



Friskvårdstimme

- En högt önskad friskvårdsförmån hos
kontorsarbetare

Christoffer Andersson, Malin Jakobsson

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN
Självständigt arbete grundnivå 2:2024
Hälsopedagogprogrammet 2021–2024
Handledare: Elin Ekblom Bak
Examinator: Erik Hemmingsson

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie var att undersöka hur kontorsanställda med övervägande stillasittande arbete på företag i Stockholmsområdet nyttjar friskvård kopplad till fysisk aktivitet (FA). Vidare var syftet att undersöka önskat friskvårdsutbud samt hinder och motivation till FA, samt om ovan varierar mellan olika nivåer av självskattad total FA. Frågeställningar: 1. Hur ser utbudet och användandet av friskvård ut för kontorsanställda idag? 2. Skulle förändring av friskvårdsbidrag kunna påverka nivån av FA? 3. Vilken typ av övrig friskvård skulle respondenterna vilja bli erbjudna på sin arbetsplats eller av sin arbetsgivare? 4. Vilka faktorer kan utgöra hinder eller motivation för att utföra FA? 5. Skiljer ovan frågeställningar mellan olika nivåer av självskattad total fysisk aktivitetsnivå?

Metod

Metoden bestod av en kvantitativ tvärsnittsstudie där en digital enkät användes för datainsamling. Enkäten skickades ut till 307 kontorsanställda på två olika arbetsplatser i Stockholmsområdet och innehöll frågor om FA, friskvårdsförmåner samt hinder och motivation. Populationen kategoriserades in i tre grupper efter skattad fysisk aktivitetsnivå. Analys gjordes på skillnader mellan hur de olika grupperna svarat på enkätfrågorna.

Resultat

Totalt 108 (35%) respondenter inkluderades i studien. Användandet av friskvårdsbidraget var högre ju mer fysiskt aktiva respondenterna ansåg sig vara ($p=0,004$). Den mest nyttjade friskvårdsförmånen utöver friskvårdsbidrag var organiserade hälsotävlingar ($n=19$, 23%), medan den mest önskade var friskvårdstimme ($n=69$, 65%). Det största hindret till att vara fysiskt aktiv var tidsbrist ($n=71$, 66%). Den största motivationsfaktorn till att vara fysiskt aktiv var att förbättra hälsan ($n=97$, 90%).

Slutsats

Hos kontorsanställda med övervägande stillasittande arbete var friskvårdsbidraget det som flest erbjöds och även nyttjade. Den förmån som främst skulle kunna underlätta utförandet av FA var friskvårdstimme. Tidsbrist sågs som det största hindret och förbättrad hälsa var den främsta motivationsfaktorn till FA. För de som ansåg sig vara minst fysiskt aktiva skulle även ökat friskvårdsbidrag kunna bidra till ökad nivå av FA.

Nyckelord: Fysisk aktivitet, Stillasittande, Friskvårdsbidrag, Friskvårdsförmåner, Hinder, Motivation.

Abstract

Aim

The purpose of this study was to investigate how office workers with predominantly sedentary work at companies in the Stockholm area use wellness linked to physical activity (PA). Furthermore, the aim was to investigate the desired wellness benefits, barriers and motivation to PA, and if the above varies between different levels of self-rated total PA. Specific research questions were: 1. What is the current offers and use of health promotion for office workers today? 2. Could change in wellness allowance affect PA level? 3. What kind of health promotion would the respondents like to be offered at their workplace or by their employer? 4. What factors can constitute barriers or motivation for PA? 5. Does the above questions differentiate between different levels of self-rated total PA level?

Method

The method consisted of a quantitative cross-sectional study with a digital survey used for data collection. The survey was sent out to 307 office workers at two different workplaces in the Stockholm area and contained questions related to PA, health promotion, motivation, and barriers. The population was categorized into three groups according to estimated PA level. Analysis was made on differences between how the groups answered the survey questions.

Result

A total of 108 (35%) responses were included in the study. The use of the wellness allowance was higher the more physically active the respondents considered themselves to be ($p=0,004$). In addition to wellness allowance, the most used wellness benefit was organized health competitions ($n=19, 23\%$), while the most desired was a wellness hour ($n=69, 65\%$). The main barrier to being physically active was lack of time ($n=71, 66\%$). The main motivator for being physically active were to improve health ($n=97, 90\%$).

Conclusion

Among office workers with predominantly sedentary work, the wellness allowance was the most offered and used health benefit. The main benefit that could facilitate PA was the wellness hour. Lack of time was seen as the biggest obstacle and improved health was the main motivating factor for PA. For those who considered themselves least physically active, increased wellness allowance could also contribute to an increased level of PA.

Keywords: Physical activity, Sedentary, Health care allowance, Health promotion benefits, barriers, Motivation

Förord

Vi vill inleda med att rikta ett stort tack till alla som varit delaktiga och tagit sig tid att besvara vår enkät till denna studie. Vi vill även tacka vår handledare Elin Ekblom Bak vid Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm för ett gott samarbete och stort engagemang. Hennes breda kompetens har varit till stor hjälp att utföra studien och skriva denna uppsats.

Christoffer Andersson & Malin Jakobsson

Stockholm, april 2024

Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
1.1	Friskvårdens historia och utveckling.....	2
1.2	Arbetsgivarens ansvar	3
1.3	Sammanfattning	3
2	Kunskapsöversikt	3
2.1	Motivation och hinder till fysisk aktivitet.....	3
2.2	Företagets perspektiv.....	5
2.3	Medarbetarens perspektiv	5
2.4	Interventioner på företag	6
2.5	Behov av kunskap och kunskapslucka att fylla.....	7
2.6	Det idrottsvetenskapliga ämnesområdet.....	7
3	Syfte	7
3.1	Frågeställningar.....	8
4	Metod	8
4.1	Population.....	8
4.1.1	Urval.....	8
4.2	Enkät.....	9
4.2.1	Standardisering och strukturering	9
4.2.2	Följebrev.....	9
4.2.3	Fråge- och svarsformulering	10
4.3	Validitet och reliabilitet.....	12
4.4	Bias.....	12
4.5	Hypotetiska frågor.....	13
4.6	Etiska överväganden	13
4.7	Risker och problem	14
4.8	Datansamlingsystem.....	14
4.9	Statistiska analyser	14
4.9.1	Gränsvärden och kategorisering.....	14
4.9.2	Analys av datansamlingen	16
5	Resultat.....	16
5.1	Utbud och användande – Friskvårdsbidrag.....	18

5.2	Hypotetisk förändring – Friskvårdsbidrag	19
5.3	Utbud och användande – Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag)	20
5.4	Hypotetiskt användande – Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag)	23
5.5	Hinder och Motivation	25
6	Diskussion	27
6.1	Friskvårdsbidrag	28
6.2	Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag)	29
6.3	Hinder och motivation.....	31
6.4	Styrkor och svagheter.....	32
7	Slutsatser	33
7.1	Förslag till vidare forskning	34
	Käll- och litteraturförteckning.....	35

Bilaga 1 Litteratursökning

Bilaga 2 Följebrev

Bilaga 3 Enkät

Bilaga 4 Histogram Ålder

Tabell- och figurförteckning

Figur 1.	Gränsvärden FA och vardagsmotion.	16
Figur 2.	Flödesschema över datainsamling och bortfall	17
Figur 3.	Utbud och användande – Friskvårdsbidrag.	19
Figur 4.	Förändring av FA vid förändring av Friskvårdsbidrag.....	20
Figur 5.	Utbud friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag) fördelat på FA-nivå.	22
Figur 6.	Användande av friskvårdsförmåner fördelat på FA-nivå.	23
Figur 7.	Önskat användande - Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag) fördelat på FA-nivå.....	24
Figur 8.	Hinder för att vara fysiskt aktiv fördelat på FA-nivå.	26
Figur 9.	Motivation till FA fördelat på FA-nivå.	27
Tabell 1:	Operationalisering av enkätfrågor.....	11
Tabell 2.	Studiepopulationens egenskaper och gruppering utifrån FA.....	18
Tabell 3.	Utbud och användande – Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag).....	21

Tabell 4. Önskat användande Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag).....	23
Tabell 5. Hinder till FA.	25
Tabell 6. Motivation till FA.	26

1 Introduktion

I takt med det moderna samhället har vi blivit alltmer digitaliserade vilket har lett till fler stillasittande arbeten (Church et al., 2011). Det har påvisats ett tydligt samband mellan grad av fysisk aktivitet (FA) samt tid i stillasittande och risken för ett flertal sjukdomar (Patterson et al., 2018). Studier visar även på att en högre grad av måttlig- till högintensiv FA minskar risken för förtida död oavsett tid i stillasittande. De som löper störst risk för förtida död är individer med hög grad av stillasittande i kombination med låg grad av FA (Sagelv et al., 2023).

Stillasittande är vanligt förekommande hos kontorsarbetare och det är vanligt att dessa sitter långa stunder utan avbrott. Detta leder till större risk för flera hälsoutfall som exempelvis kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa (Bailey, 2021). Långvarigt stillasittande kan även leda till smärta som kan medföra begränsningar för individen (Bontrup et al., 2019).

Stillasittandet är en bidragande faktor till att sjukskrivningarna i Sverige har ökat vilket medför höga kostnader för samhället. Antal dagar med sjukpenning per individ har sedan 2010 gått från 6,7 till 11,4 dagar 2022 (Försäkringskassan, 2023). Under samma period har utbetalt belopp ökat från nästan 16,7 till drygt 39,5 miljarder kronor. Även antal arbetsgivare som erhållit ersättning för höga sjuklönekostnader har ökat (Försäkringskassan, 2023). Det är kostsamt både för individen själv och för företaget när personalen är sjukskriven från sin arbetsplats. Detta gäller både på lång och kort sikt (Andersen, 2010).

”Den bästa träningen är den som blir av” skriver Riksförbundet HjärtLung (2022) på sin hemsida och de största hälsovinsterna finns hos dem som är inaktiva och börjar med någon form av FA (Kikuchi et al., 2023). Enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer bör vuxna personer (18–64 år) under en vecka utföra pulshöjande FA i minst 150–300 minuter med måttlig intensitet, eller minst 75–150 minuter med hög intensitet. I rekommendationerna ingår även muskelstärkande aktiviteter, som involverar de stora muskelgrupperna, två gånger i veckan. Tiden för stillasittandet bör även begränsas, speciellt tiden för långvarigt stillasittande som bör brytas av med någon typ av FA (Folkhälsomyndigheten, 2023).

FA kan inkluderas i begreppet *Friskvård* som innefattar förebyggande insatser inom livsstil och levnadsvanor i syfte att främja hälsan på individ- eller gruppnivå. Till skillnad från sjukvård så krävs det inom friskvårdsarbetet att individen själv är delaktigt för att resultat ska uppnås (Winroth & Rydqvist, 2008). Begreppet *Friskvård* definieras av Winroth och Rydqvist (2008) som ”Den process som möjliggör för individer och grupper att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan och därmed kunna förbättra den”. Idag är friskvårdsarbetet en viktig fråga inom företag och organisationer då det finns en ökad medvetenhet om hur betydande personalens hälsa är avseende produktivitet och risker för sjukskrivning (Winroth & Rydqvist, 2008).

1.1 Friskvårdens historia och utveckling

Sverige har sedan slutet av 80-talet arbetat med att förbättra förutsättningarna för arbetsgivare att tillgodose anställda med hälsopromoterande insatser i form av FA. År 1988 infördes den första skattefria friskvården i Sverige. Friskvården avsåg motionsverksamhet riktad till hela personalen i företagens egna lokaler (Sveriges Riksdag, 1987). Sedan dess har skattefria friskvårdsförmåner utökats och innefattar både aktiviteter på och utanför arbetsplatsen.

Företag kan idag göra avdrag för friskvårdsbidrag upp till 5000 kr per person och år. Friskvårdsbidraget är skattebefriat för anställda och de finns även andra avdragsgilla friskvårdsförmåner som företag kan erbjuda sina anställda, s.k. naturaförmåner. Det kan till exempel vara tillgång till gym eller gruppträningspass på eller i närheten av arbetsplatsen. Naturaförmåner är skattemässigt avdragsgillt trots att den faktiska kostanden kan överstiga 5000 kr per anställd och år. Dock måste friskvårdsförmånerna vara riktade till hela personalen för att företaget ska kunna dra av kostnaden. Företagen kan välja att endast erbjuda sina anställda friskvårdsbidrag eller naturaförmån, alternativt att kombinera dem båda. (Skatteverket, 2023).

Trots att friskvårdsbidraget är till för alla samt att det finns en stor frihet i hur det kan nyttjas visar en undersökning att endast hälften (52%) av de tillfrågade valde att använda hela friskvårdsbidraget under 2022 (ViktVaktarna, 2023). Enligt en rapport av Benify (2019) fick 80% av deltagarna friskvårdsbidrag och 55% av deltagarna nyttjade i snitt 88% av bidraget. Rapporten visar även på ett samband mellan friskvårdsbidragets storlek och graden av nyttjande, där mer än hälften utnyttjar bidraget om det överstiger 3000 kr. Vidare diskuteras

det kring frågor om vem som väljer att använda friskvårdsbidraget eller ta del av andra typer av friskvårdsförmåner som erbjuds av arbetsgivaren. Risken finns att de som väljer att delta i företagets friskvårdserbudanden är personer som redan är fysiskt aktiva. (Evidensbaserad HR, 2013).

1.2 Arbetsgivarens ansvar

I och med ett förändrat arbetsklimat där anställda blir alltmer stillasittande och därmed utsätts för ökad risk för ohälsa har stillasittandet blivit en arbetsmiljöfråga. Enligt arbetsmiljölagen (AML 1977:1160) är arbetsgivaren ytterst ansvarig att förebygga ohälsa i arbetslivet. Det innefattar bland annat långvarigt stillasittande som enligt Arbetsmiljöverket (2021) uppges vara en av de vanligaste orsakerna till arbetsrelaterade besvär. I rekommendationerna för arbetsmiljöarbetet hänvisar Arbetsmiljöverket (2023) till Folkhälsomyndighetens rekommendationer gällande FA och långvarig tid i stillasittande.

1.3 Sammanfattning

I och med ett ökat stillasittande i arbetslivet blir de som inte utför någon FA på fritiden i högre grad utsatt för de hälsorisker som en stillasittande fysiskt inaktiv livsstil medför. Då ett stillasittande arbete kan vara svårt att påverka för arbetstagaren ligger ansvaret hos arbetsgivaren att skapa en hälsosam arbetsmiljö. För att minska stillasittandet kan arbetsgivaren bidra med olika friskvårdsförmåner som till exempel friskvårdsbidrag eller andra hälsofrämjande aktiviteter. Dock finns det en risk som tidigare nämnts, att dessa förmåner endast nyttjas av de som redan är fysiskt aktiva och inte når de personer som behöver dem som mest.

2 Kunskapsöversikt

I och med ett ökat vardagligt stillasittande är det av betydelse att lyfta fram potentiella friskvårdsinsatser relaterad till FA som skulle kunna få personer som är mycket stillasittande i vardagen att bli mer fysiskt aktiva. Samtidigt ska möjlighet ges till en redan aktiv population att vidmakthålla sin fysiska aktivitetsnivå. Därav är tidigare forskning kring motivation till FA samt studier inom friskvård utförda på företag och personal av intresse.

2.1 Motivation och hinder till fysisk aktivitet

Inom Self-Determination Theory skriver Rigby och Ryan (2018) om tre grundläggande förutsättningar/behov för motivation. Den första förutsättningen är autonomi, som handlar om

självbestämmande och att individen känner ägandeskap över sitt arbete. Nästa förutsättning är tillhörighet, vilket handlar om att personen känner att denne hör hemma och spelar roll för andra på arbetsplatsen. Den sista förutsättningen är kompetens som handlar om att individen känner att den har kunskap och är duktig på de uppgifter denne utför. Uppfyllande av dessa tre grundläggande förutsättningar/behov bidrar till positiva resultat både för organisationen och individen. Det ökar tilliten och lojaliteten till företaget, känslan av säkerhet och att det arbete som utförs är viktigt samt ger en känsla av tillfredsställelse på arbetsplatsen (Rigby & Ryan, 2018). Författarna skriver vidare om yttre och inre motivation. Yttre motivation beskrivs som när man inte är fullt engagerad och inte blir tillfredsställd av uppgiften i sig, utan snarare av konsekvensen eller resultatet. Den yttre motivationen saknar hållbarhet och fungerar främst kortsiktigt. Den typ av motivation som är mest eftersträvd är den inre motivationen som handlar om att känna tillfredsställelse av uppgiften i sig då man upplever den som viktig, energigivande och intressant.

I en studie av Ball, et al., (2017) undersöktes relationen mellan Self-Determination Theory, vuxnas hinder till att träna och om deltagarna uppnådde Center for Disease Control and Preventions rekommendationer kring FA per vecka. De fann att de individer som uppnådde rekommendationerna upplevde lägre grad av hinder till att träna. De som inte uppnådde rekommendationerna uppgav tid, social påverkan, viljekraft, energi och färdigheter som de främsta hindren till att träna.

I en kvalitativ studie med 19 fokusgrupper av Thøgersen-Ntoumani et al. (2023) redogörs hinder och möjligheter för personer som är fysiskt inaktiva till att bli mer fysiskt aktiva. De hinder som upptäcktes i studien var fysiska begränsningar, åldrande, brist på kunskap, miljömässiga begränsningar, att det är för ansträngande och rädsla. Bland möjligheter till FA fanns bland annat tillgänglighet, uppmaning och påminnelse, normalisering till det aktiva valet och förändring från motvilligt övervägande till rutin. Dessa resultat stöds av Ndupu et al. (2023) som bland annat fann tillgänglighet, kunskap och sociala strukturer som faktorer som motiverar till FA.

I en annan studie av Jun et al. (2020) undersöktes fysisk aktivitetsnivå, motivationsfaktorer och hinder till FA bland kontorsarbetare i Selangor. De fann genomgående låg fysisk aktivitetsnivå bland deltagarna. De tre motivationsfaktorerna som nämndes som viktigast för

att vara fysiskt aktiv var fysiskt välmående, psykiskt välmående och förkunskap kring varför och hur man ska träna. De huvudsakliga upplevda hindren till att träna uppgavs vara trötthet efter jobbet, lathet, brist på disciplin, familjeangelägenheter och ogynnsamt väder. Studien påvisade även att deltagarna ägnade mer tid till FA om de hade högre motivation, medan de som upplevde fler hinder ägnade mindre tid till FA. Liknande svar kan ses i en undersökning av Eurobarometern 2022 där 27 medlemsländer i EU inkluderades. I undersökningen var det främsta hindret ”tidsbrist” som angavs av 41% av respondenterna, följt av ”brist på motivation eller är inte intresserad” och ”funktionsnedsättning eller sjukdom”. Vid frågan om vad som motiverar respondenterna till träning var ”För att förbättra hälsan” det mest frekventa svarsalternativet som angavs av 54%. Det andra mest valda alternativet var ”För att förbättra konditionen”, följt av ”För att koppla av” (Kantar, 2022).

2.2 Företagets perspektiv

Halling Ullberg et al. (2023) har undersökt hur företag i Sverige arbetar med hälsopromotion inriktad på FA. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med representanter från nio olika företag som fick dela med sig av nuvarande hälsopromoterande insatser, framtida visioner och potentiella hinder. Resultatet visade att personalhälsa, produktivitet och employer branding var de främsta orsakerna till hälsopromotion på arbetsplatsen. Företagets engagemang beskrivs vara av stor vikt vid utveckling av hälsopromoterande insatser och genom att reducera potentiella hinder kunna öka personalens deltagande i hälsoåtgärder inriktade mot FA.

Mellanchefernas roll i genomförandet av hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatsen undersöktes i en dansk studie av Justesen et al. (2017). Det visade sig att mellanchefer spelade en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet. Mellancheferna upplevde det dock svårt och var inte villiga att lägga ner tid för hälsofrämjande åtgärder dagligen. Studien beskriver att högre chefer måste prioritera planering och ge feedback på det hälsofrämjande arbetet för att underlätta för mellancheferna. Mellancheferna önskade ökad kunskap på området om detta skulle implementeras mer frekvent.

2.3 Medarbetarens perspektiv

Företagskultur och värderingar kan ha en stor påverkan på friskvårdsarbetets framgång. En undersökning av Smit et al. (2022) baserad på intervjuer mellan kollegor på en arbetsplats visade att det största hindret för att delta i friskvårdsprogram på arbetsplatsen var en dåligt

stöttande arbetsplatskultur och hälsopromotiva insatser som ej var i linje med personalens behov. Främjande faktorer för deltagande i friskvårdsprogram var stöttning från chefer och kollegor samt ekonomisk ersättning och utrymmen för friskvårdsaktiviteter. Stöttande sociala strukturer på arbetsplatsen kunde även ses som en bidragande faktor till ökad FA i en kvalitativ studie baserad på semistrukturerade intervjuer av Landais et al., (2022).

Personalens kunskap om hälsa, FA och stillasittande kan vara en betydande faktor vid hälsopromotionsinsatser för kontorsarbetare. Bidragande faktorer till minskat stillasittande på arbetstid identifierades som: arbetsrelaterad stress, inflexibla arbetstider, sociala normer och fysisk arbetsmiljö (Landais et al., 2022). För att öka deltagandet bör anställda vara delaktiga i utvecklingen av friskvårdsinsatser som implementeras på företaget (Smit et al., 2022). Anställdas delaktighet sågs även som en nyckelfaktor för utveckling av friskvårdsinsatser i en studie som genom fokusgrupper undersökte anställda och chefers uppfattning av friskvårdsprogram (Caperchione et al., 2016). Studien identifierade ett aktivt deltagande med tydliga roller för både anställda och chefer som en viktig del vid utvecklingen av företagets friskvårdsprogram. Väl implementerade friskvårdsprogram kan även leda till en företagskultur där personalen känner sig uppskattad genom att företaget värdesätter deras hälsa.

2.4 Interventioner på företag

Ett flertal interventionsstudier visar på förbättringar i prestation hos personer som exponeras för FA. En RCT-studie av von Thiele Schwarz och Hasson, (2011) som gjordes på tandläkare där de avsattes 2,5 timmar arbetstid till vila för ena gruppen och träning för den andra gruppen, sågs signifikanta ökningarna i självuppskattad produktivitet, ökad arbetskapacitet och minskad sjukfrånvaro hos gruppen som hade tränat. Ökad effektivitet mätt med antal patienter ökade hos båda grupperna. Positiva effekter av FA på prestationen beskrivs i en studie av van der Put et al. (2023) som visade på att de anställdas medvetenhet om de friskvårdserbjudanden relaterad till FA de har möjlighet att ta del av hade positiva effekter på prestationen i arbetet.

Vid friskvårdsinterventioner på företag kan någon typ av belöning användas i syfte att motivera deltagarna till FA. Mason et al. (2018) visar på att belöningar av monetärt värde har en positiv effekt på ökad FA vid interventioner på företag. I en interventionsstudie av

Reutman och Lewis (2019) användes välgörenhet som motivation för att engagera personal till FA. Studien visade på en ökad nivå av FA hos deltagarna under interventionen. I en RCT av Wang et al. (2022) exponerades deltagarna under sex månader för kognitiv beteendeterapi och gruppaktiviteter i syfte för att bland annat se hur det påverkar FA. Interventionen visade på att de deltagare som hade högre exekutiv funktion hade en högre förmåga att hantera arbetsrelaterad stress och hade även ett mer positivt resultat av FA och stillasittande under interventionen. Resultatet tyder på att kognitiv kontroll och stresshantering påverkar friskvårdsinterventionens effektivitet.

2.5 Behov av kunskap och kunskapslucka att fylla

Graden av stillasittande har ökat, speciellt inom tjänstesektorn i form av kontorsarbete. Ett flertal ovan nämnda studier visar på negativa hälsorisker vid långvarigt stillasittande och att både minskad tid i stillasittande och ökad grad av måttlig till intensiv FA kan ge positiva hälsoeffekter. Därför bör det ligga i arbetsgivares intresse att skapa förutsättningar till att främja FA för anställda kontorsarbetare. Tidigare nämnda interventionsstudier visar på ökad FA genom yttre påverkan som någon typ av belöning eller tävlingsmoment. I dessa studier är resultatet kortsiktigt och enligt Self-Determination Theory krävs en inre motivation för långsiktiga beteendeförändringar. I och med detta behövs mer kunskap kring vilken typ av friskvård relaterad till FA som vardagligt stillasittande individer skulle kunna tänka sig ta del av. Samt vad de ser för motivation och hinder för att utföra FA. Forskningen inom området är begränsad, inte minst i svensk kontext.

2.6 Det idrottsvetenskapliga ämnesområdet

Denna studie faller inom området *Idrottsvetenskap* då den behandlar ämnet FA i form av träning. Undersökningen avser att spegla beteende och attityder kring friskvårdsaktiviteter relaterad till FA som erbjuds av företag med kontorspersonal. Även hinder och motivation till FA kommer att undersökas.

3 Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka hur kontorsanställda med övervägande stillasittande arbete på företag i Stockholmsområdet nyttjar friskvård kopplad till fysisk aktivitet (FA). Vidare var syftet att undersöka önskat friskvårdsutbud samt hinder och motivation till FA, samt om ovan varierar mellan olika nivåer av självskattad total FA.

3.1 Frågeställningar

1. Hur ser utbudet och användandet av friskvård ut för kontorsanställda idag?
2. Skulle förändring av friskvårdsbidrag kunna påverka nivån av FA?
3. Vilken typ av friskvård skulle respondenterna vilja bli erbjudna på sin arbetsplats eller av sin arbetsgivare?
4. Vilka faktorer kan utgöra hinder eller motivation för att utföra FA?
5. Skiljer ovan frågeställningar mellan olika nivåer av självskattad total fysisk aktivitetsnivå?

4 Metod

Metoden bestod av en kvantitativ tvärsnittsstudie där en digital enkät användes för datainsamling. Metodvalet stöds av Trost och Hultåker (2016) som talar för en kvantitativ metod vid undersökning av frekvenser och att enkäter kan användas som mätinstrument för att ta reda på beteenden och åsikter.

4.1 Population

Populationen avser yrkesverksamma kontorsarbetare på företag i Stockholm. Med kontorsarbetare menas personer som främst har ett stillasittande arbete eller med inslag av rörelse, till exempel stående arbete. De som exkluderas i populationen är personer som har fysiskt krävande arbeten eller arbeten med fysiskt tunga inslag.

4.1.1 Urval

För en enklare och snabbare datainsamling gjordes ett bekvämlighetsurval av studiepopulation, då kontakt redan var etablerad med de företag som undersöktes. Samtliga företag i studien hade kontor i Stockholmsområdet där de flesta anställda och konsulter arbetade. Ett av företagen hade även anställda som var verksamma i Göteborg och Malmö, men hade möjlighet att besöka kontoret i Stockholm och ta del av de friskvårdsaktiviteter som företaget erbjöd. Både anställda och konsulter som arbetade på företagen fick möjlighet att svara på enkäten, oavsett kön och ålder. Kriterierna för att inkluderas i studiepopulationen var att respondenterna var svensktalande, då svenska var det språk som användes i enkäten, samt hade en mailadress på de företag enkäten skickades ut till. Ett ytterligare kriterium var att deltagarna skulle ha ett icke fysiskt krävande arbete.

Enkäten skickades ut till 307 individer på två olika arbetsplatser den 13:e samt 18:e december 2023 och kunde besvaras fram till 22 januari 2024. En påminnelse om att svara på enkäten skickades ut 2:a januari 2024. Den förväntade svarsfrekvensen på en enkätstudie brukar vara ca 50–75% för en postenkät, dock är svarsfrekvensen betydligt lägre vid en digital enkät som skickas ut per e-mail enligt Trost och Hultåker (2016). En meta-analys av Weigold et al. (2019) visar på nära en halvering av svarsfrekvensen för elektroniska enkäter jämfört med pappersenkäter som fylls i för hand. Därav beräknades en förväntad svarsfrekvens på 25–40% i denna studie.

4.2 Enkät

Enkäten utformades med hjälp av böckerna *Enkäter* (Hagevi & Viscovi, 2016) *Enkätboken* (Trost & Hultåker, 2016) och *Frågor och svar - om frågekonstruktion i enkät- och intervjuundersökningar* (SCB, 2016). En digital enkät användes som verktyg vid datainsamling då det är ett ekonomiskt och mindre tidskrävande alternativ än postenkät (Hagevi & Viscovi, 2016). Se Bilaga 2 och 3 för fullständig enkät och följebrev.

4.2.1 Standardisering och strukturering

I denna studie utformades en standardiserad enkät med fasta svarsalternativ för att underlätta för en kvantitativ analys av resultatet. Enligt Trost och Hultåker (2016) är hög standardisering av stor betydelse vid enkätstudier för att resultatet ska kunna generaliseras till hela populationen. Enkäten ska se lika ut för alla och skickas ut till hela populationen samtidigt för att minska risken att dessa faktorer kan påverka hur enkäten besvaras. Dock finns det faktorer som ej går att påverka, till exempel vilket humör deltagaren är på eller vilken miljö denne befinner sig i när enkäten besvaras. Trost och Hultåker (2016) förklarar att begreppet *strukturering* kan ha två olika innebörder. Att formuläret i sin helhet innefattar samma ämnesområde eller att själva enkätfrågorna är strukturerade genom fasta svarsalternativ. Kvantitativa undersökningar hamnar ofta inom ramen för hög standardisering och hög strukturering. För en tydlig struktur delades enkäten upp i fyra delar: *Bakgrundsfrågor*, *FA och stillasittande*, *Friskvård* samt *Hinder/Motivation*.

4.2.2 Följebrev

Vid utskick av länk till enkäten formulerades ett kortfattat följebrev med information om studien och vad undersökningen gick ut på (se Bilaga 2). Det framgick även vem som utförde undersökningen, tillsammans med kontaktuppgifter, att deltagande var frivilligt samt

information kring konfidentialitet. Utformningen av brevet följde den struktur som standardiserats i ett flertal källor (Trost & Hultåker 2016; Hagevi & Viscovi, 2016; SCB, 2016).

4.2.3 Fråge- och svarsformulering

Formulering av frågor och svarsalternativ är av stor betydelse för att minska risken för att respondenterna ska missuppfatta frågorna. Om detta sker kan reliabiliteten bli lägre i och med att slumpmässiga fel uppstår (Hagevi & Viscovi, 2016). Enkätfrågorna bör ha fasta svarsalternativ för att underlätta analysarbete och framtagandet av kvantitativa data (Hagevi & Viscovi, 2016). Öppna svarsalternativ i enkätfrågor kan vara omständligt för de som svarar på enkäten (Trost & Hultåker, 2016). Därav har svaren för undersökningen i denna studie i så hög grad som möjligt bestått av fasta svarsalternativ. Nedan beskrivs hur enkätfrågor och svarsalternativ formulerats inom kategorierna: *Bakgrundsfrågor*, *Frågor om FA* och *stillasittande* samt *Frågor kring friskvård och hinder/motivation*.

4.2.3.1 Bakgrundsfrågor

I enkäten ställdes bakgrundsfrågor om *kön*, *ålder*, *utbildningsnivå* och *anställningsform* (*anställd eller konsult*) på företaget. Dessa typer av frågor benämner Trost och Hultåker (2016) som sakfrågor. Sakfrågor är de frågor som avser faktiska förhållanden och svaren påverkas inte av yttre eller inre faktorer hos respondenten, som till exempel humör och omgivning. Bakgrundsfrågorna ställdes i syfte att få en uppfattning om studiepopulationens egenskaper. Att undersöka skillnader mellan kön, ålder och utbildningsnivå är vanligt förekommande inom studier om FA (Brattlöf et al., 2023; Ekblom-Bak et al., 2022; Sagelv et al., 2023). Frågor som kön, ålder, utbildning och yrke kan även vara bra att ta med för att redogöra för graden av homogenitet eller heterogenitet inom den grupp som studeras (Hagevi & Viscovi, 2016). För att verifiera att respondenten ingick i målgruppen och hade ett stillasittande arbete användes frågan *Hur fysisk ansträngande är ditt arbete?* Denna fråga har använts sedan 1980-talet i syfte att göra hälsoprofilbedömningar (HPI Health Profile Institute AB, 2024)

4.2.3.2 Frågor om fysisk aktivitet och stillasittande

Frågor gällande FA och stillasittande inkluderades för att ta reda på deltagarnas självskattade aktivitetsnivå. De frågor som valdes ut är rekommenderade i FYSS 2021 för mätning av FA och stillasittande, se fråga 6–8 i Bilaga 3 (Hagströmmer et al., 2021). Samtliga frågor hade

kategoriska fasta svarsalternativ. De två frågorna gällande tid till FA och vardagsmotion (fråga 6-7, Bilaga 3) är validerade mot frågor med öppna svarsalternativ där de kategoriska svaren hade högre grad av validitet (Olsson et al., 2016). Självskattat stillasittande (fråga 8, Bilaga 3) mättes med en fråga som benämns som SED-GIH. Denna fråga har uppvisat en hög reliabilitet men låg validitet då tid för stillasittande ofta underskattas. SED-GIH har en liknande grad av validitet och reliabilitet som andra ofta förekommande frågor kring självskattat stillasittande (Larsson et al., 2019).

4.2.3.3 Frågor kring friskvård och hinder/motivation

Vid mätning av friskvård relaterad till FA och kringliggande faktorer följdes en struktur som exemplifieras av Hagevi och Viscovi (2016) med en modell av Ottar Hellevik (1984). Helleviks modell utgår från en egenskap som sedan bryts ner till dimensioner, variabler och slutligen frågor/svarsalternativ. Genom att tillämpa detta kunde begreppet *Friskvård relaterad till fysisk aktivitet* och *Fysisk aktivitet* delas in i *dimensioner* och i *variabler* enligt Tabell 1 nedan. Dessa variabler kunde sedan operationaliseras till frågor för att ge svar till studiens frågeställningar.

Tabell 1: Operationalisering av enkätfrågor utifrån begreppen; Egenskap, Dimension och variabler, (Helleviks modell).

Egenskap	Dimension	Variabler
Friskvård relaterad till Fysisk aktivitet	Utbud	Friskvårdsbidrag
		Friskvårdsförmåner
	Användande	Friskvårdsbidrag
		Friskvårdsförmåner
	Hypotetiskt användande	Friskvårdsbidrag
		Friskvårdsförmåner
Fysisk aktivitet	Faktorer för utförande	Hinder
		Motivation

För frågor kring utbud och använde av friskvård fanns en risk att inget av de fasta svarsalternativen lämpade sig för den som svarade på enkäten. Därav valdes ett öppet svarsalternativ som komplement till de fasta alternativen. Denna typ av svarsformulering stöds av Hagevi och Viscovi (2016). Många av frågorna hade även alternativet ”vet ej” eller ”vill inte svara” för att inte respondenterna skulle känna sig tvingade att ange ett alternativ

som inte stämde eller avbryta enkäten för att det inte gick att komma vidare. SCB (2016) skriver att respondenter i vissa fall kryssar i svaret ”vet ej” för att snabbare ta sig igenom enkäten. Detta togs i beaktning vid utformning av svarsalternativen. Dock beaktades även risken att respondenten skulle missa en fråga, vilket medförde att frågorna krävde obligatoriskt svar för att det skulle gå att komma vidare i enkäten. Respondenterna fick därmed göra ett aktivt val att inte svara genom att fylla i alternativet ”vet ej” eller ”vill ej svara”.

För frågorna gällande hinder och motivation skapades fasta svarsalternativ utifrån tidigare undersökning av Eurobarometern (Kantar, 2022). Svarsalternativet ”Inget” togs med ifall de inte fanns något alternativ som passade den som svarade på enkäten. Trost och Hultåker (2016) anser att ett sådant alternativ bör finnas med då svarsalternativen ska vara helt uttömmande. Även alternativet ”Annat” kunde väljas där respondenten själv fick fylla i ett svar om inget av de övriga alternativen ansågs lämpliga.

4.3 Validitet och reliabilitet

För att säkerställa en god validitet och reliabilitet av enkäten utfördes ett pilottest där ett flertal personer som inte var tilltänkta deltagare fick läsa igenom och svara på frågorna, vilket rekommenderas av Hagevi och Viscovi (2016) även vid mindre undersökningar. Efter avslutat test återkopplade pilotdeltagarna med synpunkter på om något var otydligt, svårt att förstå eller svara på. Med hjälp av detta justerades enkäten innan den skickades ut till den tänkta studiepopulationen.

4.4 Bias

Selection bias (urvalsfel), betyder att studiepopulationen inte representerar målgruppen. Detta kan förekomma vid frivilligt deltagande där det kan finnas ett större engagemang att delta om individen redan har ett intresse inom de ämne som undersöks (Alexander et al., 2014). För frågor kring FA och stillasittande kan det uppstå *social-desirability bias*. I en review-artikel av Krumpal (2013) beskrivs *social-desirability bias* som en typ av svarsbias där respondenten tenderar att välja ett svar som anses vara mer positivt av andra. Anonyma enkätundersökningar minskar risken för *social-desirability bias* jämfört med personliga intervjuer. Dock fann Brenner och DeLamater (2014) i en självadministrerad enkätstudie att nästan 50% av respondenterna överskattade sin träningsfrekvens.

Recall-bias i form av mätfel kan förekomma om personer ska skatta frekvens av ett beteende då frågan kan tolkas på olika sätt (SCB, 2016). Frågan om hur mycket tid respondenten lägger på fysisk träning varje vecka kan vara enklare att svara på än att skatta hur mycket tid som personen är stillasittande på en dag. Vid skattning av stillasittande är det möjligt att vissa aktiviteter glöms bort, som till exempel transport till och från jobbet. I en studie av Larsson et al. (2019) var det över 40% som underskattade och mer än 22% som överskattade sitt stillasittande vilket tyder på en låg validitet för denna typ av frågor.

4.5 Hypotetiska frågor

Hypotetiska frågor har ofta en låg reliabilitet då det kan vara svårt för respondenterna att förutsäga ett framtida beteende, speciellt om de inte har någon tidigare erfarenhet av situationen. Hypotetiska frågor bör därför användas i syfte att undersöka hur respondenterna tror att det kommer bli och inte hur det faktiskt kommer bli (SCB, 2016). I den här studien användes hypotetiska frågor för att ta reda på om friskvårsbidraget påverkar nivån av FA, vilka typer av friskvårdsaktiviteter respondenterna skulle vilja ta del av, samt vad det skulle kunna finnas för hinder/motivation till FA. Då det inte finns någon säkerhet kring hur det faktiskt skulle kunna bli tolkades resultaten för dessa frågor som en indikation eller riktning på vilka faktorer som skulle kunna ge stöttning till ökad eller bibehållen FA.

4.6 Etiska överväganden

Vid etiska överväganden följdes de anvisningar som angetts av SCB (2016), Trost och Hultåker, (2016) samt Hagevi och Viscovi (2016). Länken till enkäten skickades ut tillsammans med en text som presenterade undersökningen, förklarade syftet samt lagring och användning av svaren. Det informerades även om att det var frivilligt att delta undersökningen och att deltagandet var anonymt. Enkäten hanterade ett ämne av mindre känslig karaktär vilket medförde en låg risk att frågorna skulle uppfattas som kränkande för deltagarna. Medgivande gavs genom att respondenten klickade på länken och fyllde i enkäten.

Då ett flertal påminnelser kan ses som påträngande för personer som inte vill svara på enkäter och bör av etiska skäl begränsas togs beslut om att endast skicka ut en påminnelse för enkäten (SCB, 2016).

4.7 Risker och problem

Det största problemet som uppstod vid datainsamlingen var en relativt låg svarsfrekvens, vilket skulle kunna leda till typ-2 fel där nollhypotesen förkastas trots att den är korrekt (Bryman, 2011). Detta kunde bero på att tiden då enkäten skickades ut var en väldigt stressig period för många både privat och i arbetslivet. Det var även svårt för många att komma åt enkäten på arbetet p.g.a. en hög IT-säkerhet i form av brandväggar. Den låga svarsfrekvensen hanterades genom att ytterligare ett företag rekryterades. Eftersom enkäten var helt anonym att besvara samlades inga mailadresser in vilket betyder att det var möjligt för en respondent att svara flera gånger: Dock sågs detta inte som någon större risk.

4.8 Datainsamlingssystem

Efter jämförelser med ett flertal datainsamlingssystem bestämdes att Google Forms skulle användas till utformning och svarsinsamling av enkäten. Viktigt för datainsamlingssystem är säkerheten gällande sekretess och informationsutbyte, vilket Google Forms beskriver på sin hemsida att de är branschledande inom (Google, 2023). Google Forms använder lagring som är molnbaserad, vilket minskar risken för att enheter ska utsättas för skadliga program. Detta medför även att programmet är begränsat till onlineläge, vilket inte ansågs som ett problem för undersökningen. En viktig aspekt gällande val av datainsamlingssystem är hur avancerade de är att använda sig av, samt vilka funktioner som finns att använda i utformandet av enkäten. Google Forms var enkelt att använda och hade de vanligaste funktionerna. Dock saknades mer avancerade funktioner som hade använts om möjligt. Ytterligare en aspekt är kostnad för datainsamlingssystem, Google Forms var kostnadsfritt. Slutligen kunde Google Forms ge grafer över den data som inkommit, det var dessutom kopplat till kalkylark som gav data på ett tydligt och strukturerat sätt. (Google, 2023)

4.9 Statistiska analyser

Innan analys av datainsamling har svarsalternativ för vissa frågor kategoriserats för en tydligare redovisning av resultatet.

4.9.1 Gränsvärden och kategorisering

Nedan anges hur respondenterna kategoriserats inom variablerna utbildning, stillasittande och fysisk träning och vardagsmotion.

De sex svarsalternativen för utbildningsnivå delades in i tre grupper: *Låg*, *Medel* och *Hög* utbildningsnivå. Kategorin *Låg* innefattar utbildning till och med gymnasienivå. *Medel* avser viss eftergymnasialutbildning (mindre än 3 år) och *Hög* inkluderar studier om minst tre år på högskola eller universitet.

Det finns ett kurvlinjärt samband mellan stillasittande och förtida död där risken ökar exponentiellt vid över åtta timmars sittande per dag. Detta påvisas i en meta-analys av Patterson et al., (2018) som studerat 34 artiklar med över 1,3 miljoner deltagare och sett ett samband mellan högt stillasittande (8 timmar per dag) och förtida död. En metanalys av Ekelund, et al., (2019) visade på en ökad risk för förtida död vid 9,5 timmar dagligt stillasittande. Utifrån tidigare forskning delades självskattat stillasittande in i tre grupper: *Lågt stillasittande* (upp till 6 timmar per dag), *Medel stillasittande* (7-9 timmar per dag) och *Högt stillasittande* (över 10 timmar per dag).

I en valideringsstudie av Socialstyrelsens frågor om självskattad fysisk träning och vardagsmotion anges ett gränsvärde där svarskombinationen av de två frågorna motsvarar rekommenderad FA. Svarkategorierna för frågorna gällande tid till fysisk träning och tid till vardagsmotion har kategoriserats med en siffra. Dessa räknas ihop för ett totalt resultat där fysisk träning väger dubbelt mot vardagsmotion vilket ger: $\text{Aktivitetsminuter} = 2 \times \text{fysisk träning} + \text{vardagsmotion}$. De självskattade frågorna är validerade med hjälp av accelerometer och visar på en överrapportering av både vardagsmotion och fysisk träning. Gränsvärdet för självskattad FA är enligt studiens validering ≥ 11 och personer som får ett lägre värde kommer inte upp i Folkhälsomyndighetens rekommendationer (Kallings, 2019).

I denna studie delades respondenterna in i tre grupper efter självskattad tid till FA. Första gruppen bestod av de som skattat ett resultat som enligt tidigare valideringsstudie av Kallings (2019) inte uppfyller rekommendationerna för FA. Gruppen som enligt valideringsstudien uppfyller rekommendationerna för FA delades upp i två grupper (Kallings, 2019). Detta för att undersöka om det fanns några skillnader mellan de som skattade högt på skalan jämfört med de som skattade lågt. Respondenter vars sammanlagda svar < 11 grupperades som *Låg FA*. Ett svarsresultat på 11–15 grupperades som *Medel FA* och resultat > 15 som *Hög FA*. Figur 1 visar en modell som tydliggör för kategoriseringen av de tre grupperna.

		Vardagsmotion							
		1	2	3	4	5	6	7	
Fysisk träning	min	0	<30	30-60	60-90	90-150	150-300	>300	
	1	0	3	4	5	6	7	8	9
	2	<30	5	6	7	8	9	10	11
	3	30-60	7	8	9	10	11	12	13
	4	60-90	9	10	11	12	13	14	15
	5	90-120	11	12	13	14	15	16	17
	6	>120	13	14	15	16	17	18	19

Figur 1. Gränsvärden FA och vardagsmotion.

4.9.2 Analyser av datainsamlingen

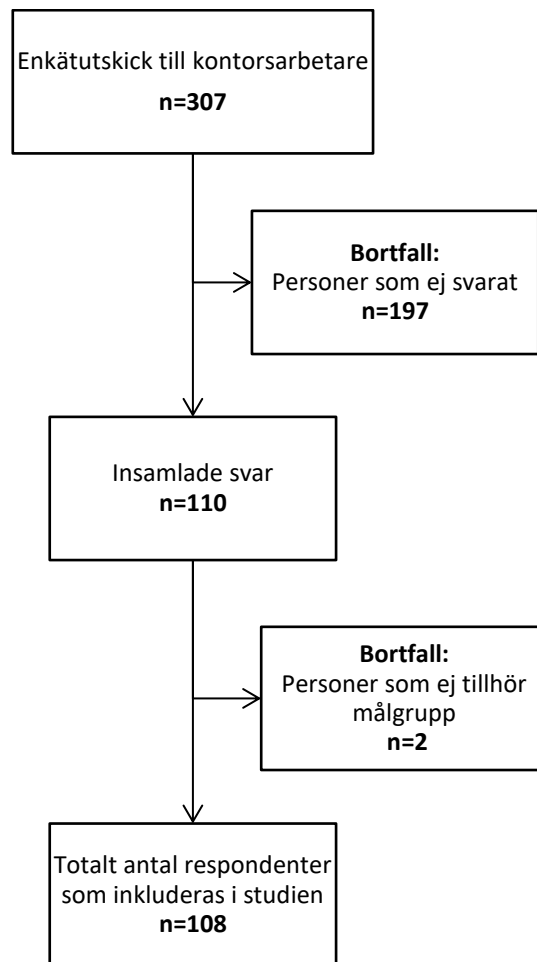
För att analysera insamlade data användes statistikprogrammet SPSS (version 29.0.2.0 (20)). Samtliga analyser utfördes med ett konfidensintervall på 95%, vilket ger en signifikansnivå på $p < 0,05$. Denna signifikansnivå ger en högre risk för typ-1 fel vilket betyder att nollhypotesen förkastas trots att den är sann. För att undvika typ-1 fel bör en signifikansnivå på $p < 0,01$ tillämpas (Bryman, 2011). Dock är studiepopulationen i denna studie relativt låg vilket kan leda till ökad risk för typ-2 fel, därav valdes en signifikansnivå på $p < 0,05$.

En beskrivande analys över den totala studiepopulationens egenskaper samt egenskaperna för de tre grupperna *Låg FA*, *Medel FA*, *Hög FA* presenterades i tabellform. Histogram användes för att se normalfördelning över ålder både för totala studiepopulationen och de tre FA-grupperna. Chi-två-test användes för att undersöka signifikanta skillnader för de nominala variablerna (Bryman, 2011) och Oneway ANOVA (Seltman, 2018) användes för kvotdata och ordinala variabler. Tukey-test användes för att särskilja mellan vilka grupper signifikans kunde säkerställas för de variabler som testats med Oneway ANOVA (Seltman, 2018). Z-test utfördes för att särskilja signifikans mellan grupperna vid analyserna med chi-två-testet (Bryman, 2011). Chi-två-test användes även för att se om det fanns signifikanta skillnader mellan hur FA-grupperna svarat på enkätfrågorna om utbud, användande och önskat användande av friskvårdsbidrag och friskvårdsförmåner, samt hinder och motivation till att vara fysiskt aktiv. För flersvarsfrågorna har p-värdet justerats med Bonferroni-metoden för att minska risken för typ-1 fel (Foster et al., 2018).

5 Resultat

Ett e-mail med följebrev och länk till enkäten skickades ut till $n=307$ anställda på de två olika företagen. Totalt svarade $n=110$ respondenter vilket gav en svarsfrekvens på 36% och ett

bortfall på n=197. Av svaren som kom in var det två respondenter som inte uppfyllde kriterierna då de uppgav ett fysiskt krävande arbete. Antal svar som inkluderades i studien blev därmed n=108, vilket gav en svarsfrekvens på 35%. Flödesschema med antal svar och bortfall redovisas i Figur 2 nedan.



Figur 2. Flödesschema över datainsamling och bortfall.

Av de 108 svar som inkluderades i studien var n=65 (60%) män och n=43 (40%) kvinnor. Medelåldern för deltagarna var 45 år, där den yngsta respondenten var 25 år och den äldsta 65 år. Åldern för den totala studiepopulationen var normalfördelad vilket konstaterades med ett histogram, Bilaga 4. För tid till FA skattade n=33 (31%) låg FA, n=36 (33%) medel och n=39 (36%) skattade Hög FA. Det förekom inga signifikanta skillnader mellan grupperna *Låg FA*, *Medel FA* och *Hög FA*, förutom tid i stillasittande ($p=0,01$) där signifikans kunde ses mellan *Medel FA* och *Hög FA* ($p=0,009$). En deskriptiv analys av studiepopulationen redogörs i tabell 2.

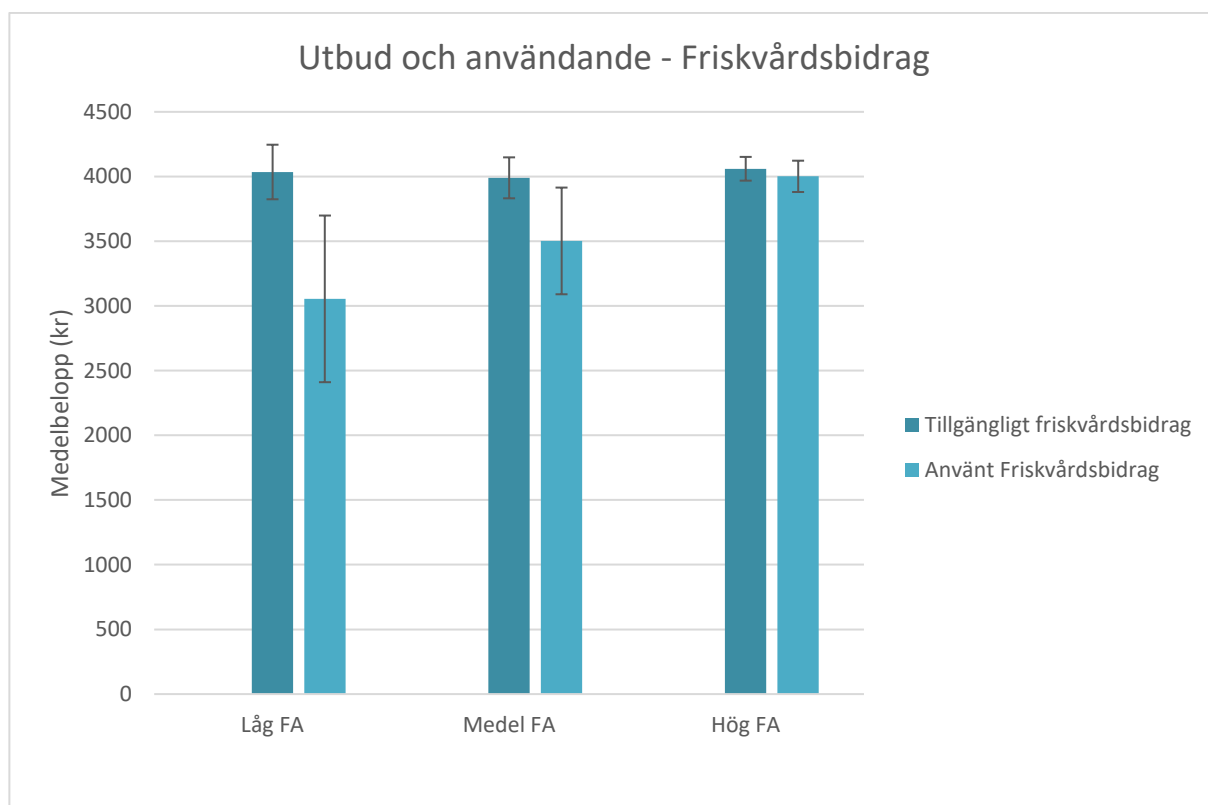
Tabell 2. Studiepopulationens egenskaper och gruppering utifrån FA. Presenteras i antal, (procent) samt p-värde för hur varje variabel skiljer sig mellan de tre olika grupperna av FA. Ålder presenteras som medelvärde och (SD).

Variabel		Totalt	Låg FA	Medel FA	Hög FA	P-värde
n		108 (100)	33 (100)	36 (100)	39 (100)	
Kön						0,094
	Man	65 (60)	20 (61)	17 (47)	28 (72)	
	Kvinna	43 (40)	13 (39)	19 (53)	11 (28)	
Ålder						0,155
	Medelålder	45,4 (SD 9,6)	43,8 (SD 8,7)	47,9 (SD 8,5)	44,4 (SD 10,9)	
Anställningsform						0,491
	Anställd	96 (89)	27 (82)	33 (92)	36 (92)	
	Konsult	11 (10)	5 (15)	3 (8,3)	3 (7,7)	
	Saknas	1 (0,9)	1 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Utbildningsnivå						0,418
	Låg	41 (37)	13 (39)	17 (47)	11 (28)	
	Medel	27 (25)	9 (27)	8 (22)	10 (26)	
	Hög	39 (36)	11 (33)	11 (31)	17 (46)	
	Vill ej svara	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	
Tid i stillasittande						0,01
	Låg	28 (26)	8 (24)	6 (17)	14 (36)	
	Medel	37 (34)	10 (30)	10 (28)	17 (44)	
	Hög	43 (40)	15 (45)	20 (56)	8 (21)	

5.1 Utbud och användande – Friskvårdsbidrag

Av de 108 kontorsarbetarna var det 105 (97%) respondenter som svarade att de fick friskvårdsbidrag av sin arbetsgivare. Av de som fick friskvårdsbidrag var det n=86 (82%) som använde hela friskvårdsbidraget till FA. Användandet av friskvårdsbidraget var högre ju mer fysiskt aktiv respondenterna ansåg sig vara. I gruppen *Låg FA* använde n=25 (86%) friskvårdsbidraget till FA, och n=21 (72%) svarade att de använde hela friskvårdsbidraget till FA. I gruppen *Medel FA* använde n=34 (94%) friskvårdsbidraget till FA, och n=29 (81%) svarade att hela friskvårdsbidraget gick till FA. För gruppen *Hög FA* använde samtliga respondenter n=39 (100%) friskvårdsbidraget till FA, där n=38 (97%) angav att hela friskvårdsbidraget användes till FA. Resultatet för hur många som använde hela eller delar av friskvårdsbidraget till FA saknade signifikans mellan de tre grupperna ($p=0,058$) dock sågs en signifikant skillnad mellan *Låg FA* och *Hög FA* ($p=0,045$). Signifikans förekom däremot mellan hur stor andel i procent av friskvårdsbidraget som nyttjats av de olika grupperna ($p=0,013$).

Vid frågan hur mycket de fick i friskvårdsbidrag svarade n=92 (85%) på frågan. Medelvärdet för hela populationen var 4030 kr (SD 410; Min-Max 2000 kr – 5000 kr). Vid frågan om hur mycket av friskvårdsbidraget som användes till FA svarade n=97 (92%) att de helt eller delvis använde friskvårdsbidraget till FA, n=6 (5,7%) svarade att de inte använde friskvårdsbidraget till FA och n=2 (1,9%) valde att inte svara på frågan medan n=3 (2,9%) uppgav att de inte fick friskvårdsbidrag. Medelvärdet för användande var 3561 kr (SD 1168; Min-Max 0 kr – 5000 kr). Medelvärdet av erhållet friskvårdsbidrag för *Låg FA* (n=27, 82%) uppgavs till 4035 kr, *Medel FA* (n=30, 83%) 3990 kr och *Hög FA* (n=35, 90%) 4060 kr. Ingen signifikant skillnad sågs mellan grupperna (p=0,792). Vid frågan om användande av friskvårdsbidrag för FA uppgavs medelvärde för gruppen *Låg FA* 3055 kr, *Medel FA* 3503 kr och *Hög FA* 4001 kr. Signifikant skillnad fanns mellan grupperna *Låg FA* och *Hög FA* (p=0,004). Figur 3 visar förhållandet mellan utbud och använde av friskvårdsbidrag för de tre grupperna.



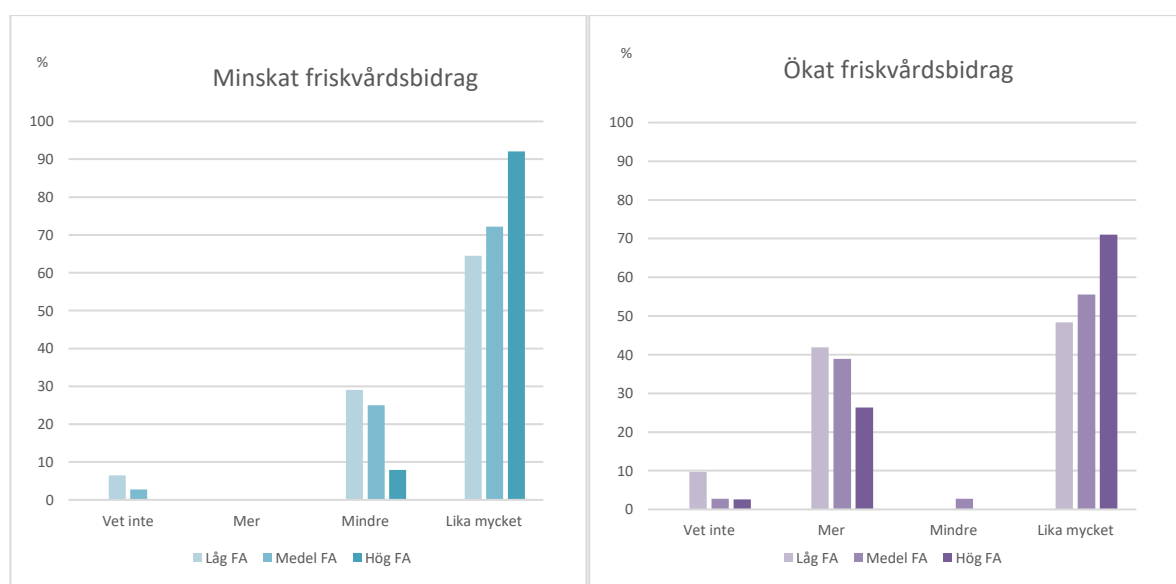
Figur 3. Utbud och användande – Friskvårdsbidrag. Det medelbelopp som respondenterna får i friskvårdsbidrag samt hur mycket i snitt som används till FA.

5.2 Hypotetisk förändring – Friskvårdsbidrag

Av de 105 (97%) respondenter som svarat att de fick friskvårdsbidrag av sin arbetsgivare svarade samtliga på frågorna om hur de skulle förändra sin träningsnivå utifrån minskat eller

ökat friskvårdsbidrag. Vid frågan om minskat friskvårdsbidrag svarade n=21 (20%) att de skulle träna mindre än tidigare och n=81 (77%) angav att de skulle fortsätta träna lika mycket om friskvårdsbidraget minskade. Vid frågan om ökat friskvårdsbidrag svarade n=37 (35%) att de skulle träna mer om bidraget ökade och n=62 (59%) angav att de skulle träna lika mycket som tidigare.

Vid frågan om respondenterna skulle träna mer, mindre eller lika mycket om friskvårdsbidraget minskade svarade n=31 (94%) i *Låg FA*, n=36(100%) i *Medel FA* och n=38 (97%) i *Hög FA*. Figur 4 visar hur de tre grupperna svarat på frågorna om hur deras träningsnivå skulle förändras efter förändringar i friskvårdsbidrag. På frågan om hypotetiskt minskat friskvårdsbidrag visades signifikant skillnad i resultatet mellan grupperna (p=0,02). Skillnaden fanns mellan *Låg FA* och *Hög FA* (p=0,017). Vid frågan om respondenterna skulle träna mer, mindre eller lika mycket om friskvårdsbidraget höjdes kunde ingen signifikant skillnad urskiljas mellan grupperna (p=0,121).



Figur 4. Hypotetisk förändring av FA vid förändring av Friskvårdsbidrag.

5.3 Utbud och användande – Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag)

Av de 108 respondenterna svarade n=103 (95%) på frågan om vilka friskvårdsaktiviteter som respondenterna blev erbjudna av sin arbetsgivare eller på sin arbetsplats och n=5 (5,0%) valde att inte svara. Det alternativ som förekom främst var ”Startavgift för lopp och tävlingar” som angavs av n=43 (42%) respondenter. N=23 (22%) svarade att de inte erbjöds någon

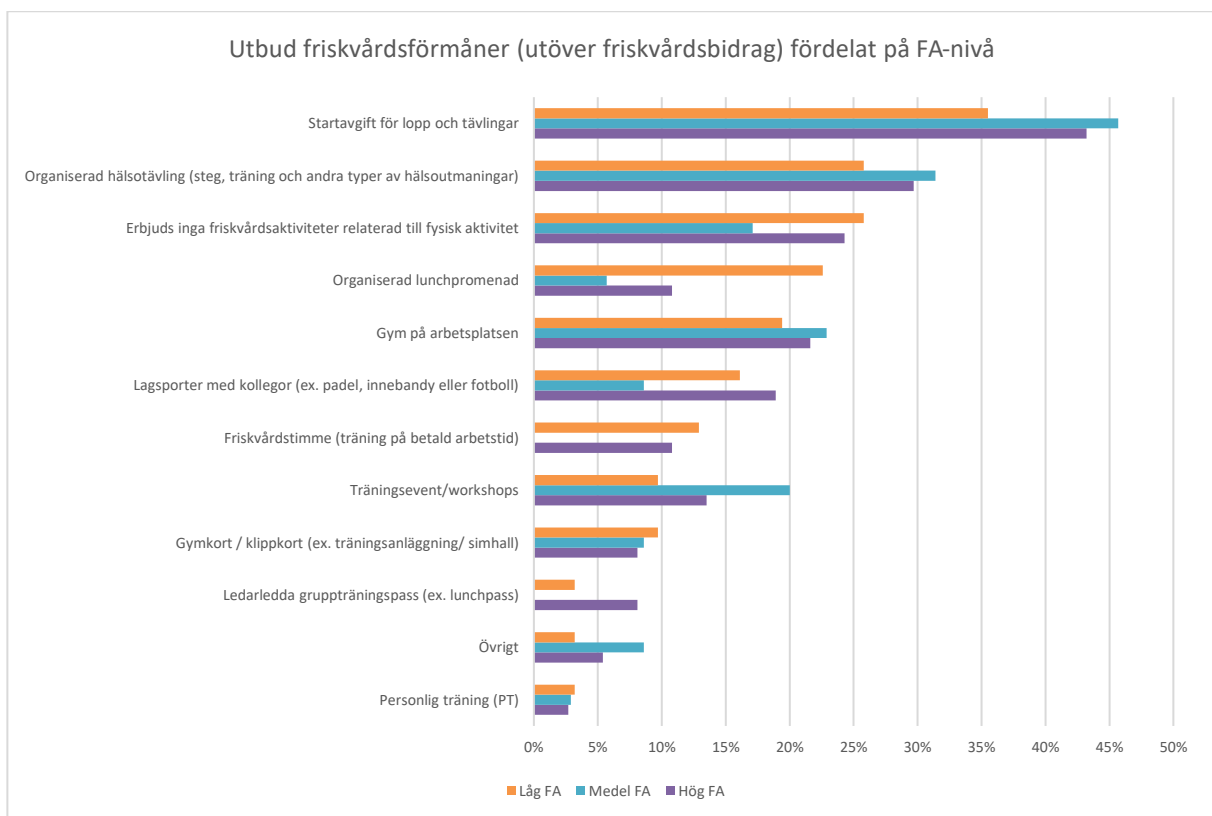
friskvårdsaktivitet relaterad till FA. Alternativet ”Övrigt” bestod av svaren *Friskvårdsresor, Milersättning för cykel och löpning, skidresa, träningskläder 500kr/år och Enligt Benify program*. De svar som inte avsåg FA (ex. massage) har inte tagits med i resultatet. Samtliga svar över vad deltagarna erbjuds för friskvårdsaktiviteter relaterade till FA kan ses i Tabell 3.

Vid frågan om vad för friskvårdsaktiviteter relaterade till FA som respondenterna deltar i exkluderades de respondenter som tidigare angivit att de inte erbjuds FA-relaterade friskvårdsaktiviteter. Totalt svarade n=82 (76%) på frågan kring användande av friskvårdsförmåner vilket gav ett bortfall med n=26 (24%). Bortfallet bestod av n=23 (22%) som tidigare svarat att de inte erbjuds friskvårdsaktiviteter relaterade till FA och n=3 (3,0%) som valde att inte svara på frågan. Det främsta svaret som angavs var ”Inget” n=37 (45%). Kategorin ”Övrigt” innehöll svaren *Skidresor* och *Resorna*. Sammanställning av svaren kan ses i Tabell 3.

Tabell 3. Utbud och användande – Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag).

Utbud och Användande - Friskvårdsförmåner	Utbud		Användande	
	Antal svar	Procent av antal svar	Antal svar	Procent av antal svar
Startavgift för lopp och tävlingar	43	42%	15	18%
Organiserad hälsotävling (steg, träning och andra typer av hälsoutmaningar)	30	29%	19	23%
Erbjuds inga friskvårdsaktiviteter relaterad till fysisk aktivitet	23	22%	-	-
Gym på arbetsplatsen	22	21%	5	6,1%
Träningsevent/workshops	15	15%	7	8,5%
Lagsporter med kollegor (ex. padel, innebandy eller fotboll)	15	15%	6	7,3%
Organiserad lunchpromenad	13	13%	10	12%
Gymkort / klippkort (ex. träningsanläggning/ simhall)	9	8,7%	5	6,1%
Friskvårdstimme (träning på betald arbetstid)	8	7,8%	6	7,3%
Övrigt	6	5,8%	2	2,4%
Ledarledda gruppträningspass (ex. lunchpass)	4	3,9%	3	3,7%
Personlig träning (PT)	3	2,9%	2	2,4%
Inget	-	-	37	45%
Total	191	185%	117	143%

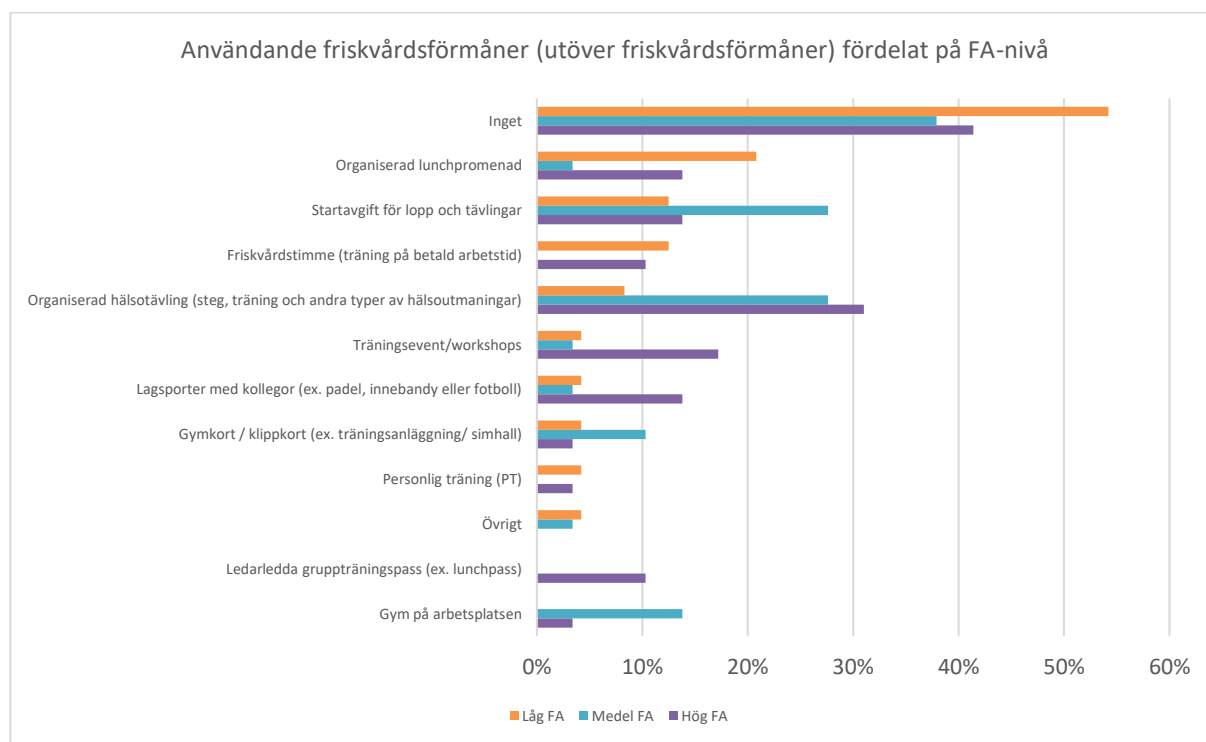
I gruppen *Låg FA* svarade n=31 (94%) på frågan om utbud av friskvårdsförmåner. Flest respondenter i *Låg FA* svarade ”Startavgift för lopp och tävlingar” n=11 (36%). Åtta respondenter (26%) svarade att de inte erbjuds några friskvårdsaktiviteter. I gruppen *Medel FA* svarade n=35 (97%) av respondenterna på frågan och mest förekomna svarsalternativet var ”Startavgift för lopp och tävlingar” n=16 (46%) Sex respondenter (17%) svarade att de inte erbjuds FA-relaterade friskvårdsaktiviteter. Gruppen *Hög FA* hade ett svarsdeltagande på n=37 (95%). Svarsalternativet som angavs av flest respondenter var ”Startavgift för lopp och tävlingar” n=16 (43%). Nio respondenter (24%) angav att de inte erbjuds friskvårdsaktiviteter relaterad till FA. Sammanställning av hur de tre grupperna svarat kan ses i Figur 5. Det förelåg ingen signifikant skillnad mellan hur grupperna svarat (Min-Max p=0,110–0,993).



Figur 5. Utbud friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag) fördelat på FA-nivå.

Vid frågan om användande av friskvårdsförmåner svarade n=24 (73%) i gruppen *Låg FA* med ett snitt på 1,3 svar per respondent. På frågan angav n=14 (54%) att de inte deltog i några friskvårdsaktiviteter. I gruppen *Medel FA* svarade n=29 (81%) på frågan med ett snitt på 1,3 svar per respondent. Flest respondenter svarade att de inte deltog i någon friskvårdsaktivitet n=11 (38%). I gruppen *Hög FA* svarade n=29 (74%) på frågan med ett snitt på 1,6 svar per respondent. Svarsalternativet ”Inget” angavs av n=12 respondenter (41%). Fördelning av

samtliga svar inom varje grupp redovisas i Figur 6 nedan. Ingen signifikans kunde urskiljas mellan hur de tre grupperna svarat på frågan (Min-Max p=0,065–0,594).



Figur 6. Användande av friskvårdsförmåner fördelat på FA-nivå.

5.4 Hypotetiskt användande – Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag)

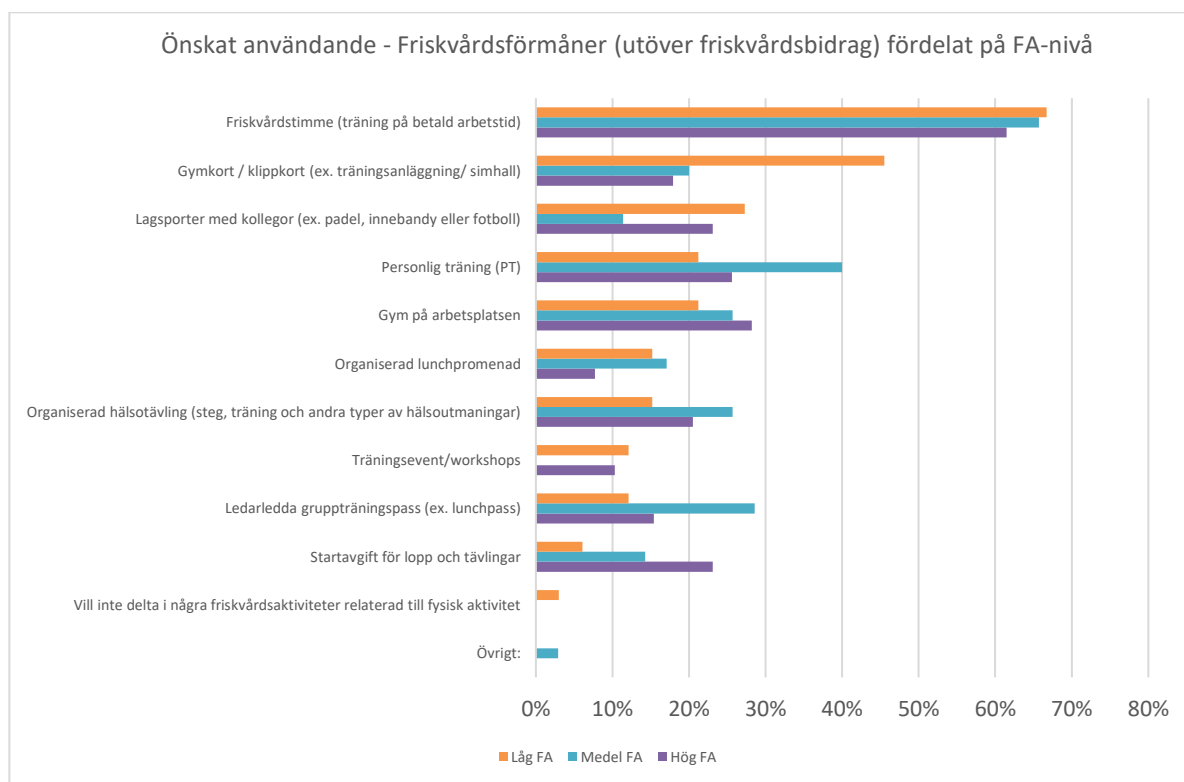
På frågan om vilka friskvårdsförmåner (förutom friskvårdsbidrag) som respondenterna skulle vilja ta del av svarade n=107 (99%) på frågan och en respondent (0,9%) svarade inte på frågan. Max tre svarsalternativ fick anges och i snitt kryssade respondenterna i 2,4 alternativ. Det mest frekventa svarsalternativet var ”Friskvårdstimme” som angavs av n=69 (64%) och endast en respondent (0,9%) svarade att den inte vill delta i någon friskvårdsaktivitet relaterad till FA. Hur den totala populationen svarade på frågan kan ses i tabell 4.

Tabell 4. Önskat användande Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag).

Önskat användande - Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag)	Antal svar	Procent av antal svar
Friskvårdstimme (träning på betald arbetstid)	69	64%
Personlig träning (PT)	31	29%
Gymkort / klippkort (ex. träningsanläggning/ simhall)	29	27%
Gym på arbetsplatsen	27	25%

Lagsporter med kollegor (ex. padel, innebandy eller fotboll)	22	21%
Organiserad hälsotävling (steg, träning och andra typer av hälsoutmaningar)	22	21%
Ledarledda gruppträningspass (ex. lunchpass)	20	19%
Startavgift för lopp och tävlingar	16	15%
Organiserad lunchpromenad	14	13%
Träningsevent/workshops	8	7,5%
Vill inte delta i några friskvårdsaktiviteter relaterad till fysisk aktivitet	1	0,9%
Övrigt:	1	0,9%
Total	260	243%

Vid frågan om önskat användande av friskvårdsförmåner svarade samtliga respondenter i grupperna *Låg FA* och *Hög FA* medan *Medel FA* hade ett bortfall med en respondent (2,6%). Antal angivna svar i snitt var för alla grupperna 2,5 svar per respondent. Fördelning av samtliga svarsalternativ för varje grupp redovisas i Figur 7. Alternativet ”Övrigt” innehöll endast *skidresor*. Signifikant skillnad mellan *Låg FA* och *Hög FA* kunde ses för alternativet ”Gymkort/Klippkort” ($p=0,015$). Ingen signifikant skillnad kunde urskiljas för de resterande alternativen (Min-Max $p=0,110-0,903$).



Figur 7. Önskat användande - Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag) fördelat på FA-nivå.

5.5 Hinder och Motivation

Samtliga 108 (100%) respondenter svarade på frågan om vad som hindrar eller skulle kunna hindra dem att vara fysiskt aktiva. Totalt angavs 183 svar vilket gav ett snitt på 1,7 svar per respondent. Främst angivna svar var ”Tidsbrist” som angavs av n=71 (66%), därefter angavs ”Det finns inga hinder för dig att vara fysiskt aktiv” n=30 (28%). Se Tabell 5 för sammanställning av svarsalternativen.

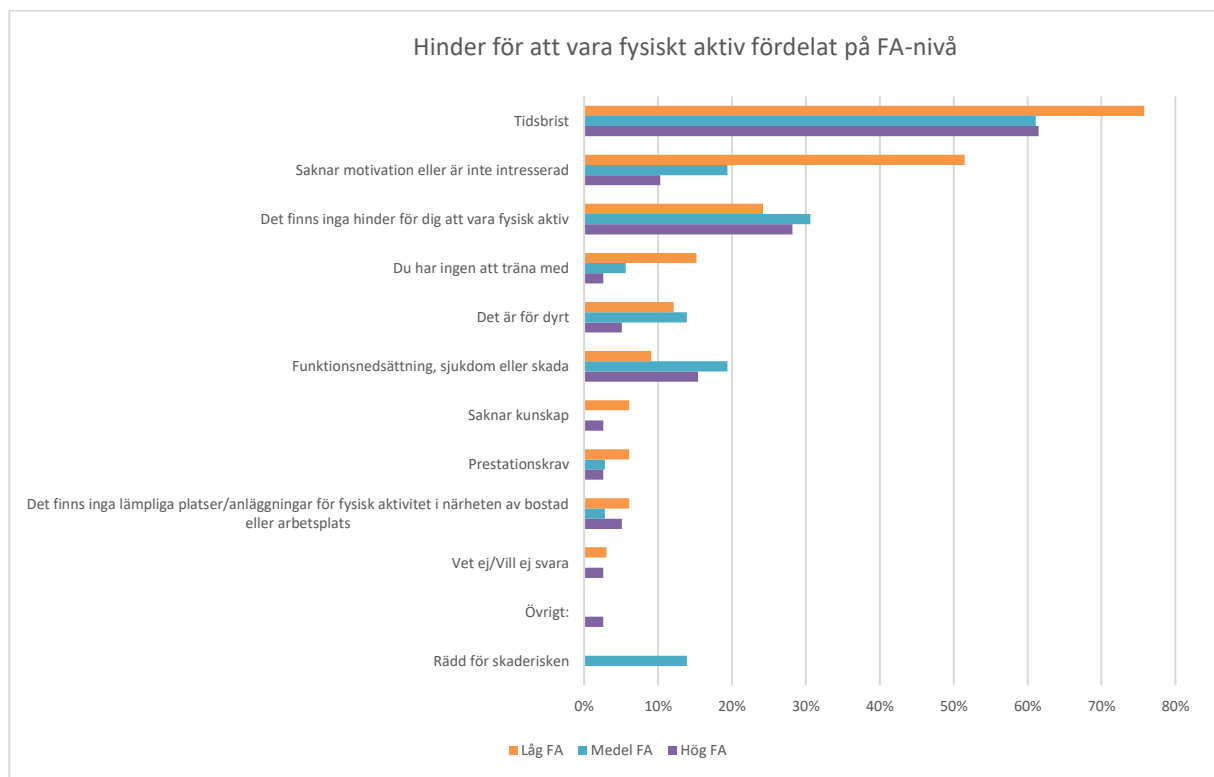
Tabell 5. Hinder till FA.

Hinder till fysisk aktivitet	Antal svar	Procent av antal svar
Tidsbrist	71	66%
Det finns inga hinder för dig att vara fysisk aktiv	30	28%
Saknar motivation eller är inte intresserad	28	26%
Funktionsnedsättning, sjukdom eller skada	16	15%
Det är för dyrt	11	10%
Du har ingen att träna med	8	7,4%
Rädd för skaderisken	5	4,6%
Det finns inga lämpliga platser/anläggningar för fysisk aktivitet i närheten av bostad eller arbetsplats	5	4,6%
Prestationskrav	4	3,7%
Saknar kunskap	3	2,8%
Vet ej/Vill ej svara	2	1,9%
Total	183	169%

På frågan om hinder angav *Låg FA* 69 svar, vilket gav ett snitt på 2,1 svar per respondent. Det främst angivna svaret inom *Låg FA* var ”Tidsbrist” n=25 (76%) därefter kom ”Saknar motivation eller är inte intresserad” n=17 (52%). Åtta (24%) respondenter svarade att det inte fanns några hinder att vara fysiskt aktiv. I gruppen *Medel FA* angavs 61 svar, vilket gav 1,7 svar per respondent. Det alternativ som angavs av flest respondenter var ”Tidsbrist” n=22 (61%). Svarsalternativet ”Det finns inga hinder för dig att vara fysiskt aktiv” angavs av n=11 (31%). *Hög FA* angav 54 svarsalternativ, 1,4 svar per respondent. ”Tidsbrist” var det främst angivna hindret med n=24 (62%) och n=11 (28%) respondenter angav att det inte fanns några hinder för dem att vara fysiskt aktiva. Figur 8 visar hur grupperna svarat på frågan om hinder till FA. Signifikanta skillnader sågs för svarsalternativet ”Saknar motivation eller är inte intresserad” mellan gruppen *Låg FA* och de andra två grupperna ($p < 0.001$). Signifikans sågs

även för alternativet ”Rädd för skaderisken” mellan *Medel FA* och *Hög FA* ($p=0,005$).

Resterande svarsalternativ kunde ej visa på signifikanta skillnader (Min-Max $p=0,111-0,840$).



Figur 8. Hinder för att vara fysiskt aktiv fördelat på FA-nivå.

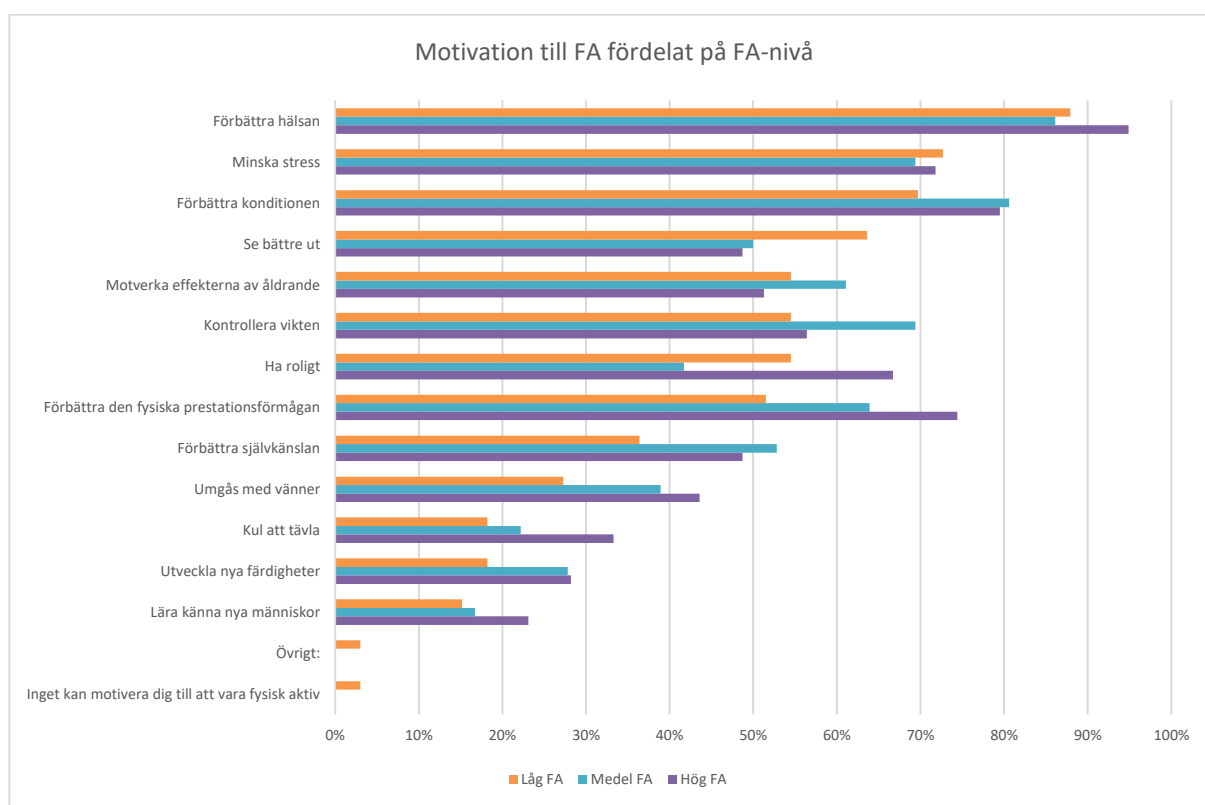
Vid frågan ”Vad motiverar eller skulle kunna motivera dig till att vara fysiskt aktiv?” svarade samtliga 108 (100%) respondenter. Totalt angavs 734 svar vilket gav ett snitt på 6,8 svar per respondent. Det alternativ som flest respondenter svarade var ”Förbättra hälsan” $n=97$ (90%). Kategori ”Övrigt” inkluderar svaret *Bättre sömn*. Se Tabell 6.

Tabell 6. Motivation till FA.

Motivation till fysisk aktivitet	Antal svar	Procent av antal svar
Förbättra hälsan	97	90%
Förbättra konditionen	83	77%
Minska stress	77	71%
Förbättra den fysiska prestationsförmågan	69	64%
Kontrollera vikten	65	60%
Motverka effekterna av åldrande	60	56%
Ha roligt	59	55%
Se bättre ut	58	54%

Förbättra självkänslan	50	46%
Umgås med vänner	40	37%
Utveckla nya färdigheter	27	25%
Kul att tävla	27	25%
Lära känna nya människor	20	19%
Inget kan motivera dig till att vara fysisk aktiv	1	0,9%
Övrigt:	1	0,9%
Total	734	680%

Vid frågan om motivation angav gruppen *Låg FA* i snitt 6,3 svar per respondent, *Medel FA* angav 6,8 svar per respondent och gruppen *Hög FA* 7,2 svar per respondent. Se Figur 9 för hur grupperna svarat på frågan om motivation till FA. Ingen signifikant skillnad kunde urskiljas mellan de tre grupperna (Min-Max $p=0,094-0,952$).



Figur 9. Motivation till FA fördelat på FA-nivå.

6 Diskussion

I denna studie på kontorsarbetare med övervägande stillasittande arbete i Stockholmsområdet, visar resultaten på att högre självskattad tid till FA medförde ett högre användande av friskvårdsbidrag för aktiviteter relaterade till FA. Därav sågs ett samband mellan självskattad

tid till FA och nyttjande av FA-relaterade friskvårdserbjudanden. De som uppgav sig vara minst aktiva visade sig vara som mest känsliga för förändringar av friskvårdsbidraget, där förändringar av friskvårdsbidraget hypotetisk även skulle leda till förändringar i nivå av FA. För de som ansåg sig vara högt fysiskt aktiva skulle inte en förändring av friskvårdsbidraget påverka nivån av FA i lika hög grad. Friskvårdstimme var den mest önskade friskvårdsförmånen (bortsett från friskvårdsbidraget) för samtliga deltagare, oavsett aktivitetsnivå. Det visade sig också att tidsbrist var det största hindret till att vara fysiskt aktiv samt att den största motivationsfaktorn var att förbättra hälsan. Resultaten visade även på ett samband mellan antal upplevda hinder och motivationsfaktorer i relation till självskattad tid till FA.

6.1 Friskvårdsbidrag

Användande av friskvårdsbidraget till aktiviteter som avsåg FA visade sig vara relativt högt i denna studie. Av de respondenter som fick friskvårdsbidrag var det 82% som använde hela friskvårdsbidraget till FA. Det var betydligt högre än de 52% som angav att de använde hela friskvårdsbidraget (oavsett ändamål) i en undersökning av ViktVäktarna (2023). Det högt skattade användandet kan bero på att de som använde friskvårdsbidraget var mer villiga att delta i en undersökning om friskvård. Det skulle även kunna vara ett generellt högre användande av friskvårdsbidrag på de företag som inkluderats i studien än genomsnittet i Sverige. Det höga snittbeloppet för friskvårdsbidraget (4030 kr) kan vara en bidragande orsak till den höga delen användande då fler tenderar att använda friskvårdsbidraget ju högre beloppet är (Benify, 2019). Resultatet visade på ett samband mellan självskattad tid till FA och användandet av friskvårdsbidrag för aktiviteter relaterade till FA. Detta gällde både för faktiskt användande och hur stor del av beloppet som användes till FA. I gruppen *Låg FA* angav minst andel att de använde friskvårdsbidraget till FA och snittbeloppet var även lägst i denna grupp. Gruppen *Hög FA* angav högst användande av friskvårdsbidrag och även det högsta snittbeloppet. Det fanns en rimlighet i resultatet då personer som lägger mer tid till FA troligtvis har kostnader för detta som de kan använda friskvårdsbidraget till. Dock säger resultatet inget om hur stort belopp som respondenterna totalt spenderar på FA då de kan välja att använda friskvårdsbidraget till andra aktiviteter (ex. massage) och fortfarande ha kostnader för FA. Vidare skulle även friskvårdsbidraget kunnat användas i FA-relaterat syfte där FA inte blir av, till exempel gymkort som inte används.

Vad gäller relationen mellan förändringar av friskvårdsbidrag och FA förekom skillnader mellan hur de olika grupperna svarat. *Låg FA* ansåg sig vara mer känsliga för förändringar av friskvårdsbidraget då de i högre utsträckning svarat att de skulle träna mindre om friskvårdsbidraget minskade och mer ifall friskvårdsbidraget ökade jämfört med de andra två grupperna. Gruppen *Hög FA* ansåg sig vara minst känslig för förändringar av friskvårdsbidraget då de i högre grad svarade att de skulle träna lika mycket oavsett om friskvårdsbidraget ökade eller minskade. Enligt detta resultat skulle de som låg under gränsen för rekommendationerna om FA influeras till att bli mer aktiva om friskvårdsbidraget höjdes vilket bör tas i beaktande vid beslut om friskvårdsbidrag.

6.2 Friskvårdsförmåner (utöver friskvårdsbidrag)

De främsta friskvårdsförmåner som uppgavs erbjudas var startavgift för lopp och tävlingar, organiserade hälsotävlingar följt av gym på arbetsplatsen. Nästan en fjärdedel av respondenterna svarade att de inte erbjöds några friskvårdsaktiviteter kopplade till FA. Då större delen svarat att de erbjöds någon typ av friskvårdsförmån relaterad till FA antas att alla anställda blev erbjudna någon typ av förmån då personalvårdsförmåner enligt Skatteverket (2023) måste rikta sig till hela personalen. Det hade kunnat vara så att det var konsulterna som svarat att de inte blev erbjuden friskvårdsförmåner, men det var betydligt fler till antalet än enbart konsulterna som fyllde i det svaret. Resultatet tolkas som att respondenterna erbjöds friskvårdsförmåner utan att de visste om det. Det skulle kunna bero på brister i den interna kommunikationen om vilka friskvårdsförmåner som erbjuds på företaget eller att det inte ligger i individens intresse att kolla upp vilka förmåner som denne har möjlighet att ta del av. Det fanns inget samband mellan de som svarat att de inte erbjöds friskvårdsaktiviteter och nivå av FA vilket kan tolkas som att intresse av FA inte påverkar kunskapen om friskvårdsutbudet.

Av de som erbjöds friskvårdsförmåner svarade nästan hälften (45%) att de inte utnyttjade någon friskvårdsförmån. Detta var det mest frekventa svaret för alla tre grupperna. Resultatet tolkas som att det inte låg i en stor andel av respondenternas intresse att nyttja de förmåner som erbjöds och att de som sa sig vara fysiskt aktiva snarare var det på fritiden. En kompletteringsfråga för att särskilja tid till FA i samband med arbete och på fritiden hade kunnat styrka denna tolkning.

Ingen signifikant skillnad kunde ses mellan hur grupperna svarat på användande av friskvårdsförmåner men en skillnad kunde ses mellan hur många förmåner som nyttjades per person i de olika grupperna. Respondenterna i *Låg FA* nyttjade minst antal FA-relaterade friskvårdsförmåner och respondenterna i *Hög FA* nyttjade flest antal olika förmåner. Att de som ansåg sig vara mest aktiva även deltog i flest friskvårdsaktiviteter kunde bero på att de normaliserat FA och såg det som en självklarhet att vara med vilket även förklaras som en möjlighet av Thøgersen-Ntoumani et al., (2023). En annan förklaring skulle kunna vara att tröskeln för att kunna delta i friskvårdsaktiviteter ansågs vara för hög för de som var mindre aktiva vilket ledde till att de avstod från att delta.

Den av respondenterna främst önskade friskvårdsförmånen var friskvårdstimme vilket hade en betydligt högre svarsfrekvens, oavsett aktivitetsnivå, än de andra alternativen (65%). Friskvårdstimmens popularitet kan tänkas bero på flera orsaker. Att få betalt för att träna kan ses som en betydelsefull förmån i sig. Friskvårdstimmen är även lättanpassad och tillämplig för alla individer oavsett tidpunkt och typ av aktivitet. Dock finns det anställningstyper som friskvårdstimmen inte ger någon effekt för, ex. de som redan jobbar över mycket och inte har någon övertid. Däremot har det visats i tidigare undersökningar att anställdas vetskap om att arbetsgivaren erbjuder friskvårdsförmåner kan ha en positiv påverkan på prestationen oavsett om förmånen används eller ej (van der Put et al., 2023). Det hade varit intressant att veta vad respondenterna hade använt friskvårdstimmen till. Om det hade använts till någon typ av FA eller om de hade valt att lägga friskvårdstimmen sist på arbetsdagen och gått hem tidigare. Detta skulle möjligen arbetsgivaren kunna vara med och styra vid eventuell implementering så att friskvårdstimmen utnyttjades till FA som tänkt.

På andra plats för önskade friskvårdsförmåner kom personlig träning följt av gymkort/klippkort och gym på arbetsplatsen. Det fanns inga större skillnader för hur de olika grupperna *Låg FA*, *Medel FA* och *Hög FA* svarat på frågan om önskat användande. Det som samtliga grupper har gemensamt är att alternativ om träning på individnivå har högre svarsfrekvens än träning i grupp. Detta skulle kunna bero på vikten av autonomi (Rigby & Ryan, 2018). Träning i grupp betyder att respondenterna måste anpassa sig till en specifik tid och plats. Vid individuell träning har inte bara respondenterna möjlighet att själva bestämma över tid och plats. De kan även välja intensitet och svårighetsgrad på aktiviteten utan att behöva ta hänsyn till någon annan. Enligt (Rigby & Ryan, 2018) är hög grad av autonomi en

grundpelare för motivation. Vid beslut om vilken typ av friskvårdsförmåner som ska erbjudas de anställda bör därför graden av autonomi tas i beaktande för att så många anställda som möjligt ska kunna ta del av förmånerna.

6.3 Hinder och motivation

Resultatet visade att tidsbrist var det främsta hindret till att vara fysiskt aktiv (66%). Detta gällde oavsett hur fysiskt aktiva respondenterna var. Tidsbrist som främsta hinder går i linje med resultat som framgått i tidigare studier (Ball et al., 2017; Kantar, 2022). Drygt en fjärdedel (28%) svarade att det inte fanns några hinder till att vara fysiskt aktiv. Då detta alternativ fylldes i tillsammans med andra alternativ kan trovärdigheten ifrågasättas. Detta kan tolkas som att de upplever vissa hinder som mer kan tänkas som "orsäker" då det egentligen inte finns några direkta hinder till FA. Drygt en fjärdedel (26%) svarade att de saknar motivation eller inte är intresserade till att utföra FA. Att sakna motivation kunde även påvisas som ett stort hinder enligt Eurobarometern (Kantar, 2022). Gruppen *Låg FA* svarade i högre grad att de saknar motivation eller inte är intresserade jämfört med de andra två grupperna. Detta visar på att det förutom ett väl anpassat utbud av FA-relaterade friskvårdsförmåner även bör erbjudas hälsopromotiva insatser som behandlar motivation i syfte att få denna grupp att röra på sig mer. Intressant var också att 14% av gruppen *Medel FA* fyllde i alternativet "Rädd för skaderisken" medan ingen från de övriga grupperna fyllde i detta alternativ. En möjlig förklaring skulle kunna vara åldersrelaterad, att äldre personer generellt skulle vara mer rädda för skaderisk än yngre. Medelåldern i gruppen *Medel FA* var aningen högre jämfört med de andra grupperna. En stor andel av respondenterna i gruppen *medel FA* tillhörde åldern 45–50 år (Se Bilaga 4).

Vid frågan vad som motiverar respondenterna till FA hamnade "Förbättra hälsan" högst upp på listan med en svarsfrekvens på 90%. I studien Eurobarometern av Kantar (2022) visades också "för att förbättra hälsan" vara det mest frekventa svaret för vad som motiverar till FA. I en annan studie var "fysiskt välmående" främsta motivationsfaktor för FA vilket också går i linje med resultatet för denna studie (Jun et al., 2020). Att respondenterna ansåg att förbättra hälsan var den främsta motivationen till FA kan tolkas som att de har viss kunskap om att FA är hälsofrämjande då kunskap enligt Rigby och Ryan (2018) är en viktig förutsättning för motivation. Det andra mest frekvent angivna motivationsfaktorn var "Förbättra konditionen" med 77% följt av "Minska stress" med 71%, vilket även var de två nästkommande

svarsalternativen efter ”förbättra hälsan” i Eurobarometern (Kantar, 2022). Studier har visat sammankoppling mellan att personer som spenderar mer tid till FA upplever mer motivation och färre hinder (Ball et al., 2017; Jun et al., 2020). Något som även denna studie visade. Vid frågan om motivation angav *Låg FA* i snitt 6,3 svar per respondent, *Medel FA* 6,8 svar/respondent och *Hög FA* angav i snitt 7,2 svar per respondent. Omvänt samband sågs för hinder där *Låg FA* angav flest hinder och *Hög FA* angav färst antal hinder. Det går dock inte att säga om det är på grund av fler motivationsfaktorer och/eller färre hinder som respondenterna skulle vara mer fysiskt aktiva eller om det förekommer omvänd kausalitet.

6.4 Styrkor och svagheter

En styrka med studien var att svarsfrekvensen uppgick till 35% vilket ligger inom ramen för estimerad frekvens om 25–40%. En risk som hade kunnat påverka resultatet var selection bias (urvalsfel). Selection bias i denna studie kan betyda att de karaktäristiska egenskaperna hos personer som väljer att svara på enkäten kan skilja sig från de som väljer att inte svara. Detta kan ha medfört ett resultat som ej går att generalisera till den totala populationen. Dock sågs en spridning av studiepopulationen i denna studie vilket tyder på låg grad av selection bias.

Studiepopulationen kunde även delas in i relativt homogena grupper utifrån angivna gränsvärden för självskattad tid till FA. Då populationen för varje grupp hade liknande egenskaper reducerades risken för att resultatet skulle bero på confounders som exempelvis kön eller ålder. En ytterligare styrka var att resultaten gick i linje med tidigare forskning vilket gav en hög grad av reliabilitet (Kantar, 2022; Jun et al., 2020; Ball et al., 2017). Forskning angående vilka typer av friskvårdsförmåner kontorsarbetare önskar ta del av för att öka eller bibehålla graden av FA är begränsad. Detta gör att denna studie bidrar till ökad kunskap inom forskningsområdet.

En digital enkät var en användbar metod för att samla in data från ett större antal respondenter. Dock upptäcktes ett antal delar som hade kunnat förbättras. Vid utformandet av enkäten markerades inte alla frågor som obligatoriska vilket kan ha lett till lägre svarsfrekvens för dessa frågor. Detta hade kunnat undvikas genom att samtliga frågor var obligatoriska vilket hade gett ett resultat av högre reliabilitet. Vad gäller erbjudande av friskvårdsbidrag och friskvårdsförmåner hade information kunnat erhållas av HR-avdelning

på respektive företag före utformning av enkäten. Då hade en fråga kunnat handla om vad de tror att de blir erbjudna för att sedan jämföra det med det faktiska erbjudandet.

En svaghet med Google Forms var att det på en flervalfråga inte gick att lägga ett alternativ som eliminerar de andra alternativen ifall de klickades i. Exempelvis om en respondent klickar i "vet ej" eller "Inget" skulle de inte kunna välja andra alternativ utöver det. Det hade förenklat tolkningen av insamlade data.

Trots att antalet svar som kom in till studien var inom ramen av förväntningar kunde skillnader ses i resultatet inom ett flertal frågor men inte säkerställas med signifikans. Detta skulle kunna bero på att antalet respondenter var för litet vilket ledde till typ-2 fel.

Då vissa frågor i denna studie innefattade att respondenterna skulle självskatta hur mycket tid de spenderar på FA och stillasittande kan minnesfel uppstått. Därav finns det en risk att tiden för FA överskattas och att tiden för stillasittande underskattas av respondenterna i denna undersökning. Att vissa svarsalternativ för FA och vardagsmotion överlappar varandra utgör ytterligare en risk då en respondent skulle kunna välja ett alternativ som kan upplevas som mer positivt. Någon som till exempel uppnår 60 minuter per vecka kan välja att antingen svara *30–60 minuter* eller *60–90 minuter*. Detta kan leda till ett mätfel där respondenter med samma aktivitetsgrad angett olika svar.

Generativ AI har ej använts i denna studie, varken vid sökning av information eller i skrivprocessen av uppsatsen.

7 Slutsatser

I denna studie på stillasittande kontorsarbetare var friskvårdsbidrag den friskvårdsförmån som erbjöds främst. Friskvårdsbidrag var även den förmån som nyttjades mest av studiepopulationen. Utöver friskvårdsbidraget förkom ett lågt nyttjande av övriga friskvårdsförmåner där nästan hälften inte tog del av någon förmån alls. Friskvårdstimme var den högst önskade friskvårdsförmånen. Utöver det var det i högre grad träning på individnivå som var mest önskad av respondenterna. Det främsta hindret för utförande av FA var tidsbrist och den största motivationsfaktorn till FA var förbättrad hälsa.

Den population som ansåg sig vara lågt aktiva använde friskvårdsbidraget i mindre utsträckning än de som uppfyllde rekommendationerna för FA. Den lågt aktiva gruppen ansåg sig även vara mer känsliga för förändringar av friskvårdsbidragets belopp och antog att de skulle träna mer om beloppet var högre. De som självskattat sig som högt fysisk aktiva tycktes inte påverkas av förändringar av friskvårdsbidragets belopp. De minst aktiva svarade i högre grad att de saknar motivation eller inte är intresserade av FA, i jämförelse med de andra respondenterna. Den självskattade lågt aktiva gruppen angav även fler hinder till FA än de som hade skattat en högre nivå av FA.

7.1 Förslag till vidare forskning

Denna studie skulle kunna användas som underlag till vidare forskning. Förslag till framtida studier är att utföra en interventionsstudie där kontorsanställda exponeras för olika typer av FA-relaterade friskvårdsförmåner. Förslagsvis friskvårdstimme och ökat friskvårdsbidrag, under en period för att undersöka om nivån av FA påverkas. Intressant skulle även vara att utföra en liknande studie som denna på en större population för att se om resultaten skiljer sig från denna studie eller om liknande resultat skulle uppnås.

Käll- och litteraturförteckning

- Alexander, L. K., Lopes, B., Ricchetti-Masterson, K., & Yeatts, K. B. (2014-15). Selection Bias. *ERIC Notebook*.
- Andersen, S. H. (2010, Februari 17). The cost of sickness: On the effect of the duration of sick leave on post-sick leave earnings. *Social Science & Medicine*, pp. 1581-1589.
- Arbetsmiljöverket. (2021, 10 07). *Förebygg riskerna med långvarigt stillasittande arbete*. Retrieved from av.se: <https://www.av.se/press/forebygg-riskerna-med-langvarigt-stillasittande-arbete/?hl=stillasittande%20arbete>
- Arbetsmiljöverket. (2023, 07 10). *Sittande, stående och gående arbete*. Retrieved from Arbetsmiljöverket: <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/belastningsergonomi/sittande-staende-och-gaende-arbete/?hl=stillasittande>
- Bailey, D. P. (2021). Sedentary behaviour in the workplace: prevalence, health implications and interventions. *British Medical Bulletin*, 42-50.
- Ball, J. W., Bice, M. R., & Maljak, K. A. (2017, 03 15). Exploring the Relationship between Self-Determination Theory, Adults' Barriers to Exercise, and Physical Activity. *Health Educator*, pp. 32-37.
- Benify. (2019). *Nöjdhetsrapporten 2019*. Retrieved from Benify: <https://info.benify.se/nojdhetsrapporten-2019>
- Bontrup, C., Taylor, W. R., Fliesser, M., Visscher, R., Green, T., Wippert, P. M., & Zemp, R. (2019, Juli 15). Low back pain and its relationship with sitting behaviour among sedentary office workers. *Applied ergonomics*.
- Brattlöf, F., Gustafsson, P. E., & San Sebastián, M. (2023). Prevalence and change in social inequalities in physical activity before and during the COVID-19 pandemic in Sweden. *International Journal for Equity in Health* , 1-7.
- Brenner, P. S., & DeLamater, J. D. (2014). Social desirability bias in self-reports of physical activity: Is an exercise identity the culprit? *Social Indicators Research*, 489-504.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Solna: Liber.
- Caperchione, C. M., Reid, R. C., Sharp, P. G., & Stehmeier, J. (2016). How do management and non-management employees perceive workplace wellness programmes? A qualitative examination. *Health Education Journal* , 553-564.
- Church, T., Thomas, D., Tudor-Locke, C., Katzmarzyk, P., Earnest, C., Rodarte, R., . . . Bouchard, C. (2011). Trends over 5 decades in U.S. occupation-related physical activity and their associations with obesity. *PloS one*.

- Eklom-Bak, E., Börjesson, M., Bergman, F., Bergström, G., Dahlin-Almevall, A., Drake, I., . . . Pe. (2022). Accelerometer derived physical activity patterns in 27.890 middle-aged adults: The SCAPIS cohort study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 866-880.
- Ekelund, U., Tarp, J., Steene-Johannessen, J., Hansen, B. H., Jefferis, B., Fagerland, M. W., . . . Shirom. (2019). Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality : systematic review and harmonised meta-analysis. *British Medical Journal*, 1-10.
- Evidensbaserad HR. (2013, 04 13). *Friskvård på arbetsplatser – effekter och frågeställningar*. Retrieved from evidensbaseradhr.com:
<https://evidensbaseradhr.com/2013/04/13/friskvard-pa-arbetsplatser-effekter-och-fragestallninga/>
- Folkhälsomyndigheten. (2023, dec 28). *Främja fysisk aktivitet och minska stillasittandet – Riktlinjer och rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande*. Retrieved from Folkhälsomyndigheten.se: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/f/framja-fysisk-aktivitet-och-minska-stillasittandet-riktlinjer-och-rekommendationer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/>
- Foster, G. C., Lane, D., Scott, D., Hebl, M., Guerra, R., Osherson, D., & Zimmer, H. (2018). *An Introduction to Psychological Statistics*. University of Missouri-St. Louis, Rice University, & University of Houston, Downtown Campus.
- Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassan*. Retrieved from Försäkringskassan:
<https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk>
- Google. (2023). *Google*. Retrieved from Google forms:
<https://www.google.se/intl/sv/forms/about/>
- Hagevi, M., & Viscovi, D. (2016). *Enkäter*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hagströmmer, M., Wisé, A., & Hassmén, P. (2021). 1.10 Bedöma och utvärdera fysisk aktivitet. In Y. f. (YFA), D. IM, J. E, B. M, H. M, & redaktörer, *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (p. 157). Stockholm: Läkartidningen Förlag AB.
- Halling Ullberg, O., Toivanen, S., Tillander, A., & Bälter, K. (2023, april 13). Workplace health promotion to facilitate physical activity among office workers in Sweden. *Front. Public Health*.

- HjärtLung, R. (2022, November 21). *Riksförbund HjärtLung*. Retrieved from hjart-lung.se: <https://www.hjart-lung.se/din-halsa/livsstil/motion-och-traning/hur-kommer-du-igang/>
- HPI Health Profile Institute AB. (2024). *Demo enkäter, hälsokonto och statistik*. Retrieved from hpi.se: <https://www.hpi.se/material/#demolankar>
- Jun, N. J., Shazmin, K. K., Asma, A., & Salihah, Z. N. (2020). Motivators and Barriers of Physical Activity among Private Office Workers in Selangor. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*, 58-65.
- Justesen, J. B., Eskerod, P., Christensen, J. R., & Sjøgaard, G. (2017, 12 18). Implementing workplace health promotion—Role of middle managers. *International Journal of Workplace Health Management*, pp. 164-178.
- Kallings, L. (2019, 05 01). *Validering av Socialstyrelsens screeningfrågor om fysisk aktivitet*. Retrieved from Socialstyrelsen.se: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/nationella-riktlinjer/levnadsvanor-validering-av-indikatorfragor-till-patienter-om-fysisk-aktivitet.pdf>
- Kantar. (2022). *Special Eurobarometer 525 - Sport and Physical Activity – Summary*. European Union: European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture.
- Kikuchi, H., Inoue, S., Amagasa, S., Kuwahara, K., Ihira, H., Inoue, M., . . . Sawada, N. (2023). Relationships of Total and Domain-Specific Moderate-to-Vigorous Physical Activity with All-Cause and Disease Specific Mortality. *Medicine & Science in Sports & Exercise*.
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*, 2025-2047.
- Landais, L. L., Jelsma, J. G., Dotinga, I. R., Timmermans, D. R., Verhagen, E. A., & Damman, O. C. (2022). Office workers' perspectives on physical activity and sedentary behaviour: a qualitative study. *BMC Public Health*, 1–10.
- Larsson, K., Kallings, L., Ekblom, Ö., Blom, V., Andersson, E., & Ekblom, M. (2019). Criterion validity and test-retest reliability of SED-GIH, a single item question for assessment of daily sitting time. *BMC Public Health*.
- Mason, M. R., Ickes, M. J., Campbell, M. S., & Bollinger, L. M. (2018). An Incentivized, Workplace Physical Activity Intervention Preferentially Increases Daily Steps in Inactive Employees. *American Journal of Health Promotion*.

- Ndupu, L. B., Staples, V., Lipka, S., Faghy, M., N, B., & C, B. (2023). Application of theoretical domains framework to explore the enablers and barriers to physical activity among university staff and students: a qualitative study. *BMC public health*.
- Olsson, S. J., Ekblom, Ö., Andersson, E., Börjesson, M., & Kallings, L. V. (2016). Categorical answer modes provide superior validity to open answers when asking for level of physical activity : A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 70-76.
- Patterson, R., McNamara, E., Tainio, M., Sá, T. H., Smith, A. D., Sharp, S. J., . . . Wijndaele, K. (2018). Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 811–829.
- Reutman, S., & Lewis, R. (2019). A Move-A-Thon Event: A Workplace Demonstration of a Proposed Alternative Strategy to Incentivize Workers to Engage in Physical Activity. *Workplace health & safety*.
- Rigby, C. S., & Ryan, R. M. (2018). Self-Determination Theory in Human Resource Development: New Directions and Practical Considerations. *Advances in Developing Human Resources*, 133–147.
- Sagelv, E. H., Hopstock, L. A., Morseth, B., Hansen, B. H., J, S.-J., J, J., . . . J, T. (2023). Device-measured physical activity, sedentary time, and risk of all-cause mortality: an individual participant data analysis of four prospective cohort studies. *British journal of sports medicine*.
- SCB. (2016). *Frågor och svar – om frågekonstruktion i enkät- och intervjuundersökningar*. Örebro: SCB-Tryck.
- Seltman, H. J. (2018). *Experimental Design and Analysis*. Retrieved from Carnegie Mellon University: <https://www.stat.cmu.edu/~hseltman/309/Book/Book.pdf>
- Skatteverket. (2023, november 15). *Personavårdsförmån, motion och friskvård*. Retrieved from skatteverket.se: <https://skatteverket.se/privat/skatter/arbeteochinkomst/formaner/personalvardmotionochfriskvard.4.7459477810df5bccdd4800014540.html>
- Smit, D. J., Proper, K. I., Engels, J. A., Campmans, J. M., & van Oostrom, S. H. (2022, october 28). Barriers and facilitators for participation in workplace health promotion programs: results from peer-to-peer interviews among employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, pp. 389-400.

- Sveriges Riksdag. (1987, 11 19). *Riksdagens protokoll 1987/88:52*. Retrieved from riksdagen.se: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/om-beskattning-av-naturaformaner-m.m_gb0352
- Sveriges Riksdag. (n.d.). *Arbetsmiljölagen (1977:1160)*. Retrieved from riksdagen.se: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160/
- Thøgersen-Ntoumani, C., Kritz, M., Grunseit, A., Chau, J., M, A., A, H., . . . E, S. (2023). Barriers and enablers of vigorous intermittent lifestyle physical activity (VILPA) in physically inactive adults: a focus group study. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*.
- Trost, J., & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB.
- van der Put, A. C., Mandemakers, J. J., de Wit, J. B., & van der Lippe, T. P. (2023). Worksite Health Promotion and Work Performance Both Awareness and Use Matter. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 949-957.
- ViktVaktarna. (2023, 01 31). *En Av Fyra Lät Friskvårdsbidraget Brinna Inne*. Retrieved from mynewsdesk.com: https://www.mynewsdesk.com/se/viktvaktarna/pressreleases/en-av-fyra-laet-friskvaardsbidraget-brinna-inne-3230565?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=Alert&utm_content=pressrelease
- von Thiele Schwarz, U., & Hasson, H. (2011). Employee Self-rated Productivity and Objective Organizational Production Levels, Effects of Worksite Health Interventions Involving Reduced Work Hours and Physical Exercise. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 838-844.
- Wang, R., Blom, V., Nooijen, C., Kallings, L., Ekblom, Ö., & Ekblom, M. (2022). The Role of Executive Function in the Effectiveness of Multi-Component Interventions Targeting Physical Activity Behavior in Office Workers. *International journal of environmental research and public health*.
- Weigold, A., Weigold, I. K., & Natera, S. N. (2019). Response Rates for Surveys Completed With Paper-and-Pencil and Computers: Using Meta-Analysis to Assess Equivalence. *Social Science Computer Review*, 649-668.
- Winroth, J., & Rydqvist, L.-G. (2008). *Hälsa & hälsopromotion: med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Litteratursökning

Syfte och frågeställningar:

Syftet med denna studie var att undersöka hur kontorsanställda med övervägande stillasittande arbete på företag i Stockholmsområdet nyttjar friskvård kopplad till fysisk aktivitet (FA). Vidare var syftet att undersöka önskat friskvårdsutbud samt hinder och motivation till FA, samt om ovan varierar mellan olika nivåer av självskattad total FA.

Frågeställningar:

1. Hur ser utbudet och användandet av friskvård ut för kontorsanställda idag?
2. Skulle förändring av friskvårdsbidrag kunna påverka nivån av FA?
3. Vilken typ av övrig friskvård skulle respondenterna vilja bli erbjudna på sin arbetsplats eller av sin arbetsgivare?
4. Vilka faktorer kan utgöra hinder eller motivation för att utföra FA?
5. Skiljer ovan frågeställningar mellan olika nivåer av självskattad total fysisk aktivitetsnivå?

Vilka sökord har du använt?

Ämnesord och synonymer svenska	Ämnesord och synonymer engelska
Friskvård, friskvårdsbidrag, friskvårdsinterventioner Fysisk aktivitet, träning Motivation, möjligheter Hinder	<i>"Work Health promotion", "work health interventions"</i> <i>Physical activity, exercise</i> <i>Motivation, enablers</i> <i>Barriers</i>

Var och hur har du sökt?

Databaser och andra källor	Sökkombination
Swepub MEDLINE MyEBSCO ERIC APA PsycInfo	"physical activity" "physical activity" AND motivation "physical activity" AND barriers "Work health promotion" AND ("physical activity" OR exercise) "Social-desirability bias" AND "physical activity" Motivation AND ("physical activity" OR exercise) (exercise OR "physical activity") AND "office workers"

Kommentarer

Vissa artiklar har även tagits fram genom att klicka vidare på relaterade artiklar till de artiklar som hittats genom sökning med de angivna sökorden.

Hej!

Vi är två studenter som läser sista året på Hälso pedagogprogrammet på Gymnastik- och Idrottshögskolan i Stockholm och ska nu skriva vår kandidatuppsats. Vår undersökning handlar om friskvård relaterad till fysisk aktivitet för personer med stillasittande arbete. Vi skulle vara otroligt tacksamma om du vill svara på vår digitala enkät med några frågor som behandlar området friskvård och fysisk aktivitet.

Enkäten tar ca 5 min att besvara. Deltagandet är självklart frivilligt, svaren behandlas anonymt och inga känsliga persondata kommer efterfrågas. Resultaten kommer endast att användas för vår kandidatuppsats.

Alla kan svara på enkäten, oavsett om du är anställd eller konsult på företaget du jobbar på. Utgå från alla friskvårdsförmåner du har möjlighet att ta del av. Dina svar är betydelsefulla för oss, därför vill vi att du svarar oavsett om du tar del av företagets friskvårdsförmåner eller inte.

Följ denna länk för att komma till enkäten: <https://forms.gle/vqs71DRcmNVhmuW86>

Kontakta oss vid eventuella frågor eller funderingar.

Vi hoppas att du vill hjälpa oss med denna undersökning, tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Christoffer Andersson, christoffer.andersson1@student.gih.se

Malin Jakobsson, malin.jakobsson@student.gih.se

Handledare

Elin Ekblom-Bak, elin.ekblombak@gih.se

Undersökning kring fysisk aktivitet och friskvård

Välkommen!

Tack för att du deltar i denna undersökning om friskvård relaterad till fysisk aktivitet för stillasittande kontorsarbetare.

Alla kan svara på enkäten oavsett om du är anställd eller konsult på företaget du jobbar på. Utgå från alla friskvårdsförmåner du har möjlighet att ta del av.

Dina svar är betydelsefulla för oss, därför vill vi att du svarar oavsett om du tar del av företagets friskvårdsprogram eller inte.

Enkäten tar ca 5 min att besvara, svaren behandlas anonymt och inga känsliga persondata kommer efterfrågas. För att få ett rättvisande resultat ber vi dig att försöka svara så sanningsenligt som möjligt. Klicka på "Nästa" för att komma vidare i formuläret.

* Anger obligatorisk fråga

Bakgrundsfrågor

Först vill vi veta lite mer om dig

1. Kön*

- Man
- Kvinna
- Annat/Vill ej svara

2. Vilket år är du född? *

3. Vilken är din anställningsform på företaget du arbetar på?

- Anställd (Tillsvidare, projektanställning, timanställd)
- Konsult
- Övrigt: _____

4. Vilken är din högsta genomförda utbildning? *

- Grundskola, folkskola, realskola eller liknande
- 2-årigt gymnasium eller yrkesskola
- 3-4 årigt gymnasium
- Folkhögskola eller likande
- Universitet eller högskola, kortare än 3 år
- Universitet eller högskola, 3 år eller längre
- Vill ej svara

5. Hur fysiskt ansträngande är ditt arbete? *

- Stillasittande med inslag av rörligt arbete
- Rörligt arbete
- Periodvis fysiskt krävande arbete
- Periodvis mycket fysiskt krävande arbete

Frågor om fysisk aktivitet och stillasittande

6. Hur mycket tid ägnar du **en vanlig vecka** åt **fysisk träning** som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timme)
- 60–90 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–120 minuter (1,5–2 timmar)
- Mer än 120 minuter (2 timmar)

7. Hur mycket tid ägnar du **en vanlig vecka** åt **vardagsmotion**, till exempel promenad, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid.

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timme)

- 60–90 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–150 minuter (1,5–2,5 timmar)
- 150–300 minuter (2,5–5 timmar)
- Mer än 300 minuter

8. Hur mycket sitter du under ett **normalt dygn** om man räknar bort sömn? *

- Så gott som hela dagen
- 13–15 timmar
- 10–12 timmar
- 7–9 timmar
- 4–6 timmar
- 1–3 timmar
- Aldrig

Friskvårdsbidrag

9. Får du friskvårdsbidrag av din arbetsgivare? *

- Ja
- Nej *Fortsätt till fråga 14*
- Vet ej *Fortsätt till fråga 14*

10. Hur mycket får du i friskvårdsbidrag? (ange endast siffror)

11. Ungefär hur stor andel av friskvårdsbidraget har du använt eller planerar att använda till fysisk aktivitet under 2023? (Välj det alternativ som är närmast.)

- 0%
- 25%

- 50%
- 75%
- 100%

12. Om ditt friskvårdsbidrag minskades skulle du träna mer, mindre, eller lika mycket?

- Mer
- Mindre
- Lika mycket
- Vet inte

13. Om ditt friskvårdsbidrag ökades skulle du träna mer, mindre, eller lika mycket?

- Mer
- Mindre
- Lika mycket
- Vet inte

Andra friskvårdsförmåner

Det finns många hälsosamma friskvårdsförmåner, men i denna enkät vill vi endast undersöka de som är relaterade till någon form av fysisk aktivitet.

14. Vilken typ av friskvårdsaktiviteter (bortsett från friskvårdsbidraget) **erbjuds du** av din arbetsgivare eller på din arbetsplats? (Välj alla lämpliga svar)

- Friskvårdstimme (träning på betald arbetstid)
- Gym på arbetsplatsen
- Gymkort / klippkort (ex. träningsanläggning/ simhall)
- Lagsporter med kollegor (ex. padel, innebandy eller fotboll)

- Ledarledda gruppträningspass (ex. lunchpass)
- Organiserad hälsotävling (steg, träning och andra typer av hälsoutmaningar)
- Organiserad lunchpromenad
- Personlig träning (PT)
- Startavgift för lopp och tävlingar
- Träningsevent/workshops
- Erbjuds inga friskvårdsaktiviteter relaterad till fysisk aktivitet
- Övrigt: _____

15. Av de friskvårdsaktiviteter som du erbjuds av din arbetsgivare eller på din arbetsplats (undantaget friskvårdsbidrag). Vilka **tar du del av?**
(Välj alla lämpliga svar)

- Friskvårdstimme (träning på betald arbetstid)
- Gym på arbetsplatsen
- Gymkort / klippkort (ex. träningsanläggning/ simhall)
- Lagsporter med kollegor (ex. padel, innebandy eller fotboll)
- Ledarledda gruppträningspass (ex. lunchpass)
- Organiserad hälsotävling (steg, träning och andra typer av hälsoutmaningar)
- Organiserad lunchpromenad
- Personlig träning (PT)
- Startavgift för lopp och tävlingar
- Träningsevent/workshops
- Inget
- Erbjuds inga friskvårdsaktiviteter relaterad till fysisk aktivitet
- Övrigt: _____

16. Oavsett nuvarande tillgänglighet, vilken typ av friskvårdsaktiviteter skulle du **främst vilja eller kunna tänka dig** ta del av? (Välj max 3 alternativ)

- Friskvårdstimme (träning på betald arbetstid)
- Gym på arbetsplatsen

- Gymkort / klippkort (ex. träningsanläggning/ simhall)
- Lagsporter med kollegor (ex. padel, innebandy eller fotboll)
- Ledarledda gruppträningspass (ex. lunchpass)
- Organiserad hälsotävling (steg, träning och andra typer av hälsoutmaningar)
- Organiserad lunchpromenad
- Personlig träning (PT)
- Startavgift för lopp och tävlingar
- Träningsevent/workshops
- Vill inte delta i några friskvårdsaktiviteter relaterad till fysisk aktivitet
- Övrigt: _____

Hinder och motivation för träning

Med träning menas all typ av pulshöjande fysisk aktivitet (ex. promenad/power walk, yoga, gym eller annan idrott)

17. Vad hindrar eller skulle kunna hindra dig från att vara fysiskt aktiv? *

(Välj alla lämpliga svar)

- Tidsbrist
- Saknar motivation eller är inte intresserad
- Funktionsnedsättning, sjukdom eller skada
- Det är för dyrt
- Saknar kunskap
- Rädd för skaderisken
- Det finns inga lämpliga platser/anläggningar för fysisk aktivitet i närheten av bostad eller arbetsplats
- Du har ingen att träna med
- Prestationskrav
- Det finns inga hinder för dig att vara fysisk aktiv
- Vet ej/Vill ej svara
- Övrigt: _____

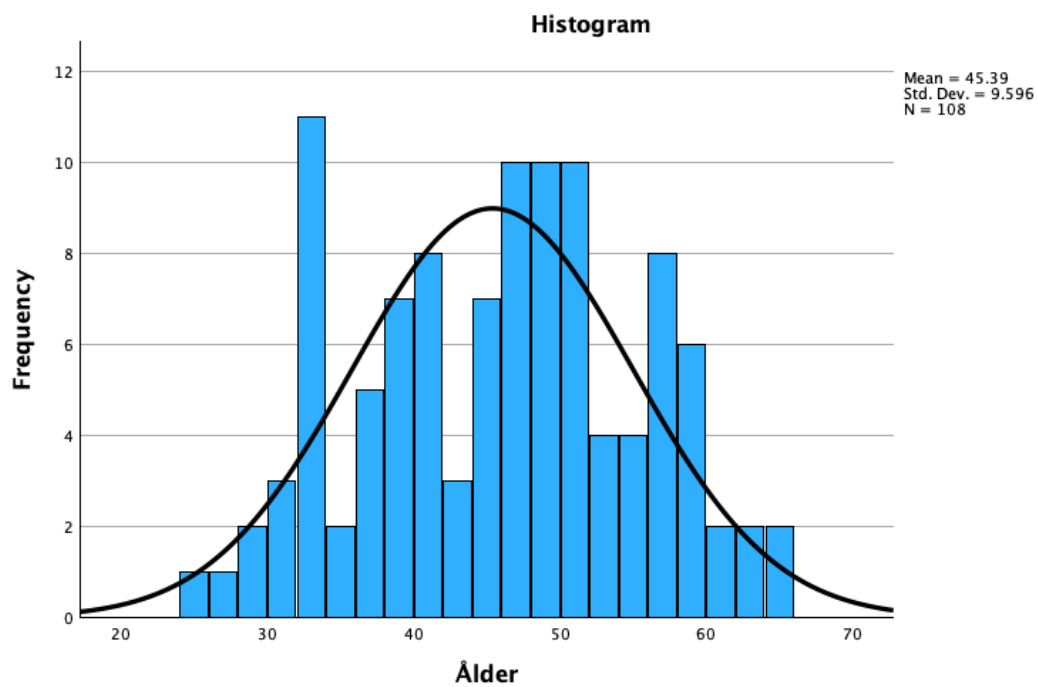
18. Vad motiverar eller skulle kunna motivera dig till att vara fysiskt aktiv?

* (Välj alla lämpliga svar)

- Förbättra hälsan
- Förbättra konditionen
- Minska stress
- Ha roligt
- Förbättra den fysiska prestationsförmågan
- Kontrollera vikten
- Se bättre ut
- Umgås med vänner
- Motverka effekterna av åldrande
- Förbättra självkänslan
- Utveckla nya färdigheter
- Kul att tävla
- Lära känna nya människor
- Inget kan motivera dig till att vara fysisk aktiv
- Vet ej/ Vill ej svara
- Övrigt: _____

19. Är det något mer du vill tillägga eller har du några andra kommentarer till denna undersökning? (Frivilligt)

Histogram – Åldersfördelning totala studiepopulation



Histogram – Åldersfördelning fördelat per FA-nivå

