

ASSOCIATIONEN MELLAN SELF-EFFICACY OCH FRISKVÅRDSBIDRAG

En enkätstudie i tillverkningsindustrin

THE ASSOCIATION BETWEEN SELF-EFFICACY AND WORK SITE WELLNESS PROGRAMS

A survey study in the manufacturing
industry

Examensarbete inom huvudområdet
folkhälsvetenskap

Grundnivå/Avancerad nivå 15 Högskolepoäng
Vårtermin År 2013

Hanna Gånedahl
Pernilla Viklund

Handledare: Joakim Ekberg
Examinator: Elisabeth Kylberg

SAMMANFATTNING

Titel: Associationen mellan Self-efficacy och Friskvårdsbidrag – en enkätstudie i tillverkningsindustrin

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i folkhälsovetenskap, 15 högskolepoäng

Författare: Gånedahl, Hanna; Viklund, Pernilla

Handledare: Ekberg, Joakim

Sidor: 24

Månad och år: Maj 2013

Nyckelord: Friskvårdsbidrag, self-efficacy, arbetshälsa, hälsofrämjande, fysisk aktivitet.

Bakgrund: Arbetsgivare kan stödja de anställdas hälsa genom att erbjuda friskvårdsbidrag. Flera faktorer påverkar individer till att välja hälsorelaterade beteenden. Self-efficacy är en sådan faktor vilket innebär individens tilltro sin egen förmåga att klara en uppgift.

Syfte: Studiens syfte var att undersöka relationen mellan self-efficacy och nyttjande av friskvårdsbidrag. Vidare undersöktes fysisk aktivitetsnivå och upplevt hälsotillstånd relaterat till dessa två faktorer. **Metod:** Undersökningen genomfördes med en enkät som skickades ut genom ett tillverkningsföretags intern-epost. Korrelationsanalyser, chitvå-test och t-test användes för att utforska relationen mellan variablerna. **Resultat:** Enkäten skickades till 2019 anställda varav 1022 besvarade enkäten. Mellan self-efficacy och nyttjande av friskvårdsbidrag kunde inget signifikant samband påvisas. Self-efficacy och nyttjande av friskvårdsbidrag var båda korrelerade till både fysisk aktivitetsnivå och upplevt hälsotillstånd. **Slutsats:** Genom att initiera interventioner på arbetsplatser som fokuserar på att höja self-efficacy och öka nyttjande av friskvårdsbidrag kan anställdas fysiska aktivitetsnivå och upplevda hälsotillstånd förbättras.

ABSTRACT

Title: The Association between Self-efficacy and Work site Wellness Programs – a survey study in the manufactory industry

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Health, 15 ECTS

Author: Gånedahl, Hanna; Viklund, Pernilla

Supervisor: Ekberg, Joakim

Pages: 24

Month and year: May 2013

Keywords: Work site wellness programs, self-efficacy, occupational health, health promotion, physical activity.

Background: The employer can support their employees by proving work site wellness programs. "Friskvårdsbidrag" is a wellness subsidy that many work sites in Sweden provides. Whether an individual will choose to engage in a health related behavior may be affected by different factors. Self-efficacy is one of these factors and implies the individual's confidence in his own ability to complete a task. **Aim:** The aim of this study was to examine the relationship between self-efficacy and the use of "friskvårdsbidrag". Further was physical activity level and perceived health status also examined. **Method:** The study was carried out by sending out a questionnaire using a manufacturing company's internal email. Correlation analyzes chi-square tests and t-tests were used to explore the relationships between the variables. **Results:** The questionnaire was sent to 2019 employees and 1022 of these were answered. Self-efficacy and the use of "friskvårdsbidrag" were not correlated. Both self-efficacy and the use of "friskvårdsbidrag" were correlated with physical activity level and perceived health status. **Conclusion:** By initiating interventions in the work sites that are focusing on enhancing self-efficacy and the use of "friskvårdsbidrag", the employee's level of physical activity and perceived health status can be increased.

Innehållsförteckning

Inledning.....	5
Bakgrund	5
Hälsofrämjande arbetsplatser	5
Hälsotillstånd.....	6
Friskvårdsförmåner	7
Motion och annan friskvård	7
Nyttjande av friskvårdsförmåner.....	9
Teoretiska modeller.....	9
Self-efficacy	10
Self-efficacy och hälsorelaterade beteenden	10
General Self-Efficacy Scale	10
Tidigare forskning	10
Folkhälsovetenskaplig betydelse.....	11
Syfte	11
Frågeställningar	12
Etik	12
Metod	12
Design.....	12
Studiepopulation och urval.....	13
Datainsamling.....	13
Genomförande	14
Databearbetning	14
Resultat.....	16
Bakgrundsvariabler	16
Hälsotillstånd och fysisk aktivitetsnivå.....	16
Nyttjande av friskvårdsbidrag	16

Self-efficacy	19
Self-efficacy och nyttjande av friskvårdsbidrag.....	19
Diskussion	20
Metoddiskussion.....	20
Kvantitativ tvärsnittsstudie.....	20
Urvalsmetod	20
Datainsamlingsmetod	20
Analysmetod.....	22
Bortfallsanalys.....	22
Resultatets tillförlitlighet.....	22
Resultatdiskussion.....	22
Könsfördelning.....	22
Hälsotillstånd och fysisk aktivitet	23
Nyttjande av friskvårdsbidrag	23
Self-efficacy	25
Self-efficacy och nyttjande av friskvårdsbidrag.....	26
Hälsointerventioner	27
Slutsats	27
Referenser.....	29

Bilagor

Figurförteckning

<i>Figur 1.</i> Nyttjande av friskvårdsbidrag uppdelat på antal män och kvinnor (n=1022).	17
<i>Figur 2.</i> Fördelning av aktiviteter vid nyttjande av friskvårdsbidrag	17
<i>Figur 3.</i> Fördelning av främsta anledningarna till att inte nyttja friskvårdsbidraget.	18
<i>Figur 4.</i> Medelvärde av SEI uppdelat på de som nyttjar och de som inte nyttjar friskvårdsbidraget.....	19

Inledning

Arbetsgivare kan välja att erbjuda sina anställda friskvårdsbidrag för att stödja dem till en god fysisk och psykisk hälsa (Skatteverket, 2012). Motivet bakom denna studie var att hälsointerventioner på arbetsplatser är en bra möjlighet att påverka individens hälsa. Då många individer kan nås via denna arena är det angeläget att arbeta utifrån detta perspektiv för att förbättra folkhälsan i Sverige. Enligt Nadioo och Wills (2009) har både arbetsgivare och anställda mycket att vinna på att främja hälsosamma levnadsvanor.

Trots att många arbetsplatser erbjuder friskvårdsbidrag, beskriver Kjellman (2009) att långt ifrån alla arbetstagare väljer att använda det. För att bidraget ska nyttjas i större utsträckning är det väsentligt att undersöka påverkande faktorer. Bandura (1997) menar att self-efficacy är en faktor som kan vara relaterad till hälsorelaterade beteenden. Self-efficacy innebär individens tilltro till sin egen förmåga att klara en uppgift. Andra faktorer som kan vara intressanta att studera vid främjande av hälsobeteenden och self-efficacy är fysisk aktivitetsnivå och upplevt hälsotillstånd. Relationen mellan friskvårdsbidrag och self-efficacy är idag outforskat, vilket gör det än mer betydelsefullt att genomföra studien. Genom att öka kunskapen inom detta område kan nya effektiva hälsofrämjande interventioner utvecklas.

Bakgrund

Bakgrunden inleds med en beskrivning av hälsofrämjande arbetsplatser och hälsotillstånd. Därefter följer friskvårdsförmåner, teoretiska modeller och self-efficacy. Bakgrunden avslutas med redogörelse för tidigare forskning och folkhälsovetenskaplig betydelse.

Hälsofrämjande arbetsplatser

I början av 1900-talet kom begreppet hälsa att lyftas fram på svenska arbetsplatser genom en allt starkare framväxt av arbetsrörelsen (Statens Folkhälsoinstitut [FHI], 2004). Sedan Sverige blev medlem i Europeiska Unionen (EU) gäller EU:s regelsystem angående arbetsplatsdirektiv, där hälsa och säkerhet ingår som ett ramverk (Günzel & Zanderin, 2012). Det innebär att EU upprättar mål och att medlemsländerna själva bestämmer hur målen ska uppnås (European Commission, 2012). Angelöw (2002) beskriver hur ohälsan i Sverige ökade under slutet av 90-talet. Som en motreaktion på detta började nya begrepp och arbetssätt att diskuteras. Begreppet hälsofrämjande har lyfts fram under de senaste åren på arbetsplatser, vilket tagit bort fokus från att enbart förebygga ohälsa till att även främja hälsa (FHI, 2004). FHI (2011a) tydliggör begreppet *hälsofrämjande arbetsplatser* på följande sätt; ”Begreppet Hälsofrämjande arbetsplatser står för arbetsplatser som dels inte producerar ohälsa, dels är arena för hälsofrämjande synsätt och aktiviteter i vid mening”.

Nadioo och Wills (2009) menar att en stor del av den vuxna befolkningen kan nås genom att använda arbetsplatser som arena för hälsofrämjande arbete. Enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) (2012) var i genomsnitt 4 672 000 personer i åldern 15-74 år sysselsatta på

arbetsmarknaden under år 2012. Det motsvarar 65,7 % av befolkningen i arbetsför ålder. Vidare beskriver Naidoo och Wills (2009) att denna grupp av människor ofta är svåra att nå med hälsofrämjande insatser på andra sätt. Andra fördelar de lyfter fram är att det på arbetsplatser finns etablerade kommunikationssätt, vilket underlättar både att uppmuntra till deltagande i hälsofrämjande aktiviteter och att följa upp interventioner. Dessutom kan medarbetarna ge varandra socialt stöd, vilket kan inspirera till hälsofrämjande aktiviteter. Rydén och Stenström (2008) beskriver att det sociala stödet skiljer sig för män och kvinnor. Kvinnor har ofta ett bättre socialt stöd än män och använder det i större utsträckning, särskilt när de utsätts för svårare situationer.

Ekonomiska fördelar, exempelvis i form av minskad sjukfrånvaro, beskrivs i litteraturen som en annan faktor vilken talar för att arbeta med hälsofrämjande interventioner på arbetsplatser (Naidoo & Wills, 2009). Osilla med flera (2012) visade i sin litteratursammanställning att samtliga fyra studier de undersökt vad gäller sjukfrånvaro, mätt som kostnader för missade arbetsdagar, har påvisat positiva resultat. Naidoo och Wills (2009) redogör även för andra ekonomiska fördelar som företaget får av att investera i de anställdas hälsa, som ökad produktivitet och minskad personalomsättning. De beskriver att ekonomiska beräkningar på stora amerikanska företag visade att investeringar i hälsofrämjande program i genomsnitt gav fyra gånger så mycket tillbaka på varje dollar. En genomsnittlig fyrfaldig vinst på den investerade summan har även beskrivits av Johanson och Johrén (2007). Angelöw (2002) framhäver att hälsofrämjande arbetsplatser även medför andra vinster som exempelvis ett mer lustbetonat arbete, ett positivare arbetsklimat, större arbetsglädje och ett ökat samarbete.

Naidoo och Wills (2009) beskriver att hälsofrämjande interventioner på arbetsplatsen ofta utgår från två perspektiv. Antingen riktar de sig mot arbetsmiljön och arbetsgivaren skyldighet att göra den säker eller så riktar de sig mot individen och dennes riskfaktorer relaterade till livsstil. Korp (2006) redogör för att individens hälsa bör ses ur ett helhetsperspektiv, som inte enbart fokuserar på individens beteenden utan även på levnadsmiljö. Det medför att gränserna blir mindre tydliga mellan individens privatliv och arbetsliv.

Hälsotillstånd

Varje år genomför FHI en tvärsnittsstudie för att undersöka befolkningens hälsa och för att kunna följa trender över tid. Detta görs genom att den nationella folkhälsoenkäten skickas ut till 20 000 personer i åldrarna 18-84 år (FHI, 2013a). Denna enkät mäter bland annat självskattad allmänhälsa och fysisk aktivitet. År 2012 svarade 73 % att de hade *bra* eller *mycket bra* allmänt hälsotillstånd. Samtidigt som 5 % svarade att de hade *dåligt* eller *mycket dåligt* allmänt hälsotillstånd (FHI, 2013b). Toivanen, Gisselmann och Lindfors (2012) beskriver att individer som har ett arbete generellt har en högre socioekonomisk status, vilket är kopplat till en bättre hälsa. De menar även att kvinnodominerade yrken generellt har en lägre lön än de mansdominerade yrkena. Vidare beskriver Pellmer och Wramner (2007) att en högre lön är relaterad till en bättre hälsa. En annan aspekt som kan påverka hälsotillståndet är

arbetstider. Kecklund, Ingre och Åkerstedt (2010) menar att skiftarbete är förenat med vissa hälsorisker.

Friskvårdsförmåner

Nationalencyklopedin (NE) (2012) beskriver ordet friskvård på följande sätt; ”Individens egna aktiva insatser i hälsobefrämjande syfte”. Exempel på friskvårdande aktiviteter är regelbunden motion, goda kostvanor, att inte röka, att vara återhållsam med alkohol, att se till att man får tillräckligt med sömn och vila och att undvika stress.” Kjellman (2006) menar att begreppet innefattar alla aktiva aktiviteter på både individ- och organisationsnivå som vidtas för att främja hälsa där fokus ligger på levnadsvanor.

Kjellman (2006) framhåller att arbetstagaren själv har främsta ansvaret för att denne är i tillräckligt god fysisk form för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Samtidigt menar hon att arbetsgivaren har mycket att vinna på att underlätta för de anställda att vara fysiskt aktiva. Detta kan arbetsgivaren göra genom att erbjuda fungerande friskvård för alla medarbetare. Historiskt sett användes friskvård på arbetet för att stärka kondition och styrka så att arbetstagarna skulle orka med fysiskt krävande arbeten. Författaren beskriver att dagens arbetssituation är förändrad och att många arbeten istället ställer stora krav på mental förmåga. Faskunger och Hemmingsson (2005) menar att en förändring av arbetssituationen påbörjades genom den industriella revolutionen då många fysiskt tunga arbeten ersattes av maskiner.

Motion och annan friskvård

Motion och annan friskvård är Skatteverkets benämning på avdragsgilla friskvårdsförmåner. Den 1 januari år 1988 trädde de första bestämmelserna i kraft angående skattefri motion och friskvård på arbetsplatsen i den nu upphävda kommunskaattelagen. Sedan dess har medvetenheten om vår hälsa och hur vi kan påverka den bidragit till ett ökat intresse för motion och annan friskvård. Även motionsvanorna har förändrats och många nya motions- och friskvårdsaktiviteter har uppkommit. Med bakgrund av detta lade regeringen fram en proposition om förändrade och förenklade regler kring motion och annan friskvård (Regeringens proposition, 2002). Dessa nya regler trädde i kraft den 1 januari år 2004 (Skatteverket, 2005). Arbetsgivaren kan erbjuda sina anställda friskvårdsförmåner på flera olika sätt. Motionsaktiviteter kan erbjudas på motionsanläggningar som ligger avskilt från arbetsplatsen. Ett annat alternativ är att den anställde betalar motionsavgiften själv och sedan får ersättning för sina utlägg mot kvitto. Ett tredje alternativ är att arbetsgivaren tillhandahåller de anställda med kuponger, checkar eller andra handlingar som ger tillträde till en motionsanläggning. Förutsättningen för att friskvårdsförmånerna ska vara skattefria är att de ska rikta sig till hela personalen (Skatteverket, 2013). Aktiviteten i sig ska vara av *enklare slag* samt av *mindre värde*. De nya reglerna har medfört många frågor om vad som menas med *enklare slag* och *mindre värde* (Skatteverket, 2005).

Enklare slag innefattar exempelvis olika former av fysisk aktivitet, body/mind-aktiviteter och kontorsmassage. Även teoretisk hälsoutbildning inom olika områden kan räknas in såvida de

erbjuds till alla anställda. Med *mindre värde* avses ingen fast eller högsta kostnad, utan det kan till exempel vara ett årskort på en gymanläggning där priset kan variera mellan olika anläggningar och orter. Det som styr är främst att aktiviteten är av *enkla slag*. Exempel som inte ingår i förmånerna är att träna med en personlig tränare eller aktiviteter där behovet av dyrare utrustning förekommer så som ridning, golf, utförsåkning och segling. Hit räknas inte heller aktiviteter som inte innebär motion exempelvis pistolskytte, bridge, körsång med mera (Skatteverket, 2013).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet som innefattas i skattefria friskvårdsförmåner är exempelvis gymnastik, styrketräning, spinning, bowling, racketsporter (tennis och badminton), lagsporter (fotboll, bandy och handboll) och motionsdans (bugg, jazzdans) (Skatteverket, 2013). Fysisk aktivitet definieras av U.S. Department of Health and Human Services (1996) på följande sätt; *“all typ av rörelse som ger ökad energiförbrukning”*. Sammanställningen från den nationella folkhälsoenkäten för år 2012 visade att 29 % av befolkningen var fysiskt aktiva 5 timmar per vecka eller mer, 26 % mer än 3 timmar, men mindre än fem timmar, 29 % mellan 1 till 3 timmar per vecka, 10 % högst en timme per vecka och 5 % var inte alls fysiskt aktiva (FHI, 2013c).

Eklom och Nilssons (2000) sammanställning visar att fysisk aktivitet kan förebygga eller ha en mildrande effekt på hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, benskörhet, typ II diabetes, åderförkalkning, måttlig övervikt och tjocktarmscancer. Faskunger och Hemmingsson (2005) framhäver att fysisk aktivitet även ger ökad kondition, muskelstyrka och balans. Vidare skriver de att den mentala hälsan kan påverkas av fysisk aktivitet genom att exempelvis förbättra humöret, minska oro, stärka självkänslan, förbättra sömnen samt underlätta stresshantering.

Kontorsmassage

Kontorsmassage används som ett paraplybegrepp över olika behandlingar med syfte att förebygga stelhet och ömhet i kroppens muskulatur, vilket kan uppstå vid ensidigt arbete. Behandlingen kan även användas i avstressande syfte. Exempel på kontorsmassage är kroppsmassage, kinesiologi, rosenterapi, akupressur och zonterapi (Skatteverket, 2013). FHI (2009) lyfter fram att massage kan förebygga hälsoproblem och användas i rehabiliterande syfte. Enligt Djupsjöbacka, Björklund, Sundelin, och Wijk (2010) kan massage leda till ökad rörelseförmåga och möjlighet till att vara mer aktiv eftersom smärta kan minskas. AFA (2002) beskriver även att avstressande insatser är nödvändiga för att förebygga ohälsa då stress kan leda till en försämrad hälsa.

Body/mind-aktiviteter

Body/mind-aktiviteter *fokuserar på samspelet mellan hjärnan, sinne, kropp och beteende, med avsikten att använda sinnet för att påverka kroppens fysiska funktion och främja hälsa* (fritt översatt från National Center for Complementary and Alternative Medicine [NCCAM], 2011). Exempel på body/mind-aktiviteter som kan innefattas av friskvårdsförmåner är qigong, yoga och tai chi (Skatteverket, 2013).

Teoretisk hälsoutbildning

Faskunger (2001) menar att kunskap och färdigheter är viktiga när individer ska genomföra och bibehålla beteendeförändringar inom området hälsa. Teoretisk hälsoutbildning i form av individuell kost- och motionsrådgivning samt kurser i stresshantering och rökavvänjning kan erbjudas som friskvårdsförmån till de anställda (Skatteverket, 2013).

Nyttjande av friskvårdsförmåner

Enligt Kjellman (2006) är det en stor del av de anställda, cirka 40 procent, som inte nyttjar friskvårdsförmånerna trots att alla medarbetare på arbetsplatsen har samma möjlighet att nyttja dessa förmåner. Flera faktorer påverkar om en individ väljer ett hälsosamt beteende eller inte (Region Skåne, 2010). En faktor som påverkar individens beteenden är dennes self-efficacy (Bandura, 1997). Self-efficacy ingår i flera teoretiska modeller, exempelvis Health Belief Model (HBM) (National Institute of Health [NIH], 2005).

Teoretiska modeller

Teoretiska modeller har utvecklats kring hälsorelaterade beteenden. Dessa innebär en större möjlighet att utforma och utvärdera olika hälsointerventioner som bygger på en förståelse kring beteenden. De innebär även fördelen att kunna arbeta evidensbaserat, vilket skapar en ökad möjlighet att interventionen kommer att nå framgång (NIH, 2005).

Teoretiska modeller kan delas in i förklaringsteorier och förändringsteorier. Förklaringsteorier beskriver orsakerna till problemets existens. The Health Belief Model (HBM) är en förklaringsteori som utgår från sex huvudsakliga faktorer, vilka förklarar individens motivation till att genomföra en beteendeförändring. Dessa är upplevd risk att drabbas av sjukdom, upplevd svårighetsgrad av sjukdom, upplevda fördelar och hinder till förändring, signaler till handling samt self-efficacy (NHI, 2005). Theory of Planned Behaviour (TPB) är en annan förklaringsmodell som lägger stor vikt vid det sociala sammanhanget. Individen anses kunna förändra sitt beteende om en förändring för en förbättrad hälsa uppfattas som viktigt, om signifikanta människor i individens närhet anser att beteendeförändringen är viktigt och om individen anser sig ha bra möjligheter samt nödvändiga resurser för att utföra ett hälsobeteende (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2007).

Det finns även förändringsteorier som bygger på att en beteendeförändring sker i en process. Dessa kan vägleda utformningen av hälsointerventioner. Den transteoretiska modellen (TTM) bygger på en process där individen kan befinna sig i fem olika stadier vid en beteendeförändring; *före begrundan, begrundande, förberedelse, handling och vidmakthållande*. Modellen redogör för individens motivation samt dennes beredskap för att förändra sitt beteende (NHI, 2005).

Self-efficacy

Self-efficacy innebär i vilken mån individen anser sig kapabel att utföra ett särskilt beteende i en specifik situation. Desto högre tilltro individen har till att genomföra en specifik situation desto större möjlighet har individen att faktiskt klara av den. Begreppet kommer ursprungligen från den kognitiva psykologin och myntades av Albert Bandura år 1977. Det finns fyra källor till att höja self-efficacy. *Tidigare framgång och prestation* innebär att individen tidigare har klarat av en specifik situation, vilket ökar dennes self-efficacy. *Imitation* innebär att om individen får se andra som lyckas klara denna situation stärker det individens tro att denne också kan genomföra det. *Verbal övertalning* innebär att en individ kan bli påverkad av vad andra säger och därmed ökar dennes tro på sin egen förmåga att genomföra den önskade situationen. *Bedömning av fysiologiska och affektiva tillstånd* innebär att individen delvis litar på sitt fysiska tillstånd vilket uppstår på grund av psykologiska och emotionella tillstånd. Ångest kan till exempel skapa ett fysiskt obehag som kan minska self-efficacy (Bandura, 1997).

Self-efficacy och hälsorelaterade beteenden

Self-efficacy är en faktor som påverkar individen vid genomförandet av en beteendeförändring för att främja hälsan. Individernas self-efficacy inverkar på de olika steg som förändringen innebär. Det påverkar huruvida denne ens överväger att förändra hälsobeteendet och om han eller hon i så fall kan hitta den uthållighet och motivation som krävs för att lyckas. Self-efficacy inverkar även på förmågan att återfå kontroll efter bakslag och hur väl individen sedan bibehåller de uppnådda förändringarna. Self-efficacy är även en betydelsefull förutsägningsvariabel till individers följsamhet i beteendeförändringsinterventioner. Individer med lågt self-efficacy är ofta snabba att hoppa av en intervention (Bandura, 1997).

General Self-Efficacy Scale

Self-efficacy kan mätas med hjälp av instrumentet General Self-Efficacy Scale. Denna skala mäter individens tilltro till sin egen förmåga att kunna hantera ett brett spektrum av stressande eller utmanande krav (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005). En svensk översättning av denna skala har gjorts (se bilaga 1). Skalan innehåller tio påståenden som ska besvaras med hjälp av fyra svarsalternativ; "Tar helt avstånd", "Tar delvis avstånd", "Instämmer delvis" och "Instämmer helt" (Koskinen-Hagman, Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Tidigare forskning

Många studier har undersökt begreppet self-efficacy. Inga studier har påträffats som undersökt friskvårdsförmåner och self-efficacy. Den tidigare forskning som genomförts på self-efficacy har fokuserat på fysisk aktivitet, som är en del av friskvårdsförmånerna. Tidigare forskning har visat att det fanns ett samband mellan self-efficacy och fysisk aktivitet (Dwyer, Allison & Makin, 1998; Hofstetter, Hovell & Sallis, 1990; Kim, Kim, Park & Kim, 2010; Lee, Loprinzi & Trost, 2010; Resnick, 2001; Martin, Person, Kratt Prayor-Patterson, Kim,

Salas & Pisu, 2008; McAuley & Blissmer, 2000; McAuley, Jerome, Elavasky & Marquez, 2003). Vidare har flera studier visat att det förelåg samband mellan en högre self-efficacy och en högre grad av fysisk aktivitetsnivå. Detta har studerats hos äldre (McAuley, et. al., 2003; Resnick, 2001), ungdomar (Rutkowski & Connelly, 2012) och vuxna (Jung & Brawley, 2011). En studie visade på det omvända resultatet; att en högre grad av self-efficacy är relaterad till en lägre nivå av fysisk aktivitet (Evenson, Sarmiento, Tawney, Macon & Ammerman, 2003).

Flera studier har undersökt self-efficacy och fysisk aktivitet utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Exempelvis har en studie undersökt self-efficacy och fysisk aktivitet på patienter med hjärtsjukdom. Resultat visade att self-efficacy kunde främja deltagandet och följsamhet i fysisk aktivitet (Du, Everett, Newton, Salamonson & Davidson, 2012). Forskning på diabetespatienter visade att det fanns ett samband mellan en lägre self-efficacy och att inte genomföra den planerade fysiska aktiviteten när patienterna upplevde olika hinder (Luszczynska, Schwarzer, Lippke & Mazurkiewicz, 2011).

Få studier har fokuserat på self-efficacy i relation till arbetsplatsen som arena. En studie har undersökt fysisk aktivitet och upplevd arbetsmiljö i relation till self-efficacy. Resultatet visade att dessa faktorer delvis påverkades av self-efficacy (Plotnikoff, Pickering, Flaman & Spence, 2010).

Folkhälsovetenskaplig betydelse

Att använda arbetsplatsen som arena för hälsofrämjande arbete ingår i de elva övergripande målområden som folkhälsoarbetet i Sverige utgår ifrån. Det fjärde målområdet handlar om hälsa i arbetslivet. Det har som utgångspunkt att det måste finnas en balans mellan, människors möjligheter att må bra och kunna fungera under hela arbetslivet, och de krav som ställs på individen i arbetslivet (FHI, 2011a). Som tidigare beskrivet är friskvårdsbidrag ett sätt för arbetsgivare att stödja de anställda till en bättre hälsa (Skatteverket, 2012). Dock menar Kjellman (2006) att långt ifrån alla som är berättigade till friskvårdsförmåner väljer att nyttja dem. Att öka kunskaperna om nyttjande av friskvårdsbidrag och faktorer som är relaterade till att välja hälsosamma beteenden, exempelvis self-efficacy, är angeläget ur ett folkhälsoperspektiv. Det kan ligga till grund för att utforma nya effektiva interventioner på arbetsplatser. Genom att öka nyttjande av friskvårdsbidrag kan en bättre hälsa skapas hos arbetstagarna vilka utgör en stor del av befolkningen.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka relationen mellan self-efficacy och nyttjandet av friskvårdsbidrag på arbetsplatsen som arena. Vidare undersöktes även fysisk aktivitet och upplevt hälsotillstånd relaterat till dessa två faktorer.

Frågeställningar

Hur såg nyttjande av friskvårdsbidrag ut på den studerade arbetsplatsen?

Hur såg relationerna ut för fysisk aktivitetsnivå och upplevt hälsotillstånd?

Fanns det en association mellan self-efficacy och nyttjande av friskvårdsbidrag?

Etik

I humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning används fyra huvudkrav för att säkerställa att forskningsetiska principer följs. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet. Informationskravet innebär att *“Forskaren skall informera de av forskningen berörda om den aktuella forskningsuppgiftens syfte”* (Vetenskapsrådet, 2011, s. 7). Informationskravet säkerställdes genom att studiens syfte och att deltagandet var frivilligt beskrevs i följebrevet. Samtyckeskravet innebär att *“deltagare i en undersökning har rätt att själva bestämma över sin medverkan”* (Vetenskapsrådet, 2013, s. 9). Vid datainsamlingen övervägdes samtyckeskravet. I följebrevet redogjordes det för respondenterna att de lämnade samtycke att delta i studien genom att svara på enkäten.

Konfidentialitetskravet innebär att *“uppgifter om alla i en undersökning ingående personer skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem”* (Vetenskapsrådet, 2011, s.12). Konfidentialitetskravet begrundades genom att enbart författarna har tillgång till de enskilda svaren. Deltagarnas svar var anonyma, vilket innebär att författarna inte vet vilken respondent som lämnat vilket svar eller vilka respondenter som svarat. Detta möjliggjordes genom att enkätverktyget Google drive användes. Författarna har gjort ett övervägande gällande de uppgifter om företaget som framkommer i denna rapport för att företaget inte ska kunna gå att identifiera. Nyttjandekravet innebär att *“uppgifter insamlade om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål”* (Vetenskapsrådet, 2011, s. 14). Detta krav övervägdes genom att insamlad data inte kommer att användas i något annat ändamål än till forskning.

Etiska överväganden gjordes även angående författarnas roll i studien. Alla resultat som var relevanta för studiens syfte har redovisats av författarna i denna rapport och resultaten har beskrivits på ett korrekt sätt.

Metod

Design

Metoden var en tvärsnittsstudie där syftet besvarades genom att datamaterial inhämtades via enkäter. Enkäterna skickades ut via e-post till anställda på ett tillverkningsföretag. Resultatet från enkäterna analyserades sedan med hjälp av statistikverktyget IBM SPSS statistics version 21.

Studiepopulation och urval

Hela studiepopulationen bestod av anställda på större tillverkningsföretag i Sverige som erbjuds friskvårdsbidrag på sin arbetsplats. Ett bekvämlighetsurval gjordes från denna population och ett företag med cirka 2500 anställda valdes. Flera av de anställda hade skiftarbeten. Könsfördelningen på företaget var 84 % män och 16 % kvinnor.

De anställda som har en e-postadress på arbetet valdes att ingå i studien. Detta urval gjordes då hanteringen av enkätsvaren underlättades genom att enkäten kunde besvaras online. Efter det andra urvalet återstod cirka 2000 anställda och enkäten skickades ut till dem, 1022 besvarade enkäten. Respondenternas ålder var mellan 19 och 65 år (medel=43,8, SD=9,75). Andelen kvinnor var 16,5 % (n=169) och andelen män var 83,5 % (n=853). Tiden för hur länge de anställda arbetat på företaget varierade mellan 0 och 47 år (medel=19,0, SD=10,83).

Datainsamling

Mätmetoder

Studiens datainsamlingsmetod var strukturerade enkäter. Strukturerade enkäter innebar att det var fasta svarsalternativ, vilka valdes för att underlätta bearbetningen av data. Bakgrundsfrågor som ingick i enkäten var kön, ålder samt tid de varit anställda på företaget. Kön ingick i enkäten för att undersöka om det fanns skillnader mellan män och kvinnor i nyttjande av friskvårdsbidraget och self-efficacy. Ålder och anställningstid ingick för att undersöka om dessa två faktorer var relaterade till nyttjande av bidraget och self-efficacy. Ålder och anställningstid efterfrågades i antal år eftersom svar på kontinuerlig skala gjorde det möjligt att genomföra noggrannare statistiska analyser. Resterande frågor var baserade på fyra grundläggande begrepp för att besvara studiens syfte. Dessa var nyttjande av friskvårdsbidraget, fysisk aktivitetsnivå, hälsotillstånd och self-efficacy. För enkät se bilaga 1.

Nyttjande av friskvårdsbidrag mättes genom en ja- eller nejfråga om huruvida de nyttjade bidraget. Om de svarade att de använde friskvårdsbidraget uppmanades de även besvara en fråga om vad de använde bidraget till. Svaren på frågan kategoriserades efter indelningen av friskvårdsförmåner som Skatteverket tagit fram på sin hemsida (Skatteverket, 2012). Om de svarade att de inte nyttjade friskvårdsbidraget uppmanades de att besvara frågan om vad de ansåg vara den främsta anledningen till det. De fasta svarsalternativen grundades på barriärer till att vara fysisk aktiv som Schäfer Linder och Faskunger (2006) samt Faskunger (2001) beskriver. Efter önskemål från företaget lades ytterligare tre svarsalternativ till. Två av dessa svar baserades på företagets tillhandahållande av friskvårdsbidraget. Det tredje innebar att de anställda glömde av att bidraget fanns att tillgå.

För att mäta fysisk aktivitetsnivå och individernas upplevda allmänna hälsotillstånd användes två frågor från den nationella folkhälsoenkäten. Genom att välja samma formulering kunde jämförelser göras. Variablerna valdes för att undersöka om det fanns samband mellan dessa och self-efficacy, då tidigare forskning visat detta (se tidigare forskning; Bandura, 1997). Self-efficacy mättes med hjälp av den svenska versionen av instrumentet General Self-

Efficacy Scale (Koskinen-Hagman, et. al., 1999). Eftersom instrumentet har använts i många tidigare studier valdes det att ingå i sin helhet (se tidigare forskning).

Genomförande

Enkätfrågorna formulerades och enkäten skapades i enkätverktyget Google drive. En kodbok utformades för att underlätta kodning i SPSS. Ett följebrev utformades som förklarade studiens syfte samt respondenternas rättigheter och författarnas skyldigheter (se bilaga 2). Därefter genomfördes en mindre pilotstudie med fyra deltagare. Syftet med pilotstudien var att klargöra eventuella oklarheter innan enkäten gick ut till urvalet samt att få reda på tidsåtgång. Piloterna läste följebrevet och besvarade enkäten. Efter att pilotstudien genomförts ändrades enkäten genom att svarsalternativet *vattenaktiviteter* lades till på frågan om vad friskvårdsbidraget användes till. I följebrevet förtydligades att respondenterna hade möjlighet att ta del av studiens resultat. Tidsåtgången för att genomföra enkäten visade sig vara i genomsnitt fem minuter.

Företaget kontaktades i april år 2013. Följebrevet med en länk till enkäten skickades sedan ut till 2019 anställda via e-post. Företaget skrev även ett meddelande på sitt intranätverk för att uppmana de anställda att svara på enkäten. Efter fem dagar skickades en påminnelse ut till samtliga. Det beskrevs att de skulle förbise påminnelsen om de redan hade besvarat enkäten. Enkäten stängdes en och en halv vecka efter att den skickades ut. Enkätsvaren importerades från kalkylarket i Google Drive till Excel och sedan vidare till SPSS. I SPSS kodades variablerna enligt kodboken.

Databearbetning

Första steget i databearbetningen var att kontrollera att data var fri från ofullständigheter och bristande överrensstämmelser. Genom att kontrollera data för felaktigheter kan flera problem minimeras (Kumar, 2011). Det gjordes genom att variablerna undersöktes var för sig. Frekvenserna undersöktes för varje variabel och felen åtgärdades. Exempelvis saknades värden efter kodningen där respondenterna besvarade ålder och anställningstid med "x år". Några respondenter hade besvarat frågorna med årtal istället.

För begreppet self-efficacy beräknades ett index utifrån svaren på den svenska versionen av General Self-Efficacy Scale. Samtliga svar på varje enskild self-efficacy påstående gav 10 (Tar helt avstånd), 20 (Tar delvis avstånd), 30 (Instämmer delvis) respektive 40 (Instämmer helt) poäng. Dessa poäng summerades ihop och totalsumman dividerades sedan med antal frågor, vilket var tio stycken. Self-efficacy index (SEI) låg i intervallet 10 till 40 (min 10 och max 40).

Statistiska analyser

Resultatet från studien redovisades först genom beskrivande statistik för alla variabler. Detta gjordes för att ge läsaren en överblick över datamaterialet. Korrelationsanalyser genomfördes för att undersöka hur de olika variablerna samvarierade. Dessa analyser undersökte dels om det fanns något samband och dels hur starkt sambandet var (Ejlertsson, 2003). Samband

mellan SEI och ålder samt SEI och anställningstid undersöktes med hjälp av Pearsons korrelationskoefficient. Pearsons valdes därför att det var två kontinuerliga variabler som undersöktes. Spearman's korrelationskoefficient användes då en eller båda variablerna var kategoriska. Samband som undersöktes med Spearman var SEI och hälsotillstånd, SEI och fysisk aktivitetsnivå samt fysisk aktivitetsnivå och hälsotillstånd. För att bedöma sambandets styrka användes Cohens (1988) riktlinjer för korrelationsanalyser; där $r=0,10-0,29$ bedömdes som svagt, $r=0,30-0,49$ som medelstarkt och $r=0,50-1,0$ som starkt. Då $r < 0,10$ ansågs sambandet som mycket svagt.

För att analysera nyttjande av friskvårdsbidraget användes oberoende chitvå-test. Oberoende chitvå-test används för att undersöka relationen mellan två kategoriska variabler. Analysen jämförde den observerade frekvensen i varje kategori med det förväntade värdet om det inte hade varit någon relation mellan de båda variablerna (Pallant, 2010). Analysen undersökte om fördelningen av individerna är signifikant i de olika kategorierna (Ejlertsson, 2003). Nyttjande av friskvårdsbidrag jämfördes i relation till hälsotillstånd, fysisk aktivitetsnivå, kön, samt påståendena i self-efficacy skalan. Eftersom nyttjande av friskvårdsbidrag och kön endast innehöll två kategorier användes Cohens (1988) riktlinjer, där $\phi=0,10$ innebar svagt samband, $\phi=0,30$ medelstarkt samband och $\phi=0,50$ starkt samband, för att bedöma styrkan. Då variabler med fler än två kategorier testades användes något annorlunda riktlinjer på grund av att antal frihetsgrader togs hänsyn till; svagt=0,01, medelstarkt=0,30 samt starkt=0,05. Även andra variabler undersöktes med chitvå-test där villkoren för chitvå-test inte uppfylldes, i dessa fall användes Spearman's korrelationskoefficient istället.

Oberoende t-test genomfördes för att undersöka skillnader i medelvärden för ålder och anställningstid mellan de som nyttjade och de som inte nyttjade friskvårdsbidraget. Oberoende t-test används då två olika grupper av individer ska jämföras avseende medelvärde på en kontinuerlig variabel (Pallant, 2010). Vid t-test av anställningstid och nyttjande av friskvårdsbidraget visade Levene's test att de båda grupperna inte hade samma variation. Istället gjordes ett test som byggde på att samma variation inte kan antas. Medelvärde av SEI mellan de båda grupperna undersöktes med oberoende t-test. Eftersom SEI och nyttjande av friskvårdsbidraget var direkt kopplade till studiens syfte formulerades en nollhypotes och en mothypotes. Från t-testen utlästes om det fanns signifikanta skillnader mellan grupperna. Effektstorlek beräknades sedan genom Eta squared för att kunna bedöma hur stor omfattningen av skillnaden var. Eta squared beräknades på följande sätt: $\text{Eta squared} = t^2/(t^2+N-1)$. Cohens (1988) riktlinjer för t-test användes för att värdera resultaten; liten effekt=0,01, medelstark effekt=0,05 samt stark effekt=0,14.

En signifikansnivå på 5 ($P=0.05$) användes för samtliga analyser.

Resultat

Bakgrundsvariabler

Enkäten skickades ut till 2019 anställda på företaget och 1022 av dessa besvarades. Det motsvarade en svarsfrekvens på 51 %. Av dessa var 16,5 % kvinnor (n=169) och 83,5 % män (n=853). Respondenternas ålder varierade mellan 19 och 65 år (medel=43,8 SD=9,75). Tiden för hur länge de anställda arbetat på företaget var mellan 0 och 47 år (medel= 19,0 SD=10,83).

Hälsotillstånd och fysisk aktivitetsnivå

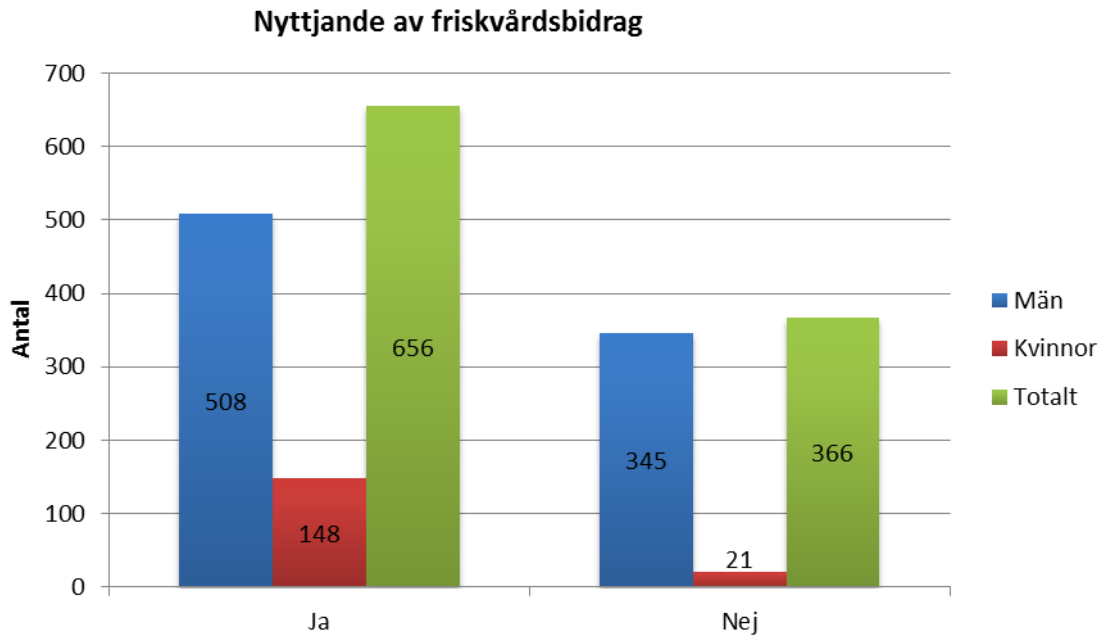
Frågan om hur respondenterna upplevde sitt allmänna hälsotillstånd besvarades enligt följande; 19,1% *mycket bra* (n=198), 54,4 % *bra* (n=556), 23,0% *någorlunda* (n=235), 3,3 % *dåligt* (n=34) samt 0,2 % *mycket dåligt* (n=2). Det fanns ingen signifikant skillnad mellan hur kvinnor och män skattade sitt hälsotillstånd vid chitvå-test.

Fördelningen av svaren på frågan om hur fysiskt aktiva de var, var enligt följande; 29,1% *5 timmar per vecka eller mer* (n=297), 29,8 % *mer än 3 timmar, men mindre än fem timmar* (n=305), 32,4 % *mellan 1 till 3 timmar per vecka* (n=331), 6,8 % *högst en timme per vecka* (n=70) samt 1,9 % *inte alls* (n=19). Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män när chitvå-test utfördes.

Ett medelstarkt positivt signifikant samband påvisades, med hjälp av Spearman's korrelationskoefficient, mellan fysisk aktivitetsnivå och upplevt allmänt hälsotillstånd ($r=,384$, $n=1022$, $P=,000$). Det innebar att en hög fysisk aktivitetsnivå var relaterad till ett bra upplevt hälsotillstånd.

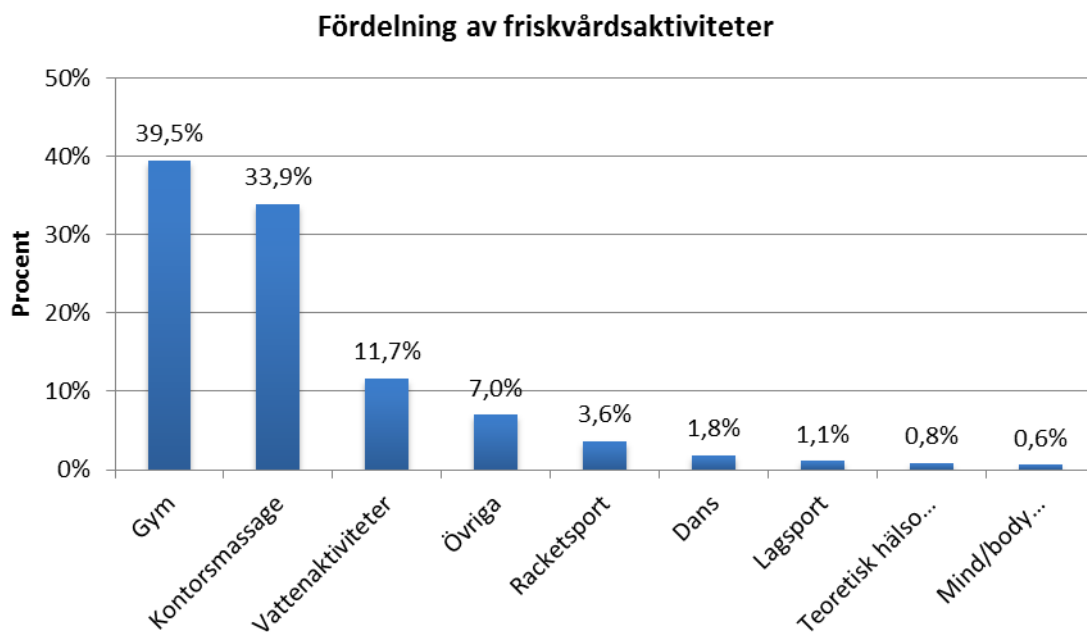
Nyttjande av friskvårdsbidrag

Totalt nyttjade 64,2 % (n=656) friskvårdsbidraget och 35,8 % (n=366) nyttjade det inte. Av alla män var det 59,6 % (n=508) som nyttjade friskvårdsbidraget och av alla kvinnor var det 87,6 % (n=148). Kvinnor nyttjade friskvårdsbidraget i större utsträckning än vad män gjorde, $\chi^2(1, n=1022)=46,96$, $p=,000$, $\phi=,217$. Nyttjande av friskvårdsbidrag uppdelat på antal män och kvinnor illustreras i figur 1 nedan.



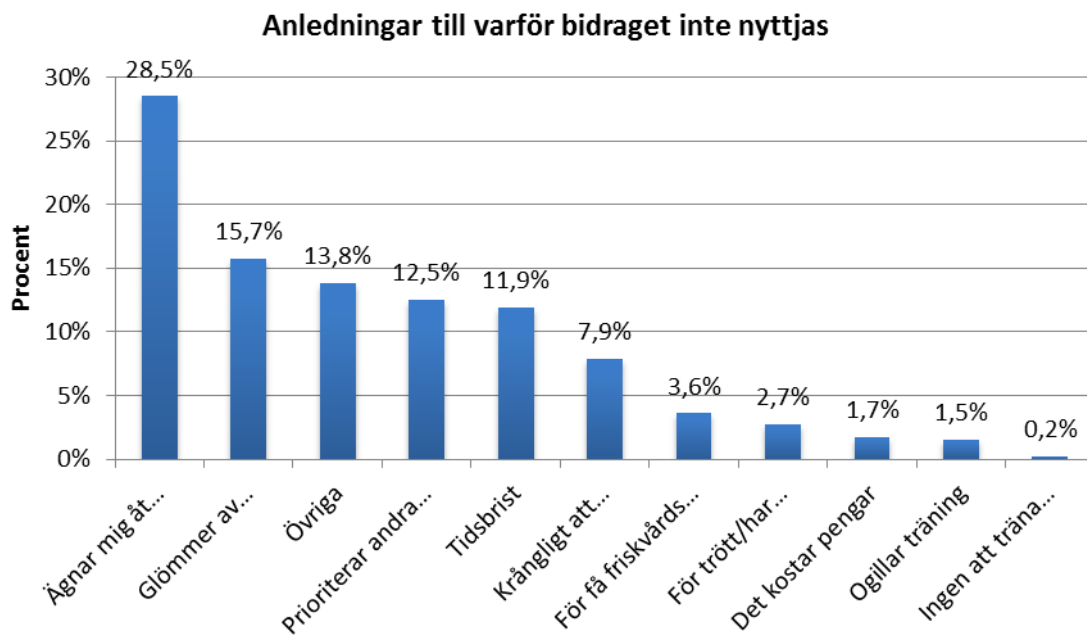
Figur 1. Nyttjande av friskvårdsbidrag uppdelat på antal män och kvinnor (n=1022).

De som nyttjade friskvårdsbidraget använde det i störst utsträckning till *gym* (39,5 %) och *kontorsmassage* (33,9 %). Därefter kom *vattenaktiviteter* (11,7 %), *övriga* (7,0 %), *racketsport* (3,6 %) och *dans* (1,8 %). De aktiviteter som friskvårdsbidraget användes till i minst utsträckning var *lagsport* (1,1 %), *teoretisk hälsoutbildning* (0,8 %) och *mind/body-aktiviteter* (0,6 %). En aktivitet som var vanligt förekommande i alternativet *övriga* var längskidåkning. Fördelningen av friskvårdsaktiviteter åskådliggörs i figur 2 nedan.



Figur 2. Fördelning av aktiviteter vid nyttjande av friskvårdsbidrag

Av de som inte nyttjade friskvårdsvårdsbidraget angav respondenterna orsaken *ägnar mig åt aktiviteter som inte ingår i friskvårdsbidraget* (28,5 %) som den vanligast. Fördelningen av svaren på de andra svarsalternativen var; 15,7 % *glömmer av att friskvårdsbidraget finns*, 13,8 % *övriga*, 12,5 % *prioriterar andra fritidsysselsättningar högre*, 11,9 % *tidsbrist*, 7,9 % *krångligt att få ersättning*, 3,6 % *för få friskvårdsföretag att välja bland*, 2,7 % *för trött/har inte energi*, 1,7 % *det kostar pengar*, 1,5 % *ogillar träning*, 0,2 % *ingen att träna med*. I kategorin *övriga* var det flera som angav att de önskade att kunna köpa löp- eller promenadskor för pengarna. Fördelningen av anledningar till att de anställda inte nyttjade friskvårdsbidraget illustreras i figur 3 nedan.



Figur 3. Fördelning av främsta anledningarna till att inte nyttja friskvårdsbidraget.

Ett svagt signifikant samband påvisades mellan nyttjande av friskvårdsbidrag och hälsotillstånd, $\chi^2(4, n=1022) = 14,28, P = ,006$. Ett svagt signifikant samband fanns även mellan nyttjande av friskvårdsbidrag och fysisk aktivitetsnivå, $\chi^2(4, n=1022) = 18,42, P = ,001$.

De som nyttjade bidraget hade en lägre medelålder (medel=42,93, SD= 9,48) än de som inte nyttjade det (medel=45,44, SD=10,03; $t(1014) = 3,96, P = ,000$). Omfattningen av skillnaden i medelvärde (medelskillnad= 2,51, 95 % CI: 1,27 till 3,76) var liten (eta squared= 0,015). Det fanns även en signifikant skillnad i anställningstid mellan de som nyttjar (medel=18,51, SD= 10,27) och de som inte nyttjar friskvårdsbidraget (medel=19,99, SD=11,74; $t(672,7) = 3,96, P = ,000$), vilket innebär att de som nyttjade bidraget i genomsnitt varit anställda kortare tid på företaget. Omfattningen av skillnaden i medelvärde (medelskillnad= 2,51, 95 % CI: 1,27 till 3,76) var mycket liten (eta squared= 0,004).

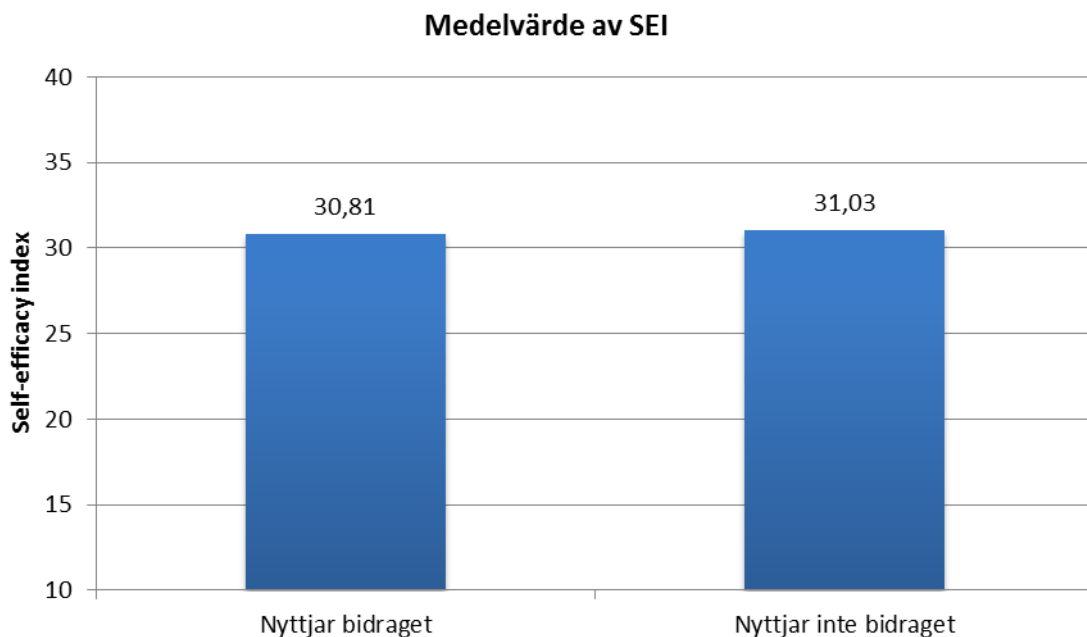
Self-efficacy

Respondenternas SEI varierade från 10 till 40. Medelvärdet för indexet var 30,89 (n=1022, SD=4,43). Skillnad i SEI mellan män och kvinnor var inte signifikant. SEI och hälsotillstånd undersöktes med Spearman's korrelationskoefficient och resultatet visade ett medelstarkt positivt signifikant samband ($r=,319$ $n=10,22$ $P=,000$). Det innebar att ett högt SEI var associerat med ett bra upplevt hälsotillstånd. Ett svagt positivt signifikant samband visades mellan SEI och fysisk aktivitetsnivå med hjälp av Spearman's korrelationskoefficient ($r=,143$ $n=10,22$ $P=,000$). Ett högt SEI var relaterat till en hög fysisk aktivitetsnivå. Sambandet mellan SEI och ålder samt SEI och anställningstid undersöktes med Pearson's korrelationskoefficient. Varken ålder eller anställningstid var relaterat till SEI.

Self-efficacy och nyttjande av friskvårdsbidrag

För att jämföra SEI mellan de som nyttjade och de som inte nyttjade friskvårdsbidraget formulerades hypoteser och ett oberoende t-test genomfördes. Nollhypotesen innebar att det inte fanns någon skillnad i medelvärde av SEI mellan de som nyttjade och de som inte nyttjade friskvårdsbidraget. Mothypotesen innebar att det fanns skillnad i medelvärde av SEI mellan de båda grupperna.

Det fanns ingen signifikant skillnad i SEI mellan de som nyttjade friskvårdsbidraget (medel = 30,81, SD= 4,47) och de som inte nyttjade (medel= 31,03, SD=4,37). Det innebar att nollhypotesen accepterades och att ingen skillnad i SEI mellan grupperna kunde identifieras. Skillnaden mellan de båda grupperna i medelvärde av self-efficacy index illustreras i figur 4 nedan.



Figur 4. Medelvärde av SEI uppdelat på de som nyttjar och de som inte nyttjar friskvårdsbidraget.

Signifikanta samband påvisades mellan nyttjande av friskvårdsbidraget och två, av de tio, påståendena i General Self-Efficacy Scale. Påståendet *tack vare min egen förmåga känner jag mig lugn även när jag ställs inför svårigheter* visade på ett svagt signifikant samband, $\chi^2(3, n=1022) = 9,54, P=,023$. Även mellan nyttjande av friskvårdsbidraget och påståendet *vad som än händer klarar jag mig alltid* fanns det ett svagt signifikant samband, $\chi^2(3, n=1022)=9,65, P=,022$.

Diskussion

Metoddiskussion

Kvantitativ tvärsnittsstudie

En kvantitativ metod valdes för att besvara studiens syfte. Self-efficacy och friskvårdsförmåner hade även kunnat undersökas med en kvalitativ metod, exempelvis i form av intervjuer. Kvalitativ metod hade varit passande för att utforska variationen och mångfalden av fenomenet (Kumar, 2011). Mer djupgående information om ett färre antal respondenters upplevelser och uppfattningar av friskvårdsbidraget hade kunnat resultera i ett annorlunda utfall. Avsikten var dock att undersöka och identifiera eventuella samband mellan olika variabler och därför valdes en kvantitativ metod. Kumar (2011) beskriver att kvantitativ metod används för att studera omfattningen av variationen och mångfalden.

Tvärsnittsstudie är en bra design för att ta reda på prevalensen av ett fenomen samt att skapa en översiktsbild vid en viss tidpunkt. Fördelar med tvärsnittsstudier är att de är relativt kostnadseffektiva att genomföra, det krävs endast en kontakt med den studerade populationen och insamlad data är enkel att analysera. Det går inte heller att mäta förändring (Kumar, 2011). Från resultatet av en tvärsnittsstudie kan inga slutsatser dras om orsakssamband (Olsson & Sörensen, 2011). Då varken orsakssamband eller förändring var fokus för studien valdes tvärsnitt som design.

Urvalsmetod

Urvalen i studien gjordes genom kännedom av företaget samt de anställda med tillgång till e-postadress. Nackdelar med dessa urval var att enbart de som blivit utvalda hade möjlighet att svara på enkäten. Det skulle kunna bidra till att respondenterna inte var representativa för hela den population som de valdes ur. Efter ett noga begrundande såg författarna dock ingen anledning att resultatet inte skulle kunna generaliseras till anställda på andra större tillverkningsföretag i Sverige.

Datainsamlingsmetod

Fördelar med enkäter är att de är ekonomiska att genomföra och går relativt fort att administrera. Enkäter möjliggjorde även att studien kunde ha anonyma respondenter. Nackdelar med enkäter är att det inte går att klargöra frågor för att hjälpa respondenterna eller

att ställa uppföljnings- eller sonderingsfrågor. Respondenterna kunde se hela enkäten innan de svarade, vilket kunde innebära att de svarade på frågorna utifrån en helhet. Det kan ha medfört svårighet att studera de olika variablerna oberoende av varandra (Kumar, 2011). Enkäter var en bra datainsamlingsmetod för att besvara studiens syfte eftersom det krävdes svar från många respondenter för att kunna säkerställa statistiska samband mellan variablerna. Fördelarna med enkäter ansågs överväga nackdelarna. Bortfallet minskades med hjälp av meddelande på intranätverket och påminnelsebrev.

Frågan om de anställda nyttjade friskvårdsbidraget ställdes genom en ja- eller nejfråga. Formuleringen kan ha lett till olika tolkningar eftersom det inte specificerades hur ofta de nyttjade eller när de senast nyttjade friskvårdsbidraget. Med formuleringen "nyttjar" menades dock att det var något som respondenterna gjorde vid svarstillfället. Möjlighet fanns att respondenter svarade ja på denna fråga då de nyttjade bidraget för flera år sedan. Det kan ha påverkat studiens resultat något eftersom det var deras nuvarande nyttjande som var av intresse. Detta eftersom det skulle jämföras med individernas self-efficacy, vilket mättes vid den exakta tidpunkten. Denna påverkan ansågs dock liten då det troligtvis var få respondenter som gjorde denna tolkning.

Frågan om fysisk aktivitetsnivå, som kom från den nationella folkhälsoenkäten, var testad i en valideringsstudie gjord av Livsmedelsverket. Studien visade samband mellan svaren på frågan och resultaten från aktivitetsmätare (Sepp, Ekelund, & Becker, 2004). Frågan om upplevt allmänt hälsotillstånd var även den från den nationella folkhälsoenkäten, vilket medförde att den var testad och hade en hög validitet (FHI, 2011b).

Validiteten av General Self-efficacy Scale har prövats i ett internationellt perspektiv. Instrumentet var universellt användbart då överensstämmelse med andra psykologiska mätinstrument påvisats (Luszczynska, et al., 2005). Även den svenska versionen har visat på god validitet (Löve, Dea Moore & Hensing, 2011). Ett alternativ för att mäta self-efficacy hade kunnat vara att istället använda Exercise Self-efficacy Scale. Frågorna i den skalan förutsatte till stor del att individen var fysisk aktiv eftersom påståendena var formulerade utifrån hur säker individen var på att fortsätta att utöva träning i olika situationer. Detta instrument valdes inte då denna formulering inte passade till studiens syfte eftersom även individer som inte var fysiskt aktiva besvarade enkäten.

Vid genomförandet av pilotstudien uppmärksammades svarsalternativet *Tar helt avstånd* i den svenska översättningen av General Self-efficacy Scale. Påståendet bedömdes starkt laddat av två piloter. Detta medförde att dessa två piloter helst inte valde detta svarsalternativ. Ett noga begrundande gjordes huruvida en förändring av svarsalternativet skulle genomföras. Svarsalternativet ändrades inte då det skulle innebära att det blev svårare att jämföra studiens resultat med tidigare forskning baserad på General Self-efficacy Scale. Medvetenhet bör finnas kring denna aspekt då även respondenterna kan ha upplevt svarsalternativet som starkt laddat och därför valt ett annat alternativ.

Analysmetod

Val av statistiska analysmetoder grundades på karaktären av de variabler som undersöktes. Datamaterialet innehöll både kategoriska och kontinuerliga variabler. De analyser som lämpades bäst för att undersöka relationen mellan de olika variablerna valdes. Ett alternativ för att undersöka samband mellan variablerna hade kunnat vara regressionsanalys.

Bortfallsanalys

En svarsfrekvens på 51 % ansågs relativt god. Eftersom enkäten genomfördes via internet kan det eventuellt ha lett till ett högre bortfall än om pappersenkäter hade används (Kwak & Radler, 2002). Enkäten skickades ut via en e-postlista som innehöll alla e-postadresser som fanns tillgängliga. Det var dock inte säkerställt att alla e-postadresser fortfarande hade en användare. Listan uppdaterades med jämna mellanrum, vilket innebar att e-postadresser till personer som endast använt sin adress vid tillfälliga projekt eller hade slutat, fortfarande kunde ha varit med på listan. Tjänstemännen på företaget hade tillgång till en egen dator. För montörerna fanns det datorer i fabriksmiljön. Det rapporterades att enkäten inte gick att öppna på dessa datorer vilket gjorde att montörerna behövde låna en dator för att kunna medverka i studien. Det skulle eventuellt kunna innebära att bortfallet till större del bestod av montörer.

Studiens resultat visade att friskvårdsbidraget användes till 64,2 %. Dessa siffror var något högre än vad Kjellman (2006) beskriver. Det hade kunnat vara så att de som inte besvarat enkäten i högre grad inte nyttjade friskvårdsbidraget. Ointresse för friskvårdsbidraget skulle kunna vara en anledning till att inte besvara enkäten. Det var dock inte troligt att bortfallet skiljer sig avsevärt från respondenterna avseende dessa aspekter.

Resultatets tillförlitlighet

Resultatets tillförlitlighet var god då ett stort antal individer undersöktes. Det var inte troligt att ett större antal individer eller ett annorlunda urval hade givit ett annat resultat beträffande relationen mellan nyttjande av friskvårdsbidraget och self-efficacy. Ett urval där könsfördelningen var jämnare hade eventuellt kunnat påverka nyttjandegraden eftersom kvinnor nyttjade det i större utsträckning än männen.

Resultatdiskussion

Könsfördelning

Betydligt fler män än kvinnor besvarade enkäten. Detta speglade hur fördelningen av män och kvinnor såg ut på den studerade arbetsplatsen. Tillverkningsbranschen är mansdominerad (Tillväxtverket, 2009). Det hade varit intressant att undersöka en mer kvinnodominerad bransch för att se om de undersökta variablerna skiljer sig åt. Detta eftersom Toivanen med flera (2012) beskrev att kvinnodominerade yrken generellt har en lägre lön, vilket var kopplat till en sämre hälsa.

Hälsotillstånd och fysisk aktivitet

Relaterat till FHI's nationella folkhälsoenkät för år 2012 där 73 % av befolkningen uppgav att de hade ett *bra* eller *mycket bra* hälsotillstånd uppvisade studien ett likvärdigt resultat med 73,5 %. Andelen respondenter som uppgav sitt allmänna hälsotillstånd som *dåligt* eller *mycket dåligt* var något lägre än resultatet från den nationella folkhälsoenkäten. En möjlig förklaring till detta kan vara att åldersgruppen 65-84 år inkluderades i den nationella folkhälsoenkäten. Denna åldersgrupp skattade i genomsnitt sin hälsa något lägre än de övriga åldersgrupperna (FHI, 2013b). En annan skillnad mellan de olika populationerna som studerats var att alla respondenter i studien hade ett arbete. Att ha ett arbete var enligt Toivanen med flera (2012) kopplat till en högre socioekonomisk status samt till en bättre hälsa. Det kan vara en annan möjlig förklaring till varför studiens respondenter i mindre utsträckning svarade att de mätte dåligt eller mycket dåligt.

Från frågan om fysisk aktivitetsnivå redovisade den nationella folkhälsoenkäten att 29 % av befolkningen var fysiskt aktiva *fem timmar per vecka eller mer*. Det överensstämde med studiens resultat. För resterande kategorier för fysisk aktivitetsnivå uppvisade resultatet från denna studie att de anställda på företaget var mer fysiskt aktiva än befolkningen som helhet. En möjlig orsak till detta kan vara det Kjellman (2006) betonade, att arbetstagaren själv har främsta ansvaret för att vara i tillräckligt god fysisk form för att kunna utföra sina arbetsuppgifter och därför väljer att vara mer fysiskt aktiv. En del av medarbetarna på det studerade företaget arbetade skiftgång. Eftersom Kecklund med flera (2010) beskrev att skiftarbete var förenat med hälsorisker skulle det kunna vara så att de anställda på företaget valde att vara mer fysiskt aktiva, därför att de var medvetna om dessa hälsorisker och försökte att motverka dem.

Ett medelstarkt positivt signifikant samband påvisades mellan en hög fysisk aktivitetsnivå och ett bra upplevt allmänt hälsotillstånd. Dock gick det inte att veta vad som påverkade vad. Resonemanget bygger på att studien inte undersökte orsakssamband, vilket gjorde att det inte gick att identifiera vilken faktor som förekommer först. Orsakssamband var svåra att påvisa i dessa sammanhang eftersom variablerna mest troligen samvarierade. Fysisk aktivitet kan förbättra både den fysiska och mentala hälsan (Faskunger & Hemmingson, 2005). Detta kan bidra till att det allmänna hälsotillståndet ökade likväl som ett bra upplevt allmänt hälsotillstånd kan bidra till att individen blir mer fysiskt aktiv.

Nyttjande av friskvårdsbidrag

Angelöw (2006) redogör för att en ökning av friskvårdssatsningar på arbetsplatser har börjat ske på senare tid. En bakomliggande faktor till det kan vara de förändringar som regeringen genomfört för att underlätta nyttjande av friskvårdsförmåner (Skatteverket, 2005). En annan förklaring kan vara att företag insett att satsningar på friskvårdsförmåner kan generera både ekonomiska vinster samt vinster i form av förbättrad hälsa för medarbetarna (Andersson, Johrén, & Malmgren, 2004). Av de som ingick i studien var det cirka 36 procent som inte nyttjade friskvårdsbidraget. Detta var något lägre än de 40 procent som Kjellman (2006) beskrev. Detta indikerar att nyttjande av friskvårdsbidraget eventuellt har ökat. Det kan även vara så att nyttjandegraden skiljer sig åt mellan olika branscher.

Friskvårdsaktiviteter

De aktiviteter som friskvårdsbidraget kunde användas till var begränsade till att de måste vara av enklare slag och av mindre värde (Skatteverket, 2012). Hela 28,5 % av de som inte nyttjade bidraget angav att de ägnade sig åt aktiviteter som inte ingick i friskvårdsbidraget som främsta anledning till detta. Det var en stor andel och tyvärr kan inte företagen påverka vad bidraget får användas till då bestämmelserna kommer från Skatteverket. Det som företag skulle kunna göra för att påverka dessa individer till att nyttja bidraget är att upplysa om bredden av aktiviteter som det kan användas till. En annan vanlig orsak till att de inte nyttjade friskvårdsbidraget var att de glömde av att det fanns att tillgå. Genom att upplysa och påminna de anställda om förmånerna skulle troligen en ökning av nyttjandet ske. Tidsbrist uppgavs som en annan faktor till att inte nyttja friskvårdsbidraget. Korp (2006) betonade att kontexten för hälsa blir en sammanblandning av individens privatliv och arbetsliv. Den tid individerna upplever att de kan lägga på friskvård kan skilja sig åt mycket bland de anställda. Dock menade Faskunger (2001) att tidsbrist kan bero på ineffektiv planering och förespråkar att försöka göra aktiviteterna till en del av vardagen. Studiens resultat från kartläggningen av orsaker till varför bidraget inte nyttjas bidrar med värdefull kunskap om vad företag kan fokusera på för att öka nyttjandet.

Nyttjande och könsfördelning

Eftersom en betydligt större andel kvinnor än män nyttjade friskvårdsbidraget hade troligen en jämnare könsfördelning resulterat i att andelen som nyttjade bidraget varit ännu högre. Socialt stöd är en intressant aspekt gällande könsfördelningen. Rydén och Stenström (2008) beskriver att det finns könsskillnader i det sociala stödet, där kvinnor ofta har ett mer utbrett socialt stöd och även använder det oftare, särskilt när de står inför utmaningar och svårigheter. Socialt stöd skulle därför kunna vara en bakomliggande faktor till att fler kvinnor än män nyttjade friskvårdsbidraget.

Nyttjande och hälsotillstånd

Ett svagt samband påvisades mellan de som nyttjade friskvårdsbidraget och ett bra upplevt hälsotillstånd. Även gällande detta samband kan diskuteras vilken variabel som påverkar vilken. Ett bra upplevt hälsotillstånd kunde ha lett till att individen hade större möjlighet att kunna nyttja friskvårdsbidraget. Samtidigt kan det ha varit så att de som nyttjade friskvårdsbidraget hade en bättre hälsa på grund av att de nyttjade det. Ett sämre upplevt hälsotillstånd är kopplat till fler riskfaktorer för ohälsa (FHI, 2013b). Med denna utgångspunkt borde det vara angeläget att fokusera på att få de med en sämre upplevd hälsa att nyttja friskvårdsbidraget i större utsträckning. Enligt Health Belief Model är det flera faktorer som kan förutse om individen motiveras till ett beteende som gynnar dennes hälsa (NHI, 2005). Individer som upplever att de har en sämre hälsa borde påverkas av faktorerna i HBM till att välja hälsofrämjande beteenden, i detta fall nyttjande av friskvårdsbidraget. Så behöver dock inte vara fallet. Individer som genomför en beteendeförändring för ett mer hälsosamt liv är ofta de som anser sig vara mindre och inte mer mottagliga för sjukdom. Det är kritik som riktats till HBM (Rydén & Stenström, 2008). Enligt HBM motiverar ett högre self-efficacy till att utföra hälsobeteendet. Eftersom de som upplevde ett sämre hälsotillstånd

skattade sin self-efficacy lägre kan det vara en påverkande faktor till varför de inte nyttjade bidraget.

Nyttjande och fysisk aktivitet

En relation mellan nyttjande av friskvårdsbidrag och en högre fysisk aktivitetsnivå påvisades. Då de flesta av aktiviteterna som ingick i friskvårdsbidraget var i form av fysisk aktivitet ansågs detta samband vara förväntat. Även genom att nyttja bidraget till kontorsmassage kan den fysiska aktivitetsnivån ökas, exempelvis kan en minskad smärta innebära att individen blir mer fysisk aktiv (Djupsjöbacka, et.al., 2010). Genom att vara fysiskt aktiv får individen ökad energi och är generellt mer aktiv även i andra sammanhang (Andersson, et. al., 2004). Detta kan bidra till en positiv spiral mellan nyttjande av friskvårdsbidraget och fysisk aktivitetsnivå. Av de som inte nyttjade bidraget angav 28,5 % att de ägnade sig åt aktiviteter som inte ingick i friskvårdsbidraget. Denna aspekt bör hållas i åtanke då dessa individer troligen var fysisk aktiva trots att de inte nyttjade bidraget. Om denna variabel hade kontrollerats skulle det kunna vara så att sambandet mellan nyttjande av bidraget och fysisk aktivitet var ännu starkare. Det upplevda hälsotillståndet kan vara en samverkande faktor för denna relation.

Ålder och anställningstid

En signifikant skillnad kunde identifieras i medelålder och anställningstid mellan de som nyttjade och de som inte nyttjade friskvårdsbidraget. De som nyttjade bidraget hade en lägre medelålder och kortare anställningstid. En möjlig tolkning av det kan vara att ålder och anställningstid är korrelerade. En möjlig anledning till att de äldre medarbetarna nyttjade bidraget i mindre utsträckning skulle kunna vara att kännedom och attityd kring friskvårdsförmåner är en generationsfråga. Bakomliggande orsaker till varför de äldre nyttjar bidraget i mindre utsträckning kan vara viktiga aspekter att beakta då företag ska utveckla insatser för att öka nyttjandet. Vidare forskning kring dessa orsaker skulle vara intressant för att ytterligare kunna hjälpa företag att utveckla effektivare interventioner.

Self-efficacy

Self-efficacy har studerats på olika arenor och målgrupper (se tidigare forskning). Dock påträffades endast en studie som undersökte begreppet i samband med fysisk aktivitet på arbetsplatsen som arena (Plotnikoff, et.al., 2010). Att utöka kunskaperna om self-efficacy på just denna arena är värdefullt då många av tidigare studier använt andra arenor om utgångspunkt.

Self-efficacy och hälsotillstånd

Ett högt SEI var associerad med ett bra upplevt hälsotillstånd. Här kan diskuteras huruvida en hög self-efficacy påverkade att det allmänna hälsotillståndet skattades högre eller om ett högt skattat hälsotillstånd påverkade till en högre self-efficacy. Det är svårt att veta vilken variabel som påverkade vilken. Däremot kan detta samband relateras till hälsobeteenden. Enligt Bandura (1997) är self-efficacy kopplat till individers hälsobeteenden. Ett högt SEI borde

alltså göra att individen väljer beteenden som är gynnsamma för dennes hälsa och sedan bibehåller dessa beteenden. Detta kan i sin tur resultera i ett högre upplevt hälsotillstånd.

Self-efficacy och fysisk aktivitet

Ett högt SEI var även relaterad till en hög fysisk aktivitetsnivå. Detta resultat stämmer överens med tidigare forskning (Jung & Brawley, 2011; McAuley, et. al., 2003; Resnick, 2001; Rutkowski & Connelly, 2012). Eftersom General Self-efficacy Scale användes för att mäta self-efficacy mättes inte individen tilltro till sin förmåga att vara fysisk aktiv, utan dennes tilltro till sin förmåga att klara mer allmänna situationer. Det kan ha påverkat relationen mellan SEI och fysisk aktivitetsnivå. Om Exercise Self-efficacy Scale istället hade använts hade sambandet troligtvis varit starkare.

Ålder och anställningstid

Varken ålder eller anställningstid visade något samband mellan SEI. Enligt Bandura (1997) kan self-efficacy variera i olika situationer och tränas upp. Studiens resultat är intressant eftersom self-efficacy inte var åldersrelaterat. Det borde innebära att self-efficacy kan tränas upp oberoende av ålder, vilket gör att interventioner som fokuserar på att höja individernas self-efficacy är gynnsamma för alla ålderskategorier av medarbetare.

Self-efficacy och nyttjande av friskvårdsbidrag

Studiens huvudsakliga syfte var att undersöka relationen mellan self-efficacy och nyttjande av friskvårdsbidrag. Syftet uppnåddes genom att nollhypotesen accepterades. Det innebar att det inte fanns någon skillnad i SEI mellan de som nyttjade och de som inte nyttjade friskvårdsbidraget. Resultatet visade att dessa två faktorer inte var direkt kopplade till varandra. Detta resultat är betydelsefullt då relationen mellan self-efficacy och friskvårdsbidrag inte tidigare har studerats. Studiens resultat bidrar med ny kunskap inom områdena self-efficacy och friskvårdsförmåner. Många studier har undersökt begreppet self-efficacy, dock har få studerat det på arbetsplatsen.

En omständighet som skulle kunnat ha inverkat på att ingen relation kunde identifieras kan ha varit att det var allmän self-efficacy som skattades. Om en egen skala, för att mäta self-efficacy i situationer som var relaterade till nyttjande av bidraget, istället hade skapats hade påståendena kunnat formuleras efter specifika situationer. Exempelvis i form av individens tilltro till sin egen förmåga att i olika situationer utföra de aktiviteter som bidraget kunde användas till. Det hade möjligtvis lett till ett annorlunda resultat. Dock hade validiteten av en sådan skala varit osäker. Eftersom två av påståendena i General Self-Efficacy Scale var kopplade till nyttjande av friskvårdsförmåner kan det vara så att formulering av påståendena påverkar relationen.

Eftersom self-efficacy är relaterat till hälsobeteenden (Bandura, 1997) var det intressant att undersöka om nyttjande av friskvårdsbidraget kunde vara ett av dessa beteenden. Resultatet indikerade dock att det inte gick att dra ett likhetstecken mellan att nyttja bidraget och att välja hälsosamma beteenden. Möjlig orsak till detta kan vara att individer som inte nyttjade bidraget ändå valde hälsosamma beteenden samtidigt som individer vilka nyttjade det till

aktiviteter som inte var kopplade till fysisk aktivitet, exempelvis rökavvänjning eller zonterapi, valde ohälsosamma beteende i andra sammanhang.

Interventioner som syftar till att höja de anställdas self-efficacy leder troligtvis inte direkt till ett ökat nyttjande av bidraget. Det finns dock andra argument för att utforma interventioner på arbetsplatser som fokuserar på att höja de anställdas self-efficacy. Eftersom en hög self-efficacy var relaterad både till ett bra upplevt hälsotillstånd och en hög fysisk aktivitetsnivå kan sådana interventioner skapa hälsosammare anställda. Hälsosammare anställda skulle i sin tur kunna leda till att fler nyttjar bidraget. Arbetsplatsen kan vara en gynnsam arena för att höja medarbetarnas self-efficacy. Detta eftersom två källor för att höja self-efficacy, *imitation* och *verbal övertalning*, bygger på sociala aspekter vilka kan finnas naturligt på arbetsplatser.

Hälsointerventioner

För att utveckla interventioner på arbetsplatser som syftar till att öka nyttjandet av friskvårdsbidrag och de anställdas self-efficacy kan förändringsteorier användas. Ett alternativ kan vara den Transteoretiska modellen som är unik med att definiera stadiet *före begrundan*, där individen inte funderar på att genomföra en beteendeförändring (Barth & Näsholm, 2006). Denna modell tar hänsyn till vart i förändringsprocessen som individen befinner sig. Insatserna för de som aldrig nyttjat friskvårdsbidraget och inte är fysisk aktiva skulle då se annorlunda ut än för de som nyttjar det och är fysisk aktiva. I det första fallet befinner sig individen ofta i förebegrundan, begrundande eller förberedelsestadiet. Där gynnas individen av insatser som fokuserar på att medvetandegöra riskerna och hälsovinster samt att stärka motivationen och att utarbeta en handlingsplan. De individer som redan nyttjar friskvårdsbidraget och befinner sig i handlingsstadiet eller vidmakthållandestadiet gynnas av insatser som fokuserar på att upprätthålla de hälsosamma beteendena. En viktig faktor för upprätthållandet är socialt stöd (Faskunger, 2001). På ett företag skulle detta kunna göras genom att erbjuda hälsosamtal där medarbetarna kan stödjas i sin beteendeförändring, utifrån den fas de befinner sig i.

Hälsointerventioner på arbetsplatser skulle även kunna utformas med hjälp av exempelvis Theory of Planned Behaviour (TPB) som lägger stor vikt vid sociala sammanhang. För individens beteendeförändring är det viktigt att betydelsefulla personer för denne anser att förändringen är nödvändig (SBU, 2007). Dessa betydande individer kan till exempel vara en chef, medarbetare eller hälsocoach på arbetsplatsen. Det finns många anledningar och möjligheter till att påverka fler medarbetare att börja nyttja friskvårdsbidraget samt att öka nyttjandegraden för de medarbetare som redan nyttjar det.

Slutsats

Nyttjande av friskvårdsbidrag var inte relaterad till self-efficacy. Resultatet är värdefullt eftersom tillförlitligheten är god på grund av urvalets storlek. Resultat visade även många andra intressanta och användbara aspekter gällande relationer mellan de studerade variablerna. De funna relationerna gör det relevant att satsa på interventioner för att höja medarbetarnas self-efficacy och öka nyttjandet av friskvårdsbidraget.

Ju mer kunskap det går att kartlägga inom områdena för nyttjande av friskvårdsbidrag och self-efficacy desto större är möjligheten att kunna utveckla och initiera kostnadseffektiva hälsosinterventioner på arbetsplatser. Studien visade att båda dessa faktorer var relaterade till fysisk aktivitet och upplevt hälsotillstånd. Genom att fler anställda börjar nyttja friskvårdsbidraget kan arbetstagarnas välmående och hälsa öka, vilket i förlängningen även ger företaget omfattande vinster. Dessa vinster kan vara minskad kort- och långtidssjukfrånvaro samt en ökad arbetseffektivitet. Att investera i hälsointerventioner är lönsamt, inte enbart på individ- och organisationsnivå utan även på samhällsnivå, då dessa insatser kan generera till en förbättrad folkhälsa.

Referenser

- AFA. (2002). *Ett bättre arbetsliv med mindre stress*. Hämtat från WWW 2013-04-05:
<http://www.stressmedicin.com/upload/Regionkanslierna/ISM%20Institutet%20f%C3%B6r%20stressmedicin/Publikationer/Arbetsmaterial/Ett%20b%C3%A4ttre%20arbetsliv%20med%20mindre%20stress.pdf>
- Andersson, G., Johrén, A., & Malmgren, S. (2004). *Effektiv friskvård, lönsammare företag*. Prevent.
- Angelöw, B. (2006). *Arbetsglädje - att skapa större arbetslust*. Danmark: Studentlitteratur.
- Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy The Exercise of Control*. Worth Publishers: USA
- Bart, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI*. Lund: Studentlitteratur.
- Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.). Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale, NJ.
- Du, H., Everett, B., Newton, P. J., Salamonsen, Y. & Davidson, P. M. (2012). Self-efficacy: a useful construct to promote physical activity in people with stable chronic heart failure. [electronic version] *Journal of Clinical Nursing*, 21(3/4), 301-10.
- Djupsjöbacka, M., Björklund, M., Sundelin, G., & Wijk, K. (2010). *Minska värken*. Hämtad från WWW 2013-05-19:
[http://www.lo.se/home/lo/home.nsf/unidView/D5A38B69E7330BABC1257743003A3291/\\$file/Minska%20v%C3%A4rken.pdf](http://www.lo.se/home/lo/home.nsf/unidView/D5A38B69E7330BABC1257743003A3291/$file/Minska%20v%C3%A4rken.pdf)
- Dwyer, J. J. M., Allison, K. R., Makin, S. (1998). Internal structure of a measure of self-efficacy in physical activity among high school students. [Electronic version] *Social Science & Medicine*, 46 (9): 1175-82.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekblom, B. & Nilsson, J. (2000). *Aktivt liv*. Malmö: SISU Idrottsböcker.
- ESF-rådet. (2003). Fallstudier. Hämtat från WWW 2013-04-18:
<http://www.esf.se/Documents/V%C3%A5ra%20program/Equal/Halvtidsutv%C3%A4rderingen%20EQUAL%20Del%20I%20bilagor%20samlat%20031120.pdf>
- European Commission (2012). *Tillämpning av EU-rätten*. Hämtat från WWW 2013-04-20:
http://ec.europa.eu/eu_law/introduction/what_directive_sv.htm
- Evenson, K.R., Sarmiento, O.L., Tawney, K.W., Macon, M.L & Ammerman, A.S. (2003). Personal, social, environmental correlates of physical activity in North Carolina Latina immigrants. [electronic version] *American Journal of Preventive Medicine* 25(3), 77–85.
- Faskunger, J. (2001). *Motivation för motion. Hälsovägledning steg för steg*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Faskunger, J. & Hemmingsson, E. (2005). *Vardagsmotion*. Stockholm: Forum.
- FHI. (2013a). *Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor*. Hämtad från WWW 2013-04-26: <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/>

- FHI. (2013b). *Allmänt hälsotillstånd*. Hämtad från WWW: 2013-04-26: <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Fysisk-halsa/Allmant-hal04sotillstand/>
- FHI. (2013c). *Fysisk aktivitet*. Hämtad från WWW 2013-04-26: <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Fysisk-aktivitet/>
- FHI. (2011a). *4. Hälsa i arbetslivet*. Hämtad från WWW 2013-02-13: <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/4-Halsa-i-arbetslivet>
- FHI. (2011b). Syfte och bakgrund till frågorna i den nationella folkhälsoenkäten. Hämtad från WWW: 2013-04-01: <http://www.fhi.se/PageFiles/12380/A-2011-09-Syfte-o-bakgrund-till-fragorna-i-halsoenkaten.pdf>
- FHI. (2009). *Massage – effekter på utagerande beteendeproblem*. Hämtat från WWW 2013-05-16: <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Massage--effekter-pa-utagerande-beteendeproblem-/>
- FHI. (2004). *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser*. Hämtad från WWW 2013-03-27: <http://www.fhi.se/PageFiles/3245/r200432halsoframjandearbetsplatser.pdf>
- Günzel, M & Zanderin, L. (2012). *Arbetsmiljörätt och rehabilitering*. Liber.
- Hofstetter, C. R., Hovell, M. F., Sallis, J.F. (1990). Social learning correlates of exercise self-efficacy: early experiences with physical activity. [Electronic version] *Social Science & Medicine*, 31 (10): 1169-76.
- Johanson, U. & Johrén, A. (2007). *Personalekonomi idag*. Uppsala: Konsultförlaget.
- Jung, M.E & Brawley, L. R. (2011). Exercise persistence in the face of varying exercise challenges: A test of self-efficacy theory in working mothers. [electronic version] *Journal of Health Psychology*, 16(5), 728–738.
- Kecklund, C. Ingre, M. & Åkerstedt, T. (2010). *Arbetstider, hälsa och säkerhet - en uppdatering av aktuell forskning*. Hämtat från WWW 2013-05-13: http://www.stressforskning.su.se/polopoly_fs/1.51631.1321968484!/Stressforskningsrapport_322.pdf
- Kim, H,K., Kim, M,J., Park, C,G. & Kim, H,O. (2010). Gender differences in physical activity and its determinants in rural adults in Korea. *Journal of Clinical Nursing* 19(5-6), 876-83.
- Kjellman, M. (2006). *Minsta möjliga friskvård – och lite till*. Stockholm: Instant Book AB.
- Korp, P. (2006). *Internet, hälsa och medikalisering*, i Holmqvist, M. & Maravelias, C. *Hälsans styrning av arbetet*. Lund: Studentlitteratur
- Koskinen-Hagman, M., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Swedish Version of the General Self-Efficacy Scale*. Hämtad från WWW: 2013-03-05: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/swedish.htm>
- Kumar, R. (2011). *Research methodology a step-by-step guide for beginners*. London: SAGE Publications Ltd.
- Kwak, N. & Radler, B. (2002). A Comparison Between Mail and Web Surveys: response Pattern, respondent Profile, and Data Quality. *Journal of Official Statistics* 18(2) 257-273.

- Lee, K.S., Loprinzi P.D., Trost, S. G. (2010). Determinants of Physical Activity in Singaporean Adolescents. [electronic version] *International Journal of Behavioral Medicine*, 17 (4), 279-86.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. [electronic version] *The Journal of Psychology*, 139(5), 439–457.
- Luszczynska, A., Schwarzer, R., Lippke, S. & Mazurkiewicz, M. (2011). Self-efficacy as a moderator of the planning-behavior relationship in interventions designed to promote physical activity. [electronic version] *Psychology & Health*, 26 (2), 151-66.
- Löve, J. Dea Moore, C. & Hensing, G (2011). Validation of the Swedish translation of the general self-efficacy scale. [electronic version] *Qual Life Res*, 21:1249–1253.
- Martin, M.Y., Person, S.D., Kratt, P., Prayor-Patterson, H., Kim, Y., Salas, M., Pisu, M. (2008). Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. [electronic version] *Patient Education & Counseling*, 72 (1): 137-45.
- McAuley, E & Blissmer, B (2000). Self-efficacy determinants and consequences of physical activity. [electronic version] *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 28 (2), 85–88.
- McAuley, E., Jerome G.J., Elavasky, S., Marquez, D.X. & Ramsey, S.N. (2003). Predicting long-term maintenance of physical activity in older adults. [electronic version] *Preventive Medicine*, 37 (2), 110–118.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundation for Health Promotion*. (3rd Ed.) London: Baillière Tindall.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2011). *What Is Complementary and Alternative Medicine?* Hämtat från WWW 2013-04-04: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>
- National Institutes of Health (2005). *Theory at a Glance. A Guide for Health Promotion Practice*. U.S. department of health and human services.
- NE. (2012). *Friskvård*. Hämtad från WWW 2013-02-14: <http://www.ne.se.libraryproxy.his.se/lang/friskvård>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Osilla, K., Van Busum, C., Schnyer, C., Wozar Larkin, J., Eibner, C., & Mattke, S. (2012). Systematic Review of the Impact of Worksite Wellness Programs. [electronic version] *Am J Manag Care*. 2012;18(2):e68-e81.
- Pallat, J. (2010). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using SPSS* (4th Ed.). Maidenhead: Open University Press/McGrawHill,
- Pellmer, K., & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.
- Plotnikoff, R., Pickering, M., Flaman, L., & Spence, J. (2010). The Role of Self-Efficacy on the Relationship Between the Workplace Environment and Physical Activity: A Longitudinal Mediation Analysis. [Electronic version] *Health Educ Behav* 37(2),170-185.
- Regeringens proposition. (2002). *Beskattning av vissa förmåner*. Hämtat från WWW 2013-04-01: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/30/98/3cff81a5.pdf>

- Region Skåne. (2010). *Motivation*. Hämtat från WWW 2013-04-17:
<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Halsoinriktad-halso--och-sjukvard/Fysisk-aktivitet/Motivation/>
- Resnick, B. (2001). A prediction model of aerobic exercise in older adults living in a continuing-care retirement community. [electronic version] *Journal of Aging and Health* 13(2), 287–310.
- Rutkowski, E. M. & Connelly, C. D. (2012). Self-efficacy and physical activity in adolescent and parent dyads. [electronic version] *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17 (1), 51-60.
- Rydén, O. & Stenström, U. (2008). *Hälsopsykologi*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.
- SBU. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet*. Hämtad från WWW 2013-05-15:http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Fysisk_aktivitet.pdf
- SCB. (2012). *Arbetskraftsundersökningarna (AKU) 2012. Labour Force Surveys 2012*. Hämtad från WWW 2013-02-13:
http://www.scb.se/Statistik/AM/AM0401/2012A01/AM0401_2012A01_SM_AM12SM1301.pdf
- Schwarzer, R. (2011). *Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask*. Hämtad från WWW: 2013-03-04: http://userpage.fu-berlin.de/~health/faq_gse.pdf
- Schäfer Elinder, L. & Faskunger, J. (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Huskvarna: Statens Folkhälsoinstitut.
- Sepp, H., Ekelund, U. & Becker, W. (2004). *Enkätfrågor om kost och fysisk aktivitet bland vuxna*. Livsmedelverket, rapport 2. Hämtad från WWW 2013-04-18:
<http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/kostundersokningar/Rapp%2021%20hela.pdf>
- Skatteverket (2012). *Skatteverkets information om vissa förmåner för beskattningsåret 2013*. Hämtad från WWW 2012-04-16:
http://www.skatteverket.se/download/18.3684199413c956649b58094/1361540017548/SKVM.2012.23_bokmarken.pdf
- Skatteverket. (2013). *Motion och annan friskvård*. Hämtad från WWW 2013-04-01:
<http://www.skatteverket.se/privat/skatter/arbeteinkomst/formaner/personalvard/motionannanfriskvard.4.18e1b10334ebe8bc80004376.html>
- Skatteverket. (2005). *Skatteverkets ställningstaganden*. Hämtad från WWW 2013-04-01:
<http://www.skatteverket.se/rattsinformation/stallningstaganden/arkiv/ar/2005/stallningstaganden2005/13020574405111.5.5c13cb6b1198121ee8580001053.html>
- Tillväxtverket. (2009). *Kvinnor och mäns företagande*. Hämtad från WWW 2013-05-13:
http://jamda.ub.gu.se/bitstream/1/401/1/foretagande_stat.pdf
- Toivanen, S., Gisselmann, M., & Lindfors, P. (2012). Kön, genus och hälsa: socioekonomiska skillnader i hälsa bland kvinnor och män. Hämtad från WWW:
http://www.malmo.se/download/18.d8bc6b31373089f7d9800038759/K%C3%B6n+genus+och+h%C3%A4lsa_Toivanen+mfl.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services (1996). *Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General*. Hämtad från WWW 2013-02-27:
<http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED402299.pdf>

Vetenskapsrådet (2011). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [electronic version] Hämtad från WWW 2013-04-26:
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Bilagor

Bilaga 1. Enkät

Nyttjande av friskvårdsförmåner

Enkätens första frågor handlar om friskvårdsförmåner och fysisk aktivitet. Därefter följer påståenden som är relaterade till self-efficacy samt en hälsorelaterad fråga. Enkäten avslutas med bakgrundsfrågor.

Tack för att du tar dig tid att besvara dessa frågor.

***Obligatorisk**

Nyttjar du friskvårdsbidraget som erbjuds på din arbetsplats?*

- Ja
- Nej

Om du nyttjar friskvårdsbidraget; vad använder du det till?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- Kontorsmassage (ex. massage, akupressur, zonterapi, kinesiologi, rosentherapi)
- Gym (ex. styrketräning, spinning, aerobics)
- Racketsport (ex. tennis, badminton)
- Lagsport (ex. fotboll, bandy, handboll)
- Dans (ex. zumba, bugg, jazz)
- Teoretisk hälsoutbildning (ex. kostrådgivning, stresshantering, rökavvänjning)
- Mind/body- aktiviteter (ex. yoga, thai chi, qigong)
- Vattenaktiviteter (ex. simning, vattengympa)
- Övrigt:

Om du inte nyttjar friskvårdsbidraget; vad anser du är främsta anledningen till detta?

- Tidsbrist
- Ingen att träna med
- För trött/har inte energi
- Det kostar pengar
- Ogillar träning
- Prioriterar andra fritidssysselsättningar högre
- Ägnar mig åt aktiviteter som inte ingår i friskvårdsbidraget
- Krångligt att få ersättning
- För få friskvårdsföretag att välja bland

Glömmer av att friskvårdsbidraget finns

Övrigt:

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm?*

t.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling, simning, etc. Det kan variera under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ!

- 5 timmar per vecka eller mer
- Mer än 3 timmar, men mindre än 5 timmar per vecka
- Mellan 1 till 3 timmar per vecka
- Högst en timme per vecka
- Inte alls

Läs nedanstående påståenden och kryssa i det alternativ som du tycker stämmer bäst in på dig själv.*

	Tar helt avstånd	Tar delvis avstånd	Instämmer delvis	Instämmer helt
Jag lyckas alltid lösa svåra problem om jag bara anstränger mig tillräckligt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Även om någon motarbetar mig hittar jag ändå utvägar att nå mina mål.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag har inga svårigheter att hålla fast vid mina målsättningar och förverkliga mina mål.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I oväntade situationer vet jag alltid hur jag skall agera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Till och med överraskande situationer tror jag mig klara av bra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tack vare min egen förmåga känner jag mig lugn även när jag ställs inför svårigheter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vad som än	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tar helt avstånd

Tar delvis avstånd

Instämmer delvis

Instämmer helt

händer klarar jag
mig alltid.

Vilket problem jag
än ställs inför kan
jag hitta en lösning.

Om jag ställs inför
nya utmaningar vet
jag hur jag skall ta
mig an dem.

När problem
uppstår kan jag
vanligtvis hantera
dem av egen kraft.

Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?*

Mycket bra

Bra

Någorlunda

Dåligt

Mycket dåligt

Bakgrundsfrågor

Är du man eller kvinna?*

Man

Kvinna

Hur gammal är du?*

Hur länge har du varit anställd på din arbetsplats?*

Ange i hela år.

Skicka

Bilaga 2. Följebrev

Hej!

Vi studerar till folkhälsovetare på Högskolan i Skövde och ska nu skriva vår C-uppsats. Det kan finnas många faktorer som påverkar en anställd till att nyttja eller inte nyttja de friskvårdsförmåner som erbjuds på en arbetsplats. Den specifika faktor som vi vill studera är self-efficacy, vilket innebär individens tilltro till den egna förmågan att klara en uppgift. För att undersöka detta har vi skapat en enkät som vi sänder till dig. Att besvara denna enkät tar cirka 5 minuter.

Det är betydelsefullt för undersökningens kvalitet att du besvarar enkäten, dock är det frivilligt. Vi vore mycket tacksamma om du svarar så snart som möjligt och helst inom en vecka.

Enkätsvaren kommer endast att användas till vår studie i forskningssyfte. Enkäten är anonym, vilket innebär att ingen kommer veta vad du svarat. Kopplingen till din e-postadress är endast för att kunna skicka ut enkäten och e-postadressen kommer inte att sparas. Arbetsgivaren kommer inte att kunna läsa de enskilda svaren. Genom att du svarar på enkäten ger du samtycke till att delta i studien.

Har du några frågor eller vill ta del av studiens resultat är du varmt välkommen att kontakta oss via nedanstående kontaktuppgifter.

Tack på förhand!

Klicka på länken för att komma till enkäten:

https://docs.google.com/forms/d/18LEBaRPCPAAOtbiUVctxT_4PrzK7fRIDx4fcjp9MLOY/viewform

Skövde, April 2013

Med vänliga hälsningar,

Hanna Gånedahl

Pernilla Viklund

██████████

██████████

████████████████████

████████████████████