



CAMPUS
HELSINGBORG

Institutionen för service management
och tjänstvetenskap

Examensarbete för kandidatexamen

Min hälsa, mitt ansvar?

En studie om ansvaret kring friskvård i
arbetslivet

Linnea Gustafsson
Sofia Vallentin

Antal ord: 12 899

Gruppenr: 007

Handledare:
Ulrika Westrup

Examensarbete
VT 2019

Tack

Vi vill med dessa ord tacka alla de personer som på något sätt bidragit till skapandet av vår studie!

Först och främst vill vi tacka våra kontaktpersoner samt de 279 respondenter inom gymanläggningar, tandvård och förskolor runt om i Sverige för deras tid och deltagande i vår enkätstudie. Utan dessa hade denna uppsats inte varit genomförbar. Vi vill även tacka vår handledare Ulrika Westrup för värdefulla råd och vägledning genom processen att bemästra uppsatsskrivandets hantverk.

Såklart vill vi också tacka alla kurskamrater som gjort att tiden gått lite snabbare under dessa tre år och allt stöd under tentor, grupparbeten och föreläsningar. Sist men inte minst, vill vi tacka oss själva, för väl utfört arbete, samarbete och stöd.

Det du nu håller i din hand är resultatet av tre lärorika och glädjande år på Service Management. Det har varit hårt, det har varit svårt, men nu är det gjort.

Helsingborg, 2019-05-28

Linnea Gustafsson

Sofia Vallentin

Sammanfattning

Titel	Min hälsa, mitt ansvar?
Nivå och kurs	Kandidatuppsats vid institutionen Service Management, Lunds Universitet, Campus Helsingborg. KSMK65
Författare	Sofia Vallentin & Linnea Gustafsson
Handledare	Ulrika Westrup
Nyckelord	Hälsopromotion, friskvård, ansvarsparadox, hälsa, sjukfrånvaro
Problemområde	Ökad ohälsa i arbetslivet där det råder delade meningar kring vem som skall ta ansvar för att främja de anställdas hälsa.
Syfte	Bidra med kunskap till Service Management med inriktning hälsa utifrån Hälsopromotion där fokus ligger på attityden kring ansvaret för att främja hälsan i arbetslivet.
Frågeställning	Vilken attityd har yrkesverksamma till ansvaret för hälsopromotion i form av friskvård i arbetslivet?
Urval	Kvoturval bestående av 279 respondenter som var yrkesverksamma inom tjänstebranschen.
Metod	Undersökningen är genomförd genom en kvantitativ metod där förhållandet mellan teori och empiri var abduktivt. Forskningsdesignen vi använde oss av var en tvärsnittsstudie eftersom vi valde att använda oss av en enkätundersökning i insamlandet av empiri. Enkäten var insamlad via Google Forms och analyserad i SPSS.
Teori	Hälsa, salutogenes, hälsopromotion, ansvarsparadox, friskfaktorer
Slutsatser	Yrkesverksamma inom tjänstebranschen anser sig själva som ansvarig för deras hälsofrämjande i arbetslivet. Detta synliggörs även genom att respondenterna praktiskt använder sig av friskvård och ägnar sig åt hälsofrämjande aktiviteter. Respondenterna tar dock inte ansvar för sin att främja sin psykiska hälsa i samma utsträckning som den fysiska eftersom fler mår sämre psykiskt än fysiskt. Våra slutsatser stärker och bidrar med ytterligare forskning inom ansvarsparadoxen, som i detta fall är kring ansvaret för hälsopromotion i form av friskvård i arbetslivet.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Ökad ohälsa i arbetslivet.....	1
1.2 Paradoxen gällande ansvaret för hälsofrämjande i arbetslivet.....	3
1.3 Syfte & frågeställning.....	4
1.4 Disposition.....	4
2. Teoretisk referensram.....	5
2.1 Begreppet hälsa & det salutogena perspektivet.....	5
2.1.1 Hälsopromotion i arbetslivet.....	6
2.1.2 Friskfaktorer - Vad påverkar vår hälsa?.....	7
2.1.3 Ansvarsparadoxen - Vem bär ansvaret för hälsan på arbetsplatsen?.....	8
2.2 Diskussion av teori.....	9
3. Metod & material.....	11
3.1 Forskningsstrategi.....	11
3.2 Insamling av empiriskt material.....	12
3.2.1 Val av studieobjekt.....	12
3.2.2 Utformning av enkät.....	13
3.2.3 Bearbetning av empiriskt material.....	15
3.3 Litteratur och tillämpning.....	18
3.4 Studiens hållbarhet och kunskapsbidrag.....	18
3.4.1 Etiska överväganden.....	19
4. Resultat & Analys.....	21
4.1 Yrkesverksammas attityd gällande ansvaret för hälsan på arbetsplatsen.....	21
4.1.1 Ansvarstagandet för hälsan på arbetsplatsen.....	22
4.2 Yrkesverksammas attityd kring friskvårdsbidrag.....	24
4.2.1 Friskvård som praktiskt ansvarstagande.....	28
4.3 Sambandet mellan nyttjande av friskvårdsbidrag och sjukfrånvaro.....	31
4.3.1 De 2090 förlorade arbetsdagarna.....	32
4.4 Hälsotillstånd.....	33
4.4.1 Den dolda psykiska ohälsan.....	37
5. Slutsatser & avslutande diskussion.....	39
5.1 Olika förutsättningar för hälsofrämjande hämmar ett gemensamt ansvar.....	41
5.2 Framtida forskning.....	42

Källförteckning.....	44
Bilagor.....	48
Bilaga 1 - Missivbrev	48
Bilaga 2 - Enkät.....	49

1. Inledning

1.1 Ökad ohälsa i arbetslivet

Både den fysiska och psykiska ohälsan ökar i samhället samt är den största anledningen till minskad livslängd i västvärlden (Andersson, Hovland, Kjellman, Taube och Martinsen, 2015). Ohälsan uttrycks främst genom stillasittande, utbrändhet och stress och förekommer allt oftare vilket kan resultera i välfärdssjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, stroke, övervikt och depression (Hansen & Sundberg, 2014, s. 46-52). Den ökade ohälsan synliggörs även på arbetsplatsen bland annat genom ökad sjukfrånvaro (Gubler, Larkin & Pierce, 2017; Hoert, Herd & Hambrick, 2018). Sjukfrånvaro innebär att medarbetaren inte kan utföra sina arbetsuppgifter på grund av psykisk eller fysisk sjukdom (Aronsson, Gustafsson & Mellner, 2009). Detta tyder på att en individs hälsa påverkar arbetslivet till en grad som både är kostsam för individen, arbetsplatsen och för samhället eftersom individen stannar hemma från jobbet och får sjuklön. Detta eftersom individen får mindre inkomst där företaget står för sjuklönen de första fjorton dagarna, för att sedan lämna över ansvaret till Försäkringskassan (Försäkringskassan, u.å). Det finns därför ett direkt samband mellan sjukfrånvaro och direkta kostnader i ett företag (Berry, Mirabito & Baun, 2010; Condon & Edwards, 2018; Mills, Ronald, Kessler, Cooper & Sullivan, 2007).

Enligt statistik har sjukfrånvaron ökat kraftigt sedan 2010 och enligt prognoser fortsätter denna trend (Försäkringskassan, u.å). Främst ökar sjukskrivningarna och sjukskrivningslängden hos anställda där prognosen för kostnaderna för sjukskrivningar år 2015 uppgick till hela 31,5 miljarder kronor i Sverige (Statistiska centralbyrån, 2018). Sjukfrånvaron fortsätter även öka gällande sjukfall per fallängd första kvartalet år 2018.

Antalet sjukfall uppgick till drygt 2 330 000 fall under första kvartalet, vilket är en ökning med cirka 10 procent jämfört med samma period 2017. Av dessa sjukfall var 88,3 procent upp till en vecka långa. En- och tvådagarssjukfall var vanligast förekommande och utgjorde 43 procent av alla sjukfall (Statistiska centralbyrån, 2018).

Citatet förklarar att individer främst är sjuka en till två dagar under 2018, medan sjukfall som varar mer än en vecka står för den största delen av ökningen mellan 2017 och 2018. Studier visar även på att år 2020 kommer en kvarts miljon människor i Sverige vara sjukskrivna och kommer kosta samhället 50 miljarder SEK (Svenska Dagbladet, 2016). Furnham och Barmwell (2006) menar att

sjukfrånvaro är ett kostsamt problem för arbetsgivare där undersökningar visat att 4,4 procent av arbetstiden går förlorad på grund av sjukfrånvaro, vilket motsvarar 10 arbetsdagar per anställd per år. Ohälsan som resulterar i sjukfrånvaro är alltså ett stort problem som kräver mer kunskap gällande hur det kan förebyggas. Det finns även tid och pengar att spara på att ha en frisk personal vilket kan tänkas sätta press på arbetsgivare då de anses ansvara för god arbetsmiljö, främja hälsa och förebygga olycksfall på arbetsplatsen.

En del av lösningen till att främja hälsan och minska sjukfrånvaron på arbetsplatsen är genom friskvård. En form av friskvård är inkomstskattelagen där svenska arbetsgivare är berättigade till möjligheten att ge sina anställda ett skattefritt ekonomiskt bidrag, ett så kallat friskvårdsbidrag, som har i syfte att främja den anställdes hälsa (Inkomstskattelag SFS 1999:1229). Friskvårdsbidraget är frivillig för arbetsgivaren att erbjuda sina anställda samt för arbetstagaren att nyttja och är en personalförmån som kan användas till exempel gymkort eller andra motionsaktiviteter (Skatteverket, u.å). Dock finns en problematik gällande låg användning av friskvård på arbetsplatsen trots den ökande ohälsan. Denna problematik synliggörs bland annat i dagens samhällsdebatter enligt följande citat: "Fler än var tredje svensk som får friskvårdsbidrag från sin arbetsgivare struntar i att använda det" (Svenska Dagbladet, 2017). Friskvårdsbidragets syfte är alltså att främja hälsan bland medarbetare genom hälsopromotion i arbetslivet, men uppnår inte det önskat resultat eventuellt på grund av ineffektiv friskvård eller icke användning. Eftersom friskvårdsbidraget främst används till medlemskap på gym tyder det på att friskvårdsbidraget har ett fokus på att främja den fysiska hälsan och det beror troligen på att det finns ett tidigare känt samband mellan fysisk aktivitet och ökad hälsa. Enligt Hansen och Sundberg (2014, s. 6) vet många av oss att fysisk aktivitet får oss att må bra, men många vet förmodligen inte hur viktigt det är. Detta benämns bland annat genom citatet: "Den medicinska forskningen visar tydligt att regelbunden träning inte är något annat än en mirakelkur som skyddar mot, och till och med kan behandla, en lång rad sjukdomar och dessutom bromsar åldrandet" (Hansen & Sundberg, 2014, s. 10).

Precis som fysisk aktivitet har hälsofrämjande program eller friskvård på arbetsplatsen en rad positiva effekter. En fungerande hälsopromotion kan ge positiva effekter såsom ökad medarbetarnöjdhet, minskad sjukfrånvaro och personalomsättning (Caperchione, Reid, Sharp & Stehmeier, 2016). Persson et al. (2013) menar trots de positiva effekterna från friskvårdsbidraget är användningen låg och eftersom friskvård är som mest effektiv med högt deltagande är det viktigt för arbetsgivaren att ta reda på varför de anställda väljer att inte använda sig av det. Gubler et al.,

(2018) belyser även detta genom att förklara att arbetsgivaren ofta ger ut friskvårdsbidrag, utan att veta hur de anställda kommer nyttja eller vem det kommer gynna. Detta tyder på att de faktorer som finns bakom den låga användningen av friskvårdsbidraget är exempelvis bristande information, motivation och tillgänglighet (Persson et al., 2013).

1.2 Paradoxen gällande ansvaret för hälsofrämjande i arbetslivet

Som tidigare nämnt ökar ohälsan och sjukfrånvaron på arbetsplatsen trots hälsofrämjande åtgärder som exempelvis friskvård. En gemensam nytta av friskvård tyder på att det finns ett gemensamt ansvar att uppnå de positiva effekter som hälsofrämjande innebär. Det råder förväntningar på att individen ska ta eget ansvar för att främja sin hälsa i form av träning och självhjälp och därmed frigöra resurser från samhället i form av hälso- och sjukvård (Alftberg & Hansson, 2019, s. 139; Loodin, 2014, s. 85-86). Eftersom friskvårdsbidraget är frivilligt för de anställda att använda kan även detta bidra med en förväntan på varje enskild anställd att själv ta ansvar för att främja sin hälsa även på arbetsplatsen. Ansvarstagandet för hälsofrämjandet kan synliggöras genom exempelvis nyttjande av friskvårdsbidraget eller i utövandet av regelbundna hälsofrämjande aktiviteter. Det finns alltså ett skav gällande ansvaret för att främja hälsan på arbetsplatsen genom friskvård, eftersom det råder delade meningar kring vem som bär det. Detta kan tänkas bero på en ansvarsparadox gällande ansvaret för hälsofrämjandet på arbetsplatsen där medarbetarna anser sig själva ansvara för sin egen hälsa, när det även kräver politiska lösningar i form av hälsofrämjande verktyg från arbetsgivaren (Urbas & Malmberg, 2019, s. 183). Arbetsgivaren har fullt ansvar för att de anställda inte utsätts för ohälsa enligt lagar och regler gällande arbetsmiljön (Arbetsmiljöverket, 2018; Valentin Rehncrona, 2014, s. 118-119). Teorin visar därför även en paradox åt andra hållet där arbetsgivaren anses fullt ansvarig för att främja medarbetarnas hälsa medan det i slutändan är medarbetarens som avgör om hälsofrämjandet lyckats eller ej. Problematiken gällande en ökad ohälsa i form av sjukfrånvaro och en låg användning av friskvårdsbidrag kan kopplas till området som rör hälsopromotion i arbetslivet och vem som bär ansvaret för detta. Denna problematik kräver ytterligare forskningsbehov med fokus på attityden hos de yrkesverksamma inom tjänstebranschen gällande vem som bär ansvaret för friskvård på arbetsplatsen.

1.3 Syfte & frågeställning

Syftet med undersökningen är att bidra med forskning inom service management med inriktning hälsa med fokus på hälsopromotion i arbetslivet. För att bidra till detta forskningsfält har vi valt att undersöka yrkesverksamma i tjänstebranschen och deras attityd kring ansvaret för att främja hälsan arbetslivet utifrån deras upplevda hälsotillstånd, nyttjande av friskvård samt nivå av sjukfrånvaro. Detta leder oss till frågeställningen:

- Vilken attityd har yrkesverksamma till ansvaret för hälsopromotion i form av friskvård i arbetslivet?

1.4 Disposition

Kapitel 2: Teoretisk referensram

Denna del kommer ta upp relevant teori som används för förstå och analysera vårt empiriska material. Begrepp såsom hälsa, salutogenes, hälsopromotion, friskfaktorer och ansvarsparadoxen tas upp och dessa begrepp fungerar som en ram att förhålla oss till under analysen i kapitel fyra.

Kapitel 3: Metod & material

I denna del kommer vi ta upp hur vi har gått tillväga i vår undersökning. Vi presenterar och argumenterar för vårt val av forskningsstrategi och metod. Vi beskriver även hur vi gått tillväga i utformandet och genomförandet av våra enkäter och bearbetningen av det empiriska materialet. Därefter tar vi upp studiens hållbarhet och etiska överväganden gällande vår undersökning.

Kapitel 4: Resultat & analys

I detta kapitel ska vi ta upp resultaten av det empiriska materialet samt analyserar det utifrån våra valda teorier från kapitel två. Utifrån detta drar vi konstateranden som skall hjälpa oss svara på vår frågeställning i form av slutsatser som sedan presenteras i följande kapitel.

Kapitel 5: Slutsatser & avslutande diskussion

I slutsatserna tar vi upp de viktigaste konstateranden i analysen och sammanfattar dem som slutsatser som svarar på vår frågeställning. I den avslutande diskussionen tar vi våra slutsatser till en ny nivå genom att diskutera kring dem från ett större perspektiv. Även relevant framtida forskning kommer att tas upp utifrån våra upptäckter under studiens gång.

2. Teoretisk referensram

Följande avsnitt kommer behandla teorier och begrepp som rör hälsa, hälsopromotion och sjukfrånvaro vilket är relevant för vår undersökning för att förstå det empiriska materialet. Först kommer begreppet hälsa att förklaras för att få en grundläggande förståelse kring vilket perspektiv på hälsa som vi har. Efter det följer olika underbegrepp som förklarar hur en individ kan uppleva hälsa; salutogenes, hälsopromotion och friskfaktorer. Slutligen förklaras ansvarsparadoxen som ger grund till den huvudsakliga problematik som kommer att undersökas i denna undersökning.

2.1 Begreppet hälsa & det salutogena perspektivet

För att få en mer grundläggande förståelse för begreppet hälsopromotion kommer vi först att förklara begreppet hälsa och därefter det salutogena perspektivet. Begreppet hälsa har olika definitioner beroende på vilken ansats som är utgångspunkt och i denna undersökning kommer en holistisk ansats ligga till grund för hur begreppet hälsa ska tolkas. Enligt den holistiska ansatsen anses "hälsa vara relaterat till i vilken utsträckning människan har förmågan att, given rimliga förutsättningar, social, kulturellt och ekonomiskt, kunna förverkliga det som är viktigt för henne." (Medin & Alexandersson, 2000, s. 47). Grundtanken i den holistiska ansatsen är att se hälsa som en helhet som påverkar en individs handlingsutrymme i den sociala kontext som hen ingår i där fokuset är att ha en balans mellan handlingsförmåga och målsättning (ibid). En sådan kontext där handling och målsättning balanseras skulle kunna vara individens arbetsplats.

För denna undersökning behöver vi ha en förståelse för hur hälsan uppstår i arbetslivet, främjas och bibehålls vilket begreppet salutogenes förtydligar. Det salutogena perspektivet fokuserar på hälsan och vart den kommer ifrån, samt att försöka bibehålla det friska och främja hälsa (Hanson, 2004; Hanson, 2015). Det salutogena ser hälsa och ohälsa som ett kontinuum där individen ständigt pendlar på en linje mellan det friska och sjuka (Hanson, 2015, s. 121; Rydqvist & Winroth, 2002, s. 13). Det kan vara bra att integrera det salutogena perspektivet även i samhällspolitiken såsom olika styrningsmedel för folkhälsoarbete inom olika organisationer, kommuner, landsting och regioner (Eriksson, 2015, s. 122). Enligt Rydqvist & Winroth (2002, s. 21) skapas hälsa både på arbetsplatsen och i hemmet. Det tyder på att, utöver individen, har även arbetsgivaren och politikerna ett ansvar för medarbetarnas hälsa eftersom arbetsplatsen och samhället skapar

förutsättningarna för hälsa eller eventuell ohälsa (Rydqvist & Winroth, 2002, s. 21). Detta visar återigen på att arbetsplatsen spelar en viktig roll i hälsoarbetet vilket är relevant att ha med sig i denna undersökning. Utan friska medarbetare skulle många delar utav samhället inte fungera och dessutom bli kostsamt för samtliga inblandade (Hanson, 2004, s. 55). Eftersom vi lever i ett samhälle med mycket stress och sjukdom där hälsa ses som en tillgång eftersom samhällets funktioner bygger på att individer är friska (ibid, s. 29).

2.1.1 Hälsopromotion i arbetslivet

Eftersom det salutogena perspektivet har fokus på att bibehålla och främja det friska kan det tänkas ha influerat begreppet hälsopromotion. Hälsopromotion, även kallat hälsofrämjande, har sitt ursprung i traditionen att arbeta med att främja hälsa i arbetslivet och innebär att hälsan skall förbättras genom förebyggande åtgärder (Hanson, 2004, s. 33; Rydqvist & Winroth, 2002, s. 201). Hälsopromotion kan därför tillämpas på arbetsplatsen som en strategi som ska genomsyra hela organisationen i syfte att påverka medarbetarnas hälsa positivt. För att hälsofrämjande ska kunna ske bör livsmiljön och villkoren i vardagen stödja individens strävan som efter att uppnå det som hen upplever är viktigt i livet både fysiskt, psykiskt, socialt och ekonomiskt (Hanson, 2004, s. 11). World Health Organisations definition av vad hälsofrämjande arbete innebär, citeras enligt följande; "Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den" (Ewles & Simnett, 2003, s. 37-38).

Ewles & Simnett (2003, s. 202) förklarar även vad individen själv kan göra för att påverka sin hälsa och vad som påverkas genom livsstil, levnadsvanor samt umgängeskrets. Om individen har ett socialt umgänge där hälsa inte prioriteras riskerar individen att tänka i samma banor. Detsamma gäller arbetsplatser eftersom om arbetsgivaren vill förhindra ohälsan, måste den först förebyggas (Rydqvist & Winroth, 2002, s. 201). För att lyckas med hälsofrämjande måste arbetsgivaren förstå vad som påverkar hälsan, bidrar och hur hälsan kan förbättras (ibid, s. 212). Målsättningen blir för verksamheten att uppmuntra individerna att ta kontroll över aspekter i medarbetarnas livsstil som påverkar deras hälsa; som stillasittande och god kost (Ewles & Simnett, 2003 s. 37). Det är också viktigt i det hälsofrämjande arbetet att individerna är delaktiga i arbetet, detta eftersom det ökar motivationen till användningen av hälsofrämjande åtgärder (Rydqvist & Winroth, 2002, s. 202).

Det hälsopromotiska arbetet ger flera fördelar som färre sjukdagar, minskade kostnader, mer effektiv personal och mindre personalomsättning (Berry et al., 2010). Det kostar både tid och pengar för arbetsgivaren eftersom statistik visar att upp till 10 arbetsdagar per anställd och år går förlorad på grund sjukfrånvaro (Furnham & Barnwell, 2006). Det hälsofrämjande arbetet är därför viktigt på arbetsplatsen eftersom det innebär fler fördelar än nackdelar. Forskning visar att det ligger ett ansvar på arbetsgivaren att främja hälsan på arbetsplatsen och ge de anställda verktygen för att lyckas främja den på ett bra sätt (Berry et al., 2010; Hoert et al., 2018). Enligt Angelöw (2002) kan arbetsbelastningen på arbetet bidra till ohälsa i arbetslivet, framförallt den psykiska. Både den psykiska och fysiska hälsan är därför viktig att ta i beaktande eftersom hälsa är mer än att springa på ett löpband (Berry et al., 2010). Det är viktigt att arbetsgivaren uppmuntra medarbetarna, eftersom tvång kan skapa stress och motstridiga känslor hos medarbetaren och därför måste det komma naturligt (Ewles & Simnett, 2003, s. 37). Tidigare forskning visar att desto mer arbetsgivaren förespråkar hälsofrämjande arbete desto fler medarbetare deltar och har ett hälsotänk i både sin vardag och arbete (Hoert et al., 2018). Rekommendationer från läkare är att fysisk aktivitet är en underskattad form för att minska ohälsan där en förändrad livsstil till det aktiva skulle förändra många individers hälsa till det bättre (Angelöw, 2002, s. 87; Hansen & Sundberg, 2014).

2.1.2 Friskfaktorer - Vad påverkar vår hälsa?

Efter redogörelsen av begreppet hälsa utifrån ett holistiskt samt salutogent perspektiv med fokus på hälsopromotion blir nästa steg i denna teoretiska referensram att få en djupare förståelse för hur hälsa uppstår i arbetslivet. Hur en individs ansvarstagande för att främja sin hälsa kan synliggöras kan vara genom faktorer som får individen att må bra i arbetslivet, det vill säga friskfaktorer. Abrahamsson et al. (2003, s. 10) belyser begreppet friskfaktorer som olika sätt att skapa förutsättningar för att en enskild individ ska må bra och fungera optimalt på arbetsplatsen. Genom friskfaktorer ses människan och hälsan som en helhet som inte delas upp mellan arbetsliv och fritid, som om de vore två separata roller (Abrahamsson et al., 2003, s.10). Detta eftersom individer bär med sig erfarenheter och värderingar mellan olika kontexter hen verkar i, vilket direkt eller indirekt påverkar individens roller (ibid). På arbetsplatsen innebär detta att individen påverkas av och tar med sig erfarenheter mellan kontexter, exempelvis mellan privatlivet och på arbetsliv. Varje individ ingår därför ett komplext system där människor och händelser från de olika kontexter påverkar individens värderingar och agerande, som i sin tur påverkar hens livsstil och livskvalitet (Eriksson, 2003, s. 248-251).

Ur ett arbetslivsperspektiv bör aspekter från fritid, samhälle och politik tas i beaktande för att i sin tur kunna identifiera de friskfaktorer som har en långsiktig effekt på hälsan i arbetslivet (Eriksson, 2003). Utifrån en undersökning gällande friskfaktorer på arbetsplatsen anger majoriteten att de faktorer som främst påverkar en individs friskhet är trivsel, gemenskap, solidaritet, humor, arbetsglädje och liknande. Det visade sig även att många medarbetare trivdes på sitt jobb men kände en oro över den upplevda stressen som ökat under senare år (Eriksson, 2003). Några av de faktorer som lyfts fram som friskfaktorer i arbetslivet är bland annat friskvård, arbetsförhållanden och arbetsmiljö. En bra fysisk arbetsmiljö innebär att det bör finnas förebyggande hälso- och friskvård som en löneförmån i syfte att motverka problem som förslitningar på kroppen eller för mycket stillasittande (ibid, s. 252-254).

2.1.3 Ansvarsparadoxen - Vem bär ansvaret för hälsan på arbetsplatsen?

Slutligen kommer vi in på begreppet ansvarsparadox som belyser teorin om en motsägelse gällande vem som anses vara ansvarig för problem som rör exempelvis ohälsa i arbetslivet. Urbas & Malmberg (2019, s. 183) förklarar ansvarsparadoxen som när individer blir ansvariga för problem som ofta kräver politiska lösningar. Problem som kräver politiska lösningar är ofta orsakade av olika samhällsfaktorer och ett exempel är olika hälsoproblem som rör kost och hälsa. Detta betyder inte att individen helt ska fräntas ansvaret gällande kost och hälsa, utan att det kan krävas politiska insatser för att lösa problemet. Enligt Abramhamsson, et al., (2003, s. 261) finns ett gemensamt ansvar för goda arbetsförutsättningar, det vill säga ledningen, arbetsgrupperna och den enskilde individen. Dock för att uppnå välmående krävs det också insatser av den enskilde individen. Det förväntas att individen skall ta ansvar för sin egen hälsa, både vad gäller kost och motion (Urbas & Malmberg, 2015, s. 184). Idag råder en dominerande inställning gällande att varje enskild individ ska ta ansvar för den egna hälsan där uppmaningen är att bibehålla sin hälsa, motionera och ha en hälsosam livsstil (Loodin, 2014, s. 85). Fortsättningsvis menar Eriksson (2003, s. 261) att faktorerna som påverkar om en individ ska uppleva fysisk, psykiskt och socialt välbefinnande, som gör att arbetet upplevs tillfredsställande, finns både i och utanför arbetsplatsen.

Ansvarsparadoxen innebär alltså att det kan behövas hjälp från det politiska hållet för att kunna uppnå resultat på en individnivå (Urbas & Malmberg, 2015). Detta eftersom det anses vara för stort

enskilt fokus på individens ansvar gällande hälsofrågor istället för politiska lösningar (Urbas & Malmberg, 2015, s. 186-187). Forskning visar på att hälsa och ohälsa påverkas till hög grad av socioekonomiska strukturer, där den upplevda hälsan tenderar att öka ju högre upp en individ är i den socioekonomiska hierarkin (Jakobsen, 2016). Individens hälsa påverkas till stor del av omgivande faktorer vilket medför att ohälsa är ett problem som grundar sig i socioekonomiska samhällsstrukturer (Urbas & Malmberg, 2015, s. 186-187). Arbetsgivaren har ett ansvar från det politiska hållet i form av lagar och regler kring arbetsmiljön vilket innebär ett kontinuerligt arbete med att förbättra och bibehålla en bra arbetsmiljö (Valentin Rehncrona, 2014, s. 118-119). Det är därför viktigt att arbetsgivaren har kunskaper gällande vad hälsoarbete innebär och vilka lagar och regler som gäller. De bör veta att exempelvis hög arbetsbelastning kan resultera i ohälsa och därför är det viktigt att förebygga ohälsan genom återhämtning och lämpliga arbetstider (ibid, s. 120-121). Även om arbetsgivaren skulle ta ansvar och arbeta kontinuerligt med hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatsen innebär det inte att hälsan automatisk blir bra utan kräver även en insats från medarbetarnas sida. Hanson (2004, s. 197) menar att det är individens ansvar för att lyckas med ett hälsofrämjande program eftersom det är individen själv som väljer om hen vill delta i hälsofrämjande arbetet och uppnå en förbättrad hälsa. Det är därför viktigt med delaktighet för att skapa framgång och engagemang hos sin personal.

2.2 Diskussion av teori

Sammanfattningsvis tar vi upp begreppen hälsa, salutogenes, hälsopromotion, friskfaktorer och ansvarsparadoxen som hjälp i att tolka, förstå och analysera vårt empiriska material. Eftersom denna undersökning har i syfte att bidra med forskning till fältet som rör hälsopromotion, valde vi att först definiera vad begreppet hälsa är och hur det uppstår. Gällande problematiken kring en ökad ohälsa är det salutogena perspektivet relevant att utgå ifrån i denna undersökning eftersom fokuset ligger på ansvaret för hälsa och hur det främjas på arbetsplatsen. Ett underbegrepp av det salutogena perspektivet är hälsopromotion som i sin tur ger oss en bra grund i vilka effekter friskvård kan tänkas bidra med på arbetsplatsen. Begreppet hälsopromotion blir därför relevant för undersökningen eftersom detta begrepp representerar hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen där friskvård är en del av detta arbete. Fortsättningsvis är friskfaktorer intressanta att använda i undersökningen av medarbetarens hälsa eftersom dessa faktorer representerar vad medarbetare mår bra av samt hur de kan motverka arbetsmiljöproblem. Det råder delade meningar i tidigare

forskning gällande vem som bär ansvaret för hälsofrämjandet i arbetslivet, därför vill vi undersöka vidare i denna undersökning utifrån de yrkesverksammas perspektiv. Begreppet ansvarsparadox blir därför relevant i denna undersökning eftersom det hjälper oss förstå de yrkesverksammas attityd kring vem som bär ansvaret för hälsofrämjandet i arbetslivet.

3. Metod & material

Syftet med denna undersökning är undersöka yrkesverksamma i tjänstebranschen och deras attityd kring ansvaret för hälsofrämjandet i arbetslivet utifrån deras upplevda hälsotillstånd, nyttjande av friskvård samt nivå av sjukfrånvaro. Vi kommer presentera vårt tillvägagångssätt i undersökningens genomförande och varför. Undersökningens tillvägagångssätt beskrivs genom val av forskningsstrategi och insamling av empiriskt material; utformande, val av studieobjekt samt bearbetning. Sedan förklaras val av litteratur som legat till grund för analysen. Slutligen tas studiens hållbarhet och etik upp för att kartlägga studiens relevans och bidrag i forskningsfältet.

3.1 Forskningsstrategi

Denna undersökning utgick från frågeställningen gällande vilken attityd yrkesverksamma hade om ansvaret för hälsopromotion i arbetslivet i form av friskvård. För att besvara denna frågeställning valde vi att arbeta kvantitativt i vår forskningsstrategi eftersom vi ville undersöka ett stort antal individer, pröva tidigare teorier samt bidra med ny forskning om ämnet. Bryman (2011, s. 40) beskriver att den kvantitativa forskningsstrategin grundar sig i att kvantifiera insamlingen och analyseringen av empiri, samt har ett deduktivt synsätt där tyngden ligger i att pröva teorier. Bryman (2011, s. 27-28) beskriver uppfattningen om förhållandet mellan teori och empiri genom två olika angreppssätt; deduktiv och induktiv teori. Den deduktiva teorin utgår från tidigare teorier gällande ett område som härleds till en hypotes som sedan ska bevisas genom en undersökning (Bryman, 2011, s. 27-28). I den induktiva teorin mynnar undersökningens empiriska resultat istället ut i en ny teori eller ett bidrag till befintlig forskning (ibid). Eftersom vår undersökning inte utgick från en hypotes utan skulle utöver teoriprövning även bidra med ny kunskap, stämde inte det deduktiva angreppssättet in helt på vår forskningsstrategi. Detta gjorde att vi utöver det deduktiva angreppssättet även hade induktiva inslag. Mitchell (2018) lyfter fram ett tredje angreppssätt, abduktiv teori, som beskrivs som en blandning av deduktiva och induktiva teori. Det abduktiva angreppssättet genererar i nya teorier eller modifierar redan existerande teori genom att utforska fenomen, lokalisera mönster och teman i en kontext och testa detta utifrån efterföljande datainsamling (ibid). Det förhållande vi hade mellan teori och empiri i denna undersökning var alltså abduktivt eftersom vi använde oss av en blandning av både det deduktiva- och det induktiva angreppssättet.

Den forskningsdesign vi valt att använda oss av i denna undersökning är tvärsnittsstudie som är ett samlingsbegrepp för flera metoder av undersökningar där ett specifikt problem undersöks i en specifik tidpunkt genom att samla kvantitativ data kopplade till två eller fler variabler (Barmark & Djurfeldt, 2015, s. 42; Bryman, 2011, s. 63-64). Denna forskningsdesign används främst i undersökningar som behandlar enkäter i insamlingen av empiriskt material, eftersom en tvärsnittsstudie ofta likställs med en enkätundersökning (Bryman, 2011, s. 63). Att använda en tvärsnittsstudie som forskningsdesign var lämpligt för vår undersökning på grund av att vi ville få en bild av de yrkesverksammans attityd kring ansvaret för hälsan i arbetslivet samt hur detta ansvarstagande eller icke-ansvarstagande kunde synliggöras genom eventuella samband. Dock kan eventuella samband som framkommer av en tvärsnittsstudie inte alltid vara kausala (Bryman, 2011, s. 63). Trots detta ansåg vi att det var en lämplig forskningsdesign eftersom resultaten visade samband som vi kunde diskutera och reflektera utifrån. Denna form av design kräver ett större deltagarantal inom ramarna för studien för att kunna generalisera resultatet till hela tjänstebranschen, eftersom en större svarsfrekvens innebar en större jämförbarhet inom målgruppen (ibid). Vi kan därför inte generalisera våra resultat till hela tjänstebranschen genom denna studie eftersom vi har (n=279) enkätsvar från endast tre yrkesgrupper inom tjänstebranschen, men vi kan generalisera utifrån detta urval.

3.2 Insamling av empiriskt material

3.2.1 Val av studieobjekt

Eftersom vi ville undersöka yrkesverksamma inom tjänstebranschen baseras vårt urval på ett kvoturval. Kvoturval kan användas när ett urval av människor som är representativt för populationen i bestämda avseenden är av intresse (Trost & Hultåker, 2016, s. 29). Anledningen till att vi valde att undersöka tjänstebranschen var på grund av att vi förstått att yrkesverksamma inom denna bransch ofta utsätts för hög arbetsbelastning och stress. Detta kan i sin tur sätta höga krav på att bibehålla en god hälsa även i arbetslivet, vilket kan synliggöra attityden kring ansvaret för hälsofrämjande tydligare. För att komma i kontakt med relevanta respondenter kontaktade vi flera större företag och kommuner inom tjänstebranschen och frågade om de ville delta i vår enkätundersökning. Vi försökte att främst komma i kontakt med en chef eller högt uppsatt person i

respektive yrkesgrupp för att öka chansen att deras medarbetarna tog sig tid att svara på enkäten. Detta eftersom chefer och högt uppsatta personer fungerar som så kallade grindvakter, det vill säga personer som möjliggjorde passagen in i företaget (Bryman, 2011, s. 144).

Till slut kom vi i kontakt med en förskolechef i en kommun i norra Sverige som gick med på att sprida vår enkät bland sina anställda. Vi kompletterade även denna yrkesgrupp med respondenter från en Facebook-grupp med medlemmar som var yrkesverksamma inom förskolan för att få in fler enkätsvar. Sedan fick vi kontakt med HR-chefen på ett rikstäckande gym i Sverige som godkände att vår enkät spreds på deras intranät. Vi valde även en tredje yrkesgrupp inom tjänstebranschen som bestod av yrkesverksamma inom tandvård, vilka vi kom i kontakt med via en Facebookgrupp med cirka 4000 medlemmar. Vi skickade ut länken till vår enkät i facebookgruppen och fick snabbt in fler enkätsvar. Här valde vi att göra en avgränsning gällande urvalet för att undvika att göra undersökningen för omfattande. Vi nöjde oss därför med att ha skickat enkäten till yrkesverksamma inom tre olika yrkesgrupper eftersom de skulle representera ett tillräckligt stort underlag utifrån våra förutsättningar. De olika yrkesgrupperna visade sig även variera i förutsättningar gällande friskvård på arbetsplatsen, vilket visade sig vara av intresse senare i analysen. Detta val av studieobjekt ansåg vi kunde hjälpa oss att se hur de yrkesverksamma såg på attityden kring vem som anses vara ansvarig för hälsofrämjandet i arbetslivet samt hur detta ansvarstagande eller icke-ansvarstagande synliggjordes utifrån friskvård, hälsotillstånd samt sjukfrånvaro.

3.2.2 Utformning av enkät

Empirin för denna undersökning samlades in genom en internetbaserad enkät (se bilaga 2) skapad via Google Forms. I linje med vår valda forskningsstrategi utformade vi en pilotenkät. Enligt Barmark och Djurfeldt (2015, s. 54) ska forskaren skicka ut en sådan för att minska risken för låg reliabilitet. Vi följde Brymans (2011, s. 258-259) råd kring vilka som ska ingå i pilotundersökningen, det vill säga opartiska personer som inte skulle ingå i vårt urval. Pilotenkäten skickades till sex av våra kurskamrater som gav oss värdefulla synpunkter och hjälpte oss minska eventuella oklarheter kring enkätfrågorna. Kritiken och feedbacken vi fick var bra, eftersom testrespondenterna upptäckte slarvfel och hade feedback på delar i enkäten som kunde förbättras. Om pilotundersökningen inte hade genomförts hade det varit stor risk att eventuella fel i enkäten inte hade upptäckts förens respondenterna svarat. Vi ökade även antalet frågor på enkäten efter pilotundersökningen då vi fann nya infallsvinklar på hur vi kunde samla in mer relevant data för vår

undersökning efter diskussioner med testrespondenterna. Vi utvecklade enkätfrågorna gällande respondenternas attityd kring deras hälsa samt tematiserade enkäten, enligt önskemål från testrespondenterna. Efter vi åtgärdat ändringarna som uppkom av feedbacken från testrespondenterna skickades den reviderade enkäten ut till våra utvalda respondenter.

Enkäten fanns tillgänglig via en länk som skickades till våra respondenter, antingen via mail, intranät eller som ett facebookinlägg. Tillsammans med enkäten fanns även ett tillhörande missivbrev (se bilaga 1) där information om undersökningens syfte och respondenternas deltagande fanns med. Enkäten var utformad utifrån rekommendationer från tidigare forskare gällande teman, utformning av frågor och svarsalternativ (Barmark & Djurfeldt, 2015, s. 56; Trost & Hultåker, 2016, s. 80-92). Vår enkät var uppdelad i fyra olika teman; inledande frågor om respondenten, friskvårdsbidrag, hälsotillstånd samt hälsa och träning. Det inledande temat innehöll grundläggande frågor om respondenten som var enkla att svara på, exempelvis ålder, kön och arbetstitel för att ha neutrala och lättbesvarade frågor. Dessa lättbesvarade frågor hade i syfte att fånga in respondenten och öka deras vilja att fortsätta svara (Trost & Hultåker, 2016, s.80-92). Vi hade i åtanke vid utformningen av enkäten att främst använda oss av fasta svarsalternativ för att underlätta framtida inkodning av det empiriska materialet i analysprogrammet SPSS. Detta eftersom Wahlgren (2012, s. 11) belyser vikten av att kunna koda in svaret på ett lämpligt och enkelt sätt i SPSS. Vi undvek även negationer i våra frågor, eftersom detta kunde skapa förvirring hos respondenterna (Trost & Hultåker, 2016, s. 80-92). Vi höll oss till kortfattade frågor samt ställde endast en fråga i taget. Svarsalternativen skulle vara tydliga, detta genom att utforma likertskalor där svarsalternativen var jämnt fördelade och även innehöll en neutral punkt för de frågor som respondenten inte hade en åsikt kring (Barmark & Djurfeldt, 2015, s. 59). Att använda sig av frågor med likertskalor kan attityder och åsikter mätas genom att be respondenten att ta ställning i vilken utsträckning hen instämmer i ett påstående (Trost & Hultåker, 2016, s. 70). Genom att använda attityd- och åsiktsfrågor kunde vi fånga respondentens egna attityd till exempelvis friskvårdsbidraget eller hens psykiska och fysiska hälsa. Se exempel nedan.

TABELL 3.1 - EXEMPEL PÅ LIKERTSKALA

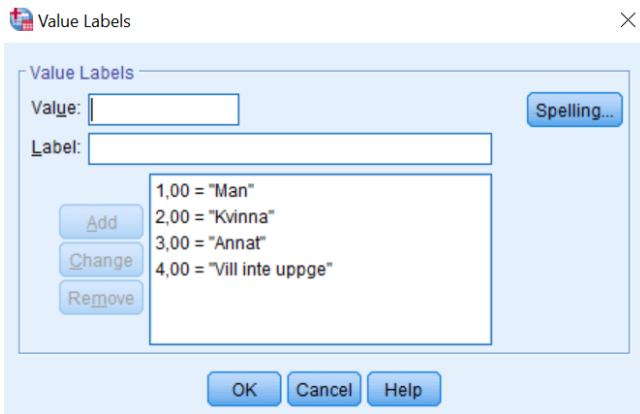
	1	2	3	4	5	
Håller inte med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller fullständigt med

Vidare bestod enkäten av frågor som behandlade fakta, det vill säga sak-frågor. Enligt Trost och Hultåker (2016, s. 66-67) ger sak-frågor information om fakta utan några värderingar bakom, exempelvis frågan gällande vilket kön respondenten har. Gällande svarsalternativen fanns det fasta- och öppna svarsalternativ till enkätens frågor, det vill säga om respondenten "kryssar i" ett färdigt svar eller själv formulerar sitt svar med text (Trost & Hultåker, s. 74-75). Genom den internetbaserade enkäten kunde vi också välja att frågorna skulle vara obligatoriska, vilket också minskade risken för bortfall eftersom respondenten blev tvungen att svara. De respondenter som inte fick friskvårdsbidrag ombads i enkäten att hoppa över de frågorna om friskvårdsbidrag och gå vidare till nästa tema; ditt hälsotillstånd idag. Det var fortfarande viktigt för oss att respondenterna utan friskvårdsbidrag deltog i undersökningen för att se om deras svar skilde sig från de som fick friskvårdsbidrag.

3.2.3 Bearbetning av empiriskt material

Vi upplevde teoretisk mättnad när vi samlat in 279 enkätsvar och valde vid den tidpunkten att stänga enkäten för att hindra att fler svar skulle komma in. Vid denna tidpunkt ansåg vi att vi hade det empiriska material vi behövde för analys, men innan vi kunde börja analysera materialet behövde vi koda om det i programmet SPSS. När data ska analyseras i SPSS är det nödvändigt att koda om enkäten för att kunna göra statistiska analyser (Wahlgren, 2012, s. 9). I programmet SPSS kodade vi därför in enkätfrågorna som variabler och enkätsvaren som data. För att underlätta inkodningen av variabler och data kan ett kodschema skapas där varje enkätsvar till en fråga i enkäten fick ett nummer, exempelvis man blir 1 och kvinna blir 2 (Barmark & Djurfeldt, 2016, s. 91). Utifrån detta utformade vi skapade vi ett kodschema som gav oss en överblick samt facit för vad varje siffra representerade under respektive fråga. Först kodade vi in enkätfrågorna som variabler där varje svarsalternativ fick en siffra och därefter kodades varje enkätsvar in som data (Wahlgren, 2012, s.12). Hur en variabel sedan såg ut i SPSS illustreras i bild 3.2. Datan för varje enkätsvar skulle alltså matcha siffran som representerade svaret för samma enkätfråga enligt kodschemat. Vi var noga under inkodningen i SPSS att hela tiden kontrollera att enkätsvarens siffror matchade variablernas siffror, för att säkerställa att vi skulle läsa rätt data från rätt variabelvärde i testerna.

BILD 3.2 - EXEMPEL PÅ HUR VARIABELN GÄLLANDE FRÅGAN “VAD ÄR DITT KÖN?” SÅG UT I SPSS



Efter inkodningen testade vi att analysera datan med några korstabeller och insåg att det var svårt att läsa av resultatet eftersom en del av variablerna, det vill säga enkätens svarsalternativ, innehöll femgradiga attityd- eller likertskalor. Barmark och Djurfeldt (2016, s. 103) lyfter fram omkodning som ett sätt att reducera mängden information genom att slå ihop kategorier på kvalitativa variabler samt klassindela kvantitativa variabler. Ett sätt att omkoda variabler är att dela in variabelns värden, det vill säga enkätsvaren, i färre grupper (Wahlgren, 2012, s.52). Vi valde därför att slå ihop värden från variabler som innehöll attitydfrågor där alla svaren som var positiva eller höll med om ett påstående slogs ihop samt de svaren som var negativa eller inte höll med om ett påstående slogs ihop. Våra omkodade variabler gick alltså från en femgradig skala till en tregradig skala vilket gjorde analyseringen av informationen mer tydlig. Se exempel nedan.

TABELL 3.3 - OMKODNING AV VARIABLER

Håller inte med	→	Håller inte med
Håller delvis inte med		
Neutral	→	Neutral
Håller till viss del med	→	Håller med
Håller fullständigt med		

Utöver att omkoda variabler med attitydskalor, som i tabellen ovan, valde vi även att koda samman de variabler som representerade en fråga med flera svarsalternativ, som ett “set” i SPSS. Detta eftersom frågor med flersvarsalternativ kodas in på ett annat sätt i SPSS där varje svarsalternativ representerar en egen variabel (Wahlgren, 2012, s. 186). Sedan insåg vi vid analyseringen av data

att det blev svårt att göra bivariata eller jämförande analyser mellan yrkesgrupperna eftersom vi hade frågat om arbetstitel i vår enkät med ett öppet svarsalternativ. Trost och Hultåker (2016, s. 74-75) menar att de öppna svarsalternativen kan vara svåra att tolka på grund av svaren kan ha olika dimensioner, vara varierande i utförlighet samt öka risken för att lämnas blanka. Därför valde vi att koda om respondenternas svar gällande arbetstitel som tre fasta svarsalternativ i SPSS som representerade gymanläggning, förskola och tandvård. Efter omkodningen av det empiriska materialet i SPSS underlättades våra sambandstester och utformandet av diagram.

När all omkodning var klar började vi analysera det empiriska materialet. Vid analyseringen av empirin använde oss av olika analysmetoder i SPSS som exempelvis univariata- och bivariata analyser, signifikanstester och diagram. Bryman (2011, s. 322) förklarar att i en univariat analys analyseras en variabel i taget oftast genom frekvenstabeller och diagram. Frekvenstabeller visar antalet personer som svarat på variabeln och den procentuella andelen personer som hör till varje kategori för den aktuella variabeln (ibid). Ett diagram ger en översikt av det som analyseras medan en frekvenstabell ger mer exakt information (Wahlgren, 2012, s.76). Vi har därför använt oss av både frekvenstabeller och diagram för att få både en överblick samt exakt information gällande undersökningens resultat. Fortsättningsvis beskriver Bryman (2011, s. 326) att bivariata analyser visar hur två variabler är relaterade till varandra. Vi har valt att använda främst korrelationstabeller och som bivariat analys eftersom vi vill undersöka eventuella samband som kan förklara yrkesverksammas syn på ansvar gällande hälsofrämjandet i arbetslivet. Vi gjorde främst korrelationstabeller eftersom våra variabler främst bestod av kvalitativ data som beskrev attityder. Avslutningsvis har vi testat den statistiska signifikansen av våra resultat genom att ta fram chi-två värdet, också kallat p-värde, som visar hur pass säkra vi kan vara på om det finns ett signifikant samband mellan två variabler i populationen (ibid, s. 333-335). Gällande signifikans har vi valt att tolka en god signifikans från chi-två värdet 0,05, vilket innebär att vi kan vara 95 % säkra på vårt samband mellan valda variabler. Önskvärt är att chitvå-värdet är så nära noll som möjligt (Barmark & Djurfeldt, 2016, s. 145).

3.3 Litteratur och tillämpning

Vår litteratur har vi samlat in via bland annat LubSearch som har hjälpt oss att hitta akademiskt vetenskapliga artiklar samt biblioteket vid Lunds Universitet. Vi började processen med att skriva ner ett antal nyckelord som skulle kunna vara relevanta vid vår undersökning och för att enkelt kunna avgränsa forskningsområdet. Dessa nyckelord var; friskvård, hälsa, hälsopromotion, sjukfrånvaro. Tidigt fann vi ett intressant ämne för vår undersökningen som gällde ansvaret för hälsofrämjandet på arbetsplatsen och problematiken kring den. Därför blev ansvarsparadoxen ett nyckelord som vi utökade litteraturen med. För att finna mer forskning som grund inför vår analys och som kunde stärka våra argument använde vi oss av referenslistorna till både artiklar och böcker för att hitta fler forskare som skrev om samma ämne. På detta vis kunde vi finna mer användbar litteratur för att driva undersökningen framåt.

Gällande litteratur i tryckt form använde vi oss mycket av Hansons (2004; 2015) forskning kring det salutogena, hälsofrämjande och hälsopromotionen. Han hade stor kunskap kring det vi ville forska kring och kunde anses som en av de stora namnen inom fältet. Andra framträdande forskare som vi fann var Urbas och Malmberg (2019) samt Hansen och Sundberg (2014). Anledningen till varför vi valde dessa forskare var för deras forskning kring ansvarsparadoxen samt de effekter som stillasittande och fysisk aktivitet har på kroppen. Berry et al., (2010) hade forskning kring kostnaderna och effekterna kring friskvårdsprogram, vilket vi ansåg var relevant för vår uppsats. Denna forskning har hjälpt oss tolka och förstå vår empiri för att sedan kunna svara på vår frågeställning och dra slutsatser.

3.4 Studiens hållbarhet och kunskapsbidrag

Bryman (2011, s. 49) belyser tre viktiga kriterier för bedömning av samhällsvetenskaplig forskning som innefattar reliabilitet, replikation och validitet. Reliabilitet rör frågan gällande om undersökningens resultat påverkas av slumpmässiga eller tillfälliga betingelser. Att få hög reliabilitet löste vi genom att ha tydliga och lättbesvarade frågor i enkäten för att minska risken för att slumpen inte avgjorde respondenternas svar (Barmark & Djurfeldt, 2016, s. 52) Replikation innebär fortsättningsvis att undersökningen ska vara tydligt beskriven i tillvägagångssätt att den ska kunna upprepas av andra forskare (Bryman, 2011). Speciellt för en tvärsnittsstudie är att

replikerbarheten oftast är hög eftersom denna design kräver att noga redogöra hur respondenter valts ut, hur mått på begrepp formats och hur enkätundersökningen har formats efter dessa mått (Bryman, 2011, s. 66). Detta har fallit naturligt i undersökningens genomförande genom att tydligt beskriva undersökningens tillvägagångssätt, kontrollera enkätens mätbarhet genom pilotundersökningar, säkerställt vilka samband som är signifikanta från våra resultat samt vara medveten om de begränsningar som undersökningen har. Avslutningsvis är validitet det viktigaste kriteriet och bedömer om slutsatserna från undersökningen hänger ihop eller ej, det vill säga om rätt saker har mätts, med rätt begrepp och huruvida en slutsats innehåller ett kausalt förhållande eller ej (Bryman, 2011, s. 49-50). Detta har vi haft i åtanke genom att välja litteratur som ger oss en bra teoretisk grund inför undersökningen. Den främsta begränsningarna för en tvärsnittstudie är dess hållbarhet gällande den interna- och externa validiteten eftersom de slutsatser som undersökningen ger är samband och kopplingar som sällan är kausala (ibid). Detta var vi medvetna om under vår analys genom att vi inte kan generalisera våra slutsatser till hela populationen, utan vi kan endast dra slutsatser utifrån vårt fall. Det urval vår studie baserades på är inte slumpmässigt utvalda respondenter utan representerade ett strategiskt urval av yrkesverksamma eftersom vi har samlat in empiri från tre olika branscher. Detta urval anses inte vara ett signifikant urval men var ändå intressant eftersom det representerade tre åtskilda yrkesgrupper inom tjänstebranschen. Vi riktade oss till tre yrkesgrupper inom tjänstebranschen i stället för en, i syfte att minska slumpens påverkan i den mån det går. Detta för att ett större empiriskt underlag ökar reliabiliteten (Bryman, 2011). Vi kan dock inte uttala oss generellt gällande våra slutsatser men utifrån den grupp yrkesverksamma som har svarat kan vi finna mönster och förklaringar som kan bidra till ny forskning i detta fält.

3.4.1 Etiska överväganden

I vår undersökning tog vi hänsyn till etiska aspekter samt informerade om dessa i vårt missivbrev för att säkerställa att respondenten från början var medveten om vad undersökningen innebar. Enligt Barmark och Djurfeldt (2016, s. 86-87) ska de etiska aspekterna innefatta att ha hänsyn till att respondenten inte far illa, att de får vara anonyma och att frågorna inte upplevs kränkande. Genom att respondenterna var anonyma kunde vi inte urskilja vilken respondent som svarat vad, eftersom inga personuppgifter samlades in. Ett undantag var dock i sista frågan där respondenten frivilligt fick uppge mailadress vid intresse av deltagande i en djupintervju. Detta frivilliga deltagande hade vi som backup om vi inte skulle uppleva teoretiskt mättnad av enkätsvaren. Intervjuerna var något

vi i slutändan inte använde oss av på grund av att vi lyckades samla in tillräckligt stort empiriskt material för att uppnå teoretisk mättnad från enkäterna.

Fortsättningsvis är missivbrevet är en viktig del av den empiriska insamlingen eftersom den ska motivera respondenten till att svara (Barmark & Djurfeldt, 2016, s. 85). I missivbrevet skulle även författarnas namn och kontaktuppgifter finnas tillgängligt, dels för att öka trovärdigheten men också ifall respondenten skulle ha frågor eller tankar kring undersökningen (ibid, s. 87). Detta försökte vi efterleva i stor utsträckning eftersom vår enkät ska upplevas som professionell, trygg och få en hög svarsfrekvens. Det frivilliga deltagandet var också en viktig etisk aspekt eftersom respondenten inte skulle känna sig tvingad till att svara på frågorna och själv bestämma över sin medverkan, enligt samtyckeskravet (Barmark & Djurfeldt, 2016, s. 87; Bryman, 2011, s. 132). Respondenternas svar skulle dessutom behandlas med största konfidentialitet som innebär att svaren endast ska användas till forskningssyfte (ibid). Denna information fick respondenterna i missivbrevet och genom att svara på enkäten godkände respondenten att deras svar användes till vår undersökning.

4. Resultat & Analys

I detta avsnitt kommer den analyserade empirin att presenteras för att sedan analyseras ytterligare utifrån våra valda teorier. Empirin kommer att analyseras utifrån fem valda teman som rör de yrkesverksammas attityd kring ansvaret för hälsofrämjandet i arbetsplatsen, friskvårdsbidrag och samband mellan hälsotillstånd, sjukfrånvaro och nyttjande av friskvårdsbidrag.

4.1 Yrkesverksammas attityd gällande ansvaret för hälsan på arbetsplatsen

Enligt enkätundersökningen anser 97,5 % av respondenterna att det är dem själva som är ansvariga för deras hälsa på arbetsplatsen (diagram 4.1). Vidare anser 54,5 % av respondenterna att arbetsgivaren inte är ansvarig för deras hälsa på arbetsplatsen (diagram 4.2). Cirka 25 % av respondenterna är neutrala till påståendet gällande att arbetsgivarens ansvar för deras hälsa på arbetsplatsen. Respondenterna som tycker att arbetsgivaren är ansvarig för deras hälsa på arbetsplatsen ligger på cirka 20 % av alla respondenter. Se stapeldiagrammen nedan.

DIAGRAM 4.1 - "JAG ÄR ANSVARIG FÖR MIN HÄLSA" (N=279)

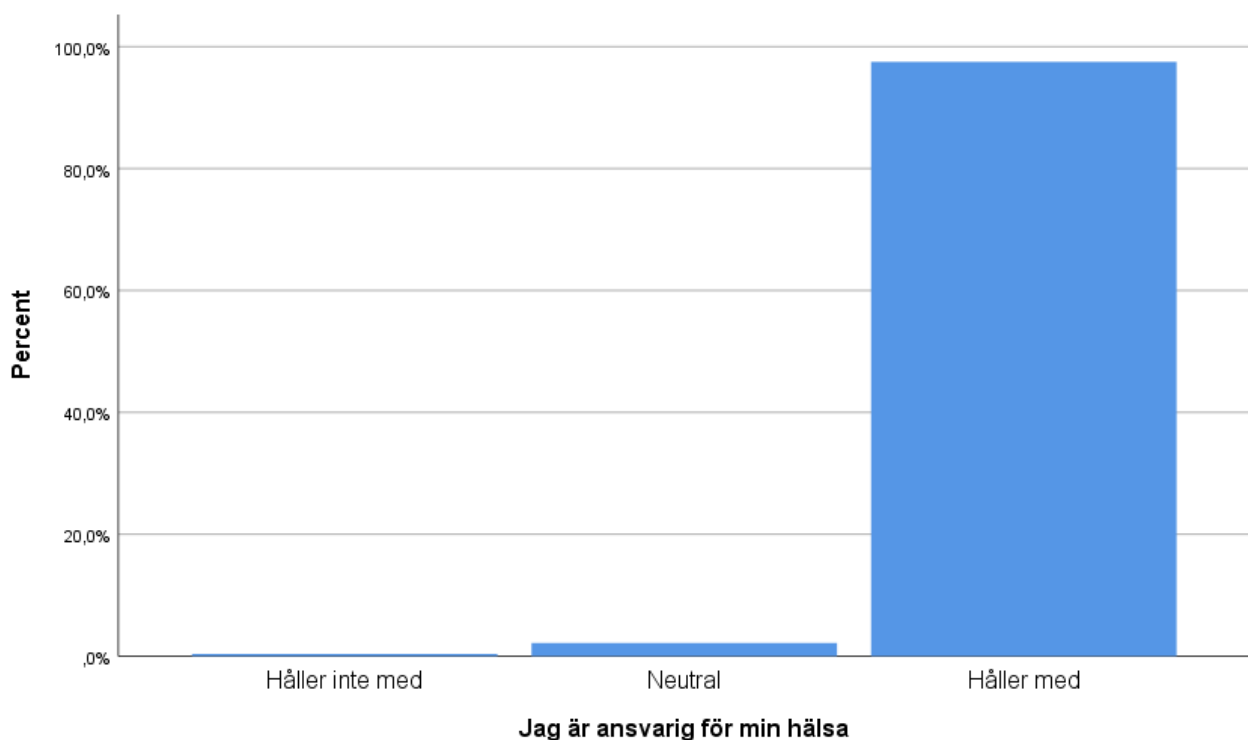
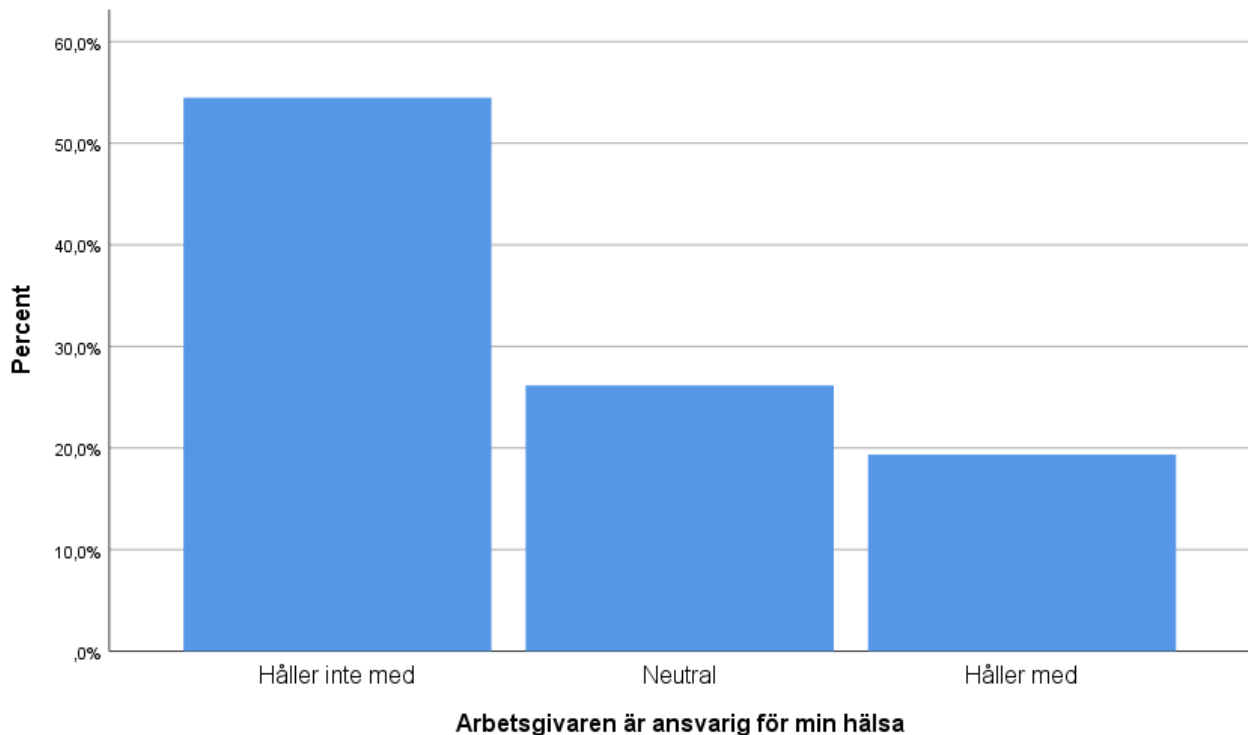


DIAGRAM 4.2 - "ARBETSGIVAREN ÄR ANSVARIG FÖR MIN HÄLSA" (N=279)



Vidare visar ett chitvå-test att sambandet mellan påståendet "jag är ansvarig för min hälsa" och "arbetsgivaren är ansvarig för min hälsa" att 55 % av de respondenter som tycker att de var dem själva som är ansvariga för sin hälsa även tycker att arbetsgivaren inte är ansvarig för hälsan. Samma test visar att 18,4 % av respondenterna tycker att både dem själva och arbetsgivaren är ansvariga för deras hälsa. Dock är signifikansnivån för detta test på 0,062 vilket inte räknas som ett signifikant samband. Däremot finns ett signifikant samband som visar att 83,6 % av de respondenter som använder friskvårdsbidraget även tycker att hälsan på arbetsplatsen är deras egna ansvar. Det finns inget signifikant samband mellan respondenternas användning av friskvårdsbidraget och om de tycker arbetsgivaren är ansvarig för deras hälsa eller inte. Det finns inte heller något samband mellan sjukfrånvaro och attityden kring vem som anses vara ansvarig för hälsan på arbetsplatsen bland våra respondenter.

4.1.1 Ansvarstagandet för hälsan på arbetsplatsen

Dessa resultat visar att de flesta respondenterna tycker att dem själva är ansvariga för deras hälsa på arbetsplatsen, inte arbetsgivaren. Det Eriksson (2003, s. 261) anser gälla angående en dominerande inställning kring att varje individ ska ta ansvar för sin egna hälsa på arbetsplatsen, verkar även stämma in här. Både Abramhamsson, et al., (2003, s. 261) och Eriksson (2003) menar att det istället bör finnas ett gemensamt ansvar för hälsan på arbetsplatsen av både arbetsgivare och arbetstagare.

Vårt resultat säger emot denna teori om ett gemensamt ansvar för hälsan på arbetsplatsen, vilket gör att vi kan konstatera att det sker en ansvarsparadox även i vårt fall. Urbas och Malmberg (2019) beskriver att en sådan paradox uppstår när individerna anser sig själv vara ansvariga för problem som kräver ett gemensamt ansvar och politiska lösningar. Det kan alltså vara bra att integrera det salutogena perspektivet även inom friskvården på arbetsplatsen (Eriksson, 2015, s. 122). Detta eftersom en helhetssyn möjliggör för ett gemensamt ansvarstagande. Även det Hanson (2004, s. 197) belyser gällande individens ansvar för att lyckas med ett hälsopromotivt program eftersom det utgår från individens vilja om ett programmet blir framgångsrikt eller ej. Eftersom denna enkätundersökning visar att de flesta respondenter anser att hälsan är individens ansvar tyder det på en medvetenhet gällande att det är upp till dem att använda friskvårdsbidraget vilket i sin tur kan ge en positiv effekt på hälsan.

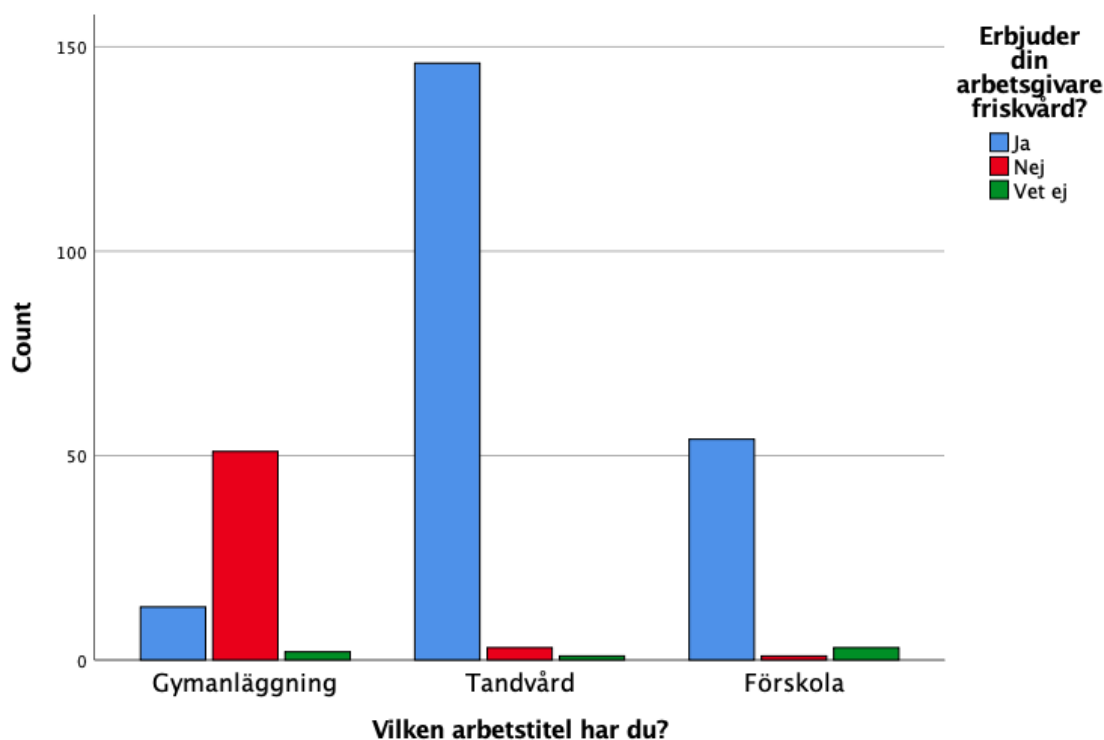
Rydgqvist och Winroth (2002, s. 21) menar att arbetsgivaren och politikerna har ett ansvar för hälsan på arbetsplatsen och skall skapa förutsättningar för hälsofrämjande. Arbetsgivaren har inte enbart ansvaret för de hälsofrämjande åtgärder, utan också för arbetsmiljön på arbetsplatsen. Arbetsmiljön, med tillhörande lagar och regler, kan därför hjälpa de anställda att förebygga ohälsa genom exempelvis friskvård och ergonomiska hjälpmedel såsom höj- och sänkbara bord (Valentin Rehncrona, 2014, s. 118-119). Därför har arbetsgivaren ett ansvar för hälsan, vilket våra respondenter inte håller med om. Utifrån detta kan vi konstatera att vår empiri säger emot denna teori eftersom respondenterna inte anser att arbetsgivaren är ansvarig för hälsan på arbetsplatsen.

Empirin visade att det finns ett samband mellan de respondenter som anser att hälsa på arbetsplatsen är deras egna ansvar och att de använder friskvårdsbidraget. Likt det Loodin (2014, s. 85) förklarar gällande inställningen om individens ansvar för att främja och bibehålla sin hälsa genom motionera och ha en hälsosam livsstil verkar även detta stämma in på vårt fall. Genom att respondenterna använder friskvårdsbidraget tyder det på att dem bryr sig om sin hälsa och tar ansvar för att främja och behålla den. Utifrån detta kan vi konstatera att dessa respondenter praktiskt tar ansvar för sin hälsa genom att använda friskvårdsbidraget.

4.2 Yrkesverksammas attityd kring friskvårdsbidrag

Enligt enkätundersökningen anger 92,8 % av alla respondenterna att de har en positiv attityd till friskvårdsbidrag. I diagram 4.3 anger 77,8 % av respondenterna att deras arbetsgivare erbjuder dem friskvårdsbidrag. Vid en jämförelse mellan de olika yrkesgrupperna visar det sig att de flesta respondenter som arbetar inom gymanläggning inte får friskvårdsbidrag från arbetsgivaren men de flesta av dem är ändå positiva till konceptet. Vi antar att anledningen till varför en del respondenter i gymanläggningen svarar att de har friskvårdsbidrag beror på mätfel, troligen på grund av dålig operationalisering från vår sida av begreppet friskvård. Vi vet sedan tidigare att de har tillgång till träning på anläggningen, men har inte något uttalat bidrag för användande av annan friskvård. Fortsättningsvis visar jämförelsen att de flesta respondenter som arbetar med tandvård och förskola får friskvårdsbidrag, men i varierande mängd. Överlag finns det några få människor i samtliga tre yrkesgrupper som inte vet ifall deras arbetsgivare erbjuder friskvårdsbidrag eller ej. Se diagram nedan.

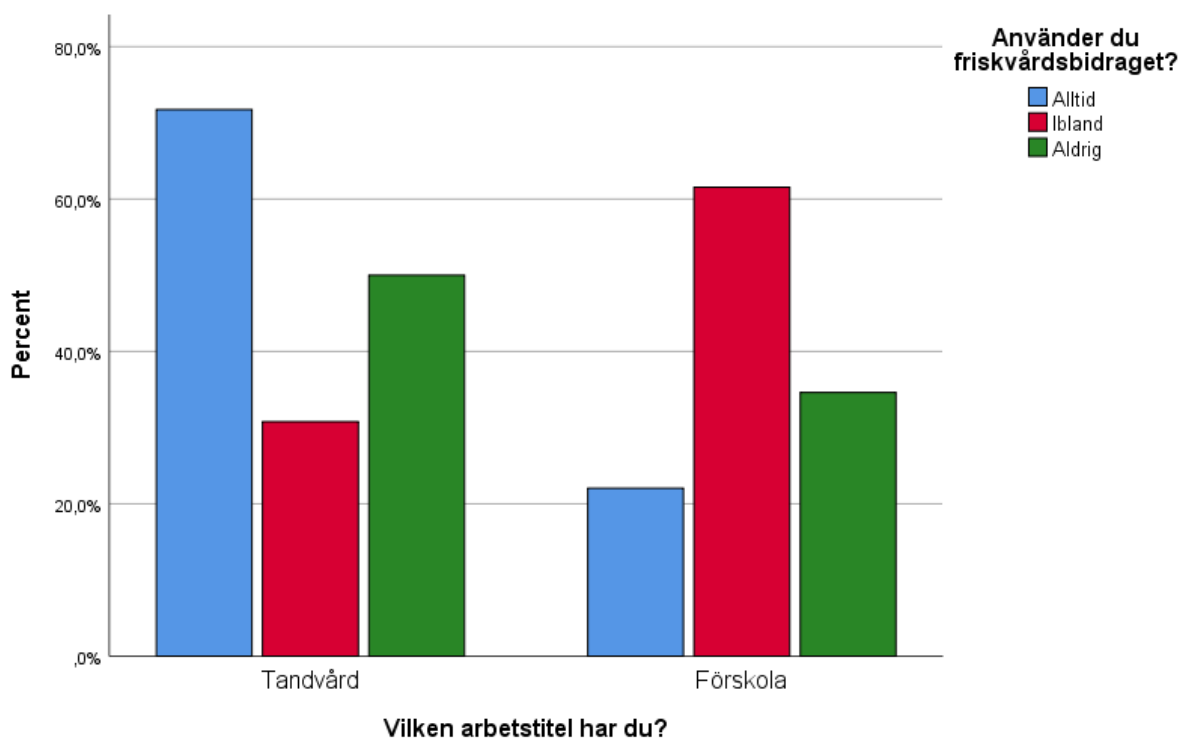
DIAGRAM 4.3 - "ERBJUDER DIN ARBETSGIVARE FRISKVÅRDSBIDRAG?"



Resultatet av en frekvenstabell med variabeln som frågar "Har du använt friskvårdsbidraget de senaste 12 månaderna?" visar att 22 % av våra respondenter som går friskvårdsbidrag, inte använder det. För att förtydliga har gymanläggningen, som representerar 23,7 % (n=66) av

respondenterna, exkluderats i detta test eftersom de inte får friskvårdsbidrag och blivit tillsagda att inte svara på denna fråga. Samma variabel illustreras i diagrammet 4.4 där vi kan utläsa att över 70 % av de respondenter som arbetar inom tandvård alltid använder friskvårdsbidraget och cirka 60 % av de som arbetar inom förskola använder det ibland. Av de respondenter som får friskvårdsbidrag hade 62 % angivit att de använt friskvårdsbidraget de senaste 12 månaderna medan resterande av respondenterna inte använt det eller angivit att de inte vet om de använt det.

DIAGRAM 4.4 - "ANVÄNDER DU FRISKVÅRDSBIDRAGET?" (UTIFRÅN ARBETSTITEL)



Tabellen 4.5 visar svarsfördelningen gällande frågan om varför respondenter valt att inte använda friskvårdsbidraget. Den främsta anledningen till att inte använda friskvårdsbidraget bland respondenterna som får bidrag visar sig vara brist på tid vilket motsvarar 48 % av svaren. Den näst främsta anledningen är brist på motivation på 22 %, sedan att de får dålig information kring bidraget på 14 % och sist att det upplevs krångligt att använda det på 12 %.

TABELL 4.5 - "VARFÖR ANVÄNDER DU INTE DITT BIDRAG?"

Svarsalternativ	Procent
Brist på tid	48 %
Brist på motivation	22 %
Dålig information kring bidraget	14 %
Krångligt att använda	12 %
Annat	4 %
<i>Totalt</i>	<i>100 %</i>

Tabellen 4.6 visar fördelningen över till vad friskvårdsbidraget används till bland de respondenter som får friskvårdsbidrag. I denna fråga kan respondenten välja flera svarsalternativ, vilket kan göra att samma respondent representerar fler variabler. Som vi kan se använder de flesta respondenter friskvårdsbidraget till gym eller träning. Detta förstärks av ett chitvå-test som visar att det finns ett signifikant samband mellan att de som har en positiv inställning till friskvårdsbidraget även tycker att det är viktigt att träna och röra på sig. Det finns också ett signifikant samband mellan de respondenter som är positivt inställda till friskvårdsbidraget och de som anser att friskvårdsbidraget hjälper dem att må bättre fysiskt och psykiskt.

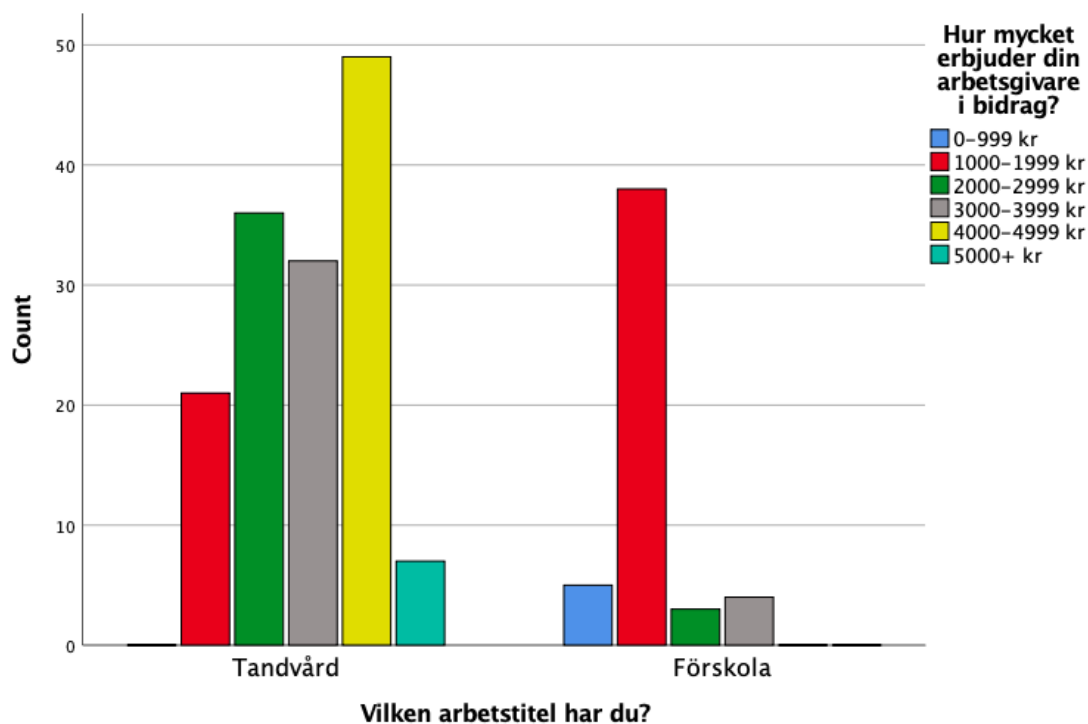
TABELL 4.6 - "HUR HAR DU ANVÄNT DITT FRISKVÅRDSBIDRAG SENASTE 12 MÅNADERNA?"

Svarsalternativ	Procent
Gym och träning	53,4 %
Massage	32,6 %
Yoga	8,2 %
Mindfulness	3,2 %
Annat	2,6 %
<i>Totalt</i>	<i>100 %</i>

Gällande eventuell påverkan av socioekonomiska strukturer på respondenternas upplevda hälsa synliggörs det via sambandstester mellan hur mycket respondenterna får i friskvårdsbidrag, deras utbildningsnivå och deras upplevda fysiska och psykiska hälsa. I en jämförelse mellan yrkesgrupperna (tabell 4.7) visar det sig att de som arbetar i gymanläggningen inte fick något

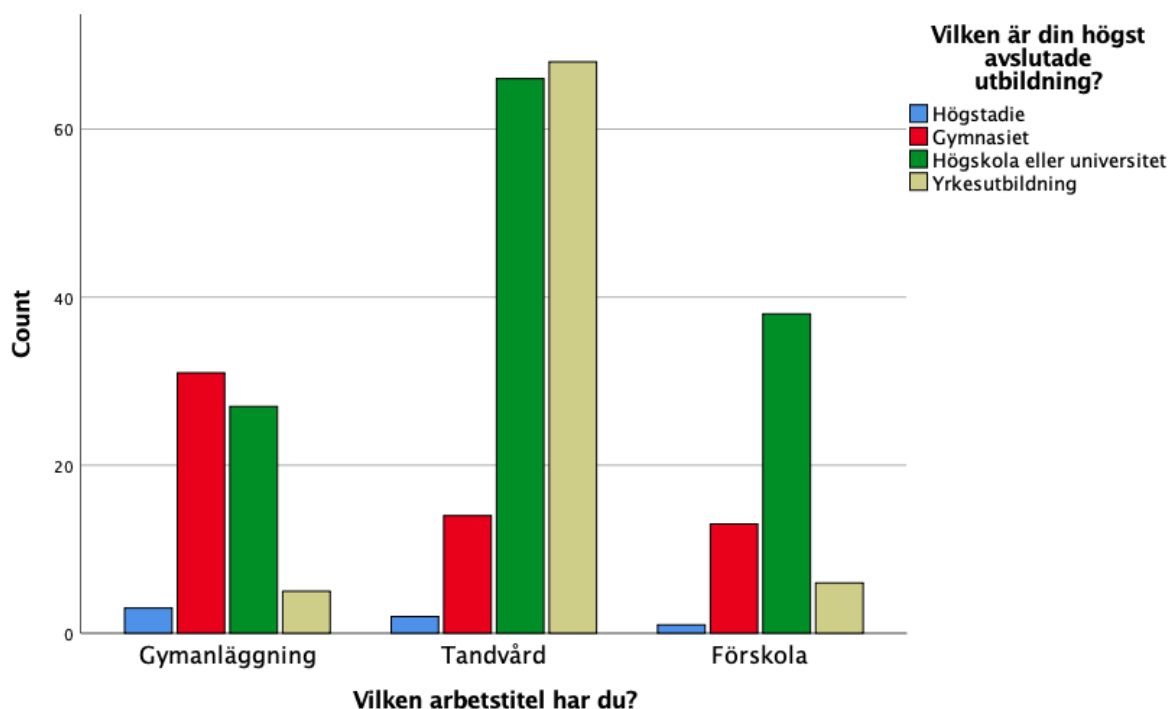
friskvårdsbidrag, därav exkludering från diagrammet. Inom tandvården får de flesta ett friskvårdsbidrag på 4000-5999 kronor per år och i förskola får de flesta ett bidrag på 1000-1999 kronor per år. Se diagrammet nedan.

TABELL 4.7 - "HUR MYCKET ERBJUDER DIN ARBETSGIVARE I FRISKVÅRDSBIDRAG?" (UTIFRÅN ARBETSTITEL)



För att undersöka om den yrkesgrupp med högre utbildning också är de som får mer i friskvårdsbidrag tar vi fram ett diagram över yrkesgruppernas högst avslutade utbildning (tabell 4.8). Diagrammet nedan visar att de flesta respondenter som arbetar inom gymanläggning hade gymnasieutbildning och högskola- eller universitet. Inom tandvård har de flesta respondenter högskole-, universitet- eller yrkesutbildning och i förskolan hade de högskole- eller universitetsutbildning.

DIAGRAM 4.8 - "HÖGST AVSLUTADE UTBILDNING" (UTIFRÅN ARBETSTITEL)



Vi fann ett signifikant samband mellan respondenternas högst avslutade utbildning och mängd friskvårdsbidrag och finner ett signifikant samband som visar ju högre utbildning respondenterna har desto högre friskvårdsbidrag. Vi fann även ett icke-signifikant samband mellan vad respondenterna får i bidrag och deras upplevda hälsa eftersom chitvå värdet låg på 0,6. Detta icke-signifikanta samband visade dock att cirka 40-45 % av de respondenter som får 1000-1999 kronor i friskvårdsbidrag per år är de som mår sämst både fysiskt och psykiskt.

4.2.1 Friskvård som praktiskt ansvarstagande

Nästan alla våra respondenter är positiva till friskvårdsbidrag oavsett om de får det eller inte vilket kan stärka tidigare temans konstaterande gällande att våra respondenter känner ett eget ansvar över att främja sin hälsa. Ewles och Simnett (2003, s. 202) belyser vikten av delaktighet gällande hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen och att det finns mycket som individen själv kan styra för att påverka sin hälsa genom livsstil, levnadsvanor och umgängeskrets. Det visade sig att 22 % av de respondenter som fick friskvårdsbidrag, inte använder det. Utifrån detta kan vi konstatera att de respondenter som inte vet om det får eller medvetet inte använder friskvårdsbidraget, tenderar till att praktiskt inte ta ansvar för att främja sin hälsa. Detta kan även tendera till att informationen om friskvårdsbidrag varit bristande från deras arbetsgivare.

Eftersom våra respondenter kände både ett ansvar över sin egen hälsa och är positiva till hälsofrämjande åtgärder, som i detta fall är friskvårdsbidrag, kan det ge goda förutsättningar för att åtgärderna också kommer att ge resultat. Dessutom hittade vi ett signifikant samband som visade att 81,9 % av de respondenter som upplever att deras arbetsgivare uppmuntrar dem att använda friskvårdsbidraget också använder det. Hoert et al., (2018) menar även att det är viktigt att arbetsgivaren uppmuntrar sina anställda till att nyttja hälsofrämjande program för att inte skapa tvång. Det fanns ett signifikant samband mellan uppmuntran till att nyttja friskvårdsbidraget och ett ökat nyttjande av friskvårdsbidrag även bland våra respondenter. Vi kan därför konstatera att arbetsgivarens uppmuntran gällande nyttjandet av friskvårdsbidrag kan öka användningen av friskvårdsbidrag bland de anställda och därmed öka deras ansvarstagande för sin hälsa.

Fortsättningsvis visar resultaten att lite mer än hälften av alla respondenterna har använt friskvårdsbidraget de senaste 12 månaderna, vilket främst beror på att alla respondenter inte erbjuds friskvårdsbidrag. Varför respondenter som erbjuds friskvårdsbidrag och inte använder det beror främst på brist på tid och brist på motivation, enligt vår empiri. Detta resultat tyder på att det Hoert et al., (2018) belyser gällande ett mindre deltagande i hälsofrämjande aktiviteter kan bero på en högre upplevd stress på arbetsplatsen, även verkar stämma in på detta fall där stressen synliggörs i form av respondenternas upplevda brist på tid. En undersökning av Eriksson (2003, s. 252) visar att många medarbetare känner oro över den ökade stressen på arbetsplatsen. I vårt fall kan respondenternas upplevda brist på tid tyda på stress på arbetsplatsen och i privatlivet vilket kan ge konsekvensen att de inte hinner prioritera sin hälsa på fritiden. Hälsan skall ses som en helhet där fritid, samhälle och politik behövs för att skapa en långsiktig hållbarhet (Rydqvist & Winroth, 2002, s. 21). Arbetsgivaren har därför ett ansvar för att främja hälsan på arbetsplatsen, eftersom individen spenderar en tredjedel av sitt dygn på jobbet, medan individen har ett ansvar på fritiden.

Utifrån respondenternas attityd kring friskvårdsbidrag fann vi en del signifikanta samband. I dessa tester kollade vi enbart på förskole- och tandvårdsbranschen (n=208), eftersom gymbranschen (n=66) inte hade något uttalat bidrag. Det visade sig att de respondenter som har en positiv attityd till friskvård, även har en positiv attityd till att träna och röra på sig. Dessa respondenter anser även att friskvårdsbidraget hjälper dem att må bättre fysiskt och psykiskt.

De flesta respondenter som använder friskvårdsbidraget använder det till just gym och träning eller massage. Berry et al., (2010) lyfter fram ett stort fokus på den fysiska hälsan gällande hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatsen eftersom det är lättare att se och mäta den fysiska hälsan

istället för den psykiska hälsan. Ett stort fokus på den fysiska hälsan finns alltså även bland våra respondenter, vilket märks på deras attityd och användning av friskvårdsbidraget. Utifrån detta kan vi konstatera att dessa respondenter tar ansvar för att främja sin fysiska hälsa genom att använda friskvårdsbidraget till just gym och träning.

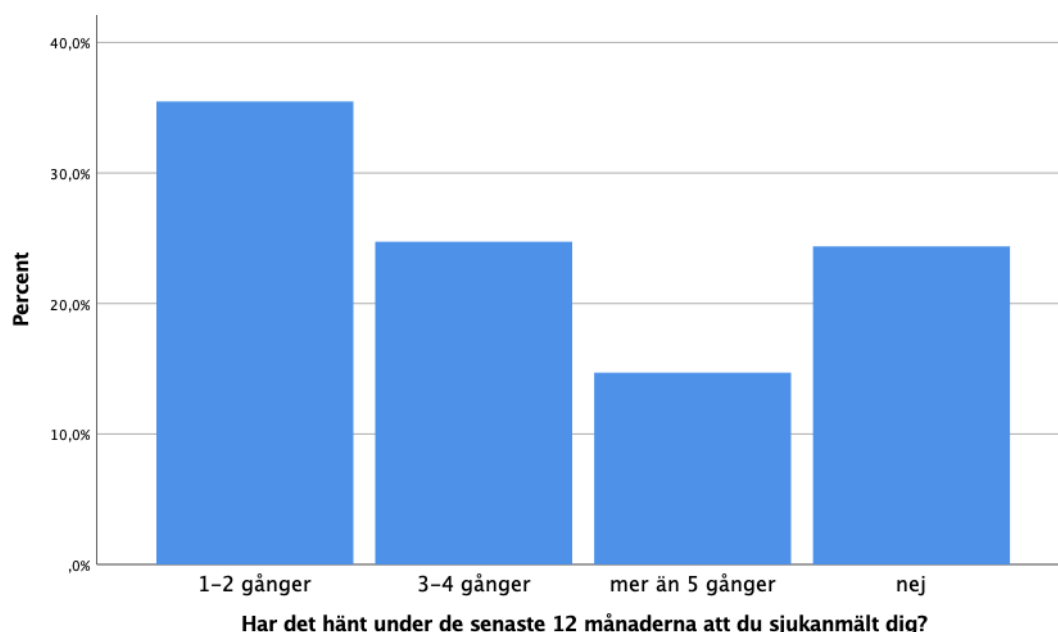
Vidare menar Urbas och Malmberg (2015, s. 186-187) att hälsa och ohälsa inom arbetsplatsen påverkas av socioekonomiska strukturer där hälsan tenderar att öka ju högre upp en individ är i den socioekonomiska hierarkin. Det som mätte socioekonomiska faktorer i vår enkätundersökning var genom variablerna om hur mycket respondenter får i friskvårdsbidrag per år och deras högst avslutade utbildning. Även Jakobsen (2016) lyfter fram socioekonomiska faktorer som låg utbildning och låg inkomst som de faktorer som påverkar hälsan negativt på arbetsplatsen. Vår empiri visade att det fanns ett visst samband mellan ju högre utbildning respondenterna hade desto högre friskvårdsbidrag fick de. Dessa respondenter har alltså fler friskfaktorer som skapar förutsättningar för att kunna må bra på arbetsplatsen (Abrahamsson et al., 2003, s. 10). Utifrån detta kan vi konstatera att de individer med högre utbildning och socioekonomisk status har bättre möjligheter till att främja och ta ansvar för sin egen hälsa.

Rydgqvist och Winroth (2002, s. 201) beskriver hälsopromotion som förebyggande åtgärder som förhindrar att individer hamnar i ohälsa. Dessa förebyggande åtgärder kan vara att friskvårdsbidrag erbjuds, som i sin tur påverkar medarbetarnas möjlighet att främja sin hälsa. Ett icke-signifikant samband visade dock att de respondenter med 1000-1999 kronor i friskvårdsbidrag per år är de som mår sämst fysisk och psykiskt. De respondenter med lägst utbildning, yrkesverksamma inom gymanläggningen, hade inget samband gällande att de skulle må sämre fysisk och psykiskt. Påståendet gällande att hälsan skulle öka ju högre upp en individ är i den socioekonomiska hierarkin är därför ingen slutsats vi kan dra utifrån denna enkätundersökning. Dock kan vi, som tidigare nämnt, konstatera att det finns ett samband mellan utbildningsnivå och mängden friskvårdsbidrag som i sin tur påverkar förutsättningarna för hälsofrämjande på arbetsplatsen. Vilka förutsättningar som medarbetare har gällande utbildningsnivå och mängd friskvårdsbidrag skulle alltså kunna påverka ansvarstagandet gällande hälsan på arbetsplatsen.

4.3 Sambandet mellan nyttjande av friskvårdsbidrag och sjukfrånvaro

Som tidigare nämnt får cirka 77 % av respondenterna friskvårdsbidrag där 64,9 % av respondenterna också använder friskvårdsbidraget. Det är alltså 24 % som inte får eller inte använder friskvårdsbidrag. Som tidigare nämnt är nästan alla av dessa 24 % respondenter inom gymanläggningar. Diagram 4.9 nedan visar att 35,5 % av respondenterna har sjukskrivit sig 1-2 gånger de senaste 12 månaderna, 24,7 % 3-4 gånger, 14,7 % fler än 5 gånger och 24,4 % inte alls. Det vill säga att det är totalt 74,9 % (n=209) av alla våra respondenter som sjukskrivit sig de senaste 12 månaderna.

DIAGRAM 4.9 - "HAR DET HÄNT UNDER DE SENASTE 12 MÅNADERNA ATT DU SJUKSKRIVIT DIG?"



Det finns inget signifikant samband mellan de respondenter som fick friskvårdsbidrag och om de sjukskrivit sig de senaste 12 månaderna. Det finns inte heller något signifikant samband mellan de respondenter som använder friskvårdsbidrag och deras nivå av sjukfrånvaro. Däremot finns det ett signifikant samband som visar att cirka 37 % av de respondenter som mår bra fysiskt och psykiskt även har sjukskrivit sig 1-2 gånger de senaste 12 månaderna. Samma test visar att 35,9 % av de respondenter som är neutrala till sin psykiska hälsa har sjukskrivit sig mer än fem gånger.

Den vanligaste anledningen till varför respondenterna sjukskrivit sig är på grund av sjukdom som står för 70,8 % av svaren (se tabell 4.10). Näst vanligaste anledningen är på grund av psykisk ohälsa som står för 11,9 % av svaren, sedan skadad kropp på 9,9 % och sist hög arbetsbelastning.

Fortsättningsvis finns ett signifikant samband mellan att de respondenter som tränar 1-4 gånger i veckan också har angivit att de inte sjukskrivit sig eller varit sjukskriven 1-2 gånger de senaste 12 månaderna.

TABELL 4.10 - "VARFÖR HAR DU SJUKANMÄLT DIG?"

Svarsalternativ	Procent
Sjukdom såsom förkylning, influensa eller liknande	70,8 %
Psykisk ohälsa	11,9 %
Skadad kroppsdel	9,9 %
Hög arbetsbelastning	7,4 %
<i>Totalt</i>	<i>100 %</i>

4.3.1 De 2090 förlorade arbetsdagarna

Endast 24,4 % av våra respondenter angav att de inte sjukskrivit sig de senaste 12 månaderna, de flesta av dessa respondenter var av manligt kön. Som tidigare nämnt, består 4,4 % av arbetstiden av sjukfrånvaro, vilket motsvarar tio arbetsdagar per anställd och år (Furnham & Barmwell, 2006). De flesta av våra respondenterna (n=209) har sjukskrivit sig de senaste 12 månaderna vilket innebär, enligt teori, att 2090 arbetsdagar per år har gått förlorade i vårt fall. Detta indikerar på att sjukfrånvaron även är ett problem bland de yrkesverksamma i tjänstebranschen. Detta är även ett problem för samhället eftersom många förlorade arbetsdagar innebär en stor kostnad både för individ och företag. Vi kan inte dra några konstateranden av det icke-signifikanta sambandet mellan de respondenter som får friskvårdsbidrag och om de sjukskrivit sig de senaste 12 månaderna. Vi kan alltså inte veta säkert om friskvårdsbidraget bidrar till en minskad eller ökad sjukfrånvaro bland våra respondenter. Detta säger emot vad forskare tidigare har sagt om just hälsopromotion och minskad sjukfrånvaro (Caperchione et al., 2016). Dock visar våra resultat att de respondenter som utövar regelbunden fysisk aktivitet inte har, eller endast har, sjukskrivit sig 1-2 gånger de senaste 12 månaderna. Utifrån detta kan vi konstatera att det tyder på att fysisk aktivitet kan vara en del av orsaken till en bättre hälsa även hos våra respondenter. Det Hansen och Sundberg (2014)

beskriver gällande att fysisk aktivitet en positiv inverkan på hälsan, verkar därför även stämma in på vårt fall. Fortsättningsvis förklarar Berry et al., (2010) att hälsoarbete som sker i individens vardag kan leda till arbetsglädje och välbefinnande. Genom regelbunden träning på fritiden kan därför sjukskrivningarna minska, men inte försvinna.

Den vanligaste anledningen till varför våra respondenter sjukskrivit är på grund av fysisk eller psykisk sjukdom. Berry et al., (2010) menar att det är viktigt att ta både den fysiska och psykiska hälsan i beaktande eftersom dessa går hand i hand. Utifrån detta vet vi inte om det är samma respondenter mår dåligt både fysisk och psykiskt, men det visar på att både den fysiska och psykiska hälsan påverkar arbetslivet. Många av de respondenter som var neutrala till sin psykiska hälsa visade sig även sjukskriva sig ofta, mer än fem gånger de senaste tolv månaderna. Detta tyder på de respondenter som är neutrala till sin psykiska hälsa, inte heller mår bra. Kanske är det främst den fysiska ohälsan, i form av sjukdom eller skada, som syns och därför blir enklare att sjukskriva sig för medan den psykiska hälsan är svårare att definiera. Det kan alltså kännas lättare att sjukanmäla sig för influensa än ångest eller depression. Eftersom det psykiska och fysiska välbefinnandet hänger samman, bör därför hälsa ses som en salutogen helhet som inte fungerar utan den andra (Berry et al., 2010). Utifrån detta kan vi inte veta varför de respondenter som är neutrala till sin psykiska hälsa har sjukskrivit sig flertalet gånger. Dock kan vi konstatera att dessa respondenter har inte mått bra antingen fysiskt eller psykiskt, utifrån flertalet sjukskrivningar.

4.4 Hälsotillstånd

I enkäten (se bilaga 2) ställs frågor om både respondentens upplevda psykiska och fysiska hälsa, som visas i diagrammen nedan. I dessa kan vi tydligt se att majoriteten mår bra både psykiskt (diagram 4.11) och fysisk (diagram 4.12). Det som skiljer diagrammen åt är att fler respondenter anger att de mår dåligt psykiskt än fysiskt. Cirka 10 % av respondenterna upplever psykisk ohälsa, vilket är konstant genom alla tre yrkesgrupper.

DIAGRAM 4.11 - "BEDÖMNING AV PSYKISKA HÄLSOTILLSTÅNDET"

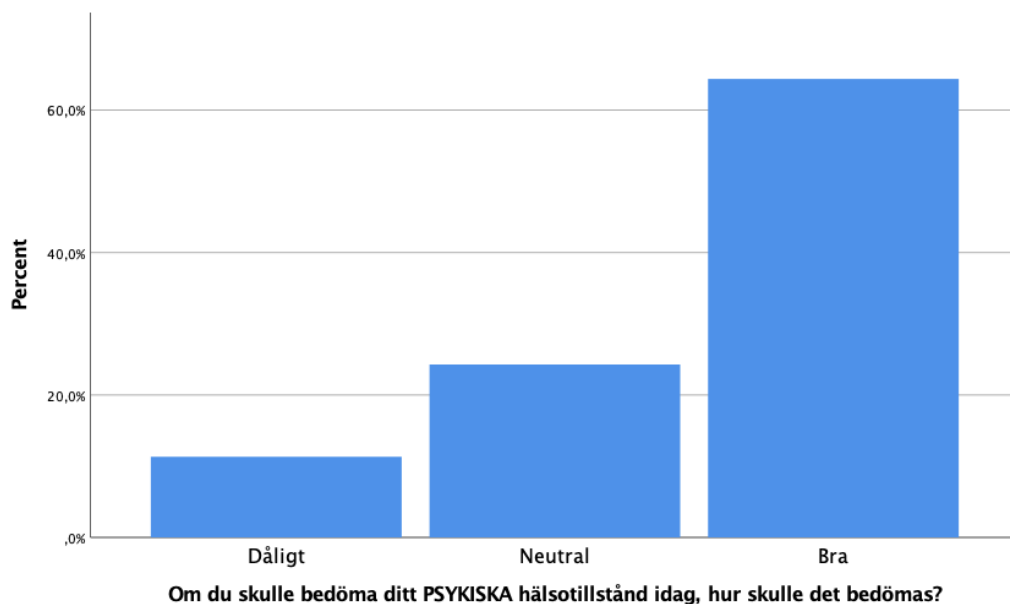
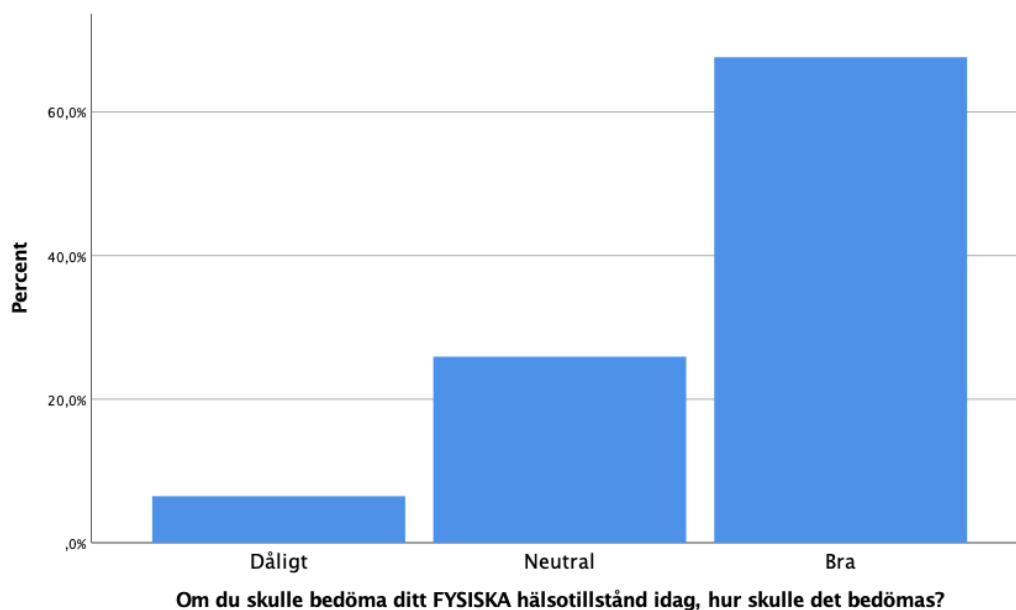


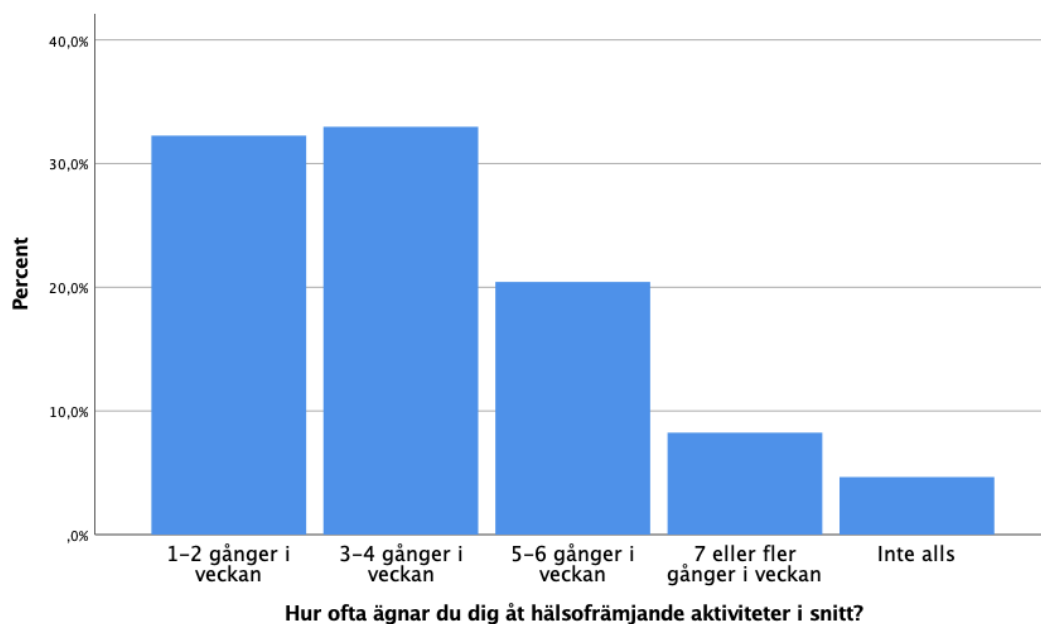
DIAGRAM 4.12 - "BEDÖMNING AV FYSISKA HÄLSOTILLSTÅNDET"



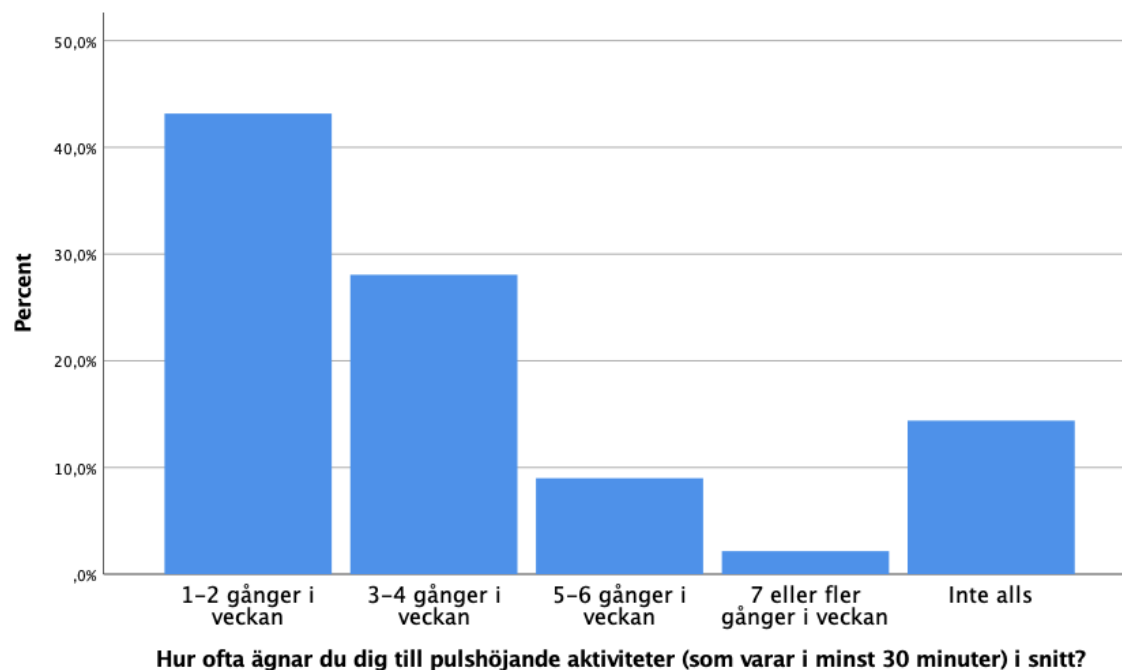
Följande två diagram illustrerar hur ofta respondenterna ägnar sig åt hälsofrämjande eller fysisk aktivitet i snitt per vecka. Som vi kan se ägnar sig de flesta av respondenterna åt hälsofrämjande aktiviteter 3-4 gånger i veckan på 33 % och 1-2 gånger i veckan på 32,2 % (se diagram 4.13). Fortsättningsvis ägnar sig 43,2 % av respondenterna åt fysisk aktivitet 1-2 gånger i veckan och 28 % ägnade sig åt fysisk aktivitet 3-4 gånger i veckan (se diagram 4.14). De som inte ägnar sig åt någon typ av hälsofrämjande aktivitet ligger på 4,7 % och de som ägnade sig åt någon typ av fysisk

aktivitet ligger på 14,3 %. Det finns ett signifikant samband mellan dessa variabler, det vill säga att de som ägnar sig åt hälsofrämjande aktiviteter även ägnar sig lika mycket åt fysiska aktiviteter.

DIAGRAM 4.13 - "HUR OFTA ÄGNAR DU DIG ÅT HÄLSOFRÄMJANDE AKTIVITETER I SNITT?"



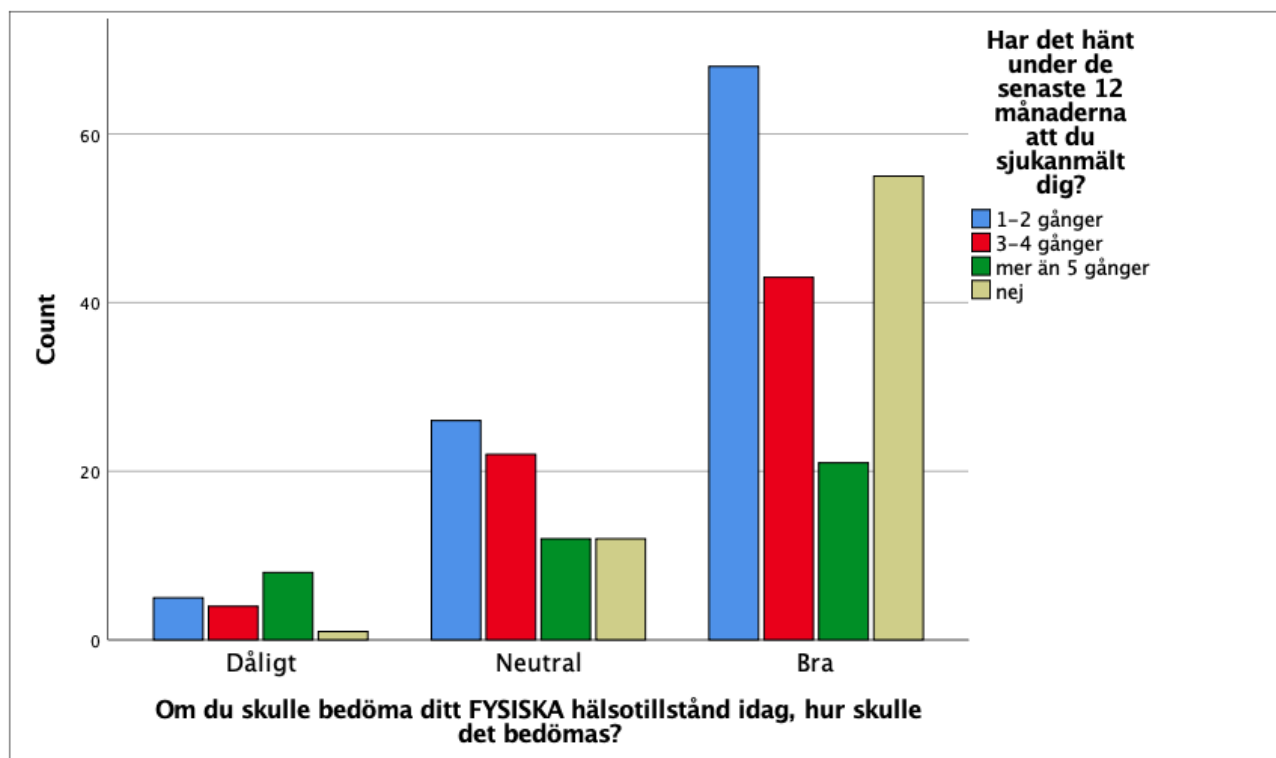
TABELL 4.14 - "HUR OFTA RESPONDENTERNA ÄGNAR SIG ÅT FYSISK AKTIVITET"



I diagrammet nedan (diagram 4.15) kan vi utläsa ett samband mellan de som mår dåligt fysiskt och antal gånger de har sjukanmält sig senaste 12 månaderna, detta samband visar sig också vara signifikant vid ett chitvå-test. Vi hittade ett signifikant samband mellan de som bedömer sitt fysiska hälsotillstånd som dåligt och de som har sjukanmält sig fler än fem gånger de senaste tolv

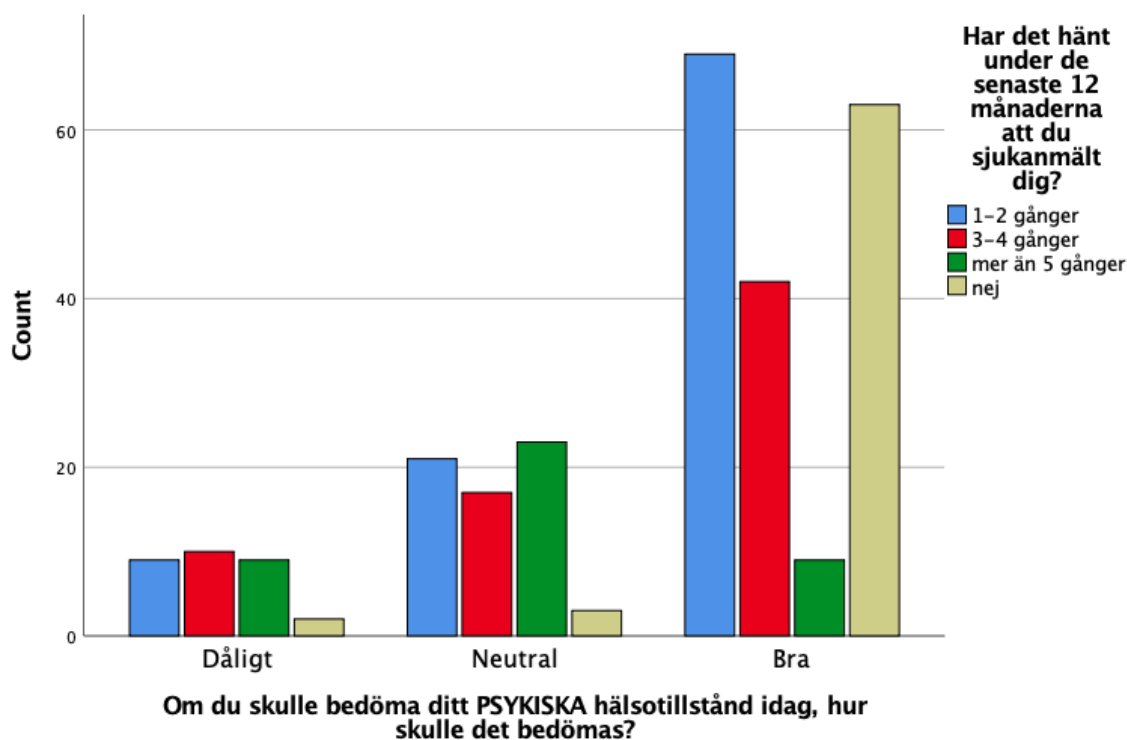
månaderna. De som har sjukanmält sig fler än fem gånger senaste året tenderar också till att må sämre. Många av respondenterna är neutrala i sitt svarsalternativ gällande sitt hälsotillstånd, vilket samtidigt representerar en stor del av respondenterna som sjukskriver sig.

DIAGRAM 4.15 - "FYSISKT HÄLSOTILLSTÅND & ANTAL SJUKANMÄLNINGAR DE SENASTE 12 MÅNADERNA"



Liknande resultat kan vi se i jämförelsen mellan psykiska hälsotillståndet och sjukanmälningarna senaste 12 månaderna, enligt diagrammet nedan (diagram 4.16). Många respondenter som lider av psykisk ohälsa har också sjukanmält sig de senaste 12 månaderna. De som upplever sin psykiska ohälsa som neutral har också sjukanmält sig mer än fem gånger.

DIAGRAM 4.16 - "PSYKISK HÄLSA & SJUKSKRIVNINGAR DE SENASTE 12 MÅNADERNA"



4.4.1 Den dolda psykiska ohälsan

Enligt resultatet anger de flesta respondenter att de mår bra både fysiskt och psykiskt. Det tyder på att respondenterna uppnått hälsa enligt den holistiska ansatsen genom en balans mellan deras handlingsförmåga och målsättning på arbetsplatsen (Medin & Alexandersson, 2000, s. 42). Det som urskilde sig i resultatet var att det fanns respondenter mådde sämre psykiskt än fysiskt. Jakobsen (2016) förklarar att socioekonomiska faktorer som låg utbildning och låg inkomst är de främsta faktorerna för ohälsa. Eftersom respondenternas svar gällande hälsotillstånd var konstant mellan de olika yrkesgrupperna, tyder det på att socioekonomiska faktorerna samt utbildning inte spelar någon roll för hälsan i detta fall. Vilka indikatorer respondenterna baserar sin upplevda hälsa på vet vi inte utifrån denna undersökning, därför kan vi inte konstatera varför en del respondenter mått sämre psykiskt. Sett ur ett fysiskt perspektiv visade resultaten att de som led av dålig fysisk hälsa också tenderar att sjukanmäla sig fler gånger. Det är förståeligt, eftersom dålig fysisk hälsa kan indikera förkylningar, värk i kropp eller liknande. Detta eftersom hälsa är mer än att fysisk träning behöver de hälsofrämjande aktiviteterna anpassas efter individen så denne kan öka sin motivation för ett hälsosamt liv (Berry et al., 2010). Vidare visade det sig att respondenterna ägnade sig både hälsofrämjande och fysiska aktiviteter regelbundet varje vecka, vanligast 1-2 och 3-4 gånger i veckan. Den mest effektiva behandlingsformen för ökad hälsa är fysisk aktivitet (Angelöw, 2002, s.

87; Hansen & Sundberg, 2014, s. 6). Utifrån detta kan vi återigen konstatera att de flesta av våra respondenter praktiskt tar ansvar för att främja sin hälsa genom regelbundna hälsofrämjande och fysiska aktiviteter.

Urbas och Malmberg (2015) belyser att hälsa påverkas av omgivande faktorer som en enskild individ inte kan påverka, som exempelvis samhällsstrukturer. Eftersom individen påverkas av olika händelser i livet, som i sin tur påverkar arbetet kan måendet ses som ett komplext system (Eriksson, 2003, s. 248-251). Utifrån detta kan vi konstatera att det tyder på att det finns fler faktorer än de vi undersökt som kan påverka en individs hälsa i arbetslivet och kan ta ansvar för sitt hälsofrämjande på andra sätt än de vi undersökt. Detta eftersom individen tar med sig erfarenheter mellan olika kontexter och inte släpper alla händelser som skett innan hen kommit till jobbet (Eriksson, 2003, s. 248-251). Det förväntas att individen skall ta ansvar för sin hälsa både på fritiden och i arbetslivet, när arbetsgivaren egentligen också bör ta ett ansvar för sina anställdas hälsa och välmående (Urbas & Malmberg, 2019, s. 186-187). Eftersom det är svårt att kontrollera och känna till alla faktorer som påverkar hälsan i arbetslivet kan det bli svårt att ta ansvar för att främja den, både för individ och arbetsgivare.

Eftersom resultatet visar att många av våra respondenter är neutrala till sin fysiska och psykiska hälsa blir det intressant att spekulera varför kring detta. Fokus bör inte enbart ligga på de individer som mår bra eller dåligt, utan bör även fokusera på de som känner sig "neutrala" eftersom de kan vara en riskgrupp för ohälsa, enligt oss. Eftersom den psykiska ohälsan inte syns lika bra som den fysiska ohälsan kan det bli svårt för individen att rättfärdiga sitt mående. De respondenter som angivit ett neutralt svar inför deras psykiska hälsa står för många av sjukskrivningarna, vilket bör tas på allvar eftersom de är en riskgrupp som kan falla åt båda håll på kontinuumet för hälsa. Ses hälsan som ett kontinuum mellan ohälsa till hälsa är dessa neutrala individer placerade i mitten, likt den salutogena ansatsen (Hanson, 2015, s. 121). Därför kan de likväl må bra följande dag, men också må dåligt beroende på vilka faktorer de blir exponerade för. Vi kan därför konstatera att de krävs mer fokus på att främja den psykiska hälsan bland våra respondenter. Detta på grund av att de som var neutrala till den psykiska ohälsan stod för många sjukskrivningar samt att det idag råder ett stort fokus på den fysiska hälsan.

5. Slutsatser & avslutande

diskussion

I detta avsnitt kommer vi att först sammanfatta de konstateranden vi har dragit utifrån analysen av vår empiri och teori. Utifrån dessa konstateranden drar vi slutsatser som svarar på vår frågeställning: Vilken attityd har yrkesverksamma kring ansvaret för hälsofrämjande i arbetslivet?

Det främsta konstaterandet utifrån vår analys är att de flesta respondenter endast anser sig själva som ansvariga för deras hälsa på arbetsplatsen, inte arbetsgivaren. Utifrån teorin finns råder det en dominerande inställning gällande att de anställda har det största ansvaret för sin hälsa, vilket även stämmer in på vårt fall. Samtidigt anser andra forskare att arbetsgivaren istället har ansvar för de anställdas hälsa på arbetsplatsen utifrån olika arbetsmiljölagar och friskvård. Utifrån dessa teorier ska det alltså finnas ett gemensamt ansvar för att främja de anställdas hälsa. Med de tidigare konstateranden kan vi alltså dra slutsatsen att yrkesverksamma inom tjänstebranschen inte anser att det finns ett gemensamt ansvar för deras hälsofrämjande, utan de anser endast sig själva som ansvariga för sin hälsa på arbetsplatsen. Vår slutsats visar alltså att det finns en ansvarsparadox i vår undersökning, vilket bidrar till vad tidigare forskning visat. Detta eftersom de anställda anser sig själva som ansvariga för problem som utöver individens engagemang också kräver ett ansvar från arbetsgivarens håll med tillhörande politiska lösningar. Det tyder på att hälsoarbetet på arbetsplatsen kräver bättre politiska lösningar även i tjänstebranschen för att lyckas förebygga den fortsatt ökande ohälsan.

För att finna svar på frågeställningen analyserade vi även hur respondenterna tar ansvar för att främja sin hälsa genom att mäta deras upplevda hälsotillstånd, nyttjande av friskvårdsbidrag samt sjukfrånvaro, som tänkta indikatorer på hur eventuellt ansvarstagande kan synliggöras. Nyttjandet eller icke-nyttjandet av friskvårdsbidrag kan visa om respondenterna praktiskt tar ansvar för sin hälsa genom att använda de hälsofrämjande åtgärder som erbjuds från arbetsgivaren. Nästan alla våra respondenter har en positiv attityd till friskvårdsbidraget vilket vi anser förstärker det konstaterande gällande att respondenterna anser sig själva som ansvariga för deras hälsa. Dock är det inte lika många av respondenterna som får eller använder friskvårdsbidraget. Enligt vårt resultat anger 62 % (n=173) av våra respondenter att de använt deras friskvårdsbidrag de senaste 12

månaderna vilket är ett agerande som visar att dessa respondenter praktiskt tar ansvar för hälsofrämjandet. Slutsatsen utifrån detta är att 62 % av våra respondenter tar ansvar för att främja sin hälsa på arbetsplatsen genom att nyttja friskvårdsbidraget. I vår undersökning visade det sig att drygt 22 % av våra respondenter som får friskvårdsbidrag inte nyttjade det. Detta indikerar på att dessa respondenter inte praktiskt tar ansvar för att främja sin hälsa. Vi kan alltså inte dra några säkra slutsatser om hur respondenterna inte tar ansvar för sitt hälsofrämjande eftersom det finns fler faktorer som påverkar hälsan hos både individ och arbetsgivare än vad vi undersökt.

Vi konstaterar utifrån analysen att fysisk aktivitet har en positiv inverkan på hälsan hos våra respondenter som utför någon form av fysisk aktivitet mellan en till fyra gånger i veckan. Detta styrker vad tidigare forskning säger gällande sambandet mellan fysisk aktivitet och ökad upplevd hälsa. Slutsatsen vi kan dra utifrån detta är att fysisk aktivitet påverkar hälsan positivt bland våra respondenter och att de som utövar regelbunden fysisk aktivitet även praktiskt tar ansvar för att främja sin hälsa. Samtidigt visade det sig de flesta respondenter ansåg sig själva må bra fysisk och psykiskt i vår undersökning. Det som skilde sig mellan det fysiska och det psykiska hälsotillståndet var att fler upplever psykisk ohälsa än fysisk ohälsa. Eftersom vi konstaterade att många respondenter tog ansvar för att främja sin fysiska hälsa genom fysisk aktivitet och/eller använda friskvårdsbidrag kan vi dra slutsatsen att respondenterna inte tog ansvar för sin psykiska hälsa i samma utsträckning. Det var många utav respondenterna som var neutrala till sin psykiska hälsa, vilket vi ser oroväckande på men inget vi kan dra slutsatser kring gällande hälsoansvar.

Sammanfattningsvis fann vi svar på vår frågeställning gällande vilken attityd yrkesverksamma har till ansvaret för hälsopromotion i form av friskvård. Det svar vi har kommit fram till är att individerna anser att det inte finns något gemensamt ansvar för deras hälsofrämjande, utan att de själva står som ansvariga. Samtidigt var i stort sett alla respondenter positiva till friskvårdsbidrag och över hälften använder friskvårdsbidraget som bevisar ett ansvarstagande för att främja sin hälsa. Vi kan däremot inte dra några säkra slutsatser hur respondenterna inte tar ansvar för sitt hälsofrämjande, eftersom fler faktorer kan påverka detta än de vi har undersökt. Däremot kan vi dra slutsatsen att fysisk aktivitet även är en mirakelmedicin i vårt fall då detta indikerar på att påverka hälsan positivt hos våra respondenter. Dock finns inte ett ansvarstagande kring att främja den psykiska hälsan i lika stor utsträckning som den fysiska bland våra respondenter. Det sker alltså, utifrån de yrkesverksammas attityd, även en ansvarsparadox gällande ansvaret kring hälsofrämjandet i arbetslivet.

5.1 Olika förutsättningar för hälsofrämjande hämmar ett gemensamt ansvar

“Fler än var tredje svensk som får friskvårdsbidrag från sin arbetsgivare struntar i att använda det” (Svenska Dagbladet, 2017). Det här citatet från Svenska Dagbladet fanns i inledningen av denna undersökning och belyser en problematik i ökad ohälsa, lågt användande av friskvård och en oro kring ökad sjukfrånvaro. Denna problematik anser vi kan grunda sig i en ansvarsparadox gällande vem som har ansvaret för hälsofrämjandet i arbetslivet. I vår undersökning drog vi slutsatsen att de flesta av respondenterna anser sig själva som ansvariga för sitt egna hälsofrämjande på arbetsplatsen, vilket också förstärks av att nästan alla respondenter är positiva till friskvårdsbidraget oavsett om de får det eller ej. Hur dessa individer synliggör deras ansvarstagande för att främja hälsan i arbetslivet är genom att använda friskvårdsbidrag samt utöva hälsofrämjande aktivitet regelbundet. Dock tar en del av våra respondenter inte ansvar för att främja deras psykiska hälsa på samma sätt som för den fysiska, eftersom fler angav att de har sämre psykisk än fysisk hälsa. Detta skulle kunna bero på ett ökad fokus på den fysiska hälsan med en samtida tabu kring den psykiska ohälsan, med tanke på tidigare forskning gällande sambandet mellan fysisk aktivitet och ökad hälsa. Det kan poängteras att friskvårdsbidraget inte enbart kan användas till fysiska åtgärder, utan även psykiska. Kanske bör hälsofrämjande arbete även gälla den psykiska hälsan och implementeras mer på arbetsplatsen?

Arbetsgivare bör ta ansvar för hälsofrämjandet och ta de anställdas fysiska och psykiska hälsa på allvar, eftersom kostnaden för ohälsan blir omfattande för både individ, företag och samhälle. Endast bland våra respondenter (n=209) innebär det, enligt teorin, att sjukfrånvaron leder till 2090 förlorade arbetsdagar per år för arbetsgivare och individ. Därför anser vi att arbetsgivaren har ett ansvar för de anställdas hälsa genom bättre hälsofrämjande åtgärder som både täcker den fysiska och psykiska hälsan. Eftersom många individer drabbas av både ohälsa och sjukskrivningar bör företagen lägga mer resurser och tid på att främja, informera och ge individerna mer tid för de hälsofrämjande åtgärderna, både på arbetstid och utanför. Detta eftersom individen spenderar en tredjedel av sin dag på arbetsplatsen. Vi förstår samtidigt att det är svårt för både arbetsgivare och individ att kunna ta ansvar för hälsofrämjandet i arbetslivet när de faktorer som påverkar hälsan kan hittas i andra kontexter än i arbetslivet.

En del av våra respondenter fick inte friskvårdsbidrag och respondenter med högre utbildning tenderar till att få bättre möjligheter att ta ansvar för sitt hälsofrämjande. En högre avslutad utbildning kan ge tillträde till ett jobb som ligger högre i den socioekonomiska hierarkin vilket även kan innebära högre friskvårdsbidrag och mer kunskap kring hälsa och välmående. Bland våra respondenter hade de som arbetade inom tandvård både högst utbildning och högst friskvårdsbidrag vilket stärker denna reflektion. Vi anser att alla bör få samma villkor i att främja sin hälsa på arbetsplatsen, oavsett yrke och utbildning. Även individerna bör få samma information och kunskap gällande vikten av att ta ett gemensamt ansvar för hälsofrämjandet på arbetsplatsen. Utifrån detta anser vi att politikerna och arbetsgivaren bör ta ansvar i att erbjuda de möjligheter som krävs för att arbetstagaren ska kunna främja sin hälsa. Även arbetstagaren behöver kunskap för att förstå de hälsofrämjande effekter användningen av friskvård och hälsofrämjande aktiviteter har. Detta gemensamma ansvar kan dock bli svårt att tas på grund av individers olika förutsättningar för hälsofrämjande i arbetslivet. Ohälsan och sjukfrånvaron kommer aldrig helt att elimineras, men det som kan göras är gemensamt ta ansvar för att arbeta mer med hälsofrämjande, minska ohälsan och därmed minska sjukfrånvaron med tillhörande kostnader både för individ, företag och samhälle.

5.2 Framtida forskning

Ytterligare bidrag till denna forskning är att undersöka ansvarsparadoxen ur arbetsgivarens synpunkt, istället för enbart individens. Detta eftersom vi anser att arbetsgivaren har ett lika stort ansvar gällande hälsofrämjandet och hur de ser på politiska styrmedel. Många arbetsgivare kan tänkas ställa sig tveksam mot hälsopromotionens fördelar främst på grund av svårigheten att kunna mäta de ekonomiska resultaten kortsiktigt. Därför hade det varit intressant att undersöka deras tankar kring hälsofrämjande åtgärder i syfte att främja medarbetarnas hälsa. Det skulle även vara intressant för vidare forskningsbidrag att genomföra studien med hjälp av en kvalitativ metod för att få en djupare förståelse för tankar kring ansvar både utifrån individ- och arbetsgivarnivå. Eftersom det fanns en ansvarsparadox i vårt fall är det kan det även forskas vidare kring detta begrepp för att utveckla kunskapen kring hälsoansvaret på arbetsplatsen, inte bara inom tjänsteverksamheter utan även i andra branscher. Kanske kan det vara så att ansvarsparadoxen inte existerar från arbetsgivarens håll?

Vidare forskning kring forskningsfältet som rör hälsopromotion skulle kunna vara om orsakerna till ökad ohälsa med fokus på den psykiska ohälsan. Detta eftersom våra resultat visade att många respondenter upplevde bristande tid som den främsta orsaken till att inte använda friskvårdsbidraget, vilket kan indikera på en ökad stress bland respondenterna. En del av respondenterna angav även att de upplever sin psykiska hälsa som dålig. Stress påverkar den psykiska ohälsan negativt, vilket gör det intressant att i vidare forskning lägga fokus på just främjandet av den psykiska hälsan på arbetsplatsen. Under undersökningens gång fann vi även ett samband att kvinnor upplevde högre grad stress och dålig hälsa jämfört med män, vilket vi inte behandlade i denna undersökning men är en upptäckt som öppnar upp en dörr för framtida forskning.

Källförteckning

- Abrahamsson, K., Bradley, G., Brytting, T., Eriksson, T., Forslin, J., Miller, M., Söderlund, B., & Trollestad, C. (2003). *Friskfaktorer i arbetslivet*. Stockholm: Prevent.
- Alftberg, Å., & Hansson, K. (2019). Vinsten med att ta ansvar för hälsan. I Hansson, K. & Nordgen, L. (Red.) *Health management. Vinst, värde och kvalitet i hälso- och sjukvård*. (s. 135-154). Stockholm: Sanoma Utbildning
- Andersson, E., Hovland, A., Kjellman, B., Taube, J., Martinsen, E. (2015). Fysisk aktivitet lika bra som KBT eller läkemedel vid depression. *Läkartidningen*, (47).
- Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser: att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*. Lund: Studentlitteratur.
- Arbetsmiljöverket. (2018). Arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön. Hämtad 2019-04-01 från <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/arbetsgivarens-ansvar-for-arbetsmiljon/>
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Mellner, C. (2009). Samband mellan sjuknärvaro, sjukfrånvaro och självskattad hälsa i den yrkesaktiva befolkningen. Göteborg : Arbets- och miljömedicin, Göteborgs universitet, 2009. Retrieved from <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat07147a&AN=lub.1854963&site=eds-live&scope=site>
- Barmark, M. & Djurfeldt, G. (2015). *Statistisk verktygslåda 0: att förstå och förändra världen med siffror*. Lund: Studentlitteratur.
- Berry, L. L., Mirabito, A. M., Baun, W. B. (2010). What's the Hard Return On Employee Wellness Programs? *Harvard Business Review*, 88(12). 104-112. Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-78751493609&site=eds-live&scope=site>
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Caperchione, C. M., Reid, C. R., Sharp, P. G., Stehmeier, J. (2016). How do management and non management employees perceive workplace wellness programmes? *A qualitative examination. Health Education Journal*, 75(5). 553-564. doi:10.1177/0017896915607911
- Condon, M. J., & Edwards, J. B. (2018). A Healthy Workforce: How Workers' Compensation &

Wellness Programs Go Together. (Cover story). *Professional Safety*, 63(3), 32–37. Hämtad från <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=128223622&site=eds-live&scope=site>

Eriksson, M. (2015). Folkhälsa och salutogenes. I Eriksson, M. (Red.) *Salutogenes - om hälsans ursprung*. (s. 105-125). Stockholm: Liber AB.

Eriksson, T. (2003). Vad får oss att må bra i arbetslivet? I Prevent. (Red.) *Friskfaktorer i arbetslivet*. (s. 247-264). Stockholm: Prevent.

Ewles L, Simnett I. *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur; 2005.

Furnham, A. & Barmwell, M. (2006). Personality Factors Predict Absenteeism in the Workplace. *Individual Differences Research*, 4(2), 68-77. Hämtad från <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=28&sid=d984862b-38c0-4b9d-b808-b1087e80b381%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=edselc&AN=edselc.2-52.0-44649169739>

Försäkringskassan. (u.å). Sjuk medarbetare dag 1-90. Hämtad 2019-04-01 från <https://www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/sjukdom-och-skada/sjuk-medarbetare-dag-1-90>

Försäkringskassan. (u.å) Förebygg sjukfrånvaro. Hämtad 2019-04-02 från <https://www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/forebygg-sjukfranvaro>

Gubler, T., Larkin, I., Pierce, L., (2018). Doing well by making well: The impact of corporate wellness programs of employee productivity. *Management Science*, 64(11). 4967-4987. doi: 10.1287/mnsc.2017.2883

Gustafsson, K., Marklund, S., Wikman, A. (2013). Sjukfrånvaro och hälsan före och efter hög sjuknärvaro. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 19(4). 51-60. Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsswe&AN=edsswe.oai.DiVA.org.kau.33190&site=eds-live&scope=site>

Hansen, A. & Sundberg, C.J. (2014). *Hälsa på recept: träna smartare, må bättre, lev längre*. Stockholm: Fitnessförlaget.

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur AB

Hanson, A. (2015). *Salutogen kultur: från värdegrund till verksamhetsnytta*. Alingsås: Salutogen ledarskap Sverige.

Hoert, J., Herd, A. M., Hambrick, M. (2018). The Role of Leadership Support for Health Promotion in Employee Wellness Program Participation, Percieved Job Stress, and Health Behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 32(4). 1054-1061. doi10.1177/0890117116677798

- Inkomstskattelag* (SFS 1999:1229). Hämtad från Riksdagen
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/inkomstskattelag-19991229_sfs-1999-1229
- Jakobsen, K. (2016). Making the healthier choice at work the easier choice: From a focus on risk factors to health promotion. *Work* 53(1), 57–60. Doi: <https://doi.org/10.3233/WOR-152215>
- Loodin, H. (2014). Hälsa på arbetsplatsen. Från arbetare på löpande bandet till medarbetare på löpbandet. I H. Loodin & L. Nordgren (Red.). *Health Management. Att leda hälsoverksamheter med service i fokus*. (s. 65-89). Stockholm: Sanoma Utbildning.
- Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur.
- Mills, P. R., Kessler, R. C., Cooper, J., & Sullivan, S. (2007.). Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. *American journal of health promotion*, 22(1), 45–53. Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsyss&AN=000249224500010&site=eds-live&scope=site>
- Mitchell, A. (2018). A Review of Mixed Methods, Pragmatism and Abduction Techniques. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 16(3), 103-116). Hämtad från <http://login.aspx?direct=true&db=bth&AN=134411016&site=eds-live&scope=site>
- Ott-Holland, C. J., Ryan, A. M., & Shepherd, W. J. (2019). Examining wellness programs over time: Predicting participation and workplace outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 163–179. doi:10.1037/ocp0000096
- Persson, R., Cleal, B., Bihal, T., Mandrup Hansen, S., Øllgaard Jakobsen, M., Villadsen, E., Andersen, L. L. (2013) Why do people with suboptimal health avoid health promotion at work? *American Journal of Health Behavior*, 37(1). doi:10.5993/AJHB.37.1.5
- Rydgqvist, L. & Winroth, J. (2002). *Idrott, friskvård, hälsa & hälsopromotion*. Stockholm: SISU idrottsböcker.
- Skatteverket. (u.å). Personalvårdsförmån, motion och friskvårds. Hämtas 2019-04-01 från <https://www.skatteverket.se/privat/skatter/arbeteochinkomst/formaner/personalvardmotionochfriskvard.4.7459477810df5bccdd4800014540.html>
- Statistiska centralbyrån. (2018). Konjunkturstatistik över sjuklöner, första kvartalet 2018. Hämtad från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/sjukloner/konjunkturstatistik-over-sjukloner-ksju/pong/statistiknyhet/konjunkturstatistik-over-sjukloner-1a-kvartalet-2018/>

- Svenska Dagbladet. (2017). Många svenskar struntar i friskvårdsbidraget. Hämtad 2019-04-01 från <https://www.svd.se/manga-struntar-i-friskvardsbidraget>
- Svenska Dagbladet (2016). Kostnad för sjukpenning fördubblad på sex år. Hämtad 2019-04-02 från <https://www.svd.se/kostnad-for-sjukpenning-fordubblad-pa-sex-ar>
- Trost, J. & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Urbas, A. & Malmberg, C. (2019). Värden, demokratin och lösningar på samhällsproblem. Exemplet på kost och hälsa.. I Hansson, K. & Nordgen, L. (Red.) *Health management. Vinst, värde och kvalité i hälso- och sjukvård*. (s. 181-205). Stockholm: Sanoma Utbildning
- Valentin Rehn Crona, P. (2014). Juridikens service roll för arbetsmiljön. I Loodin, H. & Nordgren, L. (Red.) *Health Management. Att leda hälsoverksamheter med service i fokus*. (s. 115-139). Stockholm: Sanoma Utbildning.
- Wahlgren, L. (2012). *SPSS steg för steg*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur

Bilagor

Bilaga 1 - Missivbrev



LUNDS UNIVERSITET
Campus Helsingborg

Vi är två studenter som läser kandidatprogrammet Service Management med inriktning hälsa som ingår under Lunds universitet. Just nu skriver vi våran kandidatuppsats där syftet är att undersöka om det finns ett samband mellan sjukfrånvaron på arbetsplatsen och utnyttjandet av friskvårdsbidrag i tjänsteverksamheter. Vi vill även öka förståelsen kring vilka faktorer som påverkar nyttjandet av friskvårdsbidraget. För att ta reda på detta har vi valt att göra en enkätstudie, som du kanske redan listat ut.

Enkätstudien innehåller frågor om ditt arbetsliv, din relation till friskvårdsbidraget, hur ofta eller sällan du varit sjukskriven samt om ditt allmänna hälsotillstånd. Informationen som samlas in från enkäten kommer endast att användas till vår kandidatuppsats och genom att svara på enkäten godkänner du att svaren hanteras enligt etiska principer. Den färdiga kandidatuppsatsen kommer sedan publiceras i en offentlig databas för kandidatuppsatser.

Enkäten kommer att ta max 5 minuter att besvara, ditt deltagande är anonymt och enkäten kan när som helst avbrytas. I slutet av enkäten kan du frivilligt lämna kontaktuppgifter vid eventuell förfrågan att ställa upp i en intervju.

Vid frågor eller funderingar, vänligen kontakta oss via mail:

Linnea Gustafsson: sma15lgu@student.lu.se

Sofia Vallentin: so0152va-s@student.lu.se

Tack på förhand för din medverkan!

Helsingborg April 2019

Med vänliga hälsningar,

Linnea Gustafsson och Sofia Vallentin

Bilaga 2 - Enkät

Vilket kön identifierar du dig som?

- Man Annat
 Kvinna Vill ej uppge

Hur gammal är du?

- 20-29 50-59
 30-39 60-69
 40-49

Vilken är din högst avslutade utbildning?

- Högstadiet Högskola eller universitet
 Gymnasiet Yrkesutbildning

Vilken kommun tillhör du?

Vilken är din arbetstitel?

Vad är din tjänstgöringsgrad i snitt per månad?

- 0-25 % 51-75 %
 26-50 % 76-100 %

Är du fast anställd?

- Ja Nej

FRISKVÅRDSBIDRAG

Följande avsnitt kommer behandla frågor kring din attityd kring friskvårdsbidrag och dess användning

Vad är din attityd till friskvårdsbidrag?

Negativ 1 2 3 4 5 Positiv

Erbjuder din arbetsgivare dig friskvårdsbidrag? Om nej, scrolla längst ner på sidan och hoppa vidare till nästa avsnitt "ditt hälsotillstånd idag"

- Ja Vet ej
 Nej

Jag är nöjd med mitt friskvårdsbidrag som min arbetsgivare erbjuder mig

Håller inte med 1 2 3 4 5 Håller fullständigt med

Friskvårdsbidraget hjälper mig att må bättre psykisk eller fysiskt

Negativ 1 2 3 4 5 Positiv

Min arbetsgivare uppmuntrar mig till att använda mitt friskvårdsbidrag

Negativ 1 2 3 4 5 Positiv

Vad har du använt ditt friskvårdsbidrag till? Du kan välja fler alternativ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gym och träning | <input type="checkbox"/> Rökavvänjning |
| <input type="checkbox"/> Massage eller liknande | <input type="checkbox"/> Golf eller annan utomhusaktivitet |
| <input type="checkbox"/> Mindfulness eller annan stressnedsättande aktivitet | <input type="checkbox"/> Rådgivning (exempelvis kost och motion) |
| <input type="checkbox"/> Körsång | <input type="checkbox"/> Yoga |
| | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |

Använder du tjänsten som du betalat med ditt friskvårdsbidrag?

Exempelvis om du använder gymkortet som är köpt med friskvårdsbidraget

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, alltid | <input type="checkbox"/> Aldrig |
| <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| <input type="checkbox"/> Sällan | |

Har du använt ditt friskvårdsbidrag de senaste 12 månaderna?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet inte |
| <input type="checkbox"/> Nej | |

Om du svarade nej på föregående fråga; varför har du ej nyttjat bidraget? Du kan välja fler alternativ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dålig information gällande bidraget | <input type="checkbox"/> Känns krångligt att redovisa kvitton |
| <input type="checkbox"/> Brist på motivation | <input type="checkbox"/> Vill ej använda det |
| <input type="checkbox"/> Brist på tid | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |

Hur mycket erbjuder din arbetsgivare i bidraget?

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-999 kr | <input type="checkbox"/> 4000-4999 kr |
| <input type="checkbox"/> 1000-1999 kr | <input type="checkbox"/> 5000+ kr |
| <input type="checkbox"/> 2000-2999 kr | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| <input type="checkbox"/> 3000-3999 kr | |

Erbjuder din arbetsplats hälsofrämjande aktiviteter på arbetstid?

Exempel på detta kan vara massage, träning, mindfulness

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| <input type="checkbox"/> Nej | |

Om du svara ja på föregående fråga; deltar du på dessa?

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ibland |
| <input type="checkbox"/> Nej | |

DITT HÄLSOTILLSTÅND IDAG

Följande avsnitt kommer behandla ditt hälsotillstånd idag och frågor kring sjukskrivning

Har det hänt under de senaste 12 månaderna att du sjukanmält dig?

OBS! Gäller ej VAB

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1-2 gånger | <input type="checkbox"/> Mer än 5 månader |
| <input type="checkbox"/> 3-4 gånger | <input type="checkbox"/> Nej |
| | <input type="checkbox"/> Vet inte |

Om du svarade ja på föregående fråga; Varför har du sjukanmält dig? Du kan välja flera alternativ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sjukdom i form av förkylning, influensa | <input type="checkbox"/> Skadad kroppsdel |
| eller liknande | <input type="checkbox"/> Psykisk ohälsa |
| <input type="checkbox"/> Hög arbetsbelastning | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |

Har det hänt att du varit sjukskriven mer än 14 dagar på rad de senaste 12 månaderna?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet inte |
| <input type="checkbox"/> Nej | |

Om du skulle bedöma ditt FYSISKA hälsotillstånd idag, hur skulle det bedömas?

Mycket dåligt 1 2 3 4 5 Mycket bra

Om du skulle bedöma ditt PSYKISKA hälsotillstånd idag, hur skulle det bedömas?

Mycket dåligt 1 2 3 4 5 Mycket bra

Hur ofta ägnar du dig åt hälsofrämjande aktiviteter i snitt?

Till exempel träning, promenader, massage, mindfulness, körsång, rökavvänjning, sporter, rådgivning eller liknande.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-2 gånger i veckan | <input type="checkbox"/> 7 gånger i veckan eller fler |
| <input type="checkbox"/> 3-4 gånger i veckan | <input type="checkbox"/> Inte alls |
| <input type="checkbox"/> 5-6 gånger i veckan | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Hur ofta ägnar du dig till pulshöjande aktiviteter (som varar i minst 30 minuter) i snitt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-2 gånger i veckan | <input type="checkbox"/> 7 gånger i veckan eller fler |
| <input type="checkbox"/> 3-4 gånger i veckan | <input type="checkbox"/> Inte alls |
| <input type="checkbox"/> 5-6 gånger i veckan | <input type="checkbox"/> Vet ej |

HÄLSA & TRÄNING

Följande avsnitt kommer att behandla frågor gällande din attityd om din hälsa och din träning.

Arbetsgivaren är ansvarig för min hälsa

Håller inte med 1 2 3 4 5 Håller fullständigt med

Jag tycker det är viktigt att träna och röra på mig

Håller inte med 1 2 3 4 5 Håller fullständigt med

En god hälsa är viktigt för mig

Håller inte med 1 2 3 4 5 Håller fullständigt med

Jag prioriterar att förbättra min hälsa genom exempelvis träning eller fritidsaktiviteter

Håller inte med 1 2 3 4 5 Håller fullständigt med

Jag är ansvarig för min hälsa

Håller inte med 1 2 3 4 5 Håller fullständigt med

NÄSTAN KLAR...

Avslutningsvis; skulle du kunna tänka dig att ställa upp på en intervju angående friskvårdsbidrag?

Om ja, vänligen fyll i din mailadress. Om nej, vänligen skicka in