

**Sara Göransson, Petra Lindfors, Lars Ishäll,  
Eva Charlotta Nylén, Camilla Kylin och Magnus Sverke**

# **Dialog och kunskap om arbetsmiljö – En intervention som balanserar?**

**Psykosociala arbetsmiljöfaktorers inverkan på hälsa och produktivitet kan sammanfattas i ett antal balanser; balanserna krav-kontroll, ansträngning-belöning, arbete-återhämtning, mål-resurser och kvantitet-kvalitet. Trots befintlig kunskap saknas interventionsstudier som fokuserat på dessa balanser. Här redovisas resultat från ett pilotprojekt där medarbetare och chefer deltog i en intervention med fokus på dialog om uppdraget och arbetsmiljöns balanser.**

Sara Göransson, fil dr, Psykologiska institutionen,  
Stockholms universitet  
sara.goransson@psychology.su.se

Petra Lindfors, docent, Psykologiska institutionen,  
Stockholms universitet  
pls@psychology.su.se

Lars Ishäll, fil dr, Psykologiska institutionen,  
Stockholms universitet  
lhs@psychology.su.se

Eva Charlotta Nylén, doktorand, Psykologiska  
institutionen, Stockholms universitet  
eva-lotta.nylen@psychology.su.se

Camilla Kylin, fil dr, Institutionen för sociala och  
psykologiska studier, Karlstads universitet  
camilla.kylin@kau.se

Magnus Sverke, Professor, Psykologiska  
institutionen, Stockholms universitet och  
North-West University, Sydafrika  
magnus.sverke@psychology.su.se

Vi har alla haft förmånen att samarbeta med Gunnar i forskning kring olika arbetslivsfrågor. För Sara började det 1996 med ett telefonsamtal: "Hej, jag undrar om du vill vara min handledare"?

Oavsett samarbetets början, längd och omfattning uppskattar vi alla Gunnar som person, hans breda perspektiv, stora erfarenhet och kreativitet som exempelvis uttrycks i förmågan att tidigt identifiera centrala frågeställningar för arbetslivet. Att samarbeta med Gunnar är som att bjudas till ett stort smörgåsbord där Gunnar är värd och vi andra gäster. Genom att bjuda av sin kunskap och erfarenhet i ett klimat där alla görs delaktiga har Gunnar berikat den svenska arbetslivsforskningen och han kom med idén till det projekt som vi nu rapporterar från.

Omfattande forskning har resulterat i olika modeller som beskriver hur psykosociala arbetsmiljöfaktorer kan ge upphov till stressrelaterad ohälsa och sjukskrivning. I flertalet av dessa modeller betraktas arbetsrelaterad stress och därtill relaterad ohälsa som uttryck för en obalans i arbetsmiljön. I krav-kontrollmodellen (Karasek & Theorell 1990), ansträngning- och belöningsmodellen (Siegrist 1996) samt i modeller som utgår från balans mellan arbete och vila (katabola/nedbrytande eller anabola/uppbyggande processer; McEwen 1998) är det balansen mellan olika faktorer som är central för att förklara arbetsrelaterad stress och ohälsa. Andra balanser, uttryckta i organisationsrelaterade begrepp, handlar om förhållandet mellan kvantitativa och kvalitativa krav men också om förhållandet mellan mål och resurser. Evidensen för balansernas betydelse för ohälsa är god för objektiva utfall som hjärt-kärlsjukdom (Kivimäki m fl 2012, Siegrist 2010) och det finns också stöd för en koppling till självrapporterade utfall såsom psykisk ohälsa i form av depressiva besvär och oro (Bonde 2008, Stansfeld & Candy 2006).

Utöver kopplingen mellan obalans och ohälsa finns det skäl att anta att balans är förenat med hälsa. I studier av långtidsfriskhet, definierat som låg sjukfrånvaro och låg sjuknärvaro, har resurser som gör det möjligt att göra ett gott arbete (balans mellan mål och resurser), nöjdhet med kvaliteten i det egna arbetet (balans mellan kvalitet och kvantitet) och stöd från chefen visat sig vara centrala faktorer (Aronsson & Lindh 2004, Aronsson & Blom 2010). Annan forskning har fokuserat på chefsens roll men visat liknande resultat; goda arbetsplatser kännetecknas av att chefer bidrar till en individanpassad arbetsbelastning och en tydlig ansvarsfördelning, det vill säga en balans mellan mål och resurser (Waldenström & Härenstam 2006). Vidare finns belegg för balansernas betydelse för produktivitetsrelaterade utfall; sjuksköterskor som upplever stor obalans mellan ansträngning och belöning är mer benägna att sluta sin anställning än andra (Li m fl 2011).

Mot bakgrund av forskning som visar på samband mellan arbetsmiljörelaterade (o)balanser och (o)hälsa finns en bas för att utveckla välfungerande verktyg för att aktivt och effektivt kunna hantera arbetsmiljöfrågor. Av Arbetsmiljölagen (Arbetsmiljöverket 2011a) framgår också att "Arbetsgivare och arbetstagare skall samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö" (kap 3 § 1a), även om det är arbetsgivarens skyldighet att systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten så att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö (kap 3 § 2a). I Sverige är då det systematiska arbetsmiljöarbetet ett verktyg som kan användas för att komma till rätta med obalanser i den psykosociala arbetsmiljön.

---

Projektet finansieras av AFA Försäkring (dnr 090325) och utgör del av den forskning som genomförs inom Stockholm Stress Center, ett forskningscenter finansierat via Forte (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd), där Magnus Sverke är en av huvudprojektledarna.

Återkommande undersökningar visar dock att endast drygt hälften av alla arbetsplatser bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete (Arbetsmiljöverket 2011b). En orsak är tidsbrist hos såväl skyddsombud som chefer. Tidsbrist gör att det systematiska arbetsmiljöarbetet får stå tillbaka även om kunskaper och kompetens att bedriva det ofta finns (Arbetsmiljöverket 2011b).

Utöver kunskaper om kopplingen mellan olika arbetsmiljöfaktorer och medarbetarhälsa förutsätter en konstruktiv dialog kring arbetsmiljöfrågor att chefer har förmåga och vana att föra en sådan dialog samt en förståelse för att dialogen har ett värde för verksamheten. Även om chefsutbildningar underlättar uppdraget och bidrar till god kompetens kan bristande erfarenhet och svårigheter att i en tidspressad verksamhet prioritera det systematiska arbetsmiljöarbetet förklara varför dessa typer av frågor ibland kommer i skymundan och inte alltid finns med som ett naturligt inslag i verksamhetsstyrningen (Arbetsmiljöverket 2011b). Det finns dock viss forskning som visat på positiva effekter av systematiskt arbetsmiljöarbete (Dellve m fl 2008). Ett systematiskt arbetsmiljöarbete inkluderande en god chefsdialog kan alltså antas vara central ur arbetsmiljö- och arbetshälsoperspektiv, men också ur effektivitets- och konkurrensperspektiv. Kopplingen mellan medarbetarhälsa och produktivitet, liksom chefens betydelse i sammanhanget, är förhållandevis väl belagd (se exempelvis Karlsson 2010, Kelloway m fl 2005, Sverke m fl 2008).

Då det systematiska arbetsmiljöarbetet brister finns orsak att identifiera strategier för att främja detta arbete. En möjlig väg är att utforma en utbildande intervention som omfattar det systematiska arbetsmiljöarbetet. Interventionsforskning i arbetslivet inkluderar såväl hälsofrämjande som förebyggande och rehabiliterande insatser och kan inbegripa hälsoinriktade insatser på individnivå men även psykosociala och tekniska insatser på grupp- och organisationsnivå. Effekter av olika interventioner varierar; exempelvis visar många interventioner som ger medarbetare verktyg att hantera arbetsrelaterad stress på positiva men tämligen måttliga effekter (Goldgruber & Ahrens 2010, Marine m fl 2006, Richardson & Rothstein 2008). Vidare har metaanalyser visat att chefers förmåga att lyssna och ge medarbetare möjlighet att reagera på sin arbetssituation är avgörande, särskilt i pressade och stressiga arbetssituationer (Schwarzer & Leppin 1989, Viswesvaran m fl 1999). Stöd från chef har konstaterats vara viktigt för god medarbetarhälsa (Kelloway m fl 2005) men chefers sätt att organisera och strukturera hälsofrämjande arbete och arbetsmiljöarbetet har också koppling till medarbetarhälsa (Dellve m fl 2008). Fortfarande anses det finnas brist på interventioner som fokuserar på chefers utveckling (Kelloway & Barling, 2010). Här anses exempelvis utbildning av chefer och medarbetare i att föra en god dialog, med aktivt lyssnande, vara en betydelsefull strategi för att öka möjligheterna att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete som bidrar till en balanserad och hälsofrämjande arbetsmiljö.

Delaktighet och påverkansmöjligheter har betonats som en central del i både arbetsmiljö- och interventionsarbete (se exempelvis Nielsen m fl 2010a, Nielsen m fl 2010b). För chefens del handlar det bland annat om det beslutsutrymme som ändå finns för att avgöra om resurserna är tillräckliga för att bedriva verksamhet och nå verksamhetsmål, och samtidigt upprätthålla en god arbetsmiljö som borgar för kvalitet och medarbetarhälsa. För medarbetaren kan det handla om beslutsutrymmet att justera uppdrag, ansträngning, krav och kontroll, i dialog med närmaste chef, och därigenom påverka balansen i arbetet. När det gäller delaktighet har en tidigare svensk interventionsstudie baserad på en omfattande chefsutbildning med fokus på psykologiska aspekter konstaterat positiv inverkan. Medarbetare upplevde högre grad av delaktighet och inflytande över beslutsfattandet (kontroll); dessutom minskade medarbetarnas stresshormonnivåer vilket antyder möjliga hälsoeffekter (Theorell m fl 2001). Även om det finns ett flertal exempel på interventioner från Sverige är det fortfarande förhållandevis ovanligt med preventivt orienterade interventionsstudier som riktar sig mot hela arbetsgrupper eller organisationer. Det är dessutom ovanligt att de betonar en reflekterande dialog som fokuserar på verksamhetsuppdraget och arbetsmiljöns balanser där chefer och medarbetare arbetar tillsammans för att främja delaktighet.

### **Syfte**

Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka vilka effekter en preventivt inriktad arbetsplatsbaserad intervention, med fokus på dialog och reflektion kring uppdrag och arbetsmiljö, har på medarbetares upplevelse av psykosociala arbetsmiljöbalanser, hälsa och arbetsrelaterade attityder. Ett ytterligare syfte är att undersöka om interventionens eventuella inverkan på dessa balanser främjar hälsa och positiva attityder.

### **Metod**

Denna pilotstudie omfattade chefer och medarbetare inom en socialförvaltning och inkluderade en interventionsgrupp samt en referensgrupp. Det var via den högsta ledningen i förvaltningen som projektet tog sin början genom att en representant från forskargruppen kontaktade förvaltningschefen. Intresset gjorde att en representant från forskargruppen träffade de chefer på nästa förvaltningsnivå som skulle kunna beröras genom sina underställda chefer. Utöver att presentera interventionens upplägg klargjorde mötet parternas ömsesidiga förväntningar, vad ett deltagande skulle komma att innebära, planerad tidsplan et cetera. I detta möte deltog även representanter från personalavdelningen i syfte att bli delaktiga i projektet, utgöra stöd under interventionsprocessen samt för att möjliggöra förankring av det kunskapsbaserade arbetssättet i andra delar av organisationen.

En styrgrupp med representanter från personalavdelningen och de deltagande cheferna på respektive nivå bildades tidigt i processen. Respektive chef förankrade projektet hos sina medarbetare med hjälp av ett informationsmaterial utarbetat av forskargruppen.

Under senvåren 2011 gjordes en förmätning genom att en webbaserad enkät distribuerades till deltagarna i interventions- respektive referensgruppen (mät-tillfälle 1, T1). Därefter möttes varje interventionsgrupp med medarbetare och chefer vid fyra tillfällen om tre timmar vardera (en föreläsning och tre work-shops). I denna pilotstudie ingick totalt tre grupper som fick del av interventionen och en referensgrupp. Ungefär åtta veckor efter den sista träffen distribuerades en uppföljande webbaserad enkät (T2) våren 2012.

### **Interventionen**

Interventionen baserades på den interventionsmanual som tagits fram inom forskargruppen. Maximalt antal deltagare i varje workshop var 35 personer. Korta teoretiska pass varvades med uppgifter där deltagarna omväxlande fick reflektera och arbeta enskilt, i par och smågrupper (5–8 personer). Varje uppgift avslutades med återkoppling i den stora gruppen. Medverkande chef/er fick till del samma uppgifter och i vissa fall unika uppgifter. Forskare deltog i den första workshopen medan de övriga leddes av erfarna processkonsulter från en etablerad företags-hälsovård. Även om konsulterna har hög kompetens utbildade forskarna dem i arbetslivets balanser samt i den för interventionen specifikt utarbetade manualen. Konsulterna bidrog med erfarenheter av att arbeta med grupper samt till upplägget av workshopptillfällena.

En bärande tanke i interventionen är att deltagarna är aktörer som har ett handlingsutrymme och därmed kan påverka sin situation. Vidare är medarbetarnas upplevelse och beskrivning av sin situation (så kallad bottom-up) i kombination med verksamhets- och forskningsperspektivet (så kallad top-down) också centralt – och en kombination av dessa perspektiv att föredra (Grant & Parker 2009). Vidare är en bärande idé att ökad kunskap om arbetsmiljöforskning ger en större förmåga att kommunicera kring den egna arbetsmiljön på ett nyanserat sätt vilket underlättar dialog mellan chef och medarbetare.

Det första mötet omfattade återkoppling av resultat från T1, utbildning i arbetslivets balanser och kopplingen till (o)hälsa. I den andra workshopen fick deltagarna, oberoende av återkopplingen, identifiera obalanser i den egna arbetsgruppen utifrån frågeställningen vad deltagarna upplever påverkar hälsa och effektivitet i arbetet positivt och negativt. I den tredje workshopen fick deltagarna fundera över det egna ansvaret i de olika obalanserna samt prioritera de identifierade obalanserna. Fokus låg också på att föra dialog kring dessa obalanser med närmaste chef, som också gav sin reflektion över det som kom upp. I den fjärde

och avslutande workshopen identifierades möjligheter och hinder för att uppnå en balanserad arbetsmiljö. En enkel strategiplan för verksamhetens framtida arbetsmiljöarbete utarbetades innan allt avslutades med en summering av insatsen. Träffarna hölls med ungefär tre veckors mellanrum.

### ***Datainsamling***

Två enkättyper användes för datainsamling: en huvudenkät och en processenkät. Huvudenkäten fanns i en medarbetarversion och en chefsversion (ej inkluderade här). Totalt skickades fyra påminnelser ut vid T1. Beroende på svarsfrekvensen i olika grupper skickades mellan tre och fem påminnelser vid T2. Alla enkäter administrerades via en e-postinbjudan med en bilaga och ett välkomstmeddelande genom webbenkätverktyget LimeSurvey. E-postinbjudan innehöll också projektinformation, beskrivning av forskargruppen med kontaktuppgifter och sedvanlig information om frivillighet och konfidentialitet samt länk till respektive huvudenkät. De inom projektet utvecklade processenkäterna (ej inkluderade här) innehöll frågor om individprocess, uppdragsdialog och organisationsaktiviteter och besvarades i slutet av den andra, tredje och fjärde workshopen. Studien har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm (dnr 1010/1517-31/5).

### ***Deltagare***

Det ursprungliga urvalet omfattade 87 medarbetare i interventionsgruppen och 80 medarbetare i referensgruppen (chefer ingick inte i denna studie). I interventionsgruppen slogs två arbetsgrupper samman under processen. Efter justering för internt bortfall (bortfallet var högre för frågor om hälsa) och bortfall mellan mättillfällena återstod ett interventionsurval om 40 medarbetare (motsvarande en svarsfrekvens på 46 procent), och en referensgrupp om 11 medarbetare (25 procent). Medelåldern i interventions- respektive referensgruppen var 43,9 år (SD = 9,5) respektive 50,4 år (SD = 11,0) ( $t =$  ej signifikant). Andelen kvinnor (93 respektive 91 procent), andelen med en tillsvidareanställning (95 respektive 91 procent) och andelen som arbetade heltid (73 respektive 91 procent) var jämförbara i båda grupperna ( $\chi^2 =$  ej signifikant). Andelen med högre utbildning var dock högre i interventionsgruppen jämfört med referensgruppen (88 respektive 64 procent;  $\chi^2_{(df=1)} = 4,3$ ;  $p = 0,04$ ).

### ***Mätinstrument***

Etablerade skalor (som samtliga använts i svenska studier tidigare, varför referens till den svenska översättningen av utrymmeskäl ej ges) användes för att mäta fyra block inkluderande krav och ansträngning, resurser, hälsa samt arbetsrelaterade attityder. Om inget annat anges var svarsalternativen från 1) Stämmer inte



alls, till 5) Stämmer helt. Reliabiliteten var genomgående god (Cronbachs alpha över 0,70; avvikelser anges) för samtliga skalor.

*Krav och ansträngning* omfattade tre skalor: 1. Kvantitativ belastning (tre frågor; Beehr m fl 1976) inkluderade upplevelsen av att ha för mycket att göra. 2. Kvalitativ belastning (alpha = ,61) mäter hur svårt arbetet upplevs vara (fyra frågor; Sverke m fl 1999). 3. Målokklarhet (fem frågor; Caplan 1971).

*Resurser* mättes med tre skalor: 1. Chefens återkoppling på prestation (fyra frågor; Hackman & Oldham 1975). 2. Autonomi inkluderade grad av inflytande över utförandet av arbetsuppgifterna (fyra frågor; Sverke & Sjöberg 1994). 3. Socialt stöd på arbetsplatsen (fem frågor, svarsalternativ: 1) Stämmer inte alls, till 4) Stämmer helt och hållet; Kinsten m fl 2007).

*Hälsa* omfattade tre skalor avsedda att belysa olika hälsoaspekter: 1. Återhämtning mäter balans avseende vila och återhämtning (åtta frågor, svarsalternativ: 1) Aldrig, till 5) Mycket ofta; Gustafsson m fl 2008). 2. Generell psykisk ohälsa (12 frågor, svarsalternativ: 1) Aldrig, till 4) Alltid; Banks m fl 1980, Goldberg & Williams 1988). 3. Självskattad hälsa (Idler & Benyamini 1997) efterfrågar individens bedömning av sin hälsa i relation till andra (svarsalternativ: 1) Mycket dålig, till 5) Mycket bra). Svaren kodades så att hög poäng motsvarar dålig hälsa.

*Arbetsrelaterade attityder* omfattade tre skalor: 1. Arbetstrivsel (tre frågor; Hellgren m fl 1997). 2. Tankar om uppsägning (tre frågor; Sjöberg & Sverke 2000). 3. Engagemang i arbetet (alpha = ,60) (två frågor; Allen & Meyer 1990).

## Resultat

För att upptäcka förändringar i arbetsmiljöns balanser före och efter interventionen beräknades i ett första steg differensen mellan T1 och T2 för varje krav, resurs, hälsomått och arbetsrelaterad attityd separat. Sedan gjordes multivariata tester för respektive block av variabler (se *tabell 1*) med grupp (intervention/referens) som oberoende variabel.

Som framgår av *tabell 1* visade den multivariata analysen att kraven i arbetet minskade något i interventionsgruppen. För upplevda resurser, hälsa och arbetsrelaterade attityder framkom ingen förändring över tid, varken i interventions- eller referensgruppen. I nästa steg genomfördes separata t-tester för beroende mätningar mellan T1 och T2 för varje enskilt krav, resurs, hälsomått och arbetsrelaterad attityd. Som framgår av *tabell 1* minskade kraven i arbetet i termer av kvantitativ belastning i interventionsgruppen ( $M_{diff} = -,52$ ), medan förändringen avseende kvalitativ belastning respektive målotydighet inte var statistiskt säkerställd. Riktningen på medelvärdeskillnaderna indikerar dock en positiv utveckling. I referensgruppen var den kvalitativa och kvantitativa belastningen jämförbar vid båda mättillfällena, medan målokklarheten ökade över tid ( $M_{diff} = ,55$ ). För resurser i arbetet framkom inga statistiskt säkerställda förändringar för åter-

koppling och autonomi/kontroll, varken i interventions- eller referensgrupp. Däremot minskade det sociala stödet i interventionsgruppen ( $M_{diff} = -,36$ ), en förändring som inte återfanns i referensgruppen. För de hälsorelaterade måtten och arbetsrelaterade attityderna framkom – med undantag för en ökning i tankar kring avslutande av anställning i interventionsgruppen ( $M_{diff} = ,52$ ) – inga statistiskt säkerställda förändringar i någon av grupperna mellan de två mättillfällena (se tabell 1).

**Tabell 1. Medelvärden (standardavvikelser) för T1 och T2 för interventions- och referensgrupp samt test för skillnader i förändring över tid.**

Variabel	Interventionsgrupp (n = 40)		Referensgrupp (n = 11)		F <sup>b</sup>
	T1	T2	T1	T2	
<b>Krav</b>					<b>3,28*</b>
Kvantitativ belastning	3,3 (1,0)	2,8 (1,1)**	3,5 (1,3)	3,68 (1,0)	3,64 <sup>o</sup>
Kvalitativ belastning	2,3 (0,8)	2,2 (0,8)	2,3 (1,0)	2,2 (0,7)	0,30
Målokklarhet	2,6 (1,3)	2,4 (0,9)	1,7 (0,8)	2,35 (0,8)*	7,40**
<b>Resurser</b>					<b>1,96</b>
Återkoppling	3,1 (0,9)	3,1 (1,1)	3,9 (1,3)	3,5 (1,14)	0,51
Socialt stöd	3,3 (0,5)	2,9 (0,6)**	3,2 (0,4)	3,3 (0,5)	5,17*
Autonomi	3,5 (0,7)	3,6 (0,6)	3,8 (0,9)	3,9 (0,7)	0,00
<b>Hälsa</b>					<b>0,59</b>
Återhämtning	3,6 (0,7)	3,5 (0,8)	3,7 (0,6)	3,6 (0,8)	0,60
Generell psykisk ohälsa	1,8 (0,4)	1,8 (0,5)	1,8 (0,4)	1,8 (0,5)	0,05
Självskattad ohälsa	2,3 (1,0)	2,4 (1,1)	1,9 (0,9)	2,1 (0,9)	0,05
<b>Arbetsrelaterade attityder</b>					<b>1,60</b>
Arbetsstrivsel	3,8 (0,96)	3,6 (1,0)	4,3 (0,8)	4,1 (0,9)	0,04
Uppsägningstankar	2,0 (1,2)	2,5 (1,3)**	1,9 (1,1)	1,8 (1,0)	2,77
Engagemang	3,3 (0,9)	3,0 (1,0)□	3,9 (0,9)	3,6 (0,8)	0,03

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$ ; □ $p < ,1$ .

<sup>a</sup> Beroende t-test för skillnaden mellan T1 och T2, frihetsgrader (10,39).

<sup>b</sup> Multivariat (kursiverad fetstil) (frihetsgrader: 3,47) och univariat F-test (frihetsgrader: 1,49) med värdena för T1 och T2 för respektive skala/block. Frihetsgrader (1,49).



I nästa steg analyserades om en förändring i balanser mellan T1 och T2 hade betydelse för hälsa och/eller attityder vid uppföljningen (T2). Avsikten var att undersöka om exempelvis en minskning i kvantitativa krav mellan mätillfällena också innebar en förbättrad hälsa vid T2. Regressionsanalyser genomfördes med samtliga hälso- och attitydmått som utfallsvariabler (i separata analyser) och med motsvarande variabel vid T1 som kontrollvariabel i det första steget. I det andra steget lades varje enskilt krav och varje enskild resurs till som oberoende variabler. Alla krav- och resursvariabler bidrog i det andra steget till att förklara utfallet ytterligare förutom när det gäller organisationsengagemanget där endast en förbättrad återkoppling bidrog till att förklara engagemanget. När det gäller de enskilda standardiserade regressionskoefficienterna redovisas, av utrymmes- skäl, endast resultat där aktuell förändring i respektive krav eller resurs visade en signifikant effekt på hälsa eller attityder vid T2.

Det som framkom var att en minskning av de kvantitativa kraven ( $\beta = -0,25$ ;  $p < 0,01$ ) bidrog till en ökad generell hälsa vid T2, medan en minskning av de kvalitativa kraven bidrog både till en ökad generell hälsa ( $\beta = -0,23$ ;  $p < 0,05$ ) och en känsla av bättre återhämtning ( $\beta = -0,23$ ;  $p < 0,05$ ). På resurssidan var det en förbättrad återkoppling från chef som bidrog till både en ökad generell hälsa ( $\beta = 0,23$ ;  $p < 0,05$ ), en ökad självskattad hälsa ( $\beta = 0,30$ ;  $p < 0,01$ ) och en ökad arbetstrivsel ( $\beta = 0,32$ ;  $p < 0,05$ ). Slutligen bidrog också en ökad autonomi till en känsla av bättre återhämtning ( $\beta = 0,32$ ;  $p < 0,01$ ), ökad generell hälsa ( $\beta = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ), ökad trivsel ( $\beta = 0,39$ ;  $p < 0,01$ ) och färre tankar om uppsägning ( $\beta = -0,34$ ;  $p < 0,05$ ).

## Diskussion

Denna pilotstudie sammanfattar resultat från en preventivt inriktad arbetsplatsbaserad intervention. Interventionen fokuserade på att utifrån en arbetsmiljökartläggning föra dialog och reflektera kring uppdraget och arbetsgruppens arbetsmiljö(o)balanser. De preliminära resultaten kring medarbetares upplevelse av arbetsmiljörelaterade balanser indikerade att upplevelsen av krav i arbetet minskade, framför allt avseende kvantitativa krav. Upplevelsen av resurser ökade dock inte i någon av grupperna. Tvärtom minskade det sociala stödet i interventionsgruppen vilket sannolikt inte berodde på interventionen utan var kopplat till den sammanslagning av två arbetsgrupper som skedde parallellt. Kanske kan denna förändring också förklara ökningen av uppsägningstankar bland personer i interventionsgrupper; alternativt belyser dialogen faktorer som bidrar till sådana tankar och till ett minskat stöd. Annars är det rimligt att anta att hälso- och arbetsrelaterade attityder förändras först efter en längre uppföljningstid än den i vår studie (endast cirka två månader efter avslutad intervention), vilket också är i linje med avsaknaden av direkta effekter av interventionen på hälsorelaterade

mått och övriga arbetsrelaterade attityder. Allmänt gäller dock att storleken på en effekt och den tid efter vilken en effekt kan förväntas varierar beroende på utfall och den dos med vilken en intervention ges (om den alls är verksam). Här saknas systematiserad kunskap kring vad som kan förväntas. Uppföljningstider avseende hälsoeffekter varierar beroende på intervention, från direkta effekter av exempelvis sluta röka-kurser till tre år för effekter av förändrat ledarskap och ökade krav (Lohela m fl 2009).

Även om resultaten från denna pilotstudie får anses preliminära och bör tolkas med stor försiktighet verkar det, trots den korta uppföljningstiden, som att de grupper av individer som får en bättre balans i arbetsmiljön också får en bättre hälsa, känner sig mer återhämtade och till del också får en ökad arbets-trivsel. Detta är i linje med tidigare studier (se exempelvis Theorell m fl 2001, Waldenström & Härenstam 2006) vilket ökar möjligheten att dra slutsatser om effekten. Här bör det dock påpekas att det inte var möjligt att randomisera deltagare men att det även med randomisering är svårt att i arbetsplatsbaserade interventioner kontrollera för förändringar i arbetssituationen. Undersökningsgruppen bestod huvudsakligen av kvinnor vilket speglar könsfördelningen i sektorn samtidigt som det minskar generaliserbarheten till män och till andra sektorer och branscher. I andra deltagande organisationer kommer könsfördelningen att vara jämnare vilket gör att vi senare kan besvara frågan om interventionen kan tänkas fungera oavsett kön. Bortfallet var också stort vilket gör att det inte går att utesluta selektionseffekter. I senare delar av projektet kan vi fördjupa analysen av bortfallet. Vidare gör det låga deltagarantalet att pilotstudien saknar statistisk styrka för att klargöra effekter, vilket var förväntat då initiala powerberäkningar gjordes för studien som helhet och inte för aktuell pilotstudie.

Resultatet av den arbetsplatsintervention som genomförts här kan vara relaterat till specifika yttre villkor för verksamheten; forskning har exempelvis visat på en koppling mellan ekonomiska villkor och psykosocial arbetsmiljö. Mer specifikt utmärks goda ekonomiska tider av ökat besluts- och handlingsutrymme medan kontroll och inflytande minskar i sämre tider (Ford & Wooldridge 2012). Under senare år har många kommuner och landsting haft sparkrav att hantera. Det gör att interventionen kan ha haft svårighet att få fäste och genomslag med sitt fokus på ökad delaktighet eftersom sparkrav förmodligen inneburit minskad kontroll och inflytande. En ytterligare förklaringsfaktor till de små och i vissa fall obefintliga effekter som framkom kan hänga samman med att de yrkesarbetande personer som ingår i studien tillhör en förhållandevis frisk grupp. Möjligen arbetar dessa yrkesverksamma individer också i vad som redan är relativt balanserade arbetsmiljöer. Sammantaget gör det att förbättringspotentialen är begränsad och kan vara isolerad till vissa medarbetare och/eller arbetsgrupper. Detta är i linje med förväntade variationer i effekter av arbetsplatsinterventioner; för enskilda

individer kan effekten dock bli stor, vilket i stora grupper kan resultera i en stor skillnad (Conrad 1987).

När det gäller tid att nå synbara effekter är det sannolikt orimligt att förvänta att breda satsningar av den här typen av förebyggande insatser ger snabba resultat. Snarare behöver dessa vara en del av ett systematiskt och långsiktigt arbete på olika nivåer. Det systematiska arbetsmiljöarbetet skulle kunna kompletteras med den här typen av utbildning som kombinerar kunskap kring arbetsmiljöns balanser, hälsa och effektivitet med former för tillämpning och användning av dialog mellan chefer och deras medarbetare. Många organisationer genomför någon form av arbetsmiljökartläggningar och då finns möjlighet att använda den fördjupade kunskapen kring arbetsmiljöns balanser, medarbetarhälsa och verksamhetens effektivitet.

De balanser som i tidigare forskning konstaterats centrala för hälsa och här inkluderats i en intervention, kan i framtida forskning användas för att identifiera vilka grupper av individer som är hjälpta av den här typen av interventioner. Om forskningsbaserad kunskap når ut, och om den i likhet med kunskapen om arbetsmiljöns balanser är gripbar och pedagogisk, kan den sannolikt vara ett värdefullt och lättillgängligt verktyg. Förhoppningen är att interventioner likt denna kan bidra till mer långsiktigt hållbara arbetsplatser där medarbetare och verksamhet kan utvecklas i balans.

## Referenser

- Allen N, Meyer J (1990): "The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment." *Journal of Occupational Psychology*, 63,1–18.
- Arbetsmiljöverket (2011a): *Arbetsmiljölagen*. ISBN 978-91-7464-495-1. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket (2011b): *Arbetsmiljön 2011*. Arbetsmiljöstatistik, rapport 2012:4. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Aronsson G, Blom V (2010): "Work conditions for workers with good long-term health." *International Journal of Workplace Health Management*, 3(2)160–172.
- Aronsson G, Lindh T (2004): "Långtidsfriskas arbetsvillkor." *Arbete och hälsa*, 10, 1–25.
- Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, Kemp NJ, Stafford EM, Wall TD (1980): "The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies." *Journal of Occupational Psychology*, 53, 187–194.
- Beehr T, Walsh J, Taber T (1976): "Relationship of stress to individually and organizationally valued states: Higher order needs as a moderator." *Journal of Applied Psychology*, 61, 41–47.
- Bonde JP (2008): "Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence." *J Occup Environ Med*, 65(7)438–445.
- Caplan R (1971): *Organizational stress and individual strain: A social-psychological study of risk factors in coronary heart diseases among administrators, engineers, and scientists*. Institute for Social Research, University of Michigan, University Microfilms No 72/14822. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan.
- Conrad P (1987): "Wellness in the workplace: Potentials and pitfalls of work-site health promotion." *The Milbank Quarterly*, 65(2)255–275.
- Dellve L, Skagert K, Eklöf M (2008): "The impact of systematic occupational health and safety management for occupational disorders and long-term work attendance." *Social Science & Medicine*, 67, 965–970.

- Ford M, Wooldridge J (2012): "Industry growth, work role characteristics, and job satisfaction: A cross-level mediation model." *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(4)492–504.
- Goldberg D, Williams P (1988): *A users guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Goldgruber J, Ahrens D (2010): "Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: A review." *Journal of Public Health*, 18(1)75–88.
- Grant AM, Parker SK (2009): "Redesigning work design theories: The rise of relational and proactive perspectives." *Academy of Management Annals*, 3, 317–375.
- Gustafsson K, Lindfors P, Aronsson G, Lundberg U (2008): "Relationships between self-rating of recovery from work and morning salivary cortisol." *Journal of Occupational Health*, 50(1)24–30.
- Hackman J, Oldham G (1975): "Development of the job diagnostic survey." *Journal of Applied Psychology*, 60, 159–170, doi: 10.1037/h0076546.
- Hellgren J, Sjöberg A, Sverke S (1997): "Intention to quit: Effects of job satisfaction and job perceptions." I: Avallone F, Arnold J, de Witte K (red): *Feelings work in Europe* (s 415–423). Milano: Guerini.
- Idler EL, Benyamini Y (1997): "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies." *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.
- Karasek R, Theorell T (1990): *Healthy work: Stress, productivity and the reconstructions of working life*. New York: Basic Books.
- Karlsson ML (2010): *Healthy workplaces. Factors of importance for employee health and organizational production*. Doktorsavhandling, Department of Public Health Science, Division of Intervention and Implementation Research. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Kelloway EK, Barling J (2010): "Leadership development in occupational health psychology." *Work & Stress*, 24, 260–279.
- Kelloway EK, Sivanathan N, Francis L, Barling J (2005): "Poor leadership." I: Barling J, Kelloway EK & Frone M (red): *Handbook of workplace stress* (s 89–112). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kinsten A, Magnusson Hanson L, Hyde M, Oxenstierna G, Westerlund H, Theorell T (2007): *SLOSH 2006 – En riksrepresentativ studie av arbetsmiljö och hälsa*. Stockholm: Institutet för psykosocial medicin.
- Kivimäki M, Nyberg S, Batty G, m fl (2012): "Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data." *The Lancet*, 27(380)1491–1497.
- Li J, Galatsch M, Siegrist J, Müller B, Hasselhorn HM (2011): "Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession – Prospective results from the European longitudinal NEXT study." *International Journal of Nursing Studies*, 48(5)628–635.
- Lohela M, Björklund C, Vingård E, Hagberg J, Jensen I (2009): "Does a change in psychosocial work factors lead to a change in employee health?" *J Occup Environ Med*, 51(2)195–203.
- Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J (2006): "Preventing occupational stress in healthcare workers." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, art no CD002892. DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub2.
- McEwen B (1998): "Protective and damaging effects of stress mediators." *New England Journal of Medicine*, 338, 171–179. DOI:10.1056/NEJM199801153380307.
- Nielsen K, Randall R, Holten A-L, Gonzalez E (2010a): "Conducting organizational-level occupational health interventions: What works?" *Work & Stress*, 24(3)234–259.
- Nielsen K, Taris T, Cox T (2010b): "The future of organizational interventions: Addressing the challenges of today's organizations." *Work & Stress*, 24(3)219–233.
- Richardson K, Rothstein H (2008): "Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis." *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1)69–93.
- Schwarzer R, Leppin A (1989): "Social support and health: A metaanalysis." *Psychology and Health*, 3, 1–15.
- Siegrist J (1996): "Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions." *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27–41.
- Siegrist J (2010): "Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases." *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 23(3)279–285.
- Sjöberg A, Sverke M (2000): "The interactive effect of job involvement and organizational commitment on job turnover revisited: A note on the mediating role of turnover intention." *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 247–252.

- Stansfeld S, Candy B (2006). "Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review." *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32(6)443–62.
- Sverke M, Hellgren J, Näswall K, Göransson S, Öhrming J (2008): "Employee participation in organizational change: Investigating the effects of proactive vs reactive implementation of downsizing in Swedish hospitals." *German Journal of Human Resource Research*, 22, 111–129.
- Sverke M, Hellgren J, Öhrming J (1999): "Organizational restructuring and health care work: A quasi-experimental study." I: Le Blanc PM, Peeters MCW, Büssing A & Schaufeli WB (red): *Organizational psychology and health care: European contributions* (s 15–32). Munich: Rainer Hampp Verlag.
- Sverke M, Sjöberg A (1994): "Dual commitment to company and union in Sweden: An examination of predictors and taxonomic split methods." *Economic and Industrial Democracy*, 15, 531–564.
- Theorell T, Emdad R, Arnetz B, Weingarten A-M (2001): "Employee effects of an educational program for managers at an insurance company." *Psychosomatic Medicine*, 63, 724–733.
- Waldenström K, Härenstam A (2006): *Hur skapas bra arbetsförhållanden? En studie av strategier hos chefer och anställda*. Rapport från Arbets- och Miljömedicin, Centrum för folkhälsa. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Viswesvaran C, Sanchez J, Fisher J (1999): "The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis." *Journal of Vocational Behavior*, 54, 314–334.