildning men arbeta i en typ av verksamhet som kanske inte alltid kräver det. Det handlar inte om kvantitet utan om vad individen har för tankar och reflektioner. En kvalitativ intervju ger individens perspektiv på den aktuella frågan (Bryman, 2004; Kvale, 2007) och således kunde det syftet uppnås med detta metodval.

6.1.1 Utförande och avgränsningar

Valet av arena för undersökningen valdes av olika anledningar. Antalet tränings- och friskvårdsanläggningar växer i dagens samhälle (Johansson, 1997) tillsammans med intresset för den hälsosamma livsstilen (Korp, 2004). Dessa kan således locka till sig den breda massan och vara en bra mötesplats för hälsoarbete, vilket i sin tur är grunden till detta arbete. Av egna erfarenheter ses en stor variation av individer som arbetar på dessa typer av anläggningar, och

i samband med studier inom hälsa och friskvård kan detta verka som en bisyssla. Därmed finns såväl eget som mer allmänt intresse av den aktuella arenan. Värt att nämnas igen är att resultaten dock endast gäller den grupp av människor som undersöks och kan således inte generaliseras att gälla varken tränings- och friskvårdsanläggningar i stort eller ens den aktuella verksamheten.

Vad gäller urvalet sattes lägsta kriteriet på utbildningsnivån till 180 högskolepoäng, motsvarande en fil. kand-examen på högskolenivå. Detta för att kunna se hur individer med en högre utbildning ser på att arbeta inom den mer kommersiella friskvården. Intervjuperson E skiljer sig lite från övriga individer med sin sjukgymnastexamen (övriga har examen inom kostvetenskap eller idrottsvetenskap). Men då undersökningen inte syftar till att se specifika skillnader mellan individerna utan snarare hur de ser på den aktuella situationen anses detta inte problematiskt eller negativt för resultatet.

Valet att göra undersökningen inom ett och samma företag var relativt lätt då samma arbetskultur var önskvärd, även om arbetsuppgifterna och yrkestiteln i sig inte är identiska. De exklusiva resultaten blir något mer jämförbara då individerna åtminstone finns inom samma verksamhet och därmed arbetar efter samma riktlinjer. Dessutom är bekvämligheten i urvalet större då det via snöbollsmetod var enklare att finna personer till intervjuerna än om man sökt på olika – kanske konkurrerande verksamheter. Att undersökaren (författaren) själv arbetar på den aktuella arenan såg inte som ett problem utan snarare en fördel. Inga individer på den egna arenan ingår i undersökningen men däremot var kontakter inom företaget guld värt då det gäller att hitta personer att intervjua.

Vad gäller de personer som slutligen ingick i undersökningen bestod detta av fyra kvinnor och en man, samtliga i åldrarna 26-32 år. Inget genus- eller åldersperspektiv ingick i de specifika frågeställningarna men detta är ändå värt att reflektera över. Specifika grupper av män respektive kvinnor kanske hade gett andra resultat vid jämförelse. Likaså skulle ett större eller högre åldersspann gett andra resultat då det handlar om olika yrkeserfarenhet och därmed andra reflektioner kring hur den aktuella typen av verksamhet utvecklats. Dock gav den aktuella snöbollsmetoden dessa individer till undersökningen och vidare spekulationer om andra resultat får lämnas till senare forskning.

Vad gäller förberedelsen inför intervjuerna låg störst fokus på att utforma en godtagbar intervjuguide (se bilaga A). Det färdiga resultatet slutade i ett lämpligt omfång med tanke på studiens syfte. Intervjuguiden var enkel men detta var önskvärt från början då kvalitativa intervjuer med fördel kan vara ostrukturerad (Bryman 2004). Detta för att ge stort utrymme till intervjupersonen (Trost, 2005). I efterhand kan man också se att mycket material erhöles och det intervjupersonerna själva lyckades hålla sig inom ramen för undersökningen. Kanske kunde en något mer specificerad intervjuguide bidragit till att minska omfånget och storleken på materialet något men å andra sidan tillkommer då risken att viktiga aspekter missas och intervjupersonen blir för styrd. Även i efterhand kändes intervjuguiden alltså godtagbar och uppfyllde sitt syfte.

Efter förberedelserna med intervjuguide och inläsning genomfördes intervjuerna under bra omständigheter. En lugn miljö efterfrågades och var möjlig i samtliga fall då intervjuerna

skedde i enskilda kontor med endast intervjuaren och intervjupersonen närvarande. Bandspelaren som användes tillät intervjuaren att ge intervjupersonen full uppmärksamhet samt möjligheten till att arbeta vidare med materialet. Stödanteckningar gjordes efter varje intervju innan analysarbetet påbörjades. Detta för att komma ihåg känsla eller funderingar som fanns direkt efter men också en säkerhet att åtminstone en mindre del av vad som skett fanns bevarat om tekniska problem med bandspelaren skulle uppstå. Att använda en intervjuguide med endast teman upplevdes återigen fördelaktigt då intervjupersonerna uppmuntrades att tala brett om de olika ämnena. Inga frågor var oklara då de frågor som ställdes endast var följdfrågor på vad intervjupersonen själv sagt, helt enligt riktlinjer och rekommendationer för kvalitativa intervjuers flexibilitet (Bryman, 2004; Kvale, 1997; Trost, 2005).

När det gäller att analysera kvalitativa intervjuer finns flera olika metoder att tillgå (Kvale, 1997). Att transkribera samtliga intervjuer var en tidskrävande process. Alternativet hade varit att vid analysen istället lyssna på intervjuerna upprepade gånger men då denna typ av undersökning är ny för författaren kändes transkriberingsprocessen givande för att fördjupa sig i materialet (Bryman, 2004). Efter att ha gått igenom materialet flera gånger valdes att för analys använda meningskoncentrering och därefter kategoriseringen, det vill säga korta ner meningarna mer koncist (för mindre textmassa) samt dela in dessa i olika kategorier (Kvale, 1997). Detta föreföll ganska naturligt efter vilket material som fann och de teman som skulle behandlas - viktiga delar kunde sedermera sättas samman till en förståelig helhet. Mönster kunde ses och förstås (Widerberg, 2002) och därefter diskuteras.

6.1.2 Risk för felkällor

Vid denna typ av kvalitativ intervju går det inte att generalisera resultatet utan det är exklusivt för individerna som ingår i undersökningen (Bryman, 2004). Man är inte heller ute efter att jämföra individerna sinsemellan utan snarare se samband som kan ge en tydligare bild av det aktuella området (Widerberg, 2002).

Förberedelserna för intervjuerna utgick ifrån bakgrundsmaterialet. En reflektion i efterhand säger att en mer koncentrerad intervjuguide ha gett mindre material att arbeta mer och eventuellt gjort analysen mer koncist. En större pilotstudie hade då varit önskvärd, det vill säga ytterligare intervjuer utöver den egna testen av intervjuguiden på intervjuaren själv samt en person i närheten. Med en bredare intervjuguide och större textmaterial att arbeta med föreligger självklart en risk i att ha missat viktiga delar i analysen.

Vid analysen av materialet fanns flera likheter mellan intervjupersonerna som kunde kategoriseras utifrån de teman som fanns ur syfte och frågeställningar. Att intervju flera personer kan möjligtvis ha gett ytterligare samband men ökat svårighetsgraden av analysen ytterligare med mer material att arbeta med. Om så varit fallet hade nog en koncentrerad intervjuguide varit nödvändig. Resultatet hade troligtvis också sett något annorlunda ut om man vänt sig till ett annat företag eller anläggningar på andra orter. Man bör också komma ihåg att resultaten tolkas utifrån bakgrunden vilket kan ge en felaktig bild. Litteraturstudien täcker knappast alla delar av området men är tillräckligt omfattande för att förstå problemställningen. Val av källor och andra faktorer i bakgrundsarbetet kan därmed påverka resultatet.

6.1.3 Svårigheter och självkritik

Vid starten av detta arbete troddes den största svårigheten ligga i att finna deltagare till undersökningen. Detta var dock inte fallet då den använda snöbollsmetoden relativt snabbt kunde hitta intervjupersoner och det efter fem intervjuer ansågs finnas tillräckligt med material att arbeta med.

Vad som däremot var en utmaning var att verka som intervjuare. De egna kvalifikationerna och personliga egenskaperna är viktiga vid denna typ av undersökning (Bryman, 2004) och trots noggrann inläsning på området och med dessa faktorer i åtanke upplevdes intervjusituationen svår. Bryman (2004) nämner att intervjusituationer ofta utsätts för ett validitetsproblem som kallas reaktivitet, vilket innebär att informanten reagerar på vad intervjuaren och själva intervjusituationen till den grad att det påverkar vad han eller hon säger. Detta kan säkerligen föreligga i denna undersökning då intervjuaren – trots stor förberedelse – är ovan och kanske kan ha påverkat deltagarna, särskilt då både intervjuare och informanter arbetar inom samma företag.

Vad gäller analysen av resultatet bör här också nämnas intervjuaren (tillika författarens) insats. Egen förförståelse kan ha påverkat tolkningarna även om detta självklart försökt undvikas. Man kan tänka sig att det i intervjusituationen bildats spontana uppfattningar hos intervjuaren som respons på vad intervjupersonerna säger, vilket gör att en enskild åsikt kan färga materialet i helhet. Risken för detta kan kanske vara särskilt stor om resultatet stämmer överens med författarens åsikt. Försök har gjorts till att så noggrant som möjligt beskriva deltagarnas uppfattningar genom att vända och vrida på de kvalitativa data som erhållits. Nya begrepp har vridits och vänts på för att finna resonemang. Man bör dock komma ihåg att författarens förförståelse kan ha spelat roll för analys och diskussion.

Ett större fokus på en pilotstudie kunde ha gett mer koncentrerat material att arbeta med. Trots att mycket tid lagts på analys visar ju resultatredovisning endast delar av det som kom fram i intervjun. Pilotstudie, mer fokuserad intervjuguide och kanske ytterligare författare att hjälpa till med tolkningen kunde gett annat resultat.

I efterhand finns många tankar och reflektioner om den egna insatsen som intervjuare och sedermera tolkare av resultat för att undersökningen skulle kunna göras säkrare och med ett bredare perspektiv. I framtiden skulle mer fokus lagts på intervjuguiden men vanan som intervjuare erhålls ju via erfarenhet och någonstans måste detta arbete starta. Arbetsinsatsen anses därför motsvara arbetets storlek och tidsmässiga begränsningar denna gång.

6.2 Resultatdiskussion

Med ovanstående reservationer kring genomförandet finns nedan diskussioner där de viktigaste resultaten vrids och vänds på samt kopplas till bakgrunden. Dessa är indelade utefter de teman som undersöktes och redovisas i resultatdelen. Slutligen finns en sammanfattning där dessa diskussioner knyts samman till undersökningens syfte och de frågeställningar som utgör grunden. Avslutningsvis redovisas tankar om framtida utveckling inom samma område.

6.2.1 Informanterna

De resultat som redovisas gäller endast för de personer som deltog i studien. Via snöbollsmetod kunde det relativt enkelt hittas individer inom den aktuella kedjan av tränings- och friskvårdsanläggning som hade en högre akademisk utbildning och därmed uppfyllde kriterierna för deltagande i studien.

Vid resultatredovisning kan ses att det har nyttjats citat mer från vissa informanter (t.ex. person A) än andra (t.ex. person E). Detta kan troligtvis kopplas till analys och tolkning (Kvale, 1997) och därför till viss del kopplas till författarens egen förförståelse (Bryman, 2004).

Samtliga deltagare i denna kvalitativa undersökning arbetar på en tränings- och friskvårdsanläggning, vilket kan ses som en arena för hälsofrämjande arbete (Ewles & Simnett, 2005). Hälsoarbetet här kan ses som hälsoupplysning och är därmed anpassat för att uppmuntra individen till mer hälsosamma beteenden.

Individerna befinner sig inom samma företag. Intressant är dock att de flesta informanter arbetade på anläggningarna redan innan avlagd examen. Viss intern utbildning inom exempelvis gruppträning föreligger men det är ändå värt att uppmärksamma att arbete inom hälsa och friskvård är möjligt även innan utbildning på universitetsnivå. Fokus med denna undersökning ligger på att undersöka hur det är som hälsoarbetare med en högre akademisk examen vara verksam på en tränings- och friskvårdsanläggning, vilket innefattar tiden från studier till arbete. Med detta resultat kanske det också hade varit intressant även att se hur arbetsuppgifterna kan skifta med utbildning.

6.2.2 Tankar om den akademiska utbildningen

Det nya sättet att se på kropp och hälsa samt det ökade intresset för den hälsosamma livsstilen har lett till att friskvård som arbetsfält har blivit allt större (Blom & Linderoth, 1995; Featherstone, 1994). Med detta har även utbildningsmöjligheterna inom området ökat (Korp, 2002).

Begreppet hälsa innebär olika saker för olika individer (Ewles & Simnett, 2005). Personer med en högre utbildning inom hälsa och friskvård har dock viss kunskap och därmed kanske en bredare syn på begreppets innebörd. Deltagarna i denna studie kan tänkas ha ett mer likartad sätt att se på hälsa då samtliga utom intervjuperson E på universitetsnivå studerat och reflekterat kring hur god kosthållning och regelbunden fysisk aktivitet påverkar hälsan i en positiv bemärkelse. Därmed borde en utbildning bidra med ett brett perspektiv på hälsa för de man möter och tillsammans med trovärdigheten för förmedlade budskap (Rydgqvist & Winroth, 2004) verkar positivt för de personer hälsoarbetaren möter.

Resultaten visar att det upplevs att all den kunskap som erhöles på universitetet inte används i dagens arbete då man fått göra visst avkall. Detta är värt att reflektera över då utbildning borde vara användbar i yrkesrollen. Enligt intervjupersonerna erhöles mycket teori men lite praktik under utbildningen varvid man i senare arbetsliv inte kan utnyttja allt man lärt sig. Därmed kan det tolkas att nyttan av utbildningen ifrågasätts. Detta är en kritisk inställning från hälsoarbetarna gentemot den utbildning de genomgått och man kan således fundera på

utbildningens upplägg och nivå. Men vänder man på saken kan man undra om det aktuella arbetet ligger på en nivå under den akademiska utbildningen. Detta påstående har ännu ingen vetenskaplig grund men värt att undersöka vidare i framtiden.

Informanterna talar om den breda marknaden kring hälsa och friskvård som inte alltid stämmer överens med den vetenskapliga grund som finns inom högskoleutbildning. Detta kan kopplas till den mer kommersiella friskvården (Korp, 2002). Det verkar vara svårt att bemöta de frågor som folk har fått från samhället och medias bild av hälsa och hälsofrämjande beteenden såsom kost och fysisk aktivitet, men glädjande nog nämns det kritiska tänkandet som något som finns i bagaget hos hälsoarbetaren sedan universitetstiden. Detta torde vara en fördel då det gäller att bemöta nya råd och rön som kommer och därmed kunna hålla en hög nivå på hälsoarbetet.

Man anar en önskan att mer praktiskt arbete ute på marknaden skulle ingå i utbildningen, dock ges inga exakta förslag på hur, då det som ovan nämns också verkar finnas ett dilemma i vad man vill göra med sin utbildning i detta breda område. En tendens till diskrepans upplevs när det talas om utbildningen; man ser en fördel i att ha teoretisk kunskap då det gäller att bemöta argument från de människor man möter i yrkeslivet men samtidigt önskas mer praktiska erfarenheter även under studietiden så att steget mellan utbildning och arbetsliv blir enklare.

Inom temat utbildning framkom tydlig att det att det upplevs vara stor konkurrens om arbeten inom hälsa och friskvård. Här råder delade meningar då deltagarna anser att det inte alltid är den med högst utbildning som är mest attraktiv på arbetsmarknaden samtidigt som man upplever en fördel att vara högutbildad. Man kan då fundera över vad som händer med de positiva aspekterna av att ha god vetenskapligt grundad kunskap i mötet med andra människor jämfört med problematiken att konkurrera om jobben. Det finns ju många utbildningar inom hälsa och friskvård även på lägre nivå (Korp, 2002; Statistiska Centralbyrån, 1996). Här borde en gemensam definition av utbildningskriterier för att arbeta med hälsa vara fördelaktigt för såväl hälsoarbetaren som den han eller hon möter. Någon sådan definition finns dock inte.

6.2.3 Upplevelsen av dagens arbete

Hälsoarbetarna – det vill säga informanterna i denna undersökning - verkar trivas med sin yrkesroll och se sitt arbete som viktigt. Denna positiva syn på arbetet kan tänkas leda till att antalet hälsoarbetare ökar, och att det kanske är viljan som också bidrar till det breda utbudet av utbildning inom området. Men är behovet av hälsoarbetare verkligen så stort? Om man ser till dagens västerländska samhälle och de livsstilssjukdomar som råder (Ewles & Simnett, 2005) är det enkla svaret ja, men med många olika utbildningar, nivåer och typer av hälsoarbete kan det också vara svårt att veta vilka yrkesprofessionella man ska vända sig till. Detta kan kopplas till informanternas uttalanden om att alla – oavsett utbildningsnivå – kan ge råd.

Hälsoarbete handlar om att förmedla normer inom områden kopplat till exempelvis kosthållning och fysisk aktivitet (Ewles & Simnett, 2005; Ohlson, 2008). Informanterna tar upp att det är viktigt att ha en hälsosam livsstil för att inge förtroende till de man möter i arbetslivet och därigenom verka som en förebild. Dock nämns negativt laddade begrepp

såsom ”manisk” i samband med detta, och man kan då reflektera över hur hälsoarbetet i den mer kommersiella friskvården påverkar hälsoarbetaren själv och vidare den breda massan som söker sig till den aktuella arenan. Man talar också om gym som mode, och bör därför fundera över hur arbetet bör utvecklas i framtiden om begreppet i sig lockar populationen genom andra motiv än hälsofrämjande sådana. Dock finns en annan aspekt där detta synsätt kan verka som en inkörsport om resultatet är exempelvis ökad fysisk aktivitet.

Samtliga personer i denna undersökning lyfter fram behovet av en bred kunskap kring friskvårdsfrämjande beteenden och aktivitet samt att man bör besitta ett stort mått pedagogik för att kunna förmedla budskapen. Detta är förenligt med litteratur inom området (Ewles & Simnett, 2005; Korp, 2004). En deltagare (intervjuperson B) talar om att hon inte utvecklats i sin yrkesroll trots högskoleexamen. Med det faktum om att andra faktorer kring individen och hennes personlighet kan påverka detta uttalande är det värt att lyfta fram i diskussionen om huruvida en högre utbildning är nödvändig för att arbeta med den mer kommersiella friskvården? Vem ska egentligen arbeta på tränings- och friskvårdsanläggningar och hur konkurreras personer med högre utbildning mot de med en lägre? Detta nämns också i samband med att verksamheten i sig anses ha andra syften än hälsofrämjande då det också handlar om vinstgivande företag. Tillsammans med förmedling av budskap i dagens konsumtionssamhälle – som kanske inte alltid är förenliga med vetenskapliga grunder – kan man fundera över om detta tillsammans med den variation av utbildning som finns inom verksamheten verkligen gör att individer med en högre akademisk utbildning är efterfrågad? Om inte, är det då en fördel att utbilda sig? Och hur kommer hälsoarbetet att utvecklas i framtiden?

6.2.4 Arbetet kopplat till utbildning

Det tredje temat kring utbildning och arbete kan verka som en sammanfattning av de tidigare två. Här lyfts den mer kommersiella friskvården där ytterligare eller helt andra syften än hälsofrämjande föreligger. Hälsa som affärsidé är troligen större än vad man tror men något hälsoarbetarna möter dagligen. Förutom påverkan från samhälle och media talas det här om en konkurrens med personer med en lägre utbildning då de kunder man möter kanske inte inser att det är skillnad i kompetens hos hälsoarbetarna på en tränings- och friskvårdsanläggning. Då utbildningskriterier för hälsa saknas (även inom den aktuella verksamheten) kan man fråga sig hur man ska få uppskattning och ökade möjligheter med en universitetsexamen i bagaget? Om kost och fysisk aktivitet står i fokus för intresset på denna typ av arena men inga krav på vetenskapliga grunder finns, vilka budskap är det då egentligen som förmedlas till den breda massan?

Det är intressant att informanterna i denna undersökning nämner att man i verksamheten tar betalt för friskvårdsfrämjande aktiviteter och därmed att kunden ska må bra men diskuterar om detta egentligen är vad som ges. Allt hälsoarbete bör utgå i hälsofrämjande handlingar (Ewles & Simnett, 2005) och om den kommersiella friskvården inte kan möta dessa behov finns en stark anledning till varför arbetet i sig måste utvecklas.

Hälsoarbetarna i denna undersökning talar om att den främsta utvecklingen från studietid till arbetsliv handlar om att man fått omsätta sina teoretiska kunskaper till mer praktisk nytta i mötet med andra människor. Intressant är att de dock anser att de fått göra avkall på vissa

kunskaper för att kunna arbeta förenligt med företaget. Detta handlar exempelvis om olika viktminskningsmetoder och mindre bra former av fysisk aktivitet för individen, exempelvis sådana som inte tar hänsyn till fysiska besvär såsom nedsatt funktion i viss muskulatur. Här föreligger ett problem värt att diskutera. En kombination av den kunskap man har och företagets kultur och riktlinjer för arbete verkar vara nödvändigt. Detta är också förståeligt om ett företag ska kunna drivas. Men ska akademisk kunskap med vetenskaplig grund verkligen få stå tillbaka för ett mer kommersiellt vinstsyfte?

Det upplevs från samtliga intervjupersoner att det för arbete på denna typ av verksamhet föreligger problem i att den finns andra mål än hälsofrämjande sådana. Korp (2004) talar om hälsopromotion och hälsofrämjande som modeord som fångar den breda massan och intervjupersonerna menar att hälsa på den aktuella arenan ibland jämföras med att sälja hälsofrämjande produkter och marknadsföra det goda livet i form av kost och fysisk aktivitet. Det hälsofrämjande arbetet kopplas således till konsumtionskulturen.

Att försöka påtvinga andra människor sina egna värderingar är alltid en risk i hälsoarbete (Rydqvist & Winroth, 2004). Detta område tas upp av intervjupersonerna som ännu en svårighet på den aktuella arenan. Man menar att man ska följa såväl akademisk kunskap som företagets policy och därmed genom sin yrkesroll blir ganska bestämd i vad man ska tycka och tänka. Återigen nämns att vara en förebild och förmedla normer. Här antyds av tre av fem personer att egna tankar och åsikter får stå tillbaka för arbetets karaktär, det vill säga att man ibland låter teoretisk kunskap stå tillbaka för den kommersiella delen av friskvården exempelvis genom att förespråka viktminskningskurser vars koncept är mindre lämpliga.

En av deltagarna i studien (intervjuperson A) tar upp att personer med medlemskap i flera fall inte ens besöker anläggningarna och därmed inte tar del av den friskvårdsfrämjande verksamheten. Man kan diskutera detta i samband med hälsoarbete i stort. När det hälsofrämjande arbetet verkligen de personer som behöver det som mest? Vidare krävs för förändring av beteende ett stöd från kompetenta inom området (Ohlson, 2008) – erhålls detta stöd i den kommersiella friskvården? Eller är det helt enkelt de som är villiga att lägga tid, energi och pengar på sin hälsa som erhåller den största vinsten oavsett behovet?

6.3 Sammanfattning

Med förbehåll för undersökningens ringa omfattning och det faktum att resultaten endast är giltiga för de ingående individerna ges här en sammanfattning av resultaten.

Syftet med denna undersökning var att få en fördjupad kunskap kring hur det är att som högt utbildad inom kost och friskvård arbeta på tränings- och friskvårdsanläggningar med en mer kommersiell syn på hälsa. Det visar sig att arbetet med hälsa och friskvård anses viktigt och att deltagarna i studien trivs med sina yrkesroller. Man ser en fördel med en högre utbildning vad gäller kvaliteten på hälsoarbetet. Dock upplevs att konkurrensen från andra personer med en lägre utbildning är stor och att man inte alltid belönas tillräckligt för sin kunskap. Detta är en svårighet tillsammans med det faktum att samhället och media förmedlar många budskap med mindre vetenskaplig grund. Dessa måste hälsoarbetaren bemöta i sitt dagliga arbete.

En mycket intressant diskussion uppkommen ur resultaten är att hälsoarbetarna upplever att de får göra avkall på vissa kunskaper för att passa in i verksamhetens kultur. Detta innebär att man kanske behöver förespråka vissa beteenden eller aktiviteter inom exempelvis kost och fysisk aktivitet som kanske inte är förenliga med individens mål för förbättrad hälsa. Spridning av den teoretiska kunskapen erhållen via en högre utbildning är således inte helt självklar.

Denna studie med tillhörande arbete har gett upphov till många funderingar. Som yrkesprofessionell inom området känns många reflektioner igen. Tiden som student upplevs som mycket teoretisk och man får en bra grund i det kritiska tänkandet. Att sedermera verka som hälsoarbetare på en tränings- och friskvårdsanläggning leder till mer praktiskt arbete men samtidigt är avkall på kunskaper tydligt. Man kan således diskutera för- och nackdelar med akademisk utbildning inom kommersiell friskvård. Det känns som att detta område är relativt outforskat men ack så viktigt då det handlar om hälsoarbete och därmed möjligheterna till en god hälsa hos såväl individ som population.

Ewles och Simnett (2005) definierar hälsoarbete som att "... förbättra hälsotillståndet för såväl enskilda individer som grupper. Verksamheten går ut på att främja hälsa: att förespråka, stötta, uppmuntra och prioritera hälsa såväl på det individuella planet som på det kollektiva planet" (s. 37). Resultat och tolkningar från denna undersökning kan bekräfta att insatsen som hälsoarbetare har en varierad karaktär men önskan finns om att den ska utgå från en akademisk utbildning. Syftet är uppnått då fördjupad kunskap kring hur det är att med en akademisk utbildning i bagaget arbeta inom den mer kommersiella friskvården.

6.4 Förslag till vidare forskning

En kvalitativ ansats ansågs bra för denna typ av undersökning, men då flera av undersökningspersonerna arbetade på den aktuella arenan redan innan erhållen examen inom hälsoområdet kan det i framtiden vara intressant att ha en utgångspunkt i arbetet i utveckling under studietiden. Detta för att ge en tydligare bild av vilken uppskattning som erhålls i arbetslivet med en högre utbildningsnivå. Det skulle också vara intressant att genomföra liknande undersökning i ett annat åldersintervall då erfarenhet samt tidpunkt för avklarade universitetsstudier kan tänkas påverka. Ett genusperspektiv kanske också kunde vara intressant.

Som ovan nämnt känns detta som ett relativt nytt område som är nödvändigt att utforska då hälsa som arbetsfält växer. Dels bör man se till hälsoarbetaren själv då han eller hon uppenbarligen verkar som en förebild för en hälsosam livsstil. Hur påverkar ett arbete med hälsa den yrkesprofessionella, och sedermera den breda massan? Och vad är egentligen en bra förebild? Man kan i framtiden också se mer på den kommersiella delen av friskvården i samband med den akademiska utbildningen. Ska utbildningen anpassas till samhällets syn på hälsa och friskvård? Om akademisk utbildning ger högre kvalitet på hälsoarbetet, hur ser man då till att individer med denna vetenskapliga grund blir attraktiva på arbetsmarknaden? Kan gemensamma riktlinjer och krav för att få arbeta med hälsa vara en avgörande faktor? Vem sätter i så fall dessa?

Kost och fysisk aktivitet är stora delar av den kommersiella friskvården och av den goda hälsan. Det är för framtiden hälsoarbete viktigt att relevant information förmedlas på arenor som når stora massor. Akademisk kunskap kan tänkas höja kvaliteten på det hälsofrämjande arbete som sker men övergången mellan studier och arbetsliv samt nivån av utbildning bör studeras vidare.

7. Referenser

- Abrahamsson, L., Andersson, A., Becker, W. & Nilsson, G. (2006). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber AB.
- ACSM (2007). *Guidelines for healthy adults under age 65*. Hämtad 2009-10-25 från http://www.acsm.org/AM/Template.cfm?Section=Home_Page&TEMPLATE=/CM/HTMLDisplay.cfm&CONTENTID=7764
- Andersson, S.I. (2002). *Hälsopsykologi. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur
- Annerstedt, C. & Gjerset, A. (1992). *Idrottens träningslära*. Farsta: SISU Idrottsböcker.
- Blom, K.A. & Lindroth, J. (1995). *Idrottens historia. Från antika arenor till modern massrörelse*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods*. (2. ed.). Oxford. Oxford University Press.
- Burke, L. & Deakin, V. (2006). *Clinical Sports Nutrition*. Champaign: Human Kinetics.
- Ewles, L & Simnett, I (2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Featherstone, M. (1994). *Kultur, kropp och konsumtion*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Groth, J., Ayers, S., Miller, M. & Arbogast, W. (2008). Self-reported health and fitness habits of certified athletic trainers. *Journal of Athletic Training* 2008;43(6):617-632. Hämtad 2009-12-11 från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582554/pdf/attr-43-06-617.pdf>
- Henriksson, J. (2004). *FYSS för alla*. Stockholm: Apoteket AB.
- Jensen, A. & Pettersson, A. (2009). *Gymträning i det dagliga livet. Målsättning, kosthållning och fritid*. Opublicerad kandidatuppsats vid Göteborgs Universitet, Institutionen för mat, hälsa och miljö.
- Jeukendrup, A. & Gleeson, M. (2007). *Idrottsnutrition för bättre prestation*. Farsta: SISU Idrottsböcker.
- Johansson, T. (1997). *Den skulpterade kroppen*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

- Johansson, T. & Miegel, F. (2002). *Kultursociologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Korp, P. (2002). *Hälsopromotion – en sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering*. Göteborgs Universitet: Sociologiska Institutionen.
- Korp, P. (2004). *Hälsopromotion*. Lund: Studentlitteratur.
- Kostenius, C. & Lindqvist, A-K. (2006). *Hälsovägledning – från ord och tanke till handling*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Livsmedelsverket (2003). *Riksmaten 1997-98*. Hämtad 2009-09- 30 från <http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/kostundersokningar/riksmat.pdf>
- Livsmedelsverket (2005). *Svenska näringsrekommendationer*. Hämtad 2009-09-30 från http://www.slv.se/upload/dokument/mat/rad_rek/SNR2005.pd
- Nationalencyklopedin (2009a). *Budskap*. Hämtad 2009-12-25 från http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/budskap?i_h_word=budskap
- Nationalencyklopedin (2009b). *Livsstil*. Hämtad 2009-12-11 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/livsstil>
- Nationalencyklopedin (2009c). *Norm*. Hämtad 2009-12-25 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/norm/271418>
- Nationalencyklopedin (2010a). *Empowerment*. Hämtad 2010-04-16 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/empowerment>
- Nationalencyklopedin (2010b). *Folkhälsa*. Hämtad 2009-02-28 från http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/folkh%C3%A4lsa?i_h_word=folkh%C3%A4lsopolitik
- Nationalencyklopedin (2010c). *Hälsa*. Hämtad 2010-02-28 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/h%C3%A4lsa>
- Nationalencyklopedin (2010d). *Salutogen*. Hämtad 2010-04-16 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/salutogen>
- Nordic Council of Ministers (2006). *A better life through diet and physical activity. Nordic Plan of Action on better health an quality of life through diet and physical activity*. Köpenhamn: Nordic Council of Minister.
- Ohlson, L. (2008). *Hälsopedagogik*. Stockholm: Liber.

- Riksidrottsförbundet (2001). *Svenska folkets träning med motionsgympa, aerobics och styrketräning*. Hämtad 2009-10-25 från http://rf.se/ImageVault/Images/id_183/scope_128/ImageVaultHandler.aspx
- Rydgqvist, L-G. & Winroth, J. (2004). *Idrott, friskvård, hälsa och hälsopromotion*. Farsta: SISU Idrottsböcker AB.
- Palmblad, E. & Eriksson, B-E. (1995). *Kropp och politik*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Starrin, B. & Svensson, P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Statens folkhälsoinstitut (2009). *Levnadsvanor. Lägesrapport 2009*. Hämtad 2010-03-19 från <http://www.fhi.se/PageFiles/8590/R2010-03-Levnadsvanor-Lagesrapport-2009.pdf>
- Statistiska Centralbyrån (1996). *SSYK 96 – standard för svensk yrkesklassificering*. Hämtad 2010-04-15 från http://www.scb.se/Pages/List_259304.aspx
- Statistiska Centralbyrån (2009). *Fritid 2006-07*. Hämtad 2009-11-20 från http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0101_2006107_BR_LE118BR0901.pdf
- Statistiska Centralbyrån (2010). *Alfabetisk förteckning över yrkesbenämningar klassificerade enligt Standard för Svensk yrkesklassificering (SSYK)*. Hämtad 2010-04-15 från http://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Forsta_Statistik/Klassifikationer/_Dokument/SSYK_webb.pdf
- Svenska Akademikers Centralorganisation (2005). *Kunskapens läge 2005*. Hämtad 2010-04-15 från http://www.saco.se/upload/Dokumentarkiv/Skrifter/2005_Kunskapens%20läge%202005.pdf
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Söderström, T. (1999). *Gymkulturens logik. Om samverkan mellan kropp, gym och samhälle*. Umeå: Pedagogiska institutionen, Umeå universitet.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2009-03-25 från http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska_principer_t_f_2002.pdf
- Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga A Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

INTRO

- Ålder
- Kön
- Utbildning och examen
- Arbete och arbetsuppgifter

TEMA 1: Akademisk utbildning

- För och nackdelar med en högre utbildning
- Konkurrens från personer med lägre utbildning

TEMA 2: Dagens arbete

- Rollen som hälsoarbetare på den aktuella verksamheten
- Krav på utbildning
- Karakteristiska drag för arbetet

TEMA 3: Studier vs jobb

- Användning av den akademiska utbildningen i arbetet
- Största skillnaden mellan studietiden och arbetslivet
- Utveckling från studietid till arbetsliv