



Institutionen för hälsovetenskaper

Uppsatsarbete i folkhälsovetenskap
D-uppsats 10 poäng
(Folkhälsovetenskap 61-80 poäng)

Långtidsfrisk eller arbetsglädje – vad speglar arbetsrelaterad hälsa?

Examination: 060420

Författare: Emma Larsson

Handledare: Göran Ejlertsson

Examinator: Ingemar Andersson

Uppsats för filosofie magisterexamen vid Högskolan Kristianstad, 61-80 poäng i folkhälsovetenskap.

Larsson, Emma. (2006). *Långtidsfrisk eller arbetsglädje – vad speglar arbetsrelaterad hälsa?* (46 sidor)

Handledare: Göran Ejlerstson

Sammanfattning

Den arbetsrelaterade ohälsan har ökat och istället för att fokusera på vad som orsakar ohälsa på arbetsplatsen studeras alltmer vilka friskfaktorer som finns på och utanför arbetsplatsen. Under de senaste åren har begreppet långtidsfrisk, dvs. frisknärvarande uppmärksammats. För att se om hälsofrämjande interventioner på arbetet ger önskad effekt krävs ett mått som kan mäta den arbetsrelaterade hälsan. Syftet med studien var att undersöka och jämföra långtidsfrisk och arbetsglädje som mått för att kunna mäta arbetsrelaterad hälsa. Material och metod som användes var en kvantitativ tvärsnittsstudie med strukturerad enkät. Datainsamlingen genomfördes inom en kommunal förvaltning med samtliga 1096 anställda. Svarsfrekvensen blev 68,4 %. I databearbetningen användes SPSS för att kunna undersöka multivariata samband. Resultatet visade att det var fler friskfaktorer i arbetslivet som kunde relatera till hög arbetsglädje än att vara långtidsfrisk. Slutsatsen blev att hög arbetsglädje var ett bättre mått än långtidsfriska för att mäta arbetsrelaterad hälsa. Långtidsfrisk kan främst ses som ett objektiva mått som mäter närvaron på arbetsplatsen medan arbetsglädje främst är ett subjektivt mått som mäter vad det är som gör att individer mår bra av och på sitt arbete.

Nyckelord: friskfaktorer, långtidsfrisk, sjuknärvaro, hälsofrämjande arbetsplats, arbetsglädje, livsstilen

Dissertation, in partial fulfilment of requirements for Master's degree in Public Health Science, Kristianstad University.

Equivalence : 10 credit points (15 ECTS points), Public Health Science

Larsson, Emma. (2006). *Long-term health or job satisfaction – do they reflect work related health?* (46 p.)

Supervisor: Göran Ejlertsson

Abstract

The work related illness has increased and instead of focusing on what's causing it more and more efforts are put on trying to find the health factors within and outside the work environment. During the past years the term 'long-term health' has arisen; instead of focusing on the number of employees on the sick-list, the focus should be put on the number of employees that has a record of long-term health within an organization, i.e. health-presence. In order to see whether health promotion interventions at work give the wanted result there need to be a measurement that can measure the work-related health. The aim of this study was to investigate and compare long-term health and job satisfaction as measures for work-related health. The material and method used was a quantitative cross-sectional study with a structured questionnaire. The data collection was done within a municipal administration with 1096 employees (at the time of the study). The response rate was 68,4%. When analyzing the data SPSS was used to be able to investigate multivariate relations. The result showed that there were more health factors in the work environment that could be explained by experiencing high job satisfaction than being long-term healthy. The conclusion was that high job satisfaction was a better measure for work related health than using number of long-term healthy employees. Long-term health can better be used as an objective measure for work presence while job satisfaction is a subjective measure indicating what makes employees satisfied and healthy at work.

Keywords: health factors, long-term health, sickprescenteeism, health promotion work place, job satisfaction, lifestyle

Förord

Att skriva en uppsats kan liknas vid en lång tågresa.

Flera olika stationer har passerats under min resa. På en station steg många människor på tåget efter två extra utrop. Tack alla ni vid den kommunala förvaltningen som gjorde min resa intressant och möjlig. Ett speciellt tack till projektledaren vid den kommunala förvaltningen som har varit till stor hjälp under resans planering. Jag vill även rikta ett tack till Sara Ejlertsson som gjorde biljettvisiteringen ytterst smidig. Att bearbeta data var nog det längsta stoppet under resans gång och kan liknas vid snömos på rälsen. Här fick jag i min iver utmana både mitt eget, men även konduktörens tålamod. Konduktören styr upp resan när tåget vill på villovägar, kontrollerar att resan går i rätt riktning, samt stöttar vid oklarheter i trafiken eller vid förseningar. Tack Göran Ejlertsson för att du tog dig tid att stanna och stötta varje gång du gick förbi min kupé. Slutligen vill jag tacka mitt resällskap, kollegerna vid folkhälsopedagogiska programmet, för att ni har stöttat mig, men även stått ut med turistens klagan under resan gång.

Kristianstad den 20 april 2006

Emma Larsson

Innehållsförteckning

Introduktion	7
Arbete och hälsa	7
Arbetsplatsen som hälsofrämjande arena	8
<i>Hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen</i>	8
<i>Hälsofrämjande program</i>	9
Friskfaktorer i arbetslivet	10
<i>Organisatoriska friskfaktorer</i>	10
Ledarskap	10
Kompetensutveckling	11
Fysisk arbetsmiljö	12
Friskvård	12
<i>Individuella friskfaktorer</i>	13
Arbetsglädje	13
Meningsfullhet och delaktighet	14
Krav- beslutsutrymme	14
<i>Sociala friskfaktorer</i>	15
Socialt stöd	15
Ansträngning – belöning	15
Livsstilsfaktorer	16
Frisk eller sjuk på arbetet?	17
<i>Sjukfrånvaro</i>	17
<i>Långtidsfrisk</i>	18
<i>Sjuknärvaro</i>	19
Problemprecisering	20
Syfte	21
Frågeställningar	21
Metod och material	22
Val av undersökningsmetod	22
<i>Kvantitativ metod</i>	22
<i>Enkät</i>	22
Studiens kontext	23
Undersökningsgrupp	23
Datainsamling	24
Databearbetning	24
<i>Definitioner</i>	24
<i>Index</i>	25
Etiska aspekter	27

Resultat	28
Långtidsfrisk – Ej långtidsfrisk	28
<i>Beskrivning av undersökningsgruppen</i>	28
<i>Analys av bivariata samband</i>	29
<i>Multipel regressions analys</i>	31
Hög arbetsglädje – Låg arbetsglädje	32
<i>Beskrivning av undersökningsgruppen</i>	32
<i>Analys av bivariata samband</i>	34
<i>Multipel regressions analys</i>	35
Diskussion	36
Friskfaktorer i arbetslivet och livsstilen i relation till långtidsfrisk och hög arbetsglädje	36
Mäter långtidsfrisk respektive hög arbetsglädje arbetsrelaterad hälsa?	38
<i>Långtidsfrisk och arbetsglädje – dold sjuknärvaro</i>	39
Metoddiskussion	40
Slutsatser	41
Referenser	42

Introduktion

Arbete och hälsa

Arbetet intar en central roll i våra liv och påverkar vår hälsa i hög grad. Arbetet kan ses både som en tillgång och glädje men kan också vara nedbrytande för individen, något som ger skada och ohälsa. Att definiera begreppet hälsa är svårt eftersom det omfattar flera olika aspekter och faktorer som påverkar hälsan och gör det därför komplicerat att precisera. WHO's definition på hälsa används ofta och lyder:

”Hälsa är ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller skada” (WHO, 2004, s 29)

WHO's är en av de mer holistiska definitionerna av hälsa och utgår mer ifrån ett salutogent perspektiv på hälsa än andra definitioner. Tidigare har ett mer biomedicinskt/patogent synsätt präglat bilden av hälsa, vilket har varit att se och definiera hälsa som frånvaro av sjukdom/hälsa.

Arbetsrelaterad hälsa/ohälsa är en betydelsefull indikator för folkhälsan. Att satsa på personalens hälsa har alltmer uppmärksammats den senaste åren (Hansson, 2004). Det senaste årtiondets förändringar inom arbetslivet kan relateras till ökningen av sjukskrivningar samma tidsperiod (Perski, 2001; & Socialstyrelsen 2005). Under 1990-talet skedde stora struktur- och organisationsförändringar i Sverige som innebar personalminskningar, stegrad arbetstakt och ökad arbetsbelastning. Sjukskrivning vid vissa sjukdomar kan ha påverkats av att arbetslivets allt hårdare krav i mindre utsträckning ger plats för personer med någon grad av nedsatt arbetsförmåga (Socialstyrelsen, 2005). Under åren 1998-2002 har den relativa ökningstakten för antalet sjukskrivna (mer än 365 dagar) legat på ca 30 procent per år (Socialdepartementet, 2002).

När det gäller arbetsmiljöfrågor i Sverige har stress och intresset för arbetsklimatfaktorer ökat (Ahlborg, 2000). Arbetslivets krav på kompetens, flexibilitet, ökad produktion och livslångt lärande kan vara bidragande faktorer till den ökade utvecklingen av stress i arbetslivet. Enligt Iwarsson (2004) möter arbetstagare idag högre krav och större otrygghet, samt ständiga krav på omställning och anpassning än under tidigare årtionden, vilket medför stress. Enligt Thomas (1999) är arbetsplatsen den största enskilda källan för stress. Arbete med höga krav men liten handlingsfrihet eller låga krav och begränsad handlingsfrihet kan för de anställda leda till negativ fysisk och psykisk stress, risk för hjärt- och kärlsjukdomar, ångest, depression och alkoholism. Dessa förhållanden kan även kopplas till produktivetsproblem, högre sjukfrånvaro, omorganiseringar, minskad arbetsglädje och kreativitet (Collins, 1991). Den instabila och föränderliga arbetsplatsen som följs av olika omorganisationer kan även skapa konflikter på arbetsplatsen. Konflikter som blir illa skötta kan i sin tur leda till trakasserier, mobbning, sjukskrivningar, utfrysning och ökad personalomsättning. Även mobbing har visat sig ha ett samband med sjukfrånvaro (Voss m.fl., 2001).

Höga sjuktal och ökad stress i arbetslivet har krävt nya reformer och synsätt i samhället. Arbetsmiljölagen (Arbetsmiljöverket, 2005), som trädde i kraft 1978, har större fokus på att främja den psykosociala hälsan på arbetsplatsen än tidigare lagstiftning. Även inom den svenska folkhälsopolitiken har den arbetsrelaterade hälsan fått ett större fokus. Sverige för en nationell

folkhälsopolitik med elva målområden. Målområdena omfattar de bestämningsfaktorer som har störst betydelse för den svenska folkhälsan. Det övergripande målet är att skapa samhälliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen. Målområde fyra *Ökad hälsa i arbetslivet* inriktar sig på att förbättra arbetsvillkoren och minska den arbetsrelaterade ohälsan, i syfte att förbättra folkhälsan samt minska de sociala skillnaderna i hälsa (Ågren, 2003).

Arbetet kan även fungera hälsofrämjande för individen och innebära en mental stimulans när det gäller att lösa uppgifter samt stärker självkänslan när något produceras eller när uppsatta mål nås. Hansson (2004) menar att det finns en direkt relation mellan att ha ett arbete som upplevs som meningsfullt och utvecklande, och att vara vid god hälsa. Arbetsplatsen ser han som en social arena där människor möts och sociala relationer skapas i kontakt med andra.

Arbetsplatsen som hälsofrämjande arena

Jakartadeklarationen utformades i juli 1997 på den fjärde International Conference on Health Promotion. Konferensen lade upp riktlinjer för hälsofrämjande arbete inför det 21 århundradet. Under konferensen belystes betydelsen av att arbeta multisektoriellt tillsammans för att nå en positiv förändring i folkhälsan. Arenor som länderna skulle arbeta vidare med var skolor, arbetsplatser, sjukhus, städer och öar. Arbetsplatsen sågs som en viktig arena för att kunna påverka det fysiska, mentala, ekonomiska och sociala välmåendet bland arbetarna. Genom att förbättra de anställdas kunskaper och färdigheter gällande hälsa, och etablera en hälsosam arbetsmiljö, skulle följderna bli ett hälsosammare liv på och utanför arbetsplatsen. Det hälsofrämjande arbetet skulle även innebära en fördel för familjen, samhället och för arbetsplatsen. För att nå framtida framgång behövs nämligen en hälsosam, kvalificerad samt motiverad arbetskraft (Chu m.fl., 2000). En hälsofrämjande arbetsplats kan leda till en flexibel och dynamisk balans mellan kundens förväntningar och organisationens mål å ena sidan och de anställdas färdigheter och hälsa å den andra, vilket kan vara en nödvändig kombination för arbetsorganisationer om de vill konkurrera framgångsrikt i vår tid. Företag och organisationer har idag alltmer insett nödvändigheten med att satsa på en hälsofrämjande arbetsplats, eftersom den globaliserade marknaden har ökat. Enligt Chu är utvecklingen av hälsofrämjande arbetsplatser en förutsättning för länders sociala och ekonomiska utveckling.

Hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen

Intresset för hälsofrämjande arbetsplatser har ökat de senaste åren i Europa. Genom att satsa på hälsofrämjande arbetsplatser kan arbetsplatsen minska arbetsrelaterad sjukfrånvaro i de europeiska industriländerna. År 1996 bildades ett europeiskt nätverk för hälsofrämjande arbetsplatser, The European Network for Workplace Health Promotion (WHP), som innefattade alla 15 medlemsländer i EU samt de länder som ingick i EEA (European Economic Area) (Chu m.fl., 2000). Nätverket arbetar med frågor kring hälsofrämjande arbetsplatser. Syftet med nätverket är att sprida goda exempel på hälsofrämjande arbetsplatser och olika projekts utfall, baserade på ett kontinuerligt utbyte av erfarenheter. Det fanns nämligen ett identifieringsbehov av framgångsrika modeller, som kunde ligga till grund för utveckling av riktlinjer för hälsofrämjande arbetsplatser. Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser rekommenderas för att anställda skall kunna möta framtida förändringar och utmaningar i arbetslivet. Effekter av att arbeta hälsofrämjande anses

bland annat vara en minskning av arbetsrelaterad ohälsa, samt främja ett framtida, socialt och ekonomiskt välbefinnande i EU.

Luxemburgdeklarationen (1997) har tagit fram olika kriterier för vad som utmärker hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen. Kriterierna står för kontinuerlig utbildning eller kompetensutveckling, så att de anställdas yrkeskunskaper väl motsvarar verksamhetens behov. De eftersträvar en systematisk integration av främjandet av hälsa i alla viktiga beslut där processen karakteriseras av en problemlösande cykel. Det hälsofrämjande arbetet måste vara långsiktigt och motivera delaktighet bland de anställda. Andra kriterier är en väl avvägd resurstillgång och balans mellan insatser på individ- och organisationsnivå som skall vara skraddarsydd efter arbetsplatsens behov.

Menckel och Österblom (2000) har utarbetat en svensk definition av hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen som till stor del innefattar de kriterier som Luxemburgdeklarationen framhäver. Definitionen lyder följande:

- Hälsofrämjande på arbetsplatser inkluderar alla de ansträngningar som sker i alla sammanhang där individer arbetar, och som syftar till att öka välbefinnande och hälsa.
- Hälsofrämjande på arbetsplatser befattar sig med orsaker till ohälsa, men fokuserar på möjligheter till god hälsa.
- Hälsofrämjande på arbetsplatser syftar till att möjliggöra för arbetande människor att utveckla en god hälsa och hälsorelaterade beteenden.

Ett annat begrepp som påminner om en hälsofrämjande arbetsplats är ”ett hållbart arbetsliv”. Ett hållbart arbetsliv förmår förena en nödvändig tillväxt med goda arbetsvillkor, en väl fungerande arbetsmarknad och hälsa i arbetslivet. Det innebär även att skapa gynnsamma arbetsförhållanden som främjar aktiva, delaktiga och positiva anställda (Menckel & Österblom, 2000).

Hälsofrämjande program

Enligt Luxemburgdeklarationen (1997) skall hälsofrågan och det hälsofrämjande arbetet gentemot personalen få en central plats i varje organisation. WHO's kommitté för hälsofrämjande arbetsplatser rapporterar att livsstilrelaterade hälsoproblem har ökat samt att hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen har fått större betydelse. Ose (2005) menar att genom att förbättra den fysiska och psykosociala arbetsmiljön kan sjukfrånvaron orsakad av fysiskt ansträngande arbeten även förebyggas. Muto och Yamauchi (2001) belyser vikten av hälsofrämjande program som inriktar sig på fler riskfaktorer än enbart en, eftersom individer oftast har mer än ett ohälsosamt beteende. I en studie de gjorde i Japan framkom att interventionerna i ett multifaktoriellt hälsofrämjande program, effektivt påverkade och förebyggde övervikt, högt blodtryck och höga blodfetter bland de anställda. I en studie gjord av Aldana m.fl. (2005) visade resultatet att deltagande i hälsofrämjande program på arbetsplatsen reducerade sjukfrånvaron.

Friskfaktorer i arbetslivet

Det hälsofrämjande arbetet på arbetsplatsen handlar alltså till stor del om att värna om individens hälsa genom att fokusera på det friska i arbetsmiljön. Detta stämmer väl överens med Antonovskys (1991) salutogena perspektiv (hälsans ursprung) där fokusering ligger på det friska och faktorer som vidmakthåller hälsan. Abrahamsson m.fl. (2003) tar upp olika faktorer i arbetslivet som de nämner som *friskfaktorer* kopplat till en hälsofrämjande arbetsplats. De delar upp friskfaktorerna i

- *Organisatoriska friskfaktorer* som organisation, arbetsledning, fysisk arbetsmiljö, lön, arbetstid, kompetensutveckling och friskvård
- *Individuella friskfaktorer* innefattar arbetsförhållanden dvs. rimliga arbetsuppgifter, påverkansmöjligheter, flexibilitet, variation i arbetet och arbetsglädje
- *Sociala friskfaktorer* som solidaritet, stöd och uppmuntran

Organisatoriska friskfaktorer

Varje organisation och arbetsplats har sina unika förutsättningar för att bli en hälsofrämjande arena för de anställda. Organisationen, dess struktur, klimat och normer har stor betydelse för hur det hälsofrämjande arbetet skall bedrivas (Hansson, 2004). Målet för hälsofrämjande på arbetsplatsen, enligt Luxemburgdeklarationen (1997) är "hälsosamma människor i hälsosamma organisationer". Målet kan uppnås genom en kombination av förbättringar av arbetsorganisationen och arbetsmiljön, främjande av aktiv medverkan och personlig utveckling, vilket kräver att hälsofrämjande på arbetsplatser integreras i alla viktiga beslut och områden inom organisationen. Eklund m.fl. (1999) anser att det är viktigt i arbetsmiljöarbetet att ha välformulerade mål om hur arbetsmiljöarbetet skall fungera. Det är av betydelse att implantera dessa mål hos personalen så att alla tillsammans har en gemensam vision för hur arbetsmiljöarbetet skall se ut. Företaget skall, enligt Chu m.fl. (2000), utifrån ett helhetsperspektiv integrera det hälsofrämjande arbetet på alla nivåer i organisationen. Tydliga mål och ett integrerat hälsotänk leder, enligt Chu m.fl, i sin tur till bättre arbetsprestationer bland de anställda och till ett bättre arbetsklimat. Den hälsofrämjande organisationen tillhandahåller enligt Luxemburgdeklarationen (1997) en lämplig balans mellan arbetets krav, medarbetarnas egen kontroll, kompetensnivå och socialt stöd. En viktig friskfaktor för att skapa en tydlig organisation som präglas av delaktighet är enligt Hanson (2004) ledarskap.

Ledarskap

Organisationskultur och ledarskap är två viktiga faktorer som påverkar anställdas arbetsmoral och arbetsglädje (Lok & Crawford, 2004). Enligt Ljusenius och Rydqvist (1999) ses ledarskap som en ytterst betydelsefull faktor när det gäller de anställdas upplevelser av arbetsmiljön. De ser motivation, kompetens och välbefinnande som tre viktiga faktorer för framgång i en organisation, eftersom en organisation behöver personal som vill, kan och orkar.

Thylefors menar att människan behöver få omtanke, kärlek och tillhörighet, men också ställas inför krav för att utvecklas. En ledare som är tydlig och konsekvent medverkar, enligt De Klerk (2000), till att medarbetarna vet vad de kan förvänta sig av honom eller henne, i motsats till en otydlig ledare som skapar osäkerhet och förvirring hos medarbetarna. En ogenomtänkt arbetsfördelning kan, enligt honom, ge upphov till avundsjuka, rivalitet och handlingsoförmåga. Konflikter med chefen har visat ett tydligt samband med sjukskrivningar (Oxenstierna m.fl., 2005). En gynnsam arbetsfördelning som tar hänsyn till varje individs behov skapar däremot ansvarskänsla hos den anställde, samt ökar förståelsen och kunskapen om olika arbetsuppgifter (De Klerk, 2000). Det är även viktigt menar Thylefors (2000) att det finns en ömsesidig växelverkan eller dialog mellan ledaren och medarbetarna när det gäller konsultation. Betydelsen av en god relation mellan ledaren och medarbetarna är också betydelsefull för välbefinnandet. Medarbetare behöver stöd och struktur från ledaren för att kunna samarbeta. Ledaren bör därför genom kontroll och koordination, värna om en tydlig struktur samt arbeta för kompetensutveckling och förändring.

Kompetensutveckling

Arbetslivet ses som den viktigaste lärosituationen för de allra flesta som nått vuxen ålder. Därför är det av betydelse att se till att människors kompetens hela tiden underhålls och inte stagnerar. Att arbetsplatsen är en unik arena för lärande glöms ibland bort utav ledningen. Istället för att satsa på att vidareutbilda sin personal, vilket höjer kompetensen, väljer de flesta arbetsplatser att nyrekrytera personal. Kompetensutveckling kan istället ses som en god investering, eftersom verksamheten ökar sin flexibilitet samt lättare möter förändringar (Dahlgren & Dahlgren, 1988). Enligt Moxnes (1995) får en arbetsplats som lever i en fortgående kunskapsprocess, och som har arbeten där människor kan använda sina resurser, stimuleras och utvecklas, det lättare att kunna rekrytera, motivera och behålla arbetstagare. Resursutnyttjande stärker, enligt Moxnes, prestationsförmågan hos de anställda, eftersom deras arbeten blir mer självförverkligande, vilket i sin tur leder till en mer hälsofrämjande arbetsplats.

Faktorer i arbetsförhållanden som motverkar lärande, välbefinnande, och utveckling är, enligt Ellström m.fl. (1996), bland annat hård styrning av arbetssituationen, enkla, okvalificerade och monotona arbetsuppgifter samt ringa möjlighet till social kontakt under arbetet. När det gäller lärandet i arbetslivet tycker Ellström (1996) det är viktigt att tänka på att lärandet är en fortgående process. Mycket av vår arbetstillfredsställelse beror enligt Dahlgren och Dahlgren på (1988) om vi får utnyttja vår kompetens och våra personliga resurser samt utveckla dessa tillgångar. Riktningen och hastigheten på utvecklingen beror på det stöd arbetet och organisationen ger. De menar att när arbetstagaren får använda sig utav sin kunskap och får stöd i sin personliga utveckling ökar det arbetstagarens välbefinnande. Flera studier visar, enligt Dahlgren och Dahlgren (1988), att det personliga resursutnyttjandet är av stor betydelse för välbefinnande och hälsa medan lågt resursutnyttjande är en av de främsta orsakerna till psykisk och psykosomatisk ohälsa på arbetsplatsen.

Det är av betydelse att det finns en balans mellan arbetets utmaningar och individens förmåga att hantera dessa för att uppleva flow. Flow introducerades av Mihaly Csikszentmihalyi år 1975. Flow är ett tillstånd som uppstår när en individ är djupt engagerad i en aktivitet. Balansen mellan utmaning och förmåga är avgörande för huruvida individen kommer in i ett tillstånd av flow. Uppgiften skall vara tillräckligt utmanande för att den skall kännas meningsfull, men inte så svår att den skapar ångest och leder till att man ger upp (Csikszentmihalyi & LeFevre, 1989).

Fysisk arbetsmiljö

Idag finns det enligt Eklund (2001) stora skillnader i EU gällande de flesta aspekter av arbetsmiljön. Ett mönster visar dock att arbetskraften i södra Europa har mer problem med den fysiska arbetsmiljön medan arbetskraften i norra Europa kämpar med den psykosociala arbetsmiljön. Detta förklarar Eklund med att Europas länder har rört sig i olika hastigheter från jordbrukssamhälle till industrisamhälle och postindustrisamhälle. Länder med ekonomiska resurser har enligt henne kunnat automatisera arbetsprocesser vilket har medfört att tunga lyft har ersatts med enkla och monotona rörelser, vilket i sin tur har lett till arbetsskador av psykosocial karaktär. Maskinerna är oftast dyra, vilket kräver ett intensivt nyttjande av dessa, vilket kan leda till ökade krav på arbetsinsatser. Hon förklarar också de olika arbetsmiljövillkoren med att det finns olika arbetskraftskostnader och lönenivåer samt att det finns fler arbetande kvinnor i norra Europa än i södra och därför ser kanske de fysiska förutsättningarna gällande arbetsmiljön olika ut (Eklund, 2001). Den fysiska arbetsmiljön inkluderar bland annat temperatur, komfort, kemikalier, skyddsanordningar, ljus och ljud. Om någon av dessa faktorer är bristande kan det påverka hälsan i någon form hos de anställda (Ose, 2005).

Friskvård

På flera arbetsplatser bedrivs friskvård. Friskvård kan ses som de hälsofrämjande aktiviteter som behandlar individens livsstil och levnadsvanor och där individen själv aktivt medverkar. Oftast associeras friskvård med jogging och morötter, men det finns fantastiska möjligheter att rikta friskvårdsarbetet även mot fler aktiviteter av psykosocial karaktär (Hansson, 2004). Friskvårdsaktiviteter kan, förutom att främja hälsa och förebygga ohälsa, även öka kommunikation och gemenskap mellan de anställda, uppmuntra till ett större engagemang för verksamheten, ses som en personalförmån och höja organisationens rykte och attraktionsvärde vid nyrekrytering. Det som blir den stora utmaningen för organisationer är att öka deltagandet vid friskvårdsaktiviteter. Det har framkommit att det oftast är de redan "frälsta hälsoaktörerna" som nyttjar olika faciliteter och deltar i program. Det har även framkommit att flera av aktiviteterna ligger utanför arbetstid, vilket hindrar dem som pendlar, dem med familjeliv etc. att delta i aktiviteterna. Även kön och rädsla för att göra bort sig har påverkat deltagandet (Mc Gillivray, 2002). Shuttleworth (2004) menar att flera organisationer anser att de har uppfyllt sitt ansvar beträffande personalens hälsa ifall de erbjuder friskvårdsaktiviteter i form av träning och motion. Även om alla deltar i friskvårdsaktiviteter behöver det nödvändigtvis inte betyda att arbetsmiljön har förbättrats ur hälsosynpunkt. Det sociala samspelet på arbetsplatsen och individuella arbetsförhållanden påverkar även arbetsklimatet, individens välbefinnande och arbetsglädje.

Arbetsrelaterad stress är ett allvarligt hot mot anställdas hälsa, deras familjer och samhället i stort. Noblet (2003) anser att hälsofrämjande arbete skapar många möjligheter att reducera arbetsrelaterad stress, men att det hälsofrämjande arbete som bedrivs på de flesta arbetsplatser är inriktat på livsstils förändringar och ignorerar den påverkan arbetet i sig själv har på individens hälsa. I sin studie lyfter han bristen på kunskap och information angående vilka psykosociala arbetslivsfaktorer som påverkar hälsan och förtroendet att identifiera och tillämpa organisatorisk frågor i det hälsofrämjande arbetet. Resultatet visade att socialt stöd och påverkansmöjligheter i arbetet relaterad till arbetsglädje och psykisk hälsa och Noblet föreslår att utgå ifrån dessa när man vill skapa stödjande miljöer för att främja och öka de anställdas hälsa

Individuella friskfaktorer

Arbetsglädje

Arbetsglädje är ett brett och intressant ämne både för människor som arbetar inom organisationer och för dem som studerar organisationer. Arbetsglädje är den mest frekvent studerade variabeln inom beteendeforskning. Den traditionella synen på arbetsglädje fokuserar på samtliga känslor en individ har inför sitt arbete. Känsloupplevelsen inrymmer inte enbart om individen är nöjd eller missnöjd med sitt arbete, utan även vilka förväntningar hon har på vad arbetet erbjuder (Hong m.fl., 2005). Krueger, Brazil, Lohfeld, Edward. Lewis och Tjam (2002) lyfter fram arbetsglädje som ett multidimensionellt begrepp som är en produkt av individens övergripande utvärdering av arbetet och dess kontext.

Arnold (2005) nämner tre olika förhållningssätt till vad arbetsglädje är. Det *första* belyser arbetsglädje som dels något som är lärt utifrån erfarenheter och dels som något ärftligt, ett personlighetsdrag, som är stabilt oberoende på vilket arbete individen har. Studier har visat att arbetsglädje är delvis beroende av individens generella läggning, men inte i så stor grad att den är konstant genom livet. Det *andra* förhållningssättet belyser det sociala erfarenhets- och informationsflödet individen får av andra på arbetsplatsen, som i sin tur formar och utvecklar vilka attityder till arbetet som gör sig gällande. Det *tredje* förhållningssättet utgår ifrån att arbetsglädje påverkas av arbetets karaktär och i vilken utsträckning arbetet lever upp till de förväntningar individen har på sitt arbete. Vad som är gemensamt för samtliga förhållningssätt är att arbetet i sig själv har en betydelsefull roll för om individen upplever arbetsglädje eller ej.

Hertzberg och Mausner talar om två olika arbetsmotivationsfaktorer; hygien och motivation. Hygienfaktorerna består av yttre faktorer såsom lön, sociala förmåner, relationer till arbetskamrater och arbetsledning, anställningstrygghet och fysiska arbetsmiljöfrågor. Dessa är nödvändiga men inte tillräckliga. Motivationsfaktorerna däremot består av inre faktorer som utgör förutsättningar för arbetsmotivation, såsom arbetsuppgiftens art, möjligheter till ansvarstagande, beröm/uppskattning, framgång, bekräftelse och möjlighet till personlig utveckling och befordringsmöjligheter. Dessa faktorer studeras ofta när det gäller arbetsmotivation och arbetsglädje hos anställda (Hong m.fl., 2005).

Hackman och Oldman beskriver fem karaktärsdrag i arbetet som påminner om arbetsmotivationsfaktorerna. Arbetstillfredsställelsen blir, enligt dem, högre när arbetsuppgifterna karakteriseras av meningsfullhet, omväxling, självständighet, en helhet och ger bekräftelse/feedback på arbetsinsats. De menar att de anställda som generellt upplever arbetsglädje är de som; känner sig framgångsrika i sitt arbete i relation till uppsatta mål, innehar de fem karaktärsdragen, blir rättvist belönade av organisationen för deras höga arbetsprestation och får rättvis belöning (Locke & Latham, 1990).

I en studie som studerade relationen mellan ansträngning, stöd från chefen, gruppgemenskap och arbetsrelaterad stress med arbetsglädje som beroende variabel framkom det att hög ansträngning, stöd från chefen och gruppgemenskap var relaterade till låg arbetsrelaterad stress, som i sin tur relaterade till arbetsglädje (Steinhardt m.fl., 2003). Att skatta sin arbetsmiljö som hälsosam visade samband med hög arbetsglädje, plikt känsla och moral, samt lägre frånvaro och intention till att vilja säga upp sig (Lowe m.fl., 2003).

Meningsfullhet och delaktighet

Strumpfer och Mlonzi (2001) fann ett starkt samband mellan KASAM (Känslan av Sammanhang) och upplevd arbetsglädje. En människa med ett starkt KASAM skapar sig enligt Antonovsky en bild av världen genom de tre komponenterna hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet. Meningsfullhet är den komponent som Antonovsky anser viktigast för motivationsskapandet. Därefter kommer den kognitiva komponenten begriplighet, eftersom situationens hanterbarhet är beroende av förståelsen av den. För att skapa meningsfullhet i arbetet krävs det att individen känner delaktighet (Antonovsky, 1991).

Delaktighet skapas genom påverkan, medverkan och engagemang från de anställda. Organisationer som bidrar till att öka människors självkänsla ökar också möjligheten för människor att uppnå en bättre hälsa. Det krävs även att engagera sina anställda, vilket kan uppnås med empowerment. Empowerment kan beskrivas som lokal utveckling, självstyre, delaktighet, självtillit och om att vara eldsjäl och påtryckare. För den hälsofrämjande organisationen innebär det alltså att skapa möjligheter och förutsättningar för medarbetarna att själva kunna vara med och bestämma och i sin tur påverka deras egen arbetssituation. Starrin beskriver empowerment som något som uppstår i det mänskliga mötet där människor möts och alla inblandade går från samtalen som vinnare. Vidare beskriver han vikten av att känna sig betydelsefull och att ha självförtroende utan att vara skrytig, att kämpa för sin sak utan att trampa ned andra, som andra nyckelord för empowerment (Menckel & Österblom, 2000). Delaktighet framkommer alltså när det skapas gynnsamma förutsättningar för det. På en arbetsplats innebär det bland annat att individen känner delaktighet när det gäller att kunna påverka det egna arbetet.

Krav och beslutsutrymme

Andelen stressfyllda arbeten, det vill säga med lågt beslutsutrymme och höga psykiska krav, har ökat under de senaste årtionden (Socialstyrelsen, 2005). Det är när kraven är större än vad individen är kapabel att hantera som stress uppstår. Utifrån detta har Karasek och Theorell (1990) utvecklat en tvådimensionell kravkontrollmodell för att tydliggöra att en hög psykisk belastning är sjukdomsalstrande, om det samtidigt föreligger ett lågt beslutsutrymme. Modellen utgår från individens upplevelse av de *krav* som ställs på arbetets innehåll och individens förmåga, och *kontroll*. *Kontroll* innebär i detta sammanhang individens stimulans i form av att lära sig och utvecklas samt möjlighet att påverka och ha inflytande på sitt arbete i beskaffenhet av beslutsutrymme. Ett arbete som har både låga psykiska krav och litet beslutsutrymme kallas enligt Karasek *passivt*. Konsekvensen av detta resulterar ofta i en låg aktivitetsnivå under fritiden. Arbeten med låga psykiska krav och med ett stort beslutsutrymme kallar de *avspänt* arbete. Ett arbete med höga krav men med litet beslutsutrymme kallar de för *spänt* arbete, påfrestande eller belastande. Ett *spänt* arbete kan även kallas högstressarbete och innebär att individen saknar resurser för att klara av kraven på ett tillfredställande sätt. I stället samlar kroppen oförlöst energi vilket bland annat ger sig uttryck i nedsatt psykisk hälsa. Det mest gynnsamma arbetet anser Karasek vara det med höga psykiska krav, men med ett stort beslutsutrymme, det vill säga när individen kan utöva kontroll över sin egen arbetssituation. Detta kallas enligt modellen *aktivt* arbete. Att kunna påverka och kontrollera den egna arbetssituationen är av betydelse när det gäller att undvika stress och psykisk arbetsbelastning, samt att öka arbetsmotivation och välbefinnande (Karasek & Theorell, 1990). Förklaringar eller orsaker till sjukskrivningar eller ohälsa kan variera men flera studier om relationen mellan arbetsförhållanden och hälsa pekar på

att upplevelsen av kontroll, stöd samt krav är av stor betydelse (North m.fl. 1996, Sundquist och Johansson 2000, Kivimäki m.fl. 2001).

När det gäller arbetet menar Antonovsky att det inte enbart är individuella arbetsförhållanden som är av betydelse när det gäller upplevd hälsa, utan även att ha en socialt värderad sysselsättning inom en socialt värderad verksamhet. Antonovskys (1991) KASAM begrepp är nära förknippat med social integration. Att leva ett meningsfullt och begripligt liv i relation med andra anser Antonovsky är av betydelse för en god hälsa, fysiskt likväl som psykiskt.

Sociala friskfaktorer

Socialt stöd

Hansson (2004) lyfter fram socialt stöd som en viktig komponent i hälsofrämjande arbete men även i sociala relationer mellan individ, grupp och samhälle. Socialt stöd när det gäller hälsa innefattar samspel och integration mellan människor vilket, enligt Hansson, ger ett psykiskt, känslomässigt, materiellt och funktionellt stöd som medför ökat välbefinnande och bättre hälsa. Sociala relationer ger människan positiva upplevelser och även en känsla av stabilitet och förutsägbarhet. Sociala nätverk hjälper individen att identifiera och anpassa sig till de förväntningar och roller den utsätts för. Sociala relationer ger även individen feedback, som bidrar till ökad uppfattning om egenvärdet. I många fall kan det sociala stödet verka som ett immunförsvar när människan utsätts för psykisk påfrestning (Socialstyrelsen, 1997). Genom socialt stöd kan organisationen, enligt Hansson (2004), öka människors kontroll över de faktorer som främjar hälsan samt minska de faktorer som bidrar till social påfrestning och sociala skillnader.

Johnson och Hall (1988) har utifrån Karasek och Theorells kravkontrollmodellen utvecklat en tredimensionell modell eftersom de såg det sociala stödet från arbetskamrater och arbetsledning som en hälsofrämjande faktor. De menar att desto större socialt stöd individen har desto lättare är det att bemöta de andra två faktorerna, krav och kontroll. De som fått nya arbetsuppgifter med ökat inflytande och mer allsidiga arbetskrav utnyttjade sin fritid mer aktivt. Den hälsosamma arbetsplatsen påminner om *krav-kontroll-stöd* modellen såsom, måttliga krav, hög kontroll (stimulans och påverkansmöjligheter) samt stöd av arbetskamrater och arbetsledning.

Ansträngning - belöning

Effort-Reward Imbalance (ansträngning-belöning) modellen introducerades av Siegrist i slutet av 1980-talet och har sedan dess vidareutvecklats. Enligt modellen utgörs den grundläggande arbetsstressorn av en obalans mellan å ena sidan höga krav och förpliktelse och å andra sidan en låg grad av belöning. Belöningen kan ta sig uttryck i ekonomisk ersättning och uppskattning. Andra belöningskomponenter är karriärmöjligheter, anställningstrygghet samt överensstämmelse mellan social status och arbete. En obalans mellan ansträngning och belöning, i form av hög ansträngningsnivå och låg belöning, kan medföra utdragna stressreaktioner och skadliga hälsokonsekvenser. Känslan av att ens arbete inte uppskattas, att bli orättvis bemött och besvikelsen över otillfredsställande belöning/uppskattning kan medföra psykiska påfrestningar. Det finns dock individuella skillnader när det gäller upplevelsen av effort/reward, beroende på individens behov av kontroll, bekräftelse och handlingsmönster. Handlingsmönstret består av en

uppsättning beteenden, attityder och känslöstämningar, som behov av uppskattning, tävlingsinriktning, oproportionerlig irriterabilitet samt oförmåga att koppla av från arbetet. Det vill säga att både omgivningen och personligheten vägs in i modellen. Handlingsmönster karakteriseras av ett överdrivet engagemang i arbetet som en förklaring till utdragna stressreaktioner hos exponerade. Flera studier har visat att Effort-Reward Imbalance predicerar hjärt-kärlsjukdom eller relaterade riskfaktorer. (Siegrist m.fl., 2004). Ljusenius och Rydqvist (1999) lyfter fram ledarens roll i att belöna, ge beröm, utveckla kompetens och kommunicera som viktiga faktorer vid ett ”friskt ledarskap”. Hälsan på arbetsplatsen påverkas inte enbart av organisationen utan även av individuella och yttre faktorer (Mc Gillivray, 2002). Individens livsstil är av stor betydelse för hälsan.

Livsstilsfaktorer

Livsstilen kan ses som ett uttryck för hur människor väljer att leva utifrån sin livssituation. Den uttrycker identitet och social tillhörighet. Livsstilen utgör inte ett fritt intellektuellt val av vanor och beteende utan påverkas av tidigare erfarenheter, samspel med andra, självkänsla och det omgivande samhället i form av ekonomi, arbetslöshet, utbildning, socialt nätverk m.m. När det gäller levnadsvanor i form av ex. kost, motion, rökning och alkoholvanor kan livsstilen ses som ett uttryck för hur levnadsvanor visar sig och hanteras. Levnadsvanor påverkas av kultur och traditioner och skiljer sig åt mellan olika befolkningsgrupper. I Sverige finns stora sociala skillnader i hälsa trots att välfärden har ökat (Orth- Gomer & Perski, 1999).

Sjukdom och besvär i rörelseorganen är den vanligaste orsaken till smärta, nedsättning av arbetsförmåga, långvarig sjukskrivning och förtidspensionering i Sverige. Rörelseorganens sjukdomar är starkt arbets- och åldersrelaterade. I intervjuer 2002/03 uppgav 21 % av kvinnorna och 15 % av männen i åldersgruppen 16-84 år att de hade någon långvarig sjukdom eller något besvär relaterat till rörelseorganen. Hälften av kvinnorna och knappt en tredjedel av männen i yrkesverksam ålder (16-64 år) uppgav att de hade smärtor och värk från nacke, skuldror och ländrygg. Dessa sjukdomar och besvär är ofta bestående och ger sänkt livskvalité. Riskfaktorer i den psykosociala arbetsmiljön som kan bidra till dessa sjukdomar är höga prestationskrav i kombination med låg grad av inflytande och brist på stöd från omgivningen. Rörelseorganens sjukdomar är den största diagnosgruppen när det gäller långtidssjukskrivna. Andelen långtidssjukskrivna har ökat sedan 1997, men enligt en undersökning av levnadsförhållanden (ULF) har rörelseorganens sjukdomar inte ökat i befolkningen under samma period, utan ökningen av långtidssjukskrivna beror främst av psykiska besvär. Psykiska besvär är den näst vanligaste sjukskrivningsdiagnosen (Socialstyrelsen, 2005). Ett sätt att förebygga sjukdomar i rörelseorganen är motion. Regelbunden fysisk aktivitet bidrar till ett förbättrat välbefinnande och ökar dessutom möjligheterna att bevara funktionsförmågan. År 2002/03 var det 58 % av männen och 60 % av kvinnorna som utförde någon form av motion. Med motion menas en medveten fysisk aktivitet med viss avsikt. De lägre socioekonomiska grupperna motionerade i mindre grad än de högre socioekonomiska grupperna (Socialstyrelsen, 2005).

Rökning och övervikt är livsstilsfaktorer som bidrar till besvär i rörelseorganen. När det gäller yrkesgrupper är fetma vanligare bland arbetare än tjänstemän. Fetma och övervikt kan leda till sjukdomar i rörelseorganen samt bukfetma, vilket kan leda till högt blodtryck, diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2005).

Det är inte enbart arbetet och levnadsvanor som har betydelse för individens välbefinnande utan hemförhållande och fritid spelar också en viktig roll. Weinberg och Creed (2000) pekar på hemförhållandets betydelse för arbetsmiljön och den psykiska hälsan. De menar att påfrestande hemförhållande har ett samband med arbetsmiljö och psykisk ohälsa. I en studie gjord av Judge och Ilies (2004) framkom det att positiva eller negativa känslor av arbetet påverkade senare positiva och negativa känslor hemma.

I en studie gjord av Åkerstedt m.fl. (2002) framkom det att faktorer i arbetslivet som påverkade störd sömn var höga arbetskrav, lågt socialt stöd och hög fysisk arbetsbelastning. Höga arbetskrav medförde stress, vilket gjorde att respondenterna inte kunde sluta fundera och oroa sig över jobbet på sin fritid. Individuella faktorer som påverkade sömnen negativt var att vara ogift, kvinna, ha hög ålder, vara fysiskt inaktiv och ha ett högt BMI.

Frisk eller sjuk på arbetet?

Sjukfrånvaro

Om en arbetstagare är trött och fysiskt utmattad och inte kan utstå psykologiska påfrestningar på arbetet, är hon eller han mer benägen att stanna hemma från arbetet än en person som arbetar i en mer hälsofrämjande arbetsmiljö. Både den fysiska och psykologiska aspekten av arbetssituationen förväntas påverka beslutet ifall arbetstagaren skall gå till arbetet eller inte och orsakar både frivillig och ofrivillig frånvaro (Ose, 2005). Sjukfrånvaro kan bl.a. mätas i antalet sjukfrånvarodagar eller antalet sjukfrånvarande personer. Den kortvariga och den långvariga sjukfrånvaron skiljer sig åt när det gäller diagnoser. Vanliga diagnoser bakom sjukfrånvaro som är kortare än 8 dagar är olika infektioner och värk, som inte alltid kräver läkarvård. Den längre sjukfrånvaron kräver medicinsk bedömning av hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan, och sjukdomen behöver oftast medicinsk behandling (Socialstyrelsen, 2005).

Andelen sjukfrånvarande i Sverige har ökat mest bland personer som uppger mycket eller litet handlingsutrymme (Socialstyrelsen, 2005). I Under 1990-talet minskade andelen män och kvinnor i åldern 16-64 som uppgav att de alltid var med och beslutade om uppläggningsen av sitt arbete. Bland kvinnor var det genomgående ca 5 procentenheter färre än bland männen som rapporterade sådant inflytande. En studie gjord av Ala-Mursula m.fl. (2004) framkom det att anställda som hade lite kontroll över sina arbetstider hade en ökad risk att få hälsoproblem. Risken var högst bland kvinnor, speciellt de som hade familj, och bland hantverkare. Att den var högst bland kvinnor med familj förklarar de som ett fenomen av kvinnans dubbla roller.

Studier av arbetsgrupper visar att arbetare och yngre tjänstemän har högre sjukfrånvaro än äldre tjänstemän. Tillfällena av sjukfrånvaro och antalet sjukfrånvarande per person är högst bland yngre arbetstagare och avtar i samband med att åldern stiger. Korttidssjukskrivningar är vanligast bland yngre och långtidssjukskrivningar är vanligast bland äldre. Kvinnor har en högre grad av sjukfrånvaro och fler sjukdagar än män, varav antal arbetstimmar, familjesituation och barn har en signifikant betydelse i detta sammanhang. Förhållanden som tunga, fysiskt ansträngande, eller monotona uppgifter, ökar risken för ohälsa/sjukdom. Anställningsgraden, arbetsorganisationen och den psykosociala miljön är också viktiga faktorer som påverkar hälsan och välbefinnandet på arbetsplatsen (Voss m.fl., 2001).

I en studie gjord av Voss m.fl. (2001) framkom det att sjuknärvaron var mer förekommande i gruppen som hade hög sjukfrånvaro. Orsaken till detta kan antingen vara att anställda med en högre grad av ohälsa/sjukdom sannolikt är sjuka även när de är på arbetet eller att sjuknärvaron leder till ökad ohälsa. Voss m.fl. fann även ett samband mellan att arbeta mer än femtio timmar övertid och låg sjukfrånvaro. En möjlig förklaring de ger till övertid och låg sjukfrånvaro är god hälsa och arbetsengagemang. Resultaten var detsamma för både män och kvinnor.

I en annan studie över sjukfrånvaro framkom det att en låg grad av kontroll/beslututrymme orsakade en högre risk av sjukfrånvaro. Arbetstagare med en arbetssituation som karakteriserades av en lägre stressnivå och utomhusarbete hade en lägre sjukfrånvaro. I arbetsgrupper med sammanhållning som upplevde hög arbetsglädje var sjukfrånvaron lägre än i arbetsgrupper med sammanhållning som upplevde mindre arbetsglädje (Ose, 2005).

Långtidsfrisk

Under de senaste åren har begreppet långtidsfrisk uppmärksamrats. Det finns dock inte så många vetenskapliga studier som är gjorda kopplat till långtidsfrisk. Istället för att lägga fokus på antal sjukskrivna inom en organisation skall fokus läggas på antal långtidsfriska, dvs. frisknärvarande. Organisationer arbetar för sänkt sjukfrånvaro och räknar antal långtidsfriska istället. Begreppet långtidsfrisk myntades av företagsläkaren Johnny Johnsson på Stora Enso pappersbruk "Sveriges friskaste företag". *Långtidsfrisk* definierar Johnsson m.fl. (2003) med en anställd som har varit anställd minst tre år och inte haft en enda sjukdag på minst två år. Johnson m.fl. utgår även från fyra organisatoriska friskfaktorer som de kopplar till långtidsfrisk, vilka består i en medveten organisation med tydliga mål, en kreativ miljö, ett konsultativt medarbetarskap och ett öppet arbetsklimat. De anser att föreligger dessa fyra friskfaktorer ökar andelen långtidsfriska. Dessa friskfaktorer kan även härledas till de friskfaktorer Abrahamsson m.fl. (2003) nämner. Att mäta långtidsfrisk, enligt Johnsson m.fl. (2003) innebär att mäta summan av företagskulturen, ledningen, ledarskapet, medarbetarskapet och det nätverk och de aktiviteter som förekommer i och utanför arbetet.

I en populationsstudie över långtidsfriskas arbetsvillkor gjord av Aronsson och Lindh (2004) exkluderade de individer med längre sjuknärvaro från urvalsgruppen långtidsfriska. De utgick ifrån att långtidsfriska var individer som hade högst ett tillfälle av sjuknärvaro och högst ett tillfälle av sjukfrånvaro per år och då under som mest fem dagar. Aronsson och Lindhs definition av långtidsfrisk har delvis använts i denna studie. I deras studie skedde datainsamling vid två tidpunkter vilket medförde att de som varit "friska" vid första mätpunkten inte var det vid andra, vilket gjorde att de utökade definitionen med tio dagars sjukfrånvaro eller mindre under första respektive andra mätningen. Vad som framkom i studien var att högsta andelen långtidsfriska fanns bland ingenjörer, dataspecialister, ekonomer, personaltjänstemän, sekreterare samt övrig kontorspersonal medan lägst andel långtidsfriska fanns bland undersköterskor, lärare, fritidspedagoger, barnskötare, andra tekniker, maskinoperatörer och monteringsarbetare. Utifrån ett genusperspektiv föreföll det vara fler kvinnor i yrkesgrupperna med färre långtidsfriska. Med långtidsfrisk som beroende variabel framkom det att predicerande faktorer fanns såväl i arbetslivet (yrke, arbetsplats, stöd, resurser, tidspress, kvalitén) som i privatlivet (kontantmarginal, arbetsbelastning, relationer till närstående). I de flesta fall räknas dock långtidsfrisk som ett mått på antal närvarande enligt Johnsons definition. Enligt Hansson (2004) kan risken med att räkna och lägga stor vikt vid antalet långtidsfriska innebära att antalet sjuknärvarande medarbetare ökar.

Att vara långtidsfrisk kan i praktiken innebära att anställda ibland går till arbetet med ohälsa i kroppen som egentligen borde hanteras som sjukskrivning.

Sjuknärvaro

Parallellt med begreppet långtidsfrisk uppmärksammas även begreppet sjuknärvaro, vilket innebär att anställda är på arbetet trots att de är sjuka eller upplever ohälsa och på det viset inte kan fungera optimalt ur arbetssynpunkt. Enligt beräkningar kostar sjuknärvaron i USA 150 miljarder dollar per år, vilket är mycket mer än vad sjukfrånvaron kostar. Anställda som lider av depression kan bli trötta, utmattade och irriterade, vilket medför att de är mindre effektiva när de samarbetar med andra. De som lider av migrän och som upplever försämrad syn och ljuskänslighet har förmodligen svårt att sitta en heldag framför en datorskärm (Hemp, 2004).

Brouwer m.fl. (1999) gjorde en studie över produktionsbortfall på ett holländskt handelsbolag. Resultatet visade att under en arbetsdag upplevde 7 % av de anställda någon form av hälsoproblem när de var på arbetet, vilket innebar ett produktionsbortfall av 13 % per anställd med hälsoproblem. I en studie gjord på datorarbetare rapporterade 8 % minskad produktivitet på grund av muskulära symptom. Medelvärdet för produktionsbortfall var 15 % för kvinnor och 13 % för män (Hagberg m.fl., 2002).

En svensk studie visade att under en tolv månadersperiod upplevde 37 % av de anställda sjuknärvaro. Andelen sjuknärvarande har ökat vilket enligt Aronsson m.fl. (2000) beror på den samhällsutveckling som har ägt rum under 1990-talet med slimmade organisationer, hög andel arbetslösa, karensdagen, omstruktureringar i den privata och offentliga sektorn och det ökade antalet visstidsbegränsade anställningar. Förändringarna har medfört att allt fler anställda upplever sin arbetsituation som tidspressad och stressande. De menar att fler anställda stannar kvar på sin arbetsplats trots att de upplever arbetsrelaterad ohälsa. Orsaken till att de stannar kvar anser de vara bristen på lediga tjänster inom många sektorer och ekonomiska förutsättningarna i och med det nya karensystemet. I deras studie framkom det att yrkesgrupper som har till arbetsuppgift att försörja vård eller välfärdssystemet, undervisar eller instruerar har en väsentlig ökad risk att gå till arbetet trots att de är sjuka. Kopplingen mellan svårigheten att finna ersättare/vikarier och att vara sjuknärvarande är bekräftad i deras studie (Aronsson m.fl., 2000).

Voss m.fl. (2001) utvecklar tankarna kring att karensdagens införande 1993 kan vara en förklaring till den ökande sjuknärvaron. Karensdagen innebär att ingen ersättning/lön utgår den första dagen vid sjukskrivning. Detta menar Voss m.fl. kan ha medfört att anställda som ofta är sjuka arbetar istället för att sjukskriva sig på grund av ekonomiska skäl. I det långa loppet kan hög sjuknärvaro innebära att deras hälsotillstånd försämras och de får längre sjukskrivningsperioder.

Sjuknärvaro är ett tämligen nytt studiefenomen. Mycket kraft har lagts åt att studera bakomliggande faktorer till sjukfrånvaro och sjukdom och mindre åt att undersöka arbetstagares upplevelser av arbetsorganisationsrelaterad hälsa/ohälsa. Dew m.fl. (2005) sökte på ordet absenteeism (sjukfrånvaro) i en internationell vetenskaplig databas i juli 2003 och fann 1262 träffar medan begreppet presenteeism (sjuknärvaro) endast fick 11 träffar. En orsak till sjuknärvaro anses vara individens lojalitet och identifikation med arbetsplatsen. Individen känner ett ansvarstagande både gentemot den själv, men även gentemot arbetskamrater och arbetsplatsen. Chapman (2005) lyfter fram betydelsen av att mäta sjuknärvaro i en organisation. Chapman

nämner flera olika instrument som har visat sig både reliabla och valida att mäta sjuknärvaron med. Genom att mäta orsakerna till sjuknärvaro kan även organisationen se inom vilka område hälsofrämjande insatser bör prioriteras, utvärdera effekterna av dessa samt se hur mycket produktionsbortfall sjuknärvaron medför.

Problemprecisering

Arbetsrelaterad ohälsa ökar i samhället och det har länge varit fokus på riskfaktorer i arbetet kopplat till ohälsa. För att vända ett patogent fokus till ett mer salutogent fokus talas det idag om att mäta antalet frisknärvarande på arbetet, det vill säga andelen långtidsfriska. En slutsats Aronsson och Lindh (2004) drar i sin studie av långtidsfriska, är att i fortsatta studier av långtidsfriskhet inkludera hälsopsykologiska variabler som komplement till de dominerande yttre ohälsovariablerna, så att studierna inriktar sig mer på individernas upplevelser, känslor och motivation i analyserna. De eftersträvar ett mer salutogent än ett patogent förhållningssätt i studiet av långtidsfrisk. I deras studie var fokus mest på riskfaktorer vilket kan ha bidragit till att deras modell bättre förklarade ohälsa än hälsa, jämfört med om de hade tagit fram fler salutogena faktorer, dvs. friskfaktorer.

Min ambition är att utgå ifrån ett salutogent perspektiv när det gäller arbetsrelaterad hälsa. Vad som är intressant att studera är ifall långtidsfrisk som mått verkligen mäter arbetsrelaterad hälsa. I studien används delvis Aronsson och Lindhs (2004) definition av långtidsfrisk eftersom den även inkluderar en viss del av sjukfrånvaro och sjuknärvaro. Långtidsfrisk i denna studie definieras utifrån max ett tillfälle sjuknärvaro och högst fem dagars sjukfrånvaro under de senaste tolv månaderna. Utifrån Johnsson mfl. (2003) definition skulle en maginfluensa påverka utfallet av långtidsfriska, vilket i sig säger något om definitionens sårbarhet. Med arbetsrelaterad hälsa menas de friskfaktorer som finns i arbetslivet samt livsstilen som främjar den anställdes hälsa.

Följande fråga är väsentligt att kritiskt undersöka: Att vara långtidsfrisk är det detsamma som att må bra av och på arbetet, eller ses det mer som ett mått på hur många som är närvarande på arbetsplatsen? En arbetsplats med hög andel långtidsfriska är det detsamma som att arbetsplatsen är hälsofrämjande? Vad betyder egentligen frisknärvaro eller långtidsfrisk? Utifrån ett biomedicinskt paradigm skulle det vara att individen är fri från sjukdom och fysiskt närvarande på arbetet en längre tid. Långtidsfrisk kanske inte enbart skall ses som ett objektiva mått att mäta frisknärvaron utan kan utifrån ett individperspektiv även vara en handling, ett beteende, med utgångspunkt från individens attityd till arbetet. I studien valdes även att studera arbetsglädje i relation till arbetsrelaterad hälsa. Val av arbetsglädje som beroende variabel motiveras av att arbetsglädje ses som individens subjektiva uppfattning av hur hon mår av sitt arbete och hennes attityd till arbetet (Sleicher m.fl, 2004).

Förhoppningen med studien är att få ett utfall som visar vilket mått som kan användas för att mäta arbetsrelaterad hälsa. Genom att få fram ett mått blir det enklare att utveckla effektiva, hälsofrämjande interventioner gentemot de friskfaktorer som relaterar till att individer mår bra av och på sitt arbete.

Syfte

För att se om hälsofrämjande interventioner på arbetet ger önskad effekt krävs ett mått som kan mäta den arbetsrelaterade hälsan *Syftet* med studien är att undersöka och jämföra långtidsfrisk och arbetsglädje som mått för att kunna mäta arbetsrelaterad hälsa.

Frågeställningar

- Vilka friskfaktorer i arbetslivet och livsstilen relaterar till långtidsfrisk respektive arbetsglädje?
- Mäter långtidsfrisk respektive arbetsglädje arbetsrelaterad hälsa och i så fall på vilket sätt?

Metod och material

Val av undersökningsmetod

Kvantitativ metod

Studien var av kvantitativ karaktär och genomfördes som en tvärsnittstudie med utskick av en enkät. Valet att använda sig av en kvantitativ metod, i detta fall av enkät, grundade sig på syftet med studien. Studien syftar till att undersöka och jämföra långtidsfrisk och arbetsglädje som mått för att kunna mäta arbetsrelaterad hälsa. Enkät är fördelaktig när man vill nå ut till en större population för att kunna kvantifiera och se eventuella signifikanta samband. Andra fördelar är att intervjuareffekten elimineras, enkät är mindre tidskrävande än intervju och respondenterna får i lugn och ro svara på frågorna utan att känna sig stressade. En nackdel är att respondenterna inte har någon möjlighet att ställa kompletterande frågor för att undvika missförstånd (Ejlertsson, 2005). För att försöka minimera antalet misstolkningar fanns telefonnummer till författaren med på följebrevet ifall respondenten hade några funderingar angående enkäten/studien. Att enkäterna var anonyma kan vara av betydelse för reliabiliteten, eftersom det kan upplevas som känsligt att besvara frågor om sig själv och sina uppfattningar, samt värderingar när frågorna är arbetsrelaterade.

Enkät

Enkäten var av standardiserad karaktär och bestod totalt av 30 frågor med delfrågor.

Utifrån nedanstående uppdelning av friskfaktorer i arbetslivet och livsstilen samt den bakomliggande teorin utarbetades enkätens frågeformuleringar:

- *Organisatoriska friskfaktorer*; såsom bra arbetsledning, tydlig organisation, bra fysisk arbetsmiljö, lön, arbetstid, kompetensmöjlighet och friskvård,
- *Sociala friskfaktorer*; såsom solidaritet, stöd och uppmuntran.
- *Individuella friskfaktorer*; såsom arbetsglädje, kontroll-, påverkans-, flexibilitet- och variations möjligheter i arbetet som friskfaktorer.
- *Livsstilsfaktorer*; livssituation, livsstil och levnadsvanor

Majoriteten av frågorna och påståenden i enkäten är formulerade utifrån ett salutogent perspektiv. När det gäller svarsalternativen börjar de alltid med det alternativ som verkar mest hälsofrämjande, enligt teorin kring arbete och hälsa. Innan enkäten distribuerades fick tre personer ta del av den under författarens närvaro i syfte att testa den och för att undvika feltolkningar, varefter vissa frågeformuleringar korrigerades.

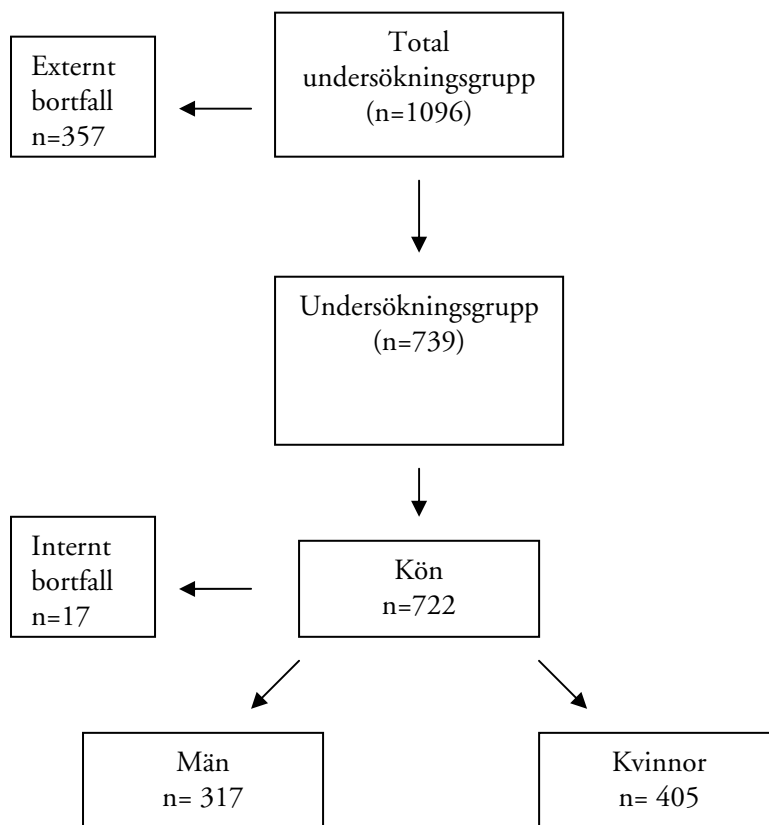
En del av frågorna i enkäten bearbetades inte i denna studie, utan de fanns med i syfte att senare nyttjas vid utvecklingen av det hälsoprojekt som bedrivs vid den kommunala förvaltningen.

Studiens kontext

Studien genomfördes i maj 2005 vid en kommunal förvaltning i Sverige som har till uppgift att ta hand om serviceverksamheter, som utförs i kommunal regi. Förvaltningen är uppdelad på ett antal olika områden; teknik, fastigheter, skolbespisning etc. Totalt 1096 var anställda inom förvaltningen (050501). De anställda representerar 52 yrkeskategorier.

Undersökningsgrupp

Enkätstudien omfattade samtliga anställda inom förvaltningen, det vill säga 1096 personer. Att samtliga anställda fick ta del av studien innebar att det var en totalundersökning. Vid en totalundersökning kan kännedom erhållas om samtliga respondenters åsikter.



Figur 1. Beskrivning av undersökningsgrupp, antal och kön.

Antalet enkäter som skickades ut var 1096 stycken och av dessa svarade 739 anställda, varav 44 % män och 56 % kvinnor (figur 1).

Datainsamling

Enkäten skickades med post hem till samtliga 1096 anställda vid förvaltningen. Tillsammans med enkäten fanns ett förklarande foljebrev till studien. Enkäterna insändes till författaren i bifogat svarskuvert. Till dem som inte svarade på enkäten skickades två skriftliga påminnelsebrev efter två respektive ytterligare två veckor. I bearbetningen behandlades 739 enkätsvar. Den slutliga svarsfrekvensen blev 68.4 % (n=739).

Databearbetning

Samtliga enkätsvar kodades och analyserades i statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). De statistiska analyserna genomfördes på signifikansnivån 5 % och jämförelse av skillnader har testats med t-test och Chi-Square test. Den interna reliabiliteten av de konstruerade indexen testades med Cronbachs Alpha. Analysen undersökte först vilka arbetslivs- och livsstilsfaktorer som var bivariat relaterade till långtidsfrisk och arbetsglädje. Med utgångspunkt från de faktorer (variabler) som hade ett p-värde < 0.20 gjordes en multipel logistisk regression med långtidsfrisk som beroende variabel och en multipel logistisk regression med arbetsglädje som beroende variabel. Flera av de oberoende variablerna hade höga inbördes korrelationsvärden, men vid olika multipla regressions körningar visades ingen större skillnad i utfallet vid analysen, varvid samtliga variabler fick ingå i de slutliga regressionskörningarna.

Med tanke på att studien och enkäten var utformade utifrån ett salutogent perspektiv var den beroende variabeln positiv. Oddsquoter (OR) tolkas i vanliga fall som riskförändring, negativt, men eftersom den här studien utgick ifrån ett salutogent perspektiv använde denna studie positiv oddsquot, POR. POR beräknas utifrån det traditionella tillvägagångssättet vid OR, men det positiva utfallet beaktas istället för det negativa. (Ejlertsson m.fl., 2002).

Definitioner

Nedan presenteras hur definitionen av långtidsfrisk och arbetsglädje utarbetades och definierades.

Långtidsfrisk

Gruppen/variabeln *långtidsfrisk* definierades utifrån att respondenterna hade svarat *max ett tillfälle sjuknärvaro* och *högst fem dagars sjukfrånvaro* under de senaste tolv månaderna. Definitionen påminner om den som Aronsson och Lindhs använde i sin populationsstudie över långtidsfriska 2004, förutom att antal sjuknärvaro dagar inte är inräknade samt att deras studie inkluderade 10 sjukfrånvaro- eller sjuknärvardagar. Ej långtidsfriska i min studie var de som hade mer än ett tillfälle av sjukfrånvaro och/eller fler än fem dagars sjuknärvaro.

Arbetsglädje

I analysen studeras även arbetsglädje i relation till friskfaktorer. Valet av arbetsglädje som beroende variabel var att arbetsglädje sågs som individens subjektiva uppfattning om hur hon mår av sitt arbete, medan variabeln långtidsfrisk mer är ett sätt att objektivt mäta närvaron på arbetsplatsen. När det gäller att mäta arbetsglädje finns det en uppsjö av olika instrument. Forskning kring arbetsglädje har pågått i över fyrtio år och olika typer av mätinstrument har

utvecklats. Allt från multidimensionella frågeformulär till enbart en fråga som mäter arbetsglädje. I en systematisk undersökning när det gäller olika instruments validitet och reliabilitet att mäta arbetsglädje framkom det att få instrument visade både hög reliabilitet och validitet och lite var känt om deras utvärderingspotential (Van Saane m.fl., 2003). I en studie gjord av Dolbier m.fl. (2005) baserad på enbart en fråga som mått på arbetsglädje framkom det att frågan hade både hög validitet och reliabilitet. Att enbart använda en generell fråga vid mätning av arbetsglädje har förutom hög validitet även visat sig vara enklare, mer kostnadseffektiv och, flexiblere än multidimensionella mätinstrument som mäter arbetsglädje (Nagy, 2002). Definitionen arbetsglädje i denna studie utgår ifrån påståendet *Jag går till arbetet med glädje*.

Variabeln arbetsglädje utformades genom att dikotomisera svaren till påståendet att den svarande *gick till arbetet med glädje*. Påståendet besvarades på en sex gradig skala, där 1 stod för *instämmer helt* och 6 för *tar helt avstånd*. Variabeln arbetsglädje dikotomiserades vid medianen, varefter den ena gruppen representerade dem som upplevde hög arbetsglädje (1-2) och den andra gruppen representerade dem som upplevde låg arbetsglädje (3-6).

Index

Indexen är konstruerade utifrån olika påståenden i enkäten angående de friskfaktorer i arbetslivet som beskrivs i introduktionen. Samtliga påståenden är formulerade så att respondenterna skulle ta ställning utifrån en sex gradig skala där 1 stod för *instämmer helt* och 6 för *tar helt avstånd*. Påståendena är positivt formulerade, vilket innebär att ju lägre indexvärde desto mer hälsofrämjande. Reliabiliteten för indexen beräknades med Cronbachs Alpha.

Organisationsindex

Ett organisationsindex konstruerades genom att summera frågan om respondenternas arbetsplats. De fyra påståenden som ingick belyste ifall respondenten *fick medverka i diskussioner om mål och planer gällande arbetsplatsen, lätt kunde ta del av information som rörde dens arbete, upplevde arbetsplatsens mål som tydliga och om det var ett öppet arbetsklimat på arbetsplatsen*. (Alpha= 0,85) Indexet dikotomiserades vid medianen¹⁰, varav den ena delen representerade dem som upplevde en positiv organisation (1-10) respektive dem som hade en mindre positiv syn på organisationen (11-24)

Ledarskapsindex

Ett hälsofrämjande ledarskapsindex konstruerades genom att summera nio påståenden gällande närmsta chefen. Påståendena var positivt formulerade och ger en sammanvägd bild över ett hälsofrämjande ledarskap (Alpha= 0.95). De nio påståendena som var med i indexet var *chefen finns tillgänglig när jag behöver det, chefen är bra på att skapa intresse och engagemang för arbetsuppgifterna, chefen medverkar till att arbetsuppgifterna blir rättvist fördelade, chefen tar upp saker till diskussion med arbetsgruppen innan viktiga beslut fattas, chefen har förmåga att fatta egna beslut vid behov, chefen ser till att information om verksamhetens mål och visioner blir tillgängliga för arbetsgruppen, chefen vågar prioritera hälsa och välbefinnande på arbetsplatsen, chefen är uppmärksam på varje medarbetares arbetsbelastning och chefen följer upp medarbetarnas arbetsrelaterade sjukskrivningar*. Indexet dikotomiserades vid medianen 20, varav den ena gruppen representerade dem som i högre grad upplevde ett positivt ledarskap (1-20) och den andra gruppen dem som i mindre grad upplevde ett positivt ledarskap (21-48).

Arbetsstrivselindex

På frågan gällande arbetsstrivsel skapades ett arbetsstrivselindex utifrån de fyra påståendena *jag trivs med mina arbetsuppgifter, mina arbetskamrater, min närmaste chef* och *mina nuvarande arbetstider* (Alpha= 0.96). En dikotomisering gjordes vid medianen 7, varav den ena delen representerade de som trivdes mer med sin arbetssituation (1-7) och den andra delen representerade dem som trivdes mindre med sin arbetssituation (8-24).

Kravindex

Ett kravindex konstruerades genom att summera de sex påståendena *jag hinner sällan avsluta en arbetsuppgift innan nästa påbörjas, oförutsedda arbetsuppgifter är vanliga i mitt arbete, mitt arbete kräver hög koncentration, mitt arbete medför ett stort ansvar, jag är ofta inblandad i konflikter på mitt arbete* och *jag hinner utan tidspress (stress) med mina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid*. Det sista påståendets svarsalternativ omvändes innan det kom med i indexet, eftersom påstående angav lägre krav än de andra som utgick ifrån höga krav. (Alpha= 0,71). Vid en dikotomisering av indexet vid median 18, representerar den ena delen dem som upplevde högre krav (1-18) och den andre delen representerar dem som upplevde lägre krav (19-36).

Kontrollindex

Utifrån följande sex påståenden *jag får feedback i det arbete jag utför, jag känner att jag utvecklas i mitt arbete, mitt arbete är varierande, jag bestämmer själv när olika uppgifter skall utföras, jag bestämmer själv hur mitt arbete skall utföras* och *jag bestämmer själv mitt arbetstempo* skapades ett kontrollindex (Alpha= 0.85). Kontrollindexet dikotomiserades vid median 15 och visar på vilka som upplevde ett större beslutsutrymme (1-15) och vilka som upplevde ett mindre beslutsutrymme (16-36).

Stödindex

Ett stödindex konstruerades genom att summera de fyra påståendena *jag får feedback på det arbete jag utför, vi uppmuntrar och stödjer varandra på mitt arbete, det är en god stämning på min arbetsplats* och *jag får råd och praktisk hjälp av andra när jag behöver det*. (Alpha= 0.85). Utifrån indexet gjordes en dikotomisering vid median 9, varvid den ena gruppen representerar dem som upplevde ett större stöd (4-9) på arbetet och den andra gruppen dem som upplevde ett mindre stöd på arbetet (10-24).

Ansträngningsindex

Ansträngningsindexet utgjordes av följande fyra påstående *jag hinner sällan avsluta en arbetsuppgift innan nästa behöver påbörjas, jag känner mig ofta pressad att arbeta övertid, mitt arbete medför ett stort ansvar* och *jag hinner utan tidspress (stress) med mina arbetsuppgifter inom ordinarie arbetstid*. Det sista påståendets svarsalternativ omvändes innan det kom med i indexet, eftersom påstående angav låg ansträngning än de andra som utgick ifrån hög ansträngning. (Alpha= 0.67). Indexet dikotomiserades vid medianen 12, varav den ena delen representerade dem som upplevde en hög ansträngning (4-12) respektive dem som upplevde en låg ansträngning (13-24).

Belöningsindex

Ett belöningsindex konstruerades genom att slå samman fem påstående *jag får råd och praktisk hjälp av andra när jag behöver det, jag får feedback på det arbete jag utför, jag känner att jag utför det arbete jag är utbildad för, min lön känns motiverad i relation till det arbete jag utför* och *jag känner mig trygg i min anställning* (Alpha= 0,75). Indexet dikotomiserades vid median 16, och den ena gruppen representerade dem som upplevde en hög grad av belöning (6-16) och den andre gruppen representerade dem som upplevde en låg grad av belöning (17-36).

Nöjdindex

Utifrån de tre påståendena *Jag är nöjd med min livssituation; när det gäller mitt arbete, livet utanför arbetet och balansen mellan arbetet och livet i övrigt* konstruerades ett nöjdindex. (Alpha= 0.73). En dikotomisering gjordes vid medianen 6, varav den ena delen representerade dem som var nöjda med arbete och fritidsbalans (3-6) och dem som inte var nöjda med arbete och fritidsbalans (7-18).

Etiska aspekter

Studien godkändes (Dnr: ER2005-57) av Etikrådet vid Institutionen för hälsovetenskaper vid Högskolan Kristianstad (050428) innan enkäten distribuerades. Vid utformningen av enkäten och följbrevet togs ett antal etiska ståndpunkter i beaktande. En etisk aspekt var att enkätfrågornas karaktär skulle kunna leda till reflektion kring arbets- och livssituationen som skulle kunna medföra ett ökat obehag eller missnöje med individens situation. Riskerna undanröjdes genom att flertalet av frågorna utgick ifrån positiva upplevelser. Vid utformningen av enkätfrågorna togs även hänsyn till frågor som kunde upplevas som integritetsintrång. Exempelvis togs tilltänkta frågor kring BMI, vikt och längd bort.

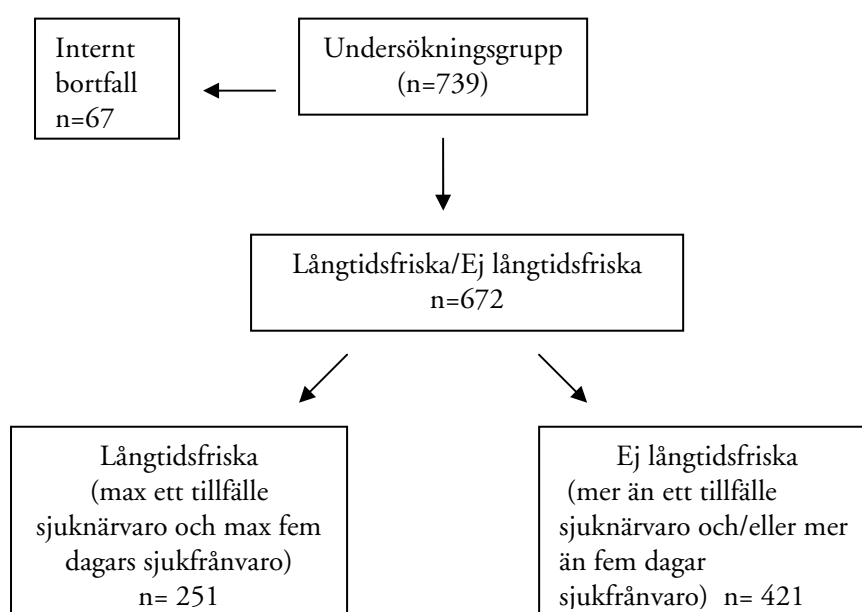
En annan etisk aspekt var på vilket sätt respondenterna blev informerade om studiens syfte och deltagande. I följbrevet framgick studiens syfte samt att deltagandet var frivilligt. Den svarande samtyckte genom att skicka in enkäten. När det gällde konfidentialiteten blev respondenterna informerade i följbrevet att deras identitet inte kunde identifieras av utomstående.

Resultat

Långtidsfrisk – Ej långtidsfrisk

Beskrivning av undersökningsgruppen

I studien definierades 251 personer (37 %) som långtidsfriska och 429 personer (64 %) som ej långtidsfriska (n=672). (Figur 2)



Figur 2. Definition och fördelning av de långtidsfriska och ej långtidsfriska.

Medelåldern var 50 år för de långtidsfriska och 47 år för de ej långtidsfriska ($p=0.015$). Bland de långtidsfriska var 41 % män och 59 % kvinnor ($n=249$). Bland de ej långtidsfriska var 46 % män och 54 % kvinnor ($n=416$) ($p=0.160$).

Tabell 1. Åldersfördelning (%) bland långtidsfriska och ej långtidsfriska. (p=0, 114)

	Långtidsfriska (%) (n=246)	Ej långtidsfriska (%) (n=413)
<i>Åldersgrupp</i>		
20-29 år	5	6
30-39 år	13	19
40-49 år	26	30
50-59 år	38	31
60 - år	18	14

Analys av bivariata samband

De långtidsfriska angav i större utsträckning än de ej långtidsfriska, *att arbetsgivaren satsade på personalen hälsa* (61 % resp. 44 %, $p=0.000$) och *att det fanns en god stämning på arbetsplatsen* (72 % resp. 60 %, $p=0.000$). När det gällde kompetensutveckling fanns det även här en skillnad mellan de långtidsfriska och ej långtidsfriska. De långtidsfriska upplevde i större utsträckning att de kunde utvecklas i sitt arbete (58 % resp. 45 %, $p=0.000$) än de ej långtidsfriska. På frågan *ifall lönen kändes motiverad i relation till det arbete som utfördes* instämde de långtidsfriska (17 %) i större utsträckning än de icke långtidsfriska (10 %), och de ej långtidsfriska (64 %) tog mer avstånd än de långtidsfriska (52 %) ($p=0.000$). På frågan *om konflikter uppstod på arbetsplatsen* svarade 52 % av de långtidsfriska och 38 % av de ej långtidsfriska ”nej” ($p=0.006$). Det framkom däremot ingen skillnad mellan grupperna när det gällde huruvida konflikterna behandlades öppet eller ej ($p=0.467$).

Det var flera livsstilsfaktorer som visade signifikanta skillnader mellan de långtidsfriska och ej långtidsfriska. Det var 15 % av de långtidsfriska och 26 % av de icke långtidsfriska som var dagligrökare. Bland de långtidsfriska var det 55 % som aldrig hade rökt dagligen. Motsvarande siffra hos de icke långtidsfriska var 43 % ($p=0.002$). Det var fler av de långtidsfriska som motionerade två eller fler gånger per vecka än de ej långtidsfriska (46 % resp. 35 %, $p=0.030$). Andra livsstilsfaktorer som visade samband med att vara långtidsfrisk i skillnad till ej långtidsfriska var att vara nöjd med sin sömn (82 % resp. 65 %, $p=0.000$), möjligheten att syssla med fritidsintressen (83 % resp. 70 %, $p=0.000$) och möjligheten till avkoppling (83 % resp. 67 %, $p=0.000$).

Flera skillnader påträffades mellan långtidsfriska och ej långtidsfriska gällande upplevelsen av arbetslivsfaktorer (Tabell 2). När det gällde grad av ansträngning ($p=0.027$) och höga krav ($p=0.010$) i arbetslivet upplevdes dessa lägre hos de långtidsfriska än de ej långtidsfriska.

Tabell 2. Medelvärde (standardavvikelse) för index i relation till långtidsfrisk/ej långtidsfrisk*

Index	Långtidsfrisk (n=226-245)	Ej långtidsfrisk (n=395-418)	t-värde	p
<i>Nöjdindex</i>	6.1 (2.6)	7.1 (2.9)	-4. 821	0.000
<i>Kravindex</i>	19.1 (5.2)	17.9 (5.4)	2.589	0.010
<i>Kontrollindex</i>	15.9 (6.7)	17.1 (6.8)	-2.370	0.018
<i>Stödindex</i>	9.2 (4.2)	10.6 (4.5)	-3.864	0.000
<i>Belöningsindex</i>	16.1 (5.5)	18.3 (5.8)	-4.709	0.000
<i>Ansträngningsindex</i>	13.3 (4.1)	12.5 (4.3)	2.222	0.027
<i>Ledarskapsindex</i>	20.4 (9.4)	23.0 (10.1)	-3. 167	0.002
<i>Arbetstrivselindex</i>	7.2 (3.5)	8.3 (3.8)	-3. 523	0.000
<i>Organisationsindex</i>	10.2 (4.8)	11.4 (4.9)	-3.035	0.002

* för respektive index gäller ju lägre värde desto mer nöjd, högre krav, större kontroll, större stöd, större belöning, högre ansträngning, mer positivt ledarskap, högre arbetstrivsel och mer positiv organisation.

Multipel regressions analys

Resultatet visade att uppleva sin hälsa som god (POR=3.08) och att vara nöjd med sin hälsa (POR 2.29) var relaterat till att vara långtidsfrisk. Att motionera på medelhög ansträngningsnivå två eller fler gånger per vecka relaterade också till långtidsfrisk (POR=1.66). De faktorer som var av arbetsrelaterad karaktär och som relaterade till långtidsfrisk var lägre grad av ansträngning (POR=0.45) samt att arbetsgivaren satsade på personalens hälsa (POR=1.71).

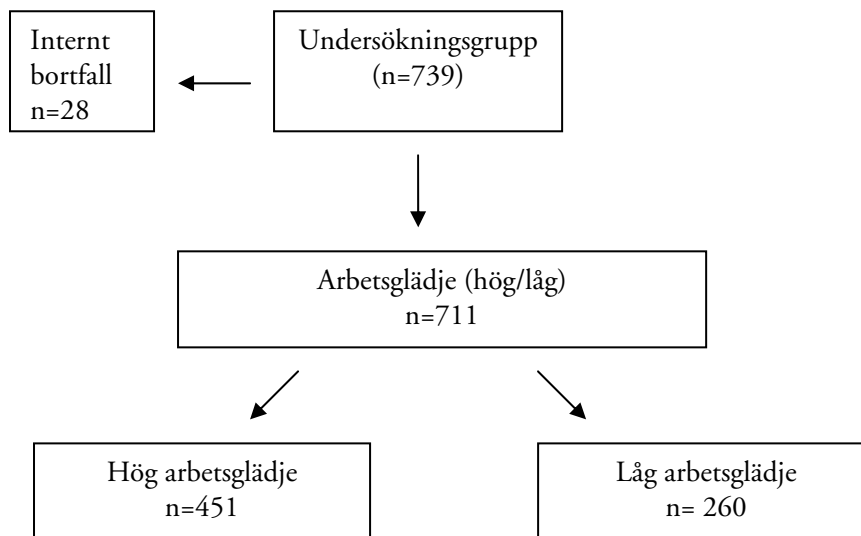
Tabell 3. POR och 95 % CI för variabler relaterade till friskfaktorer i arbetslivet och livsstilen med långtidsfrisk som beroende variabel.

Faktor	POR	95 % CI
<i>Fysisk arbetsmiljö: Bra</i>	0.95	0.58-1.54
<i>Gemenskapen och samarbetet: Bra</i>	1.46	0.86-2.49
<i>Upplevelsen av allmänna hälsotillståndet: Bra</i>	3.08	1.34-7.06
<i>Upplevelsen av livskvaliteten: Bra</i>	0.83	0.38-1.81
<i>Uppstår konflikter på arbetsplatsen: Nej</i>	1.58	0.99-2.50
<i>Upplever arbetsglädje: Instämmer</i>	0.61	0.34-1.08
<i>Utvecklas i arbetet: Instämmer</i>	0.89	0.51-1.55
<i>Arbetsgivaren satsar på den anställdes hälsa: Instämmer</i>	1.71	1.01-2.90
<i>Utmaning i arbetet: Ganska höga</i>	1.28	0.77-2.13
<i>Kunskaper/färdigheter i arbetet: Ganska höga</i>	0.82	0.53-1.26
<i>Upplevelsen av kontroll allmänt: Stort</i>	0.68	0.38-1.17
<i>Upplevelsen av stöd allmänt: Stort</i>	1.05	0.58-1.91
<i>Nöjd med</i>		
<i>... sin sömn: Mkt nöjd</i>	1.30	0.83-2.05
<i>... sin ekonomi: Nöjd</i>	1.24	0.78-1.99
<i>... sin hälsa: Nöjd</i>	2.29	1.00-5.22
<i>... sitt boende: Nöjd</i>	1.45	0.64-3.25
<i>... umgänget med vänner och bekanta: Mkt nöjd</i>	0.91	0.54-1.51
<i>... möjligheten att syssla med fritidsintressen: Mkt nöjd</i>	1.28	0.67-2.44
<i>... möjligheten till avkoppling: Mkt nöjd</i>	1.01	0.53-1.91
<i>Motion medelhög ansträngning: Två ggr eller fler/vecka</i>	1.66	1.00-2.46
<i>Nöjdindex: Mkt nöjd</i>	1.31	0.74-2.34
<i>Kravindex: Höga</i>	1.10	0.59-2.08
<i>Kontrollindex: Stort</i>	1.01	0.57-1.77
<i>Stödindex: Stort</i>	0.66	0.35-1.26
<i>Belöningsindex: Hög</i>	1.41	0.78-2.56
<i>Ansträngningsindex: Hög</i>	0.45	0.25-0.88
<i>Ledarskapsindex: Positivt</i>	0.92	0.51-1.65
<i>Arbetsstrivselindex: Hög</i>	1.67	0.94-2.99
<i>Organisationsindex: Positiv</i>	0.69	0.39-1.19

Hög arbetsglädje – Låg arbetsglädje

Beskrivning av undersökningsgruppen

Av undersökningsgruppen var det 63 % som upplevde hög arbetsglädje. Bland dem som upplevde hög arbetsglädje (n=444) var 44 % män och 56 % kvinnor och bland dem som upplevde låg arbetsglädje var 46 % män och 54 % kvinnor (n=259) (p=0.524). (figur 3)



Figur 3. Definition och fördelning av dem som upplevde hög arbetsglädje respektive låg arbetsglädje

Medelåldern för dem som upplevde hög arbetsglädje var 56 år och för de som upplevde låg arbetsglädje var den 58 år (p=0.205).

Tabell 4. Åldersfördelning (%) bland dem som upplevde hög respektive låg arbetsglädje.

	Hög arbetsglädje (%) (n=442)	Låg arbetsglädje (%) (n=255)
<i>Åldersgrupp</i>		
20-29 år	5	8
30-39 år	15	20
40-49 år	29	26
50-59 år	35	30
60 - år	15	17

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan dem med hög respektive låg arbetsglädje när det gällde sjukfrånvaro ($p=0.385$). Däremot när det gällde sjuknärvaro var sjuknärvaron lägre hos dem med hög arbetsglädje än dem med låg arbetsglädje ($p=0.011$) (tabell 5).

Tabell 5. Sjukfrånvaro och sjuknärvaro (%) bland dem som upplevde hög respektive låg arbetsglädje.

	Hög arbetsglädje (%) (n=432-436)	Låg arbetsglädje (%) (n=244-247)
<i>Sjukfrånvaro</i>		
0 dagar	43	39
1 dag	5	4
2 – 5 dagar	28	29
6-10 dagar	11	10
11 dagar eller fler	13	18
<i>Sjuknärvaro</i>		
0 dagar	33	24
1 dag	14	14
2 – 5 dagar	47	49
6-10 dagar	4	8
11 dagar eller fler	2	5

Utifrån den totala undersökningsgruppen utgjorde de som var långtidsfriska och upplevde låg arbetsglädje (12 %) den minsta gruppen och de som inte var långtidsfriska och hade hög arbetsglädje (38 %) den största gruppen (tabell 6).

Tabell 6. Fördelning (%) av arbetsglädje och långtidsfrisk i den totala undersökningsgruppen (n=668) ($p=0.032$).

	Långtidsfriska	Ej långtidsfriska
Hög arbetsglädje	26	38
Låg arbetsglädje	12	25

Analys av bivariata samband

Det fanns flera skillnader mellan dem som upplevde hög arbetsglädje och dem som upplevde låg arbetsglädje i förhållande till friskfaktorer i arbetslivet och livsstilen. De som upplevde hög arbetsglädje instämde i högre grad än de som upplevde låg arbetsglädje när det gällde påståenden som *arbetsgivaren satsar på personalen hälsa* (65 % resp. 24 %, $p=0.000$), att de *kunde utvecklas i sitt arbete* (65 % resp. 22 %, $p=0.000$), och att *det fanns en god stämning på arbetsplatsen* (84 % resp. 29 %, $p=0.000$). På frågan *ifall lönen kändes motiverad i relation till det arbete som utfördes* instämde de som upplevde hög arbetsglädje i större utsträckning än de som upplevde låg arbetsglädje, (15 % resp. 7 %, $p=0.002$). På frågan *om konflikter uppstod på arbetsplatsen* svarade 52 % av dem som upplevde hög arbetsglädje och 26 % av dem som upplevde låg arbetsglädje *nej* ($p=0.000$). Det fanns inga skillnader mellan dem som upplevde hög respektive låg arbetsglädje när det gällde rökning ($p=0.798$) eller motionsvanor ($p=0.315-0.809$).

De med hög arbetsglädje upplevde större kontroll ($p=0.000$) mer stöd ($p=0.000$), belöning ($p=0.000$), var mer nöjda med sin arbetssituation (nöjdindex) ($p=0.000$) och hade högre arbetstrivsel ($p=0.000$) än dem med låg arbetsglädje (tabell 7).

Tabell 7. Medelvärde (standardavvikelse) för index i relation till hög respektive låg arbetsglädje*

Index	Hög arbetsglädje (n=413-446)	Låg arbetsglädje (n=244-257)	t-värde	p
<i>Nöjdindex</i>	5.7 (2.3)	8.8 (2.8)	15.740	0.000
<i>Kravindex</i>	18.2 (5.3)	18.8 (5.7)	1.301	0.186
<i>Kontrollindex</i>	14.3 (5.7)	21.1 (6.2)	14.825	0.000
<i>Stödindex</i>	8.2 (3.4)	13.8 (3.9)	19.683	0.000
<i>Belöningsindex</i>	15.2 (4.7)	22.0 (5.1)	17.483	0.000
<i>Ansträngningsindex</i>	12.9 (4.3)	12.9 (4.5)	0.082	0.934
<i>Ledarskapsindex</i>	19.0 (8.8)	27.5 (9.5)	11.587	0.000
<i>Arbetstrivselindex</i>	6.3 (2.4)	10.8 (3.9)	18.720	0.000
<i>Organisationsindex</i>	9.3 (4.2)	14.0 (4.7)	13.489	0.000

*för respektive index gäller ju lägre värde desto mer nöjd, högre krav, större kontroll, större stöd, större belöning, högre ansträngning, mer positivt ledarskap, högre arbetstrivsel och mer positiv organisation.

Multipel regressions analys

I en multipel logistisk regression framkom att nöjdindex (POR=4.06), stödindex (POR=2.82), arbetstrivselindex (POR=3.02) relaterar till hög arbetsglädje. Att arbetsgivaren satsade på den anställdes hälsa (POR=1.82), och att det fanns möjligheter att utvecklas i arbetet (POR=1.97) relaterade också till hög arbetsglädje. Livsstilsfaktorer som relaterade till hög arbetsglädje var att vara mindre nöjd med sin ekonomi (POR=0.57), nöjd med sin hälsa (POR=3.27) och inte mycket nöjd med umgänge med vänner och bekanta (POR=0.46).

Tabell 8. POR och 95 % CI för variabler relaterade till friskfaktorer i arbetslivet och livsstilen med hög arbetsglädje som beroende variabel.

Faktor	POR	95 % CI
<i>Fysisk arbetsmiljö: Bra</i>	0.84	0.48-1.47
<i>Gemenskapen och samarbetet: Bra</i>	1.66	0.81-3.37
<i>Upplevelsen av allmänna hälsotillståndet: Bra</i>	1.27	0.54-2.99
<i>Upplevelsen av livskvaliteten: Bra</i>	0.66	0.29-1.47
<i>Uppstår konflikter på arbetsplatsen: Nej</i>	1.08	0.60-1.94
<i>Utvecklas i arbetet: Instämmer</i>	1.97	1.05-3.67
<i>Arbetsgivaren satsar på den anställdes hälsa: Instämmer</i>	1.82	1.00-3.30
<i>Utmaning i arbetet: Ganska höga</i>	1.53	0.84-2.79
<i>Kunskaper/färdigheter i arbetet: Ganska höga</i>	1.47	0.87-2.48
<i>Upplevelsen av kontroll allmänt: Stort</i>	0.82	0.44-1.52
<i>Upplevelsen av stöd allmänt: Stort</i>	1.03	0.54-1.94
<i>Nöjd med</i>		
<i>... sin sömn: Mkt nöjd</i>	0.73	0.40-1.33
<i>... sin ekonomi: Nöjd</i>	0.57	0.32-1.00
<i>... sin hälsa: Nöjd</i>	3.29	1.34-8.06
<i>... sitt boende: Nöjd</i>	1.29	0.56-2.98
<i>... umgänget med vänner och bekanta: Mkt nöjd</i>	0.46	0.24-0.88
<i>... möjligheten att syssla med fritidsintressen: Mkt nöjd</i>	0.95	0.41-2.19
<i>... möjligheten till avkoppling: Mkt nöjd</i>	0.93	0.40-2.19
<i>Motion medelhög ansträngning: Två ggr eller fler/vecka</i>	0.93	0.54-1.62
<i>Nöjdindex: Nöjd</i>	4.06	2.11-7.79
<i>Kravindex: Höga</i>	1.29	0.60-2.73
<i>Kontrollindex: Stort</i>	1.08	0.56-2.08
<i>Stödindex: Stort</i>	2.82	1.36-5.84
<i>Belöningsindex: Hög</i>	1.52	0.77-3.01
<i>Ledarskapsindex: Hög</i>	0.99	0.50-1.97
<i>Arbetstrivselindex: Hög</i>	3.02	1.64-5.55
<i>Organisationsindex: Positivt</i>	0.97	0.52-1.80

Diskussion

Att arbetet har stor betydelse för vårt välbefinnande har länge varit vedertaget. Att utgå ifrån ett salutogent perspektiv där det friska ligger i fokus istället för att se till vad som orsakar ohälsa har alltmer etablerats inom arbetsmiljöarbetet. För att arbetsplatsen skall ses som en hälsofrämjande arena krävs en helhetssyn på hälsan och en ökad förståelse för de inre och yttre faktorer som påverkar hälsan (Luxemburgdeklarationen, 1997). Frågeställningen var ifall långtidsfrisk respektive arbetsglädje mäter arbetsrelaterad hälsa? Det bivariata resultatet från studien visar att flera av de friskfaktorer som lyfts fram i litteraturen angående arbetsrelaterad hälsa (Abrahamsson m.fl, 2003; Luxemburgdeklarationen, 1997; Strumpfer & Mlonzi, 2001; Menckel & Österblom, 2001) har ett samband med både att vara långtidsfrisk och uppleva hög arbetsglädje, men vid mer ingående multivariata analyser är det enbart ett fåtal faktorer som direkt relaterar till de två begreppen. Relationen mellan friskfaktorer i arbetslivet är mycket komplex. Flera av faktorerna har höga korrelationsvärden och det blir svårt att utröna vilken faktor som direkt kan relateras till en annan.

Friskfaktorer i arbetslivet och livsstilen i relation till långtidsfrisk och arbetsglädje

Utifrån de multipla logistiska regressionerna går det att utläsa att långtidsfrisk som beroende variabel inte går att förklara med hjälp av friskfaktorer i arbetslivet. Hög arbetsglädje däremot relaterade till flera friskfaktorer i arbetslivet.

En friskfaktor som både relaterade till att vara långtidsfrisk och ha hög arbetsglädje var att vara nöjd med sin hälsa. Däremot relaterade upplevelsen av ett bra allmänt hälsotillstånd enbart till långtidsfrisk. Frågan inför detta faktum är vad respondenternas definition av hälsa är? I studien används långtidsfrisk som ett objektiva mätmått på frisknärvaro under de senaste tolv månaderna. Länge har ett patogent synsätt präglat bilden av hälsa, där hälsa har setts som frånvaro av sjukdom, medan bilden i dag omfattas av både det psykiska, sociala och fysiska välbefinnandet. Hälsa beskrivs mer utifrån ett holistiskt och salutogent synsätt (WHO, 2004). Har de långtidsfriska utgått ifrån sitt fysiska hälsotillstånd när de har bedömt sin allmänna hälsa?

Ose (2005) lyfter fram betydelsen av hälsofrämjande och förebyggande arbete på arbetsplatsen både när det gäller den fysiska och psykiska arbetsmiljön. Att ha en arbetsgivare som satsar på de anställdas hälsa relaterade både till att vara långtidsfrisk och att ha hög arbetsglädje. Menckel och Österblom (2001) anser att den hälsofrämjande organisationen skall möjliggöra för de anställda att utveckla en god hälsa och hälsorelaterade beteenden. Att skapa förutsättningar för de anställda att ta hand om sin hälsa kan liknas vid empowerment, där möjligheter skapas för individen att själv ta kontroll över sin situation. Att arbeta med friskvård på arbetsplatsen stärks även av Luxemburgdeklarationen (1997). Enligt Luxemburgdeklarationen har livsstilrelaterade problem ökat samtidigt som den psykosociala arbetsohälsan har ökat. Det hälsofrämjande arbetet skall inte enbart fokusera på det friska utan även befatta sig med orsaker till hälsa. Att verka för en god hälsa hos de anställda är i linje med arbetsmiljölagens ändamål att uppnå en god arbetsmiljö, genom att främja hälsa och förebygga sjukdom. Studier har visat att deltagande i hälsofrämjande

program på arbetsplatsen reducerar sjukfrånvaron (Aldana m.fl., 2005) och att friskvård på arbetsplatsen leder till ökat välbefinnande och engagemang (Mc Gillivray, 2002). Att friskvård förebygger sjukfrånvaro samtidigt som det ökar välbefinnandet stärks ytterligare av resultatet från denna studie.

Mc Gillivray (2002) anser att friskvårdsaktiviteter på arbetsplatsen ofta inte når de som kanske mest behöver det, utan nyttjas istället av dem som redan är fysiskt aktiva. Att vara långtidsfrisk relaterade till att motionera på en medelhög ansträngningsnivå två eller fler gånger per vecka, vilket dem som upplevde hög arbetsglädje inte relaterade till. Även här kan definitionen av hälsa vara av betydelse. Att arbetsgivaren satsar på den anställdes hälsa kan innebära olika för de bägge grupperna beroende på om de har en holistisk syn på hälsan eller en mer patogen syn. Motion i sig är en viktig friskfaktor som förebygger arbetsrelaterade fysiska besvär. Enligt Socialstyrelsen (2005) kan flera av rörelseorganens sjukdomar även härledas till psykiska besvär. Friskvård i form av fysisk aktivitet är inte lösningen på all arbetsrelaterad ohälsa utan det är även av betydelse att psykosociala aspekter lyfts fram när det gäller de anställdas hälsa (Shuttleworth, 2004).

Det fanns alltså inte så många friskfaktorer i arbetslivet som relaterade till att vara långtidsfrisk. I analysen framkom det flera arbetslivsfaktorer som hade relation till hög arbetsglädje jämfört med att vara långtidsfrisk. Ett högt arbetstrivselindex relaterade starkt till hög arbetsglädje. Ett högt arbetstrivselindex innebar att individen trivdes med sina arbetsuppgifter, arbetssituation, arbetskamrater och chef, vilket innefattar flera viktiga friskfaktorer i arbetslivet (Abrahamsson m.fl. 2003). Att trivas med sin totala arbetssituation kan även härledas till de arbetsmotivationsfaktorer som Hong m.fl. (2005) kopplar till arbetsglädje.

Ett stort socialt stöd i form av att få feedback, praktisk hjälp, uppmuntran samt att ha en god stämning på arbetsplatsen relaterade till hög arbetsglädje. Resultaten stämmer överens med den feedback, omväxling och rättvisa belöning i förhållande till arbetsprestation som Hackman och Oldman (Locke och Latham, 1990) anser vara av betydelse för att uppleva arbetsglädje.

Även att kunna utvecklas i sitt arbete relaterade till hög arbetsglädje, vilket bekräftar både Siegrist ansträngning-belöningsmodell och hur viktig kompetensutveckling är för en organisation. Enligt Luxemburgsdeklarationen (1997) är en ständig utvecklingsprocess, en väl avvägd resurstillgång samt delaktighet viktiga kriterier på en hälsofrämjande organisation. Utifrån ansträngning-belöningsmodellen kan belöning även mätas i de karriärs- och utvecklingsmöjligheter som finns på arbetsplatsen. Att ha ett stimulerande arbete som leder till utveckling och lärande är inte enbart av betydelse för individens välbefinnande utan även för organisationens konkurrenskraft gentemot andra organisationer (Moxnes, 1995), men även för att bibehålla en hälsosam personal. Att inte utvecklas på sitt arbete, ha stark styrning uppifrån samt känna lite stöd och social kontakt anser Ellström m.fl. (1996) motverka lärande och välbefinnande bland de anställda.

Att vara nöjd med både sitt arbete och sin fritid samt känna balans mellan arbete och fritid (nöjdindex) var fyra gånger troligare bland dem som upplevde hög arbetsglädje än dem med låg arbetsglädje. Balansen mellan arbete och fritid kan kopplas till Judge och Ilies (2004) studie som visade att den känslöstämning man har med sig från arbetet påverkar senare känslöstämningen hemma. Enligt Hong m.fl. (2005) är upplevelsen av arbetsglädje till stor del baserad på hur nöjd individen är med sitt arbete och vad arbetet utifrån individens situation har att erbjuda, vilket stödjer mitt resultat. Att inte vara nöjd med sitt arbete kan leda till frånvaro eller uppsägning,

vilket belyser vikten av att arbeta för att främja en motiverad och nöjd arbetskraft (Locke & Latham, 1990).

Att känna en balans mellan arbete och fritid och att uppleva arbetet som meningsfullt kan kopplas till att ha ett starkt KASAM (Känslan av Sammanhang) (Antonovsky, 1991), där individen känner att hon kan hantera, ha en balans mellan olika roller, samtidigt som hon ser en meningsfullhet i det arbete som bedrivs. Tidigare studier har dessutom påvisat att det finns ett starkt samband mellan KASAM och upplevd arbetsglädje (Strumpfer & Mlonzi, 2001). Att ha en helhetsbild över arbetet, samt känna en meningsfullhet i det arbete man utför medför en ökad arbetstillfredsställelse enligt Hackman och Oldman (Locke och Latham, 1990).

Däremot relaterade inte hög arbetsglädje till att vara mycket nöjd med möjligheten att syssla med fritidsintresse. Även om fritidsintressen har betydelse för individen hälsa är det kanske just balansen mellan fritidsintressen och arbete som avgör hur individen mår på och av arbetet. Trivs man på arbetet kanske inte fritidsintressen får samma avgörande betydelse för att må bra som för dem som inte trivs på sitt arbete. Detta kan även kopplas till en studie som undersökte relationen mellan positiva upplevelser av aktivitet och arbete, fritid samt flowtillstånd. Resultatet i studien visade att upplevelsen av aktiviteten relaterade mer till graden av flow än om individen befann sig på arbetet eller på sin fritid. Däremot var det fler som upplevde flow på arbetstiden än på fritiden (Csikszentmihalyi & LeFevre, 1989).

Ett beaktansvärt resultat från studien var att vara nöjd med sin ekonomi eller mycket nöjd med umgänget med vänner och bekanta relaterade till låg arbetsglädje. Detta hade varit intressant att studera vidare för att kunna uttala sig om eventuella förklaringar och tolkningar.

Mäter långtidsfrisk respektive arbetsglädje arbetsrelaterad hälsa?

I denna studie låg fokus på att undersöka och jämföra två olika mått, långtidsfrisk och arbetsglädje för att se vilket av dem som relaterade bäst till arbetsrelaterad hälsa. Det fanns en skillnad mellan att vara långtidsfrisk och uppleva hög arbetsglädje. Det var enbart hälften som upplevde att de antingen hade hög arbetsglädje och var långtidsfrisk eller hade låg arbetsglädje och inte var långtidsfrisk. Att det fanns en skillnad visar att måtten inte mäter samma sak. Arbetsglädje kan ses som individen inställning och attityd till arbetet (Schleicher mfl, 2004) och långtidsfrisk som en handling eller ett beteende. Det vill säga att arbetsglädje i så fall mäter individens attityd kring sitt arbete och långtidsfrisk mäter individens faktiska beteende (handling).

Att ha ett mått som mäter antalet långtidsfriska eller rättare sagt frisknärvarande, kan vara ett steg att vända det patogena förhållningssättet på arbetsplatsen åt ett mer salutogent förhållningssätt. Att ha personal som är frisk i medicinsk mening kan vara betydelsefullt ur ett arbetsgivarperspektiv för att minska sjukfrånvaron samt ha personal som orkar med fysiskt krävande arbete. Men det är långt ifrån hela sanningen vad det är som gör att folk upplever hälsa på och av arbetet. Även om arbetet påverkar vår fysiska hälsa är den fysiska hälsan och miljön bara en del i det koncept som utmärker en hälsofrämjande organisation. Alltfler organisationer arbetar för att öka frisknärvaron. Att klargöra vad som menas med frisknärvaro och vad frisknärvaron egentligen mäter, anser jag vara betydelsefullt för att hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen skall bli effektivt och ge de resultat man vill uppnå. För att främja det som är friskt hos medarbetarna,

samt förebygga framtida ohälsa, krävs det enligt Luxemburgdeklarationen (1997) att hälsa ses utifrån ett holistiskt perspektiv och integreras i hela verksamheten. Detta för att leva upp till och följa den arbetsrelaterade hälsoutvecklingen som sker, där alltfler sjukskriver sig på grund av psykosociala faktorer. Här kan hög arbetsglädje i större grad mäta vad det är som bidrar till att individen mår bra av och på sitt arbete än vad begreppet långtidsfrisk gör. Rent krasst mäter långtidsfrisk enbart dem som är närvarande på arbetet.

Utifrån vad teorin (Luxemburgdeklarationen, 1997; Menckel & Österblom, 2001; & Abrahamsson m f.l, 2003) beskriver som friskfaktorer i relation till arbetsrelaterad hälsa relaterar fler friskfaktorer till hög arbetsglädje än till långtidsfrisk. Hög arbetsglädje relaterade till att trivas med sin arbetssituation både vad beträffar arbetsuppgifter och arbetskamrater, vilket även stämmer överens med Arnolds (2005) syn på arbetsglädje. De som upplevde hög arbetsglädje kände att de fick stöd och uppmuntran ifrån arbetskamrater och att arbetsgivaren brydde sig om deras hälsa samtidigt som de utvecklades i sitt arbete. De var även nöjda med sin fritid, sitt arbete samt den balans de hade mellan arbete och fritid. Samtliga relationer är betydelsefulla friskfaktorer som visar på att hög arbetsglädje i större utsträckning mäter arbetsrelaterad hälsa än vad långtidsfrisk gör.

Genom att kunna se vad som relaterar till hög arbetsglädje blir det lättare att kunna anpassa interventioner för att främja de friskfaktorer som predicerar hög arbetsglädje. Chapman (2005) talar om vikten av att kunna mäta sjuknärvaron vilket utgår ifrån ett mer patogent förhållningssätt. Intressant i framtida studier kan vara att utveckla ett salutogent mätinstrument som mäter hög arbetsglädje. Instrumentet kan sedan testas genom att mäta arbetsglädje före och efter en intervention i syfte att validera arbetsglädje som mätinstrument på arbetsrelaterad hälsa, men även för att kunna effektivisera det hälsofrämjande arbetet på arbetsplatsen.

Långtidsfrisk och arbetsglädje - dold sjuknärvaro?

Enligt Lowe m.fl (2003) kan hög arbetsmoral relateras till arbetsglädje. Lok och Crawford (2004) pekar på ledarskapets betydelse för både arbetsglädje och arbetsmoral. Hög arbetsmoral kan innebära dold sjuknärvaro. I Dews m.fl. (2005) studie framkom det att en orsak till sjuknärvaro var den anställdes lojalitet mot arbetsplatsen och arbetskamraterna. I mitt resultat var det fler som var sjuknärvarande av dem som upplevde låg arbetsglädje än av dem som upplevde hög arbetsglädje. Det fanns även ett fåtal som hade hög sjuknärvaro och låg arbetsglädje. I båda fallen är det viktigt att arbeta främjande för att förebygga framtida ohälsa, eftersom låg arbetsglädje och hög sjuknärvaro kan leda till arbetsrelaterad stress.

För att förhindra att hög arbetsglädje utvecklas till dold sjuknärvaro som Dew m.fl (2005) beskriver är det viktigt att arbetsplatsen och ledningen arbetar hälsofrämjande. Enligt Johnson och Hall (1988) kan interventioner på arbetsplatsen som stärker det sociala stödet och individens påverkansmöjligheter främja och öka individens hälsa. Hög arbetsglädje relaterade till stöd, uppmuntran och belöning, i form av utvecklingsmöjligheter, vilket kan ha en främjande effekt och förebygga sjuknärvaro (Siegrist m.fl. 2004; Karasek & Theorell, 1990; & Abrahamsson m.fl., 2005). I Steinhards m.fl. studie (2003) framkom det att stöd från chefen relaterade till låg arbetsstress, vilket i sin tur relaterade till arbetsglädje.

Lojalitet och ansvar lyfter även Aronsson m.fl. (2000) fram när de talar om långtidsfrisk och svårigheten att finna vikarier inom välfärdssystemet. I den definition av långtidsfrisk som används i denna studie kan respondenten ha max ett tillfälle av sjuknärvaro under det senaste året. Ett tillfälle med sjuknärvaro var ett sätt att undvika att långtidsfrisk blir detsamma som att vara sjuknärvarande, vilket Hanson (2004) kunde se som problematiskt med tanke på den allmänna definitionen av långtidsfrisk. Om min tolkning av att respondenternas uppfattning om hälsa baseras på deras fysiska hälsotillstånd stämmer, kan andelen långtidsfriska även innefatta dem med sjuknärvaro av psykosocial karaktär. Detta väcker en del nya intressanta frågor; Är det mer allmängiltigt att sjukanmäla sig eller stanna hemma för fysisk ohälsa än psykosocial ohälsa? Var skall gränsen dras för att vara sjuknärvarande? Är sjuknärvaro att gå till arbetet när man är förkyld eller är det när man vantrivs på grund av arbetet? Inom vilket fält spänner definitionen sjuknärvaro? Är max ett tillfälle eller tio dagar som Aronsson och Lindh (2004) använder ett rättvist mått? Var går gränsen?

Få studier är gjorda beträffande sjuknärvaro (Dew m.fl. 2005) och Chapman (2005) anser det viktigt att mäta sjuknärvaron. Denna studie fokuserar på vad som kan mäta arbetsrelaterad hälsa, men Dew m.fl. (2005) efterfrågar studier som undersöker arbetstagares upplevelser av både arbetsrelaterad hälsa och arbetsrelaterad ohälsa. En framtida intressant forskningsfråga, med tanke på tidigare resonemang kring innebörden av att vara frisknärvarande kontra sjuknärvarande, är att undersöka individers upplevelser av att vara sjuknärvarande. Aronsson m.fl. (2000) anser att relationen mellan sjuknärvaro och sjukfrånvaro är intressant att belysa, för att se ifall sjuknärvaro leder till senare sjukfrånvaro. Relationen kan vara av betydelse när det gäller framtida preventionsinsatser. För att undersöka sjuknärvaro och dess eventuella relationer till hälsa eller ohälsa krävs en mer omfattande och longitudinell studie av begreppet.

Metoddiskussion

Att använda enkät som metod kan innebära en risk att få ett för stort bortfall. Ett stort bortfall kan leda till att det kan bli svårt att dra väl underbyggda slutsatser. Svarsfrekvensen i denna studie var 68,4 %, vilket kan ses som relativt god. Bortfall kan ha en viss betydelse för tolkningen av resultatet, varvid en bortfallsanalys är lämplig att göra. Någon djupare bortfallsanalys har inte genomförts pga. studiens tidsram. I samband med att arbetsrelaterad hälsa alltmer uppmärksammas har behovet av att kartlägga anställdas uppfattningar om arbetsmiljön ökat. Andelen enkäter av liknade karaktär har varit hög i urvalsgruppen, vilket kan vara en orsak till denna studies bortfall. Det har även under studien framkommit att en del av dem som mottagit enkäten har varit tjänstlediga under en längre period, haft graviditetsledighet eller blivit pensionerade, vilket gjort det svårt för dem att besvara enkäten utifrån ett nulägesperspektiv. De valde därför att inte besvara enkäten. Enkäter har även sänts tillbaka på grund av okänd adress.

Ett sätt att förebygga internt bortfall och feltolkningar är att göra en större pilotstudie där fler oberoende respondenter får besvara enkäten. Detta gjordes heller inte på grund den snäva tidsplanen i samband med enkätens distribution och att flertalet av frågorna var tidigare använda och validerade, varav en del av dem användes i en liknande studie som kartlade den arbetsrelaterade hälsan på två olika sjukhus i nordöstra Skåne (Larsson m.fl., 2002). Frågorna som användes vid definitionen av långtidsfrisk hade prövats vid en liknande studie (Aronsson & Lindh, 2004), vilket stärker studiens validitet. Att använda sig av en global fråga vid arbetsglädje har också visat hög validitet (Dolbier, 2005; & Nagy, 2002).

Enkäten utgår enbart ifrån salutogent formulerade frågor och påståenden, vilket kan ses som en styrka eftersom studien syftar till att undersöka och jämföra vilket mått som bäst mäter arbetsrelaterad hälsa och inte ohälsa. Aronsson och Lindh (2004) efterfrågade just positiva hälsovariabler i framtida studier av begreppet långtidsfrisk. Att utgå ifrån det positiva kan även utifrån en etisk aspekt ses som en fördel för respondentens upplevelse av att besvara enkäten. Studien är en tvärsnittstudie, vilket innebär att tidsaspekten inte finns med i undersökningen. Det går inte att uttala sig om kausalitet, men är ändå intressant eftersom det är förhållandevis enkelt att få fram mycket information om informationen behandlas på rätt sätt, vilket kan leda vidare till nya infallsvinklar och studier. För framtida studier av begreppen långtidsfrisk och arbetsglädje hade det varit intressant med ett longitudinellt upplägg, för att även kunna uttala sig om kausaliteten.

En styrka i valet av att använda enkät är att man når ut till en större population. Att undersökningsgruppen var en definierad grupp innebär en vetskap om var de finns och vilka de är vilket kan ses som en styrka i sig. Undersökninggruppen består av både arbetstagare och tjänstemän, vilket ger en större bredd. Det stora datamaterialet bidrog till att det gick att få två stora grupper med långtidsfrisk respektive hög arbetsglädje och att det gick att dra väl underbyggda statistiska slutsatser, vilket hade varit mycket svårare med ett mindre material.

Slutsatser

Att använda långtidsfrisk som ett mått på antalet frisknärvarande kan vara av betydelse för att stärka det salutogena synsättet på en arbetsplats. Däremot att använda måttet till att utveckla och tillämpa hälsofrämjande interventioner, kan bli svårare. Flera friskfaktorer både i arbetslivet och i livsstilen påverkar varandra på olika sätt. Det kan därför upplevas stort och ogreppbart att kunna uttala sig om att vissa interventioner kommer att ge ett ökat antal långtidsfriska. Mäter vi det vi avser att mäta? Frisknärvarande är kanske inte likställt med hälsosamma medarbetare i en hälsosam organisation, vilket Luxemburgdeklarationen (1997) eftersträvar. När man arbetar hälsofrämjande är det viktigt med ett holistiskt tänkande (Menckel & Östergren, 2001) samtidigt som man måste kunna avgränsa sig för att göra det hälsofrämjande arbetet på arbetsplatsen mer hanterbart och mätbart. Arbetsglädje blir lättare att både avgränsa till arbetslivet specifikt och mäta i större utsträckning vad är det som får människor att må bra av och på sitt arbete än vad långtidsfriska gör. För att kunna uttala sig om detta, krävs det fler studier som fördjupar och utvecklar begreppet arbetsglädje och dess relation till friskfaktorer i arbetslivet. Genom att konkretisera arbetsglädje och vilka faktorer som relaterar till arbetsglädje kan det bli lättare att finna mätinstrument som mäter arbetsrelaterad hälsa inom en organisation. För detta krävs ytterligare forskning som beaktar vad som predicerar hälsa på arbetsplatsen och hur man mäter arbetsrelaterad hälsa. Utifrån sådan forskning kan sedan olika specifika hälsofrämjande interventioner utvecklas och tillämpas.

Referenser

Abrahamsson, K., Bradley, G., Brytting, T., Eriksson, T., Forslin, J., Miller, M., Söderlund, B., & Trollestad, C. (2003). *Friskfaktorer i arbetslivet*. En antologi. Stockholm: Prevent.

Ala-Mursula, L., Vahetera, J., Pentti, J., & Kivimäki, M. (2004). Effect of employee work time control on health: a prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*. 61;254-261.

Aldana, S., Merrill, R., Price, K., Hardy, R., & Hager, R. (2005). Financial impact of a comprehensive multisite workplace health promotion program. *Preventive Medicine*. 40; 131-137.

Ahlborg, G. (2000). Occupational and environmental medicine in Sweden. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 73;1-6.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Arbetsmiljöverket. (2005). *Arbetsmiljölagen i lydelse från den 1 juli 2004*. (elektronisk) www.av.se.

Arnold, J. (2005). *Work psychology: understanding human behaviour in the workplace*. 4th edition. New York: Prentice Hall.

Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J. Epidemiology Community Health*. 54; 502-509.

Aronsson, G., & Lindh, T. (2004). *Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie*. 2004: 10. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Brouwer, WB., Koopmanschap, MA., & Rutten, FF. (1999). Productivity losses without absence: measurement validation and empirical evidence. *Health Policy*. 48; 13-27.

Chapman, L. (2005). Presenteeism and its role in worksite health promotion. *American Journal of Health promotion*. 19; 1-9.

Chu, C., Breucker, G., Harris, N., Stitzel, A., Gun, X., Gu, X., & Dwyer, S. (2000). Health-promoting workplaces-international settings development. *Health Promotion International*. 1; 155-167.

Collins, B. (1991). Workplace health promotion: approaches, examples and trends. *Wellness perspectives*. 8;29- 40

Csikiszentmihalyi, M., & LeFevre, J. (1989). Optimal experience in work and leisure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56; 815-822.

- Dahlgren, K., & Dahlgren, PO. (1988). *Hur har du det på jobbet? En bok om den psykosociala arbetsmiljön* (3: e upplagan). Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- De Klerk, A. (2000). *Att hantera konflikter i arbete och grupp*. Stockholm: Timbro.
- Dew, K., Keefe, V., & Small, K. (2005). "Choosing" to work when sick: workplace presenteeism. *Social Science & Medicine*. 60; 2273-2282.
- Dolbier, CL., Webster, JA., McCalister, KT., Mallon, MW., & Steinhardt, MA. (2005). Reliability and validity of a single-item measure of job satisfaction. *American Journal of Health Promotion*. 19; 194-198.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G., Edén, L., & Leden, I. (2002). Predictors of positive health in disability pensioners: a population-based study using Positive Odds Ratio. *BMC Public Health*, 2:20.
- Eklund, I. (2001). Arbetsmiljön i Europa. *Välfärdsbulletinen*. Nr 1.
- Ellström, PE. (1996). *Arbete och lärande- förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Ellström, PE., Gustavsson, B., & Larsson, S. (1996). *Livslångt lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Hagberg, M., Tornqvist, EW., & Toomingas, A. (2002). Self-reported productivity due to musculoskeletal symptoms: association with workplace and individual white-collar computer users. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 12; 151-162.
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: at work- but out of it. *Harvard Business review*. 82; 49-58.
- Hong, L., Alison, E., While, K., & Barriball, L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 42; 211-227.
- Iwarsson, S. (2004). Stressrelaterade hälsoproblem ökar- vad hände under 1990-talet? *Läkartidningen*. Vol. 101. Nr 12.
- Johnson, JV., & Hall, EM. (1988). Job strain, Work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*. 78; 1336-1343.
- Johnsson, J., Lugn A., & Rexed, B. (2003). *Långtidsfrisk. Så skapas hälsa. Effektivitet och lönsamhet*. Lund: Ekerlids förlag.
- Judge, TA., & Ilies, R. (2004) Affect and Job satisfaction: a study of their Relationship at work and at home. *American Psychological Association*. 89;661-673.

- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J., Thomson, L., Griffiths, A., & Cox, T. (2001). Downsizing, changes in work and self-related health of employees: A 7-year 3-wave panel study. *Anxiety, Stress and Coping*, 14; 59-73.
- Krueger, P., Brazil, K., Lohfeld, L., Edward, HG., & Tjam, E. (2002). Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 2; (1)-6.
- Larsson, E., Bringsén, Å., Andersson, I., & Ejlertsson, G. (2002) *Arbete och hälsa hos vårdanställda. En enkätundersökning vid några sjukhusavdelningar i Hässleholm och Kristianstad*. Rapport. Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan Kristianstad.
- Ljusenius, T., & Rydqvist, LG. (1999). *Friskt ledarskap. Ledarskap ur ett hälsoperspektiv*. Stockholm: Arbetskyddsmyndigheten.
- Locke, EA., & Latham, GP. (1990). Work motivation and Satisfaction: Light at the End of the Tunnel. *American Psychological Society*. 1; 240- 246.
- Lok, P., & Crawford, J. (2004). The effect of organisational culture and leadership style on job satisfaction and organisational commitment. A crossnational comparison. *Journal of Management Development*. 23;
- Lowe, GS., Schellenberg, G., & Shannon, HS. (2003). Correlates of employees' of a healthy work environment. *American Journal of Health Promotion*, 17; 390-399.
- Luxemburgdeklarationen för hälsofrämjande på arbetsplatser i Europeiska Unionen* (1997). Stockholm: European Network for Workplace Health Promotion och Arbetslivsinstitutet.
- Mc Gillivray, D. (2002). Health promotion in the workplace: a missed opportunity. *Health Education*. 102;60-67.
- Menckel, E., & Österblom, L. (2002) *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen. Om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Moxnes, P. (1995). *Att lära och utvecklas i arbetsmiljön*. Borås: Natur och Kultur.
- Muto, T., & Yamauchi, K. (2001). Evaluation of a Multicomponent Workplace Health Promotion Program Conducted in Japan for improving employee's cardiovascular Disease risk factors. *Preventive Medicine*. 33; 571-577.
- Nagy, MS. (2002). Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *Journal of Occupational Psychology*. 75; 77-86.

- Noblet, A. (2003). Building health promoting settings: identifying the relationship between work characteristic and occupational health in Australia. *Health Promotion International*. 18;251-359.
- North, F., Syme, L., Feeney, A., Shipley, M., & Marmot, M. (1996). Psychosocial Work Environment and Sickness Absence among British Civil Servants: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*. 86; 332-340
- Orth- Gomer, K., & Perski, A. (1999). *Preventiv medicin i teori och praktik. En metodik för bättre folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Ose, SO. (2005). Working conditions and absenteeism. *Journal of Health Economics*.24; 161-188.
- Oxenstierna, G., Widmark, M., Westerlund, H., & Theorell, T. (2005). Konflikter och sjukskrivning. kap 5. Marklund, S., Bjurvald, M., Hogstedt, C., Palmer, E., & Theorell, T (Red). (2005). *Den höga sjukfrånvaron problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Perski, A. (2001). *Stress och sjukdom. Fakta och vägledning om orsaker, konsekvenser och utvägar*. Västervik: Gabor & Co.
- Schleicher, DJ., Watt, JD., & Greguras, Gj. (2004). Reexamining the job satisfaction – Performance Relationship: The Complexity of Attitudes. *Journal of Applied Psychology*. 89; 165-177.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*. 58; 1483-1499.
- Shuttleworth, A. (2004). Managing workplace stress: how training can help. *Industrial and Commercial Training*. 36; 61-65.
- Socialdepartementet. (2002). *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Mål, ansvar och åtgärder från ett övergripande mål för människor i arbete. Del 1. Slutbetänkande*. (SOU 2 002:5). Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
- Socialstyrelsen. (1997). *Social rapport. 1997*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Steinhardt, MA., Dolbier, CL., Gottlieb, NH., & McCalister, KT. (2003). The relationship between hardiness, supervisor support, group cohesion, and job stress as predictors of job satisfaction. *American Journal of Health Promotion*.17; 382-389.
- Sundquist, J., & Johansson, SE. (2000). High demand, low control and impaired general health: work conditions in a sample of Swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health*. 28; 123-131.

Strumpfer, DJW., Mlonzi, E. (2001). Antonovsky's Sense of Coherence scale and job attitudes: Three studies. *South African Journal of Psychology*. 31; 30.

Thomas, J. (1999). Control Stressful Work Situations. *Women in Business*. 51;17.

Thylefors, I. (2000). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Van Saane, N., Sluiter, JK., Verbeek, J., & Frings-Dresen, M. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction- a systematic review. *Occupational medicine*. 53; 191-200.

Voss, M., Floderus, B., & Diderichsen, F. (2001). Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post. *Occupational and Environmental Medicine*. 58;178-184.

Wahlstedt, K. (2002). *Förbättrad arbetsorganisation kan minska riskerna för ohälsa: Den psykosociala arbetsmiljön har stor betydelse för både kropp och själ*. Läkartidningen. 15; 1666-1670.

Weinberg, A., & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*. 355; 533-538.

WHO. (2004) *Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986 (Elektronisk). www.euro.who.int

Zanderin, L (red). (1997). *Arbetsmiljö*. Lund: Studentlitteratur.

Ågren, G. (2003). *Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan*. (2003:31). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Åkerstedt, T., Knutsson, A., Westerholm, P., Theorell, T., Alfredsson, L., & Kecklund, G. (2002). Sleep disturbances, work stress and work hours. A Cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic*. 53; 741-748.