

Constanze Leineweber, Göran Kecklund, Töres Theorell, Torbjörn Åkerstedt, Kristina Alexanderson och Hugo Westerlund

Inflytande över arbetstiden och sjuknärvaro/sjukfrånvaro

Flexibla arbetstider blir allt vanligare. De förväntas underlätta verksamhetens förmåga att hantera arbetstoppar, tillgodose anställdas behov av livsbalans samt möjliggöra bättre hälsa och arbetsprestation. Flexibilitet skapas ofta genom att de anställda ges inflytande över arbetstiderna. Vetenskaplig kunskap om sambandet mellan arbetstidskontroll och sjukfrånvaro/sjuknärvaro saknas nästan helt. I föreliggande studie undersöks sambandet mellan arbetstidskontroll samt dess underdimensioner och självrapporterad sjukfrånvaro/sjuknärvaro i ett representativt urval av den arbetande befolkningen i Sverige.

Constanze Leineweber, docent i psykologi vid enheten för epidemiologi, Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet
constanze.leineweber@stressforskning.su.se

Göran Kecklund, docent i psykologi vid enheten för biologisk psykologi och behandlingsforskning, Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet,
goran.kecklund@stressforskning.su.se

Töres Theorell, professor emeritus i psykosocial miljömedicin vid Karolinska institutet, vetenskaplig rådgivare vid Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet
tores.theorell@stressforskning.su.se

Torbjörn Åkerstedt, professor i beteendefysiologi, föreståndare för Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet
torbjorn.akerstedt@stressforskning.su.se

Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring, chef för Sektionen för försäkringsmedicin vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet
kristina.alexanderson@ki.se

Hugo Westerlund, professor i epidemiologi, enhetschef för enheten för epidemiologi vid Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet
hugo.westerlund@stressforskning.su.se

Forskningsfinansiärer: SLOSH-studien finansierades av Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS) och Vetenskapsrådet. Artikeln har fått ekonomiskt stöd från Stockholm Stress Center.

Gunnar Aronsson har med sina reflekterande och eftertänksamma analyser varit en mycket betydelsefull person i svensk arbetsmiljöforskning. Han startade sin karriär i nära samarbete med Bertil Gardell som formulerade många av de centrala begrepp vi än idag använder i den psykosociala arbetsmiljöforskningen. I samband med att ett samarbete etablerades mellan Marianne Frankenhaeuser och Bertil Gardell blev Gunnar Aronsson en av de viktigaste personerna i den lyckosamma fortsättningen – en brygga mellan en socialpsykologisk och en hälsoorienterad forskningstradition.

Gunnars doktorsavhandling är en riktig klassiker. Där utvecklar han de viktiga begreppen "kontroll i" och "kontroll över" arbetet. Under senare år har han varit mycket viktig i utvecklandet av sjuknärvaroforskningen och forskningen kring det växande problemet med "onödiga" och "oskäligen" arbetsuppgifter i vårt samhälle. Det har varit ett stort nöje för oss på Stressforskningsinstitutet/Institutet för Psykosocial Medicin att samarbeta med Gunnar både i vetenskapliga projekt och i mera allmänna samhällsdiskussioner. Gunnar har ofta oväntade och spännande nytolkningar!

Flexibla arbetstider ger organisationer möjligheten att anpassa humankapitalet till tidsbestämda krav, men är också en möjlighet att tillmötesgå de anställdas önskemål att kombinera arbete och privatliv samt främja hälsan. Den så kallade ansträngnings-återhämtningsteorin (Meijman & Mulder 1998) ger en teoretisk bas för att förklara de positiva effekterna av arbetstidskontroll. Enligt teorin avgör särskilt arbetsbelastningen och kontrollen över arbetet om en positiv balans mellan arbete och återhämtning kan uppnås. Arbetsbelastningen bestäms till stor del av mängden och komplexiteten i arbetet, men påverkas också genom arbetstidsarrangemang då antalet och fördelningen av arbetstimmar styr längden och intensiteten av belastningen, liksom möjligheterna till återhämtning. Andra viktiga teorier om arbetsstress såsom krav-kontrollmodellen (Karasek & Theorell 1990) ser kontroll över arbetstider som en underdimension till allmän autonomi som kan främja och förbättra arbetstagarnas motivation, hälsa och prestation, samtidigt som den skulle kunna minska stress och sjukfrånvaro. Faktiskt har man i tvärsnittsstudier kunnat relatera kontroll över arbetstider till bland annat lägre sjukfrånvaro (Elovainio m fl 2005), minskad stress (Fenwick & Tausig 2001), lägre risk för utbrändhet (Keeton m fl 2007), bättre självskattad hälsa (Aronsson m fl 2000, Ala-Mursula m fl 2002, Costa m fl 2006) och bättre sömn (Takahashi m fl 2011). Antalet longitudinella studier är få, men de som har publicerats har visat att sjukfrånvaro är högre bland tjänstemän med lite inflytande över arbetstider (Ala-Mursula m fl 2002, Ala-Mursula m fl 2006).

Mycket högt inflytande över arbetstiden kan också vara en indikation på att personen har ett gränslöst arbete; alltså ett arbete med få ramar och regler om var, hur och när arbetet ska utföras. Ett sådant arbete ställer höga krav på att den anställde själv sätter gränser beträffande arbetsplatsen och arbetsinnehållet, men också när arbetsdagen ska börja och sluta, när det är dags att ta raster/pauser och

när man ska vara ledig (Allvin m fl 2006). Medan kontroll över arbetstid alltså har visat sig ha en positiv effekt på hälsan kan ett gränslöst arbete innebära att arbetet tar överhanden i livet och leder till att den anställde får en obalans mellan arbete och återhämtning, vilket kan öka risken för stress och dålig hälsa.

Begreppet sjuknärvaro introducerades av Gunnar Aronsson, i betydelsen att personer går till arbetet trots att de med tanke på sitt hälsotillstånd anser att de borde ha stannat hemma (Aronsson m fl 2000, Aronsson 2012). Sjuknärvaro ses ofta som motpol till sjukfrånvaro, vilket i stället innebär att personen stannat hemma från arbetet på grund av hälsorelaterade besvär eller sjukdom. Sjukfrånvaro och sjuknärvaro är dock starkt positivt korrelerade (Leineweber m fl 2012); personer med hög sjukfrånvaro brukar ofta även ange hög sjuknärvaro. Hög veckoarbetstid, oregelbundna arbetstider och mycket samarbete med kollegor visade samband med högre sjuknärvaro (Hansen & Andersen 2008); god överensstämmelse mellan önskad och faktisk veckoarbetstid var däremot relaterad till både lägre sjukfrånvaro och sjuknärvaro bland sjuka arbetstagare (Bockerman & Laukkanen 2010). Sjuknärvaro är vanlig framför allt bland yrken inom vård- och utbildningssektorn, till exempel bland sjuksköterskor och barnmorskor samt för- och grundskolelärare. Lågt inflytande över arbetstid har föreslagits som möjlig bakomliggande faktor till dessa fynd.

Tidigare forskning har visat samband mellan lågt inflytande över arbetstider och hög sjukfrånvaro, medan det inte finns några motsvarande studier av sjuknärvaro. Både sjukfrånvaro och sjuknärvaro innebär dock betydande kostnader för organisationen och individen. Eftersom det finns ett samband mellan inflytande över arbetstid och upplevd hälsa kan det å ena sidan antas att individer med lågt inflytande har såväl mer sjukfrånvaro som sjuknärvaro. Å andra sidan är stort inflytande över arbetstiden vanligt förekommande inom tjänstemannasektorn och i dessa yrken är det svårt att hitta vikarier vid sjukskrivning. Därmed kan arbetet bli liggande och oplanerad frånvaro leder ofta till att arbetsbelastningen ökar. För att undvika en oplanerad arbetstopp kan det därför upplevas som nödvändigt att arbeta trots att man känner sig sjuk, speciellt om man kan anpassa arbetstiden till exempel genom att börja senare, sluta tidigare (vilket leder till en kortare arbetsdag) eller arbeta hemifrån. Om detta uppfattas som sjuknärvaro är dock inte ännu kartlagt.

Syftet med denna studie var att belysa sambandet mellan såväl global kontroll över arbetstiden som dess olika underdimensioner å ena sidan och sjukfrånvaro och sjuknärvaro å den andra sidan. Underdimensioner till globalt inflytande är inflytande över arbetspassets längd, start- och sluttid, pauser och raster under arbetspass, vilka dagar man arbetar, samt möjligheterna att ta semester och annan ledighet, tjänstledighet (utan lön) samt att utföra privata ärenden. Våra hypoteser är:

- I. Risken för sjukfrånvaro är högre bland dem med lägre inflytande över arbetstiderna.
- II. Risken för sjuknärvaro är högre bland personer med en lägre grad av inflytande över arbetstiden.

Vidare undersöker vi om de underdimensioner som påverkar den dagliga arbetstiden – alltså inflytande över arbetspassets längd, start- och sluttid samt pauser/raster – påverkar sjukfrånvaro och sjuknärvaro mer än de dimensioner som speglar inflytande över lediga dagar.

Metod

Urval

Vi använde data från SLOSH (Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health), en riksrepresentativ kohortstudie som drivs av Stressforskningsinstitutet vid Stockholms universitet och som syftar till att studera komplexa samband mellan arbetsorganisation, arbetsmiljö och hälsa (Kinsten m fl 2007). SLOSH bygger på Arbetsmiljöundersökningen (AMU) som genomförs av Statistiska Centralbyrån vartannat år och inkluderar AMU-deltagare från 2003, 2005 och 2007. En första uppföljning av AMU-deltagarna genomfördes av Stressforskningsinstitutet 2006, med ytterligare uppföljningar vartannat år (till nu 2008, 2010 och 2012). Deltagarna kontaktas via brev och får två enkäter att välja emellan, en för förvärvsarbetande och en för icke-förvärvsarbetande. Formuläret för förvärvsarbetande innehåller bland annat frågor om inflytande över arbetstider. Även ett flertal frågor kring hälsan ställs, bland annat om sjukfrånvaro och sjuknärvaro. Information om kön, ålder, inkomst och högsta utbildningsnivå erhålls via kopplingar till registret över totalbefolkningen och utbildningsregistret. SLOSH är godkänd av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Denna tvärsnittsstudie baseras på de deltagare i SLOSH 2008 som besvarade enkäten för förvärvsarbetande ($n = 9\,756$, svarsfrekvens för samtliga = 61 procent) och som svarat på alla för studien relevanta frågor ($n = 7\,337$). Av dessa var 3 439 (47 procent) män och 3 898 (53 procent) kvinnor, medelåldern var 48 år och den genomsnittliga årsinkomsten 306 000 svenska kronor. De flesta var gifta (56 procent) och hade minst gymnasial utbildning (90 procent). Heltid arbetade 5 686 (79 procent) och skift 575 (8 procent) personer. Suboptimal självskattad hälsa uppgavs av 1 397 personer (19 procent).

Operationella definitioner

Inflytande över arbetstiden mättes med ett välbeprövat instrument utvecklat av Ala-Mursula m fl (2002). Det mäter inflytande över arbetstid med hjälp av frågor om möjligheterna att påverka arbetspassets längd, start- och sluttid, pauser och raster under arbetspass samt vilka dagar man arbetar. Vidare frågas om möjlighe-

terna att ta semester och annan ledighet, tjänstledighet (utan lön) samt möjlighet att utföra privata ärenden under arbetstid. Samtliga frågor besvarades på en sexgradig skala där 1–5 står för ”mycket lite” till ”i mycket hög grad” och 6 = ”ej relevant”. För statistiska analyser omkodades svarsalternativ så att ”mycket lite” och ”ganska lite” klassificerades som lågt inflytande, ”i viss mån” som något inflytande, samt ”ganska mycket” och ”i mycket hög grad” som högt inflytande. ”Ej relevant” betraktades som bortfall. För att mäta generellt inflytande över arbetstiden summerade vi svaren på alla frågorna. För vidare analyser delade vi sedan det summerade måttet i tredjedelar: 1,0–2,3 = ”litet inflytande”, 2,4–3,3 = ”visst inflytande” och 3,4–5,0 = ”mycket inflytande”. Cronbachs alfa för globalt inflytande över arbetstiden är 0,86.

Sjukfrånvaro mättes med frågan ”Ungefär hur många dagar har du sammanlagt varit sjukskriven eller sjukanmäld under de senaste 12 månaderna?” Sjuknärvaro mättes med en motsvarande fråga: ”Ungefär hur många dagar under de senaste 12 månaderna har du sammanlagt gått till arbetet trots att du ansett att du med tanke på ditt hälsotillstånd egentligen borde ha sjukskrivit dig?” Svarsalternativen för båda frågorna är 1 = ”inte någon”, 2 = ”1–7 dagar”, 3 = ”8–30 dagar”, 4 = ”31–90 dagar” och 5 = ”91 dagar eller mer”. För att beräkna överrisken att vara sjukfrånvarande eller sjuknärvarande dikotomiserade vi svaren i enlighet med tidigare praxis (Leineweber m fl 2012) så att 1–7 dagar av sjukfrånvaro/sjuknärvaro kodades som ingen sjukfrånvaro/sjuknärvaro och allt däröver som sjukfrånvaro/sjuknärvaro under de senaste 12 månaderna. En liknande fråga avseende hur många *gång*er man har gått till arbetet trots att man med tanke på sitt hälsotillstånd borde ha sjukskrivit sig har använts i tidigare forskning om sjuknärvaro (Aronsson m fl 2000, Aronsson & Gustafsson 2005, Bergström m fl 2009). Frågan om *dagar* av sjuknärvaro korrelerar starkt med den ursprungliga frågan om *antalet gånger* av sjuknärvaro (Kendalls tau-b 0,79) (Leineweber m fl 2012).

Statistisk metod

För att undersöka hur sjukfrånvaro och sjuknärvaro förhåller sig till kön, suboptimal hälsa och ålder samt till inflytande över arbetstiden och dess underdimensioner genomförde vi χ^2 -tester och variansanalyser. För att vi skulle kunna testa effekten av inflytande över arbetstid på sjukfrånvaro/sjuknärvaro (hypotes I och II) genomförde vi logistiska regressioner med arbetstidskontroll som oberoende variabel och sjukfrånvaro/sjuknärvaro som beroende variabel. I en första modell (Modell 1) kontrollerade vi inte för några andra variabler. I ett andra steg (Modell 2) kontrollerade vi för ålder, kön, civilstånd, utbildning, inkomst och självskattad hälsa. Oddskvoter jämfördes med χ^2 -test i en fullt kontrollerad modell där samtliga underdimensioner samtidigt var inkluderade. Signifikansnivån sattes till 0,05.

Resultat

I *tabell 1* visas samband mellan sjukfrånvaro och sjuknärvaro och olika bakgrundsfaktorer inklusive inflytande över arbetstiden och dess underdimensioner. Fler kvinnor än män rapporterade sjukfrånvaro, däremot fanns ingen skillnad mellan män och kvinnor beträffande sjuknärvaro. Generellt ökade antal dagar med både sjukfrånvaro och sjuknärvaro med stigande ålder. Inflytande över arbetstid uppvisade ett negativt samband med sjukfrånvaro och sjuknärvaro.

I överensstämmelse med hypotes I såg vi att personer med lågt globalt inflytande över arbetstiderna hade högre risk för sjukfrånvaro (se *tabell 2*). Också alla underdimensionerna av arbetstidskontroll uppvisade samband med sjukfrånvaro. Efter kontroll för ålder, kön, civilstånd, utbildning, inkomst och generell självskattad hälsa kvarstod många samband (Modell 2). Sambandet mellan möjlighet att ta tjänstledigt och sjukfrånvaro försvann dock, likaså effekten av något inflytande över start- och sluttid, pauser och raster, samt när man får ta semester.

Som förväntat (hypotes II) ökade risken för sjuknärvaro med minskat globalt inflytande över arbetstiderna samt dess underdimensioner (se *tabell 3*). Även här kvarstod många samband efter kontroll för andra möjliga förklaringsfaktorer (Modell 2). Sambandet mellan inflytande över vilka dagar man arbetar och sjuknärvaro var dock inte längre signifikant. Även att ha något globalt inflytande över arbetstiden samt något inflytande över start- och sluttid, tjänstledighet och möjlighet att utföra privata ärenden uppvisade inte längre något signifikant samband med sjuknärvaro.

Med avseende på sjukfrånvaro ser vi att effekten av inflytande över arbetspassets längd skiljer sig signifikant från effekten av inflytande över vilka dagar man arbetar. Sambandet mellan att ha lågt inflytande över arbetspassets längd, start- och sluttider samt pauser och raster skiljer sig signifikant från sambandet med att ha lågt inflytande över semester eller kunna utföra privata ärenden under arbetstid. Med avseende på sjuknärvaro ser vi att sambandet med att ha inflytande över arbetspassets längd, start- och sluttider samt pauser och raster skiljer sig signifikant från sambandet med att ha inflytande över när man tar semester.

Tabell 1. Kön, ålder och genomsnittligt inflytande på arbetstid i relation till sjukfrånvaro och sjuknärvaro (n = 7 337).

	Sjukfrånvaro i dagar					Sjuknärvaro i dagar				
	0	1-7	8-30	31-90	>90	0	1-7	8-30	31-90	>90
Kön	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
män	1 745 (50,7)	1 157 (33,6)	392 (11,4)	91 (2,6)	54 (1,6)*	1 186 (34,5)	1 802 (52,4)	390 (11,3)	36 (1,0)	25 (0,7)
kvinnor	1 492 (38,3)	1 506 (38,6)	655 (16,8)	151 (3,9)	94 (2,4)	1 309 (33,6)	2 019 (51,8)	493 (12,6)	44 (1,1)	33 (0,8)
suboptimal själv-skattad hälsa ¹⁾	446 (13,8)	454 (17,2)	313 (30,0)	101 (42,1)	73 (50,0)*	446 (9,0)	686 (18,0)	367 (41,9)	66 (82,5)	45 (77,6)*
Ålder	medel±sd	medel±sd	medel±sd	medel±sd	medel±sd	medel±sd	medel±sd	medel±sd	medel±sd	medel±sd
Global ATI ²⁾	49,7±10,0	46,4±10,7	46,3±10,9	50,1±10,2	51,4±9,7*	50,0±10,5	47,1±10,5	46,3±10,3	47,5±10,7	52,7±8,3*
Inflytande över	3,1±1,0	2,8±1,0	2,7±0,9	2,7±1,0	2,8±1,0*	3,1±1,0	2,9±1,0	2,7±1,0	2,7±1,1	2,6±1,1*
arbetspassets längd	3,0±1,5	2,7±1,4	2,5±1,4	2,5±1,4	2,4±1,4*	3,0±1,5	2,8±1,4	2,5±1,4	2,6±1,4	2,3±1,4*
start- och sluttid	3,1±1,5	2,8±1,4	2,6±1,4	2,7±1,4	2,7±1,4*	3,1±1,5	2,8±1,4	2,6±1,4	2,7±1,4	2,5±1,5*
pauser/raster	3,6±1,3	3,4±1,3	3,2±1,3	3,0±1,4	3,2±1,4*	3,6±1,3	3,4±1,3	3,1±1,3	3,1±1,4	2,8±1,5*
vilka dagar arbetar	2,6±1,4	2,1±1,3	2,0±1,3	2,1±1,3	2,3±1,4*	2,4±1,4	2,3±1,3	2,1±1,3	2,3±1,4	2,2±1,4*
semester ³⁾	3,5±1,2	3,4±1,2	3,4±1,1	3,3±1,2	3,4±1,2*	3,6±1,1	3,4±1,2	3,2±1,2	2,9±1,2	3,3±1,4*
tjänstledighet ⁴⁾	3,2±1,3	3,0±1,2	3,0±1,2	2,2±1,2	3,0±1,2*	3,2±1,3	3,0±1,2	2,9±1,2	2,7±1,4	3,0±1,5*
möjlighet att utföra privata ärenden	3,0±1,4	2,5±1,3	2,4±1,3	2,3±1,3	2,3±1,4*	2,9±1,4	2,7±1,4	2,4±1,4	2,4±1,3	2,2±1,4*

¹⁾ varken bra eller dålig, ganska dålig, eller mycket dålig. ²⁾ ATI = Arbetstidsinflytande, ³⁾ semester = semester och annan ledighet; ⁴⁾ tjänstledighet = tjänstledighet (utan lön), * signifikant på 0,05-nivå

Tabell 2. Den relativa risken för att ha haft åtta eller fler sjukfrånvarodagar under de senaste 12 månaderna (oddskvot; 95 procent konfidensintervall) (n = 7 337).

			Modell 1	Modell 2
Inflytande över arbetstid med avseende på ...	n	fall, ≥8 dagar (%)	icke kontrollerad	kontrollerad för ålder, kön, civilstånd, utbildning, inkomst, och självskattad hälsa
arbetstid (global)				
högt	2 496	341 (13,7)	1	1
något	2 572	548 (21,3)	1,71 (1,48–1,98)	1,39 (1,19–1,63)
lågt	2 269	548 (24,2)	2,01 (1,73–2,34)	1,38 (1,18–1,62)
arbetspassets längd				
högt	2 530	356 (14,1)	1	1
något	1 619	334 (20,6)	1,59 (1,35–1,87)	1,28 (1,08–1,53)
lågt	3 188	747 (23,4)	1,87 (1,63–2,15)	1,42 (1,23–1,65)
start- och sluttid				
högt	2 734	415 (15,2)	1	1
något	1 692	342 (20,2)	1,42 (1,21–1,66)	1,16 (0,98–1,36)
lågt	2 911	680 (23,4)	1,70 (1,49–1,95)	1,28 (1,11–1,48)
att ta pauser och raster				
högt	3 870	631(16,3)	1	1
något	1 785	385 (21,6)	1,41 (1,22–1,63)	1,13 (0,97–1,31)
lågt	1 682	421 (25,0)	1,71 (1,49–1,97)	1,22 (1,05–1,42)
vilka dagar man arbetar				
högt	1 594	222 (11,4)	1	1
något	1 415	272 (19,2)	1,47 (1,21–1,78)	1,31 (1,07–1,60)
lågt	4 328	943 (21,8)	1,72 (1,47–2,02)	1,41 (1,20–1,67)
att ta semester och annan ledighet				
högt	3 754	678 (18,1)	1	1
något	2 238	491 (21,9)	1,28 (1,12–1,45)	1,07 (0,94–1,23)
lågt	1 345	268 (19,9)	1,13 (0,96–1,32)	0,82 (0,70–0,97)
att ta tjänstledighet (utan lön)				
högt	2 667	475 (17,8)	1	1
något	2 549	525 (20,6)	1,20 (1,04–1,37)	1,07 (0,93–1,24)
lågt	2 121	437 (20,6)	1,20 (1,04–1,38)	1,00 (0,86–1,16)
att utföra privata ärenden				
högt	2 260	310 (13,7)	1	1
något	1 920	368 (19,2)	1,49 (1,26–1,76)	1,24 (1,04–1,47)
lågt	3 157	759 (24,0)	1,99 (1,72–2,30)	1,41 (1,20–1,65)

Tabell 3. Den relativa risken för att ha haft åtta eller fler sjuknärvardagar under de senaste 12 månaderna (oddskvot; 95 procent konfidensintervall) (n = 7 337).

Inflytande över arbetstid med avseende på ...	n	fall, ≥8 dagar (%)	Modell 1	Modell 2
			icke kontrollerad	kontrollerad för ålder, kön, civilstånd, utbildning, inkomst, och självskattad hälsa
arbetstid (global)				
högt	2 496	249 (10,0)	1	1
något	2 572	349 (13,6)	1,42 (1,19–1,68)	1,18 (0,98–1,42)
lågt	2 269	423 (18,5)	2,07 (1,75–2,45)	1,49 (1,24–1,80)
arbetspassets längd				
högt	2 530	255 (10,1)	1	1
något	1 619	238 (14,7)	1,54 (1,27–1,86)	1,28 (1,05–1,58)
lågt	3 188	528 (16,6)	1,77 (1,51–2,08)	1,42 (1,19–1,70)
start- och sluttid				
högt	2 734	295 (10,8)	1	1
något	1 692	239 (14,1)	1,36 (1,13–1,63)	1,15 (0,94–1,40)
lågt	2 911	487(16,7)	1,66 (1,42–1,94)	1,32 (1,11–1,56)
att ta pauser och raster				
högt	3 870	425 (11,0)	1	1
något	1 785	286 (16,0)	1,55 (1,32–1,82)	1,32 (1,11–1,57)
lågt	1 682	310 (18,4)	1,83 (1,56–2,15)	1,36 (1,14–1,63)
vilka dagar man arbetar				
högt	1 594	173 (8,8)	1	1
något	1 415	187 (13,2)	1,25 (1,00–1,56)	1,09 (0,86–1,38)
lågt	4 328	661 (15,3)	1,48 (1,24–1,77)	1,20 (0,99–1,45)
att ta semester och annan ledighet				
högt	3 754	398 (10,6)	1	1
något	2 238	363 (16,2)	1,63 (1,40–1,90)	1,39 (1,18–1,64)
lågt	1 345	260 (19,3)	2,02 (1,70–2,40)	1,58 (1,31–1,90)
att ta tjänstledighet (utan lön)				
högt	2 667	299 (11,2)	1	1
något	2 549	357 (14,0)	1,29 (1,09–1,52)	1,16 (0,97–1,38)
lågt	2 121	365 (17,2)	1,65 (1,40–1,94)	1,36 (1,14–1,63)
att utföra privata ärenden				
högt	2 260	226 (10,0)	1	1
något	1 920	247 (12,9)	1,33 (1,10–1,61)	1,31 (0,92–1,39)
lågt	3 157	548 (17,4)	1,89 (1,60–2,23)	1,44 (1,20–1,74)

Diskussion

Syftet med denna studie var att belysa sambandet mellan arbetstidskontroll och dess underdimensioner och sjukfrånvaro samt sjuknärvaro. Vi antog att lågt inflytande över arbetstiden innebär högre risk för sjukfrånvaro eftersom personer med lågt inflytande har färre möjligheter att anpassa arbetet till den aktuella dagsformen. Vidare antog vi att dagar av sjuknärvaro är högre bland de med lägre inflytande över arbetstiden, då tidigare studier har visat att sjuknärvaro är högre inom yrken med lågt inflytande på arbetssituationen (Aronsson m fl 2000).

I överensstämmelse med vår hypotes och tidigare forskning såg vi ett tydligt negativt samband mellan inflytande över arbetstider och sjukfrånvaro. Personer med mindre inflytande generellt och över de olika dimensionerna av arbetstid rapporterade mer sjukfrånvaro. Det observerade sambandet mellan inflytande över arbetstid och sjukfrånvaro stämmer väl överens med resultat från tidigare forskning (Ala-Mursula m fl 2002, Aronsson & Gustafsson 2005). Det negativa sambandet med lågt inflytande över arbetstider kvarstår som statistiskt signifikant även efter kontroll för många möjliga förklaringsfaktorer. Vi ser också att inflytande över arbetspassets längd har starkare betydelse för sjukfrånvaro än inflytande över vilka dagar man arbetar och möjligheten att utföra privata ärenden under arbetstid. Däremot innebär lågt inflytande på möjligheten att utföra privata ärenden under arbetstid en högre risk för sjukfrånvaro jämfört med lågt inflytande över start- och sluttider samt pauser och raster. Anmärkningsvärt är också att lågt inflytande över när man tar semester innebär lägre risk för sjukfrånvaro eller, med andra ord, risken för sjukfrånvaro ökar med ökat inflytande över när man tar semester. Sambandet är relativt svagt och bör tolkas med försiktighet, speciellt som det saknas information om hur många semesterdagar man kan ta ut och vad de anställda gör under semesterperioden. Under senare år har flera fackförbund, bland annat Unionen, rapporterat att många medlemmar måste arbeta under semestern. En svensk studie visade att ungefär 15 procent inte kom tillbaka utvilade efter semestern och detta visade samband med pressade arbetsvillkor (Aronsson & Gustafsson 2002).

Så vitt vi vet har samband mellan inflytande över arbetstid och sjuknärvaro inte undersökts tidigare förutom i en studie som visade att personer med högre kontroll över arbetstempot hade mindre sjuknärvaro (Aronsson & Gustafsson 2005). Som förväntat kunde vi se ett samband mellan inflytande över arbetstid och sjuknärvaro. Lågt inflytande över arbetstid och ledighet innebär högre risk för långtidssjuknärvaro. Möjliga förklaringar till detta samband är att låg kontroll leder till sämre hälsa eller att jobben med låg arbetstidskontroll också är sådana där många upplever att de är tvungna att gå till arbetet trots att de är

sjuka. Personer med lågt inflytande över när man tar semester hade lägre risk för sjukfrånvaro men ökad risk för sjuknärvaro – detta skiljer sig alltså signifikant från inflytande över vilka dagar man arbetar, start- och sluttid samt pauser och raster. Detta kan tyda på att semester utnyttjas för att täcka upp sjukdom eller att personer med lågt inflytande över semestrarna är även i andra hänseenden låsta i sina jobb, till exempel vårdpersonal, poliser och kontrollrumsoperatörer. Dessa personer kanske inte kan vara sjukfrånvarande, vilket skulle innebära att om de är lika sjuka som andra skulle de också ha högre sjuknärvaro. Förutom dessa resultat vad gäller möjlighet att påverka när man kan ta semester kan vi inte se någon tydlig tendens att de olika underdimensionerna skulle ha olika samband med sjuknärvaro.

Sjukfrånvaro är en komplicerad företeelse och vi bör beakta vad deltagarna kan avse när de besvarar frågan om sjuknärvaro. Anses det till exempel som sjukfrånvaro eller sjuknärvaro när man arbetar hemma på grund av sjukdom? Särskilt personer med högt inflytande över sin arbetstid har möjlighet att inte gå till arbetet, men ändå arbeta trots sjukdomen. Vi ser dock att högre inflytande är relaterat till lägre risk för sjuknärvaro, vilket skulle kunna tyda på att arbete hemifrån när man är sjuk inte betraktas som sjuknärvaro. Men vad betyder egentligen det negativa sambandet mellan inflytande över arbetstider och sjuknärvaro? Betyder resultatet att det finns samband med sjukfrånvaro, som mått för ohälsa, eller är det snarare så att personer med olika grader av inflytande har olika mönster för hur de använder sjukfrånvarosystemet? Här spelar flera aspekter in, bland annat den faktiska förekomsten av sjukdom, och huruvida personer sjukskriver sig vid sjukdom eller inte. Också möjligheten att jobba hemifrån när sjukdom innebär svårigheter att ta sig till eller vara på ordinarie arbetsplats bör beaktas. Mer kunskap behövs om huruvida personer som på grund av sjukdom ändrar sina arbetstider eller jobbar hemma anser detta vara sjuknärvaro eller inte. En annan aspekt är att personer med sådana möjligheter att anpassa sin arbetssituation mindre sällan är sjuka, det vill säga har inte samma risk för att vara sjuknärvarande eller sjukfrånvarande.

Då denna studie baseras på tvärsnittsdata kan vi inte uttala oss om kausala samband. Är det så att lågt inflytande över arbetstider leder till en ökad risk för sjukfrånvaro och sjuknärvaro på grund av allmänt sämre hälsa? Eller är det kanske så att personer med sämre hälsa hamnar i yrken med lägre inflytande? Den statistiska analysen justerades för ålder, kön, civilstånd, utbildning, inkomst och självsattad hälsa, vilket rimligen bör minska risken för att resultaten påverkas av selektion till vissa yrken. Å andra sidan är det väl känt att de yrkesgrupper som har visat sig ha särskilt hög sjuknärvaro finns inom utbildning, vård och välfärd. Dessa yrken kännetecknas av en hög andel kvinnor, låg lön, hög utbytarhet och ansvar för människor i beroendeställning. Det är dock osannolikt

att just personer med sämre hälsa skulle välja eller hamna i dessa yrken. Det är också intressant för framtida forskning att studera om sambandet mellan arbetstidskontroll och sjuknärvaro kan vara U-format, det vill säga att även mycket hög kontroll kan innebära ökad sjuknärvaro.

Vår studie pekar på möjligheten att ökat inflytande över arbetstiderna har en positiv påverkan på hälsan mätt i termer av lägre sjukfrånvaro och sjuknärvaro. Longitudinella studier behövs dock för att kunna belysa eventuella kausala samband.

Referenser

- Ala-Mursula L, Vahtera J, Kivimäki M, Kevin M V, Pentti J (2002): "Employee control over working times: Associations with subjective health and sickness absences." *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(4)272–278.
- Ala-Mursula L, Vahtera J, Kouvonen A, Vaananen A, Linna A, Pentti J, Kivimäki M (2006): "Long hours in paid and domestic work and subsequent sickness absence: Does control over daily working hours matter?" *Occupational and Environmental Medicine*, 63(9)608–616.
- Allvin M, Aronsson G, Hagström T, Johansson G, Lundberg U (2006): *Gränslöst arbete – socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. Malmö: Liber.
- Aronsson G (2012): "Sjuknärvaro – en forskningsöversikt". I: Alexanderson K (red): *Socialförsäkringsforskning*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Aronsson G, Gustafsson JA (2002): "Semester fortfarande en arbetarskyddsfråga? En empirisk studie av semester och återhämtning." *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 8(2)111–129.
- Aronsson G, Gustafsson K (2005): "Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research." *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(9)958–966.
- Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M (2000): "Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism." *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 502–509.
- Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephson M (2009): "Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism." *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(6)629–638.
- Bockerman P, Laukkanen E (2010): "Predictors of sickness absence and presenteeism: Does the pattern differ by a respondent's health?" *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(3)332–335.
- Costa G, Sartori S, Åkerstedt T (2006): "Influence of flexibility and variability of working hours on health and well-being." *Chronobiology International*, 23, 1125–1137.
- Elovainio M, van den Bos K, Linna A, Kivimäki M, Ala-Mursula L, Pentti J, Vahtera J (2005): "Combined effects of uncertainty and organizational justice on employee health: Testing the uncertainty management model of fairness judgments among Finnish public sector employees." *Social Science and Medicine*, 61(12)2501–2512.
- Fenwick R, Tausig M (2001): "Scheduling stress: Family and health outcomes of shift work and schedule control." *American Behavioral Scientist*, 44, 1179–1198.
- Hansen CD, Andersen JH (2008): "Going ill to work – What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?" *Social Science and Medicine*, 67(6)956–964.
- Karasek R, Theorell T (1990): *Healthy work – Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Keeton K, Fenner DE, Johnson TRB, Hayward RA (2007): "Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout." *Obstetrics and Gynecology*, 109, 949–955.
- Kinsten A, Magnusson Hanson L, Hyde M, Oxenstierna G, Westerlund H, Theorell T (2007): *SLOSH – Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health – A nationally representative psychosocial survey of the Swedish working population*. Stress Research Report. Stockholm: Stress Research Institute.

- Leineweber C, Westerlund H, Hagberg J, Svedberg P, Alexanderson K (2012): "Sickness presenteeism is more than an alternative to sickness absence: Results from the population-based SLOSH study." *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(8)905–914.
- Meijman TF, Mulder G (1998): "Psychological aspects of workload". I: Drenth PJD, Thierry H, de Wolff CJ (red): *Handbook of work and organizational psychology* (s 5–33). Hove: Psychology Press/Erlbaum.
- Takahashi M, Iwasaki K, Sasaki T, Kubo T, Mori I, Otsuka Y (2011): "WTC-dependent reductions in fatigue, sleep problems, and depression." *Applied Ergonomics*, 42, 244–250.