

NR 2004:10

Långtidsfriskas arbetsvillkor

En populationsstudie

Gunnar Aronsson och Tomas Lindb

ARBETE OCH HÄLSA | VETENSKAPLIG SKRIFTSERIE

ISBN 91-7045-722-0 ISSN 0346-7821



Arbete och Hälsa

Arbete och Hälsa är en av Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserier. Serien innehåller arbeten av såväl institutets egna medarbetare som andra forskare inom och utom landet. I Arbete och Hälsa publiceras vetenskapliga originalarbeten, doktorsavhandlingar, kriteriedokument och litteraturöversikter.

Arbete och Hälsa har en bred målgrupp och ser gärna artiklar inom skilda områden. Språket är i första hand engelska, men även svenska manus är välkomna.

Instruktioner och mall för utformning av manus finns att hämta på Arbetslivsinstitutets hemsida <http://www.arbetslivsinstitutet.se/>

Där finns också sammanfattningar på svenska och engelska samt rapporter i fulltext tillgängliga från och med 1997 års utgivning.

ARBETE OCH HÄLSA

Redaktör: Staffan Marklund
Redaktion: Marita Christmansson, Birgitta
Meding, Bo Melin och Ewa Wigaeus
Tornqvist

© Arbetslivsinstitutet & författare 2004
Arbetslivsinstitutet,
113 91 Stockholm

ISBN 91-7045-722-0
ISSN 0346-7821
<http://www.arbetslivsinstitutet.se/>
Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

Förord

Alltför sällan kan det tyckas att arbetslivsforskningen försöker analysera hälsa och villkoren för hälsa. Det finns hos många praktiker en önskan om ökade kunskaper om vilka förhållanden på arbetsplatsen och i arbetslivet som är hälsofrämjande. Fokuseringen mot sjukdom och ohälsa är inget svenskt fenomen utan internationellt. I Arbetslivsinstitutets forskningstema "Vägar till ett friskare arbetsliv" vill vi öka uppmärksamheten på och kunskaperna om förhållanden som gynnar hälsa och långtidsfriskhet och detta är en första rapport inom temat med detta syfte. Rapporten baseras på data från projektet "Utbränning, sjukskrivning och arbetsbyte – en prospektiv populationsstudie".

Ett tack till de anonyma granskare som bidragit med värdefulla synpunkter på analysstrategier och begrepp. Ett tack till AFA (AMF Försäkring) som stött projektet med ett forskningsanslag (dnr 2000-0173).

Stockholm i oktober 2004

Gunnar Aronsson

Professor

Tema Vägar till ett friskare arbetsliv

Arbetslivsinstitutet

Innehåll

Inledning	1
Metod	4
Urval	4
Utfallsvariabeln	4
Oberoende/predicerande variabler	5
Statistiska analyser	7
Resultat	7
Diskussion och slutsatser	13
Sammanfattning	18
Summary	19
Referenser	20

Inledning

Arbetshälsoforskningen har trots sitt namn i stor utsträckning kommit att fokusera ohälsa och ohälsans yttringar på arbetsplatserna. Mindre ansträngningar har inriktats på att försöka definiera och operationalisera hälsa och generera kunskaper om hälsoupbyggande och hälsofrämjande förhållanden på arbetsplatsen även om undantag finns (se t ex Jeding m fl 1999). Edlund och Stattin (2003) har utifrån Levnadsnivåundersökningens data med hjälp av klusteranalys skapat ett mått på hälsoutvecklingen i Sverige. De finner att över åren 1975 till 2000 har andelen friska minskat. Fokuseringen mot sjukdom och ohälsa är internationell (Nelson & Simmons 2002). En anledning bland flera torde vara att hälsa är ett mera svårhanterligt begrepp för empiriska studier än olika mer eller mindre specificerade former av sjukdom och ohälsa. Bland praktiker som arbetar med ledningsfrågor, organisation, rehabilitering etc väcker frågorna om hälsa och friskfaktorer stort intresse (se t ex Angelöw 2002; Johnsson m fl 2003).

Hälsobegreppet har varit föremål för många filosofiska och vetenskapsteoretiska betraktelser och olika perspektiv och definitioner har formulerats (Abrahamsson m fl 2003; Nelson & Simmons 2002; Nordenfelt 1991; Trollestad 2003). När det handlar om empiriska studier tenderar dock hälsa vanligen att jämföras med frånvaro av medicinsk sjukdom. I de mera filosofiska perspektiven antas att individens kroppsliga sjukdomsstatus bara förklarar en del av hälsan – i hälsan finns också psykologiska och existentiella aspekter. Innebörden kan sägas vara att hälsa är något mer än frånvaro av sjukdom. Inom ett vidare hälsobegrepp finns en framväxande empiriskt orienterad hälsopsykologi, som dock fortfarande har relativt svag arbetslivsanknytning (Quick & Tetrick 2002). Intressant forskning pågår där särskilt emotionernas betydelse för hälsa studeras (Ryff & Singer 1998). Inom stressforskningen förekommer en ganska omfattande forskning som syftar till att finna fysiologiska substrat till lust och välbefinnande och deras skyddande roll och betydelse för återhämtning från sjukdom. Inom den arbetslivsorienterade stressforskningen används begreppet den goda stressen, som kan sägas svara mot ett tillstånd där kraven utgör positiva utmaningar och en lustfylld lärandesituation uppstår – ett tillstånd av anspänning kombinerat med lustkänslor (Frankenhaeuser 1993).

I föreliggande explorativa studie har vi inte explicit utgått från någon hälsopsykologisk teori utan hälsa har definierats i beteenderelaterade eller handlingsorienterade termer. Operationaliseringen utgörs av en kombination av sjukfrånvaro- och sjuknärvaromått – låg sjukfrånvaro och låg sjuknärvaro under en definierad tidsperiod. Användningen av sjuknärvaromåttet kan motiveras med antagandet att sjuknärvaro är en indikator på ohälsa. Genom att bygga in sjuknärvaro i friskhetsmåttet undviks att i friska gruppen inkludera individer som trots dålig hälsa har låg sjukfrånvaro – alltså ”falska positiva” uttryckt på annat sätt (Aronsson m fl 2000; Aronsson & Gustafsson 2002). Då mätperioden är så pass lång som två år benämner vi dem som varken varit sjukfrånvarande eller sjuknärvarande som långtidsfriska.

Långtidsfriskhet i denna mening kan i analyser relateras såväl till arbetsplatsstrukturer som till individuella och kollektiva regleringsstrategier med tyngdpunkten på endera eller på interaktiviteten mellan strukturer och individuell och kollektiv reglering av dessa strukturer. Utifrån det strukturella perspektivet kommer följande frågeställningar i förgrunden. Hur ser de långtidsfriskas arbetsvillkor ut relativt de mindre friskas? Vilka arbetsförhållanden fungerar som friskfaktorer, dvs förutsäger att människor är långtidsfriska? Är det olika arbetsförhållanden som predicerar hälsa och ohälsa?

Den sistnämnda frågan som studien tentativt försöker närma sig är alltså om sådana friskfaktorer kan vara symmetriska eller asymmetriska i förhållande till hälsa, dvs sträcker sig effekterna av en faktor åt såväl friskhetspolen som åt ohälsopolen på en tänkt skala eller är vissa förhållanden bara relevanta för ena polen. I diskussionen om friskfaktorer tycks vanligtvis denna fråga inte ställas – är friskfaktorer något annat än omvända riskfaktorer? Med antagandet att en variabel är symmetrisk kan man utifrån resultat i forskning med fokus på ohälsa formulera ”antikrav” till ur hälsosynpunkt negativa förhållanden – t ex minska tidspressen, öka individens kontroll etc och anta att åtgärder i den riktningen bidrar till långtidsfriskhet. En asymmetrisk variabels effekter går däremot bara i en riktning, dvs dess effekter ligger antingen på friskhetssidan eller på ohälsosidan. Över eller under en viss nivå blir då effekterna av åtgärder försumbara.

Det finns ett fåtal studier som behandlat frågan. I en stor populationsstudie från Holland försökte Mackenbach och medarbetare (1994) få svar på frågan om determinanterna för utmärkt hälsa (8,2 procent i studiepopulationen) är andra än för ohälsa (10,5 procent i studiepopulationen). Utfallsvariabeln var självskattad hälsa. Slutsatsen från den studien är att processerna som genererar utmärkt hälsa har mycket gemensamt med de processer som genererar ohälsa men forskarna drar även slutsatsen att kunskaperna om hälsosidan och dess determinanter är tunnare än om ohälsosidan. Den slutsatsen bygger bland annat på att även om effekterna av de analyserade variabelerna sträcker sig åt båda hållen så förklarar de utvalda variabelerna så att säga mer av variansen på ohälsosidan. Den använda modellen passar bättre för att studera ohälsa än hälsa.

Den grundläggande frågeställningen i ett interaktivt perspektiv handlar om hur goda arbetsplatser skapas – såväl genom den enskildes regleringsstrategier som genom kollektiva regleringsprocesser. Vilka coping- eller regleringsstrategier använder långtidsfriska för att hantera och skapa sina arbetsvillkor? Finns det skillnader mellan långtidsfriska och de mindre friskas egenreglering av sina villkor och hur ser i så fall skillnaderna ut? Forskningen har här i enlighet med fokuseringen på ohälsa riktat största uppmärksamheten mot misslyckad adaptation (Ryff & Singer 1998). Frågorna om regleringsstrategier och hälsa avses att belysas i en kommande studie medan arbetsvillkoren är i fokus i föreliggande studie.

Eftersom såväl sjukfrånvaro som sjuknärvaro är relationistiska begrepp kommer arbetsvillkor att vävas in i måttet på långtidsfriskhet. Sjukfrånvaro kan ses som ett utfall av relationen mellan individuella egenskaper och då i första hand hälsotillståndet och de krav som arbetet ställer. Som Johansson och Lundberg (2004) visat

tycks graden av individuell anpassningsbarhet i arbetet (den så kallade sjukflexibilitetsmodellen) vara en nyckelfaktor för möjligheten att med reducerad arbetsförmåga kunna arbeta. Arbetets anpassningsbarhet kan sägas bidra till att förbättra den individuella arbetshälsan.

En ytterligare fråga som uppstår handlar om sambandet mellan långtidsfriskhet, som det definierats här, och andra hälsomått såsom självskattad hälsa. Med antagandet att såväl sjukfrånvaro- som sjuknärvarobeteendet i sig inkluderar arbetsvillkoren bör korrelationen mellan självskattad hälsa (som kan antas vara relativt men inte helt frikopplad från arbetsituationen) och långtidsfriskhet vara måttlig. Ser vi till skattningar av den egna hälsan finns i sådana skattningar nästan alltid – explicit eller implicit – något slag av referens eller norm inbyggd. Det kan handla om tid (hälsan nu jämfört med förra året) och det kan handla om ålder (min hälsa jämfört med andras i samma ålder). Resultatet av sådana jämförelser tenderar att bli en relativisering i förhållande till medicinskt objektiva konstaterbara hälsotillstånd. Detta komplicerar sannolikt sambandet mellan självskattad hälsa och långtidsfriskhet ytterligare.

Långtidsfriska kan i medicinsk mening därför vara ett något missvisande begrepp för att beteckna gruppen med låg sjukfrånvaro och låg sjuknärvaro. För att kvalificera sig som långtidsfrisk i studiens mening är det inte nödvändigt att vara kroppsligt helt frisk. Sjukdom eller ohälsa som i ringa utsträckning påverkar arbetsförmågan eller inte manifesterar sig som sjuknärvaro eller sjukfrånvaro kan föreligga. En hypotes är att den friskgrupp som faller ut genom kombinationen sjuknärvaro och sjukfrånvaro kännetecknas av relativt god hälsostatus i meningen att eventuella sjukdomar och besvär inte utgör funktionshinder i arbetet och att gruppen också har arbetsförhållanden som är relativt anpassningsbara till egna hälsotillståndet.

Frågeställningarna i föreliggande studie rör framförallt individuell nivå men också vissa bearbetningar av aggregerade data görs. På individuell nivå handlar frågeställningarna om att identifiera arbetsvillkor som är associerade med långtidsfriskhet. På en aggregerad nivå genomförs jämförelser av andelen långtidsfriska i större yrkesgrupper och branscher. Ett annat slag av och för praktiska slutsatser sannolikt mer fruktbar form av aggregeringsstudie men som inte kan genomföras på studiens material vore att jämföra arbetsplatsförhållanden associerade med olika nivåer av långtidsfriskhet inom reella existerande organisationer.

Följande mera specifika frågeställningar undersöks

- Vilka arbets- och privata förhållanden ökar sannolikheten för att en individ skall vara långtidsfrisk?
- Hur skiljer sig olika yrken och branscher åt vad gäller långtidsfriskhet?
- Är de faktorer som predicerar långtidsfriskhet desamma eller skiljer de sig från de som predicerar ohälsa?.

För att fullständigt besvara den tredje frågan krävs mer av metodutveckling och den kommer här bara att belysas tentativt.

Metod

Urval

Analyserna i denna studie är gjorda på data från projektet Utbränning i Sverige (se Hallsten m fl 2002). Den totala undersökningsgruppen är ett representativt urval som baserar sig på en tilläggsenkät till ordinarie arbetskraftundersökningar (AKU). Bortfallet i AKU-undersökningen motsvarar 1 105 personer, vilket motsvarar 13 procent av det totala representativa urvalet.

Data insamlades vid två tidpunkter. Den första enkäten besvarades senhösten 2000 (t1) av 4 997 personer, vilket motsvarar svarsfrekvensen 68 procent. Vid uppföljningen hösten 2001 (t2) skickades enkäten ut till samma personer som svarat på den första enkäten. Vid tidpunkt 2 (t2) besvarade 4 318 personer enkäten, vilket motsvarar en svarsandel på 86 procent.

Föreliggande analys har begränsats till förvärvsarbetande med fast anställning vid båda tillfällena och i åldrarna 20-65 år. Studiens uppläggning och frågeställningar gjorde att personer i tidsbegränsade anställningar, studerande, egna företagare och personer i arbetsmarknadsåtgärder inte lämpade sig för analysen, varför de uteslöts. Gruppen reducerades ytterligare något genom ett svarsbortfall på studiens utfallsvariabler (mellan t1 och t2).

Utfallsvariabeln

De två frågor som utgjorde grunden för ovanstående urval var tillika studiens beroendevariabler. De var formulerade enligt nedan.

Sjuknärvaro

– Hur många gånger under de senaste 12 månaderna har det hänt att Du gått till arbetet, trots att Du med tanke på ditt hälsotillstånd egentligen borde ha sjuk-anmält Dig?

Femgradig skala: Ej aktuellt – har inte varit sjuk under de senaste 12 månaderna (1), Aldrig (2), Ja, en gång (3), Ja, 2-5 gånger (4), Ja, mer än 5 gånger (5). Svarsalternativen Ej aktuellt – har inte varit sjuk under de senaste 12 månaderna (1) och Aldrig (2) sammanfördes i den logistiska regressionen.

Sjukfrånvarodagar

– Hur många dagar har Du sammanlagt varit hemma från arbetet och varit sjukanmäld under de senaste 12 månaderna?

Femgradig skala: Ingen dag (1), mindre än fem dagar (2), 6-10 dagar (3), 11- ca 23 dagar (4), mer än 24 dagar (5). Svarsskalan dikotomiserades vid analys av sjukfrånvarodagar: ingen dag (1) mindre än fem dagar eller mer (2).

Utfallsvariabeln långtidsfrisk, som således också begränsar antalet svarande genom partiellt bortfall skapades genom en kombination av sjuknärvaro och sjukfrånvaro (dagar) vid t1 och t2 enligt följande. Eftersom en viss begränsad

sjuknärvaro inte är ovanlig, t ex att man kan gå till arbetet även om man har en lindrigare förkylning eller krämpa så har vi i gruppen långtidsfriska inkluderat de som varit sjuknärvarande men högst en gång per år. Med "långtidsfriska" menar vi således individer som har högst ett tillfälle av sjuknärvaro och högst ett tillfälle av sjukfrånvaro per år och då under som mest fem dagar. Efter uteslutningar av ovannämnda grupper och efter tillämpning av nämnda kriterier för utfallsvariabeln erhöles en studiegrupp på 2 357 personer.

Av dessa 2 357 personer befanns att 679 personer (29 procent) uppfyllde ovanstående kriterium för ena året men inte det andra. De hade varit "friska" under första men inte andra året och tvärtom. För att få även dessa personer inkluderade mildrades kriteriet för vad som räknades som "frisk". De som hade tio dagar sjukfrånvaro eller mindre under första respektive andra året räknades som friska. Med detta kriterium blev de allra flesta klassade som "sjuka" (554 personer) och en mindre grupp som friska (n = 65). Det gick fortfarande inte att klassificera 60 personer utifrån de givna kriterierna och dessa exkluderades från databearbetningen. Totalt blev då undersökningsgruppen 2 297 personer varav 641 personer eller 28 procent kom att tillhöra långtidsfriska gruppen och 1 656 (72 procent) personer hänfördes till gruppen ej långtidsfriska/sjuka.

Oberoende/predicerande variabler

Bakgrundsförhållanden

– *Ålder* delades in i 3 kategorier;
20-34 år (1), 35-54 år (2), 55-65 år (3).

– *Hur många barn har Du som bor hemma?*
Tre kategorier: Inga, 1-2 barn, 3 eller fler barn.

– *Utbildning* delades in i 4 kategorier:
Förgymnasial utbildning/gymnasieutbildning två år eller mindre (1) mer än tvåårigt gymnasium (2), eftergymnasial utbildning tre år eller mindre (3), eftergymnasial utbildning mer än tre år eller forskarutbildning (3).

Förhållanden på arbetsplatsen

Tre arbetsvillkorsfrågor analyserades.

– *Har Du möjlighet att själv bestämma Din arbetstakt?*
– *Ställs det svårförenliga krav på Dig i arbetet?*
– *Har Du så mycket att göra att Du blir tvungen att dra in på luncher, arbeta över eller ta med jobb hem?*

Av de sex svarsalternativen på dessa tre frågor skapades tregradiga skalor: Nästan hela tiden/ungefär 3/4 av tiden (1), Halva tiden/Ungefär 1/4 av tiden (2), Lite (kanske 1/10 av tiden)/ Nej, inte alls (3).

– *Hur ofta arbetar Du vanligtvis utöver Din ordinarie arbetstid?*

Av de fem svarsalternativen skapades en tregradig skala. Varje dag/Ett par dar per vecka (1) En dag per vecka/ett par dar per månad (2) mer sällan eller inte alls (3).

– *Är Du nöjd med kvaliteten på det arbete Du utför?*

– *Har Du möjlighet att få stöd och uppmuntran från chefer, när arbetet är besvärligt?*

– *Finns de resurser som behövs för att Du ska kunna utföra Dina arbetsuppgifter bra?*

Av de fyra svarsalternativen skapades en tregradig skala: Alltid/För det mesta (1), För det mesta inte (2), Aldrig (3).

– *Anser Du att målen för Ditt arbete är tydliga?*

– *Är Du indragen i någon form av konflikt på Din arbetsplats?*

Ja (1), Nej (2).

Om Du varit frånvarande under högst en vecka på grund av sjukdom, hur stor del av dina arbetsuppgifter måste Du ta igen när Du är tillbaka på arbetet igen?

Den ursprungliga fyrgradiga skalan dikotomiserades: (1= Ingen eller endast en liten del/Något mindre än hälften, 2= Något mer än hälften/I stort sett allt).

Individuell livssituation

– *Jag har uppgifter i hemmet som kräver all min energi*

Stämmer inte alls (1) stämmer inte särskilt bra (2) stämmer bra/stämmer precis (3).

– *Hur har Dina relationer med Dina närstående varit under de senaste 12 månaderna?*

Bra (1), ganska bra (2), varierat/ganska dåliga/dåliga (3).

– *Om Du plötsligt hamnade i en situation där Du på en vecka måste skaffa fram 13 000 kronor, skulle Du kunna klara det?*

Ja (1), Nej (2).

Hälsa och ohälsa

– *Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd?*

Femgradig svars skala: Bra (1), Ganska bra (2), Det varierar (3), Ganska dåligt (4), Dåligt (5).

Svarsskalan dikotomiserades Bra/ganska bra (1), det varierar/ganska dåligt/dåligt (2).

– *Har Du under de senaste 3 månaderna haft...*

...ont i muskler?

...halsbränna, sura uppstötningar, sveda i maggropen eller orolig mage?

Svarsskalan var femgradig och dikotomiserades: Varje dag/ett par dar per vecka/ett par dar per månad (1) En dag per vecka/mer sällan eller inte alls (2).

Statistiska analyser

I resultatdelen presenteras enkla procentjämförelser, univariata och multivariata regressionsanalyser. Långtidsfriskhet i enlighet med tidigare beskrivning är studiens beroende/predicerade variabel. I den multivariata logistiska regressionsmodellen beräknades oddskvoten OR för att vara långtidsfrisk när estimeratet var justerat för eventuell konfoundinginverkan från samtliga andra variabler (22 frågor) vid t1. I de multivariata analyserna ingick således kontroll för bakgrundsvariabler (kön, ålder, utbildning, privatekonomi med flera) samt ett antal arbetsmarknads- och arbetsmiljövariabler (ta igen arbete vid frånvaro, resurser för att utföra arbetsuppgiften bra, kontroll – bestämma arbetstakten, tidspress dra in på lunch arbeta över, svårförenliga krav, socialt stöd med flera).

Frågorna i enkäten hade ofta en 4 eller 5 gradig svarsskala. I analyserna slogs, som framgick av metoddelen, svarsalternativ samman så att de flesta variabler fick en tregradig svarsskala som kodades med dummyvariabler. Ett par frågor hade bara en tvågradig skala, vilket innebär de skaltekniskt inte duger för att göra bedömningar av eventuell asymmetri. Den fulla multivariata modellen kom att innehålla totalt 40 variabler och genom partiella bortfall reduceras till 2005 personer.

Även en reducerad multivariat modell där endast de viktigaste konfoundingvariablerna var medtagna prövades. Den reducerade modellen skapades genom att stryka variabler från den fulla modellen. De variabler som ströks hade oddskvoter som, jämfört med övriga variabler i modellen, var låga. Detta gjordes stegvis till dess att inga fler variabler kunde tas bort utan att den OR som studerades hade ökat eller minskat med mer än 15 procent. I den reducerade modellen var resultatet justerat för mellan 0 och 6 konfounders. Resultatet från den reducerade modellen skiljde sig inte nämnvärt från den fulla modellen annat än att oddskvoterna och tillhörande konfidensintervall hade förskjutits knappt 15 procent. De resultat som redovisas bygger på den fulla modellen.

Resultat

I tabell 1 presenteras andelen långtidsfriska i ett antal större yrkesgrupper som ingick i studien. Som framgår är det relativt stora skillnader mellan yrkesgrupper i andelen långtidsfriska även om skillnaderna bör tas med försiktighet särskilt i de numerärt minsta yrkesgrupperna. Med den operationalisering som gjorts av utfallsmättet kommer 28 procent i totalgruppen att tillhöra kategorin långtidsfriska.

Långtidsfriskhet tycks följa arbetsmarknadsstrukturer. Högsta andelen långtidsfriska finns bland ingenjörer, dataspecialister, ekonomer och personaltjänstemän, sekreterare samt i gruppen övrig kontorspersonal, vilka yrken ligger på 34 procent eller högre. Det är alltså yrken inom teknik och kontor. Lägsta andelen långtids-

Tabell 1. Procentuell andel långtidsfriska under tvåårsperioden i olika yrkesgrupper. Yrkesgrupper med mindre än 40 svarande redovisas inte separat.

Yrkesgrupp	Procentandel långtidsfriska
Chefer (n = 102)	32
Sjuksköterskor/specialsköterskor (n = 90)	27
Undersköterskor (n = 104)	16
Vårdbiträden (n = 58)	22
Gymnasielärare (n = 43)	26
Grundskollärare och andra lärare (n = 71)	13
Förskollärare, fritidspedagoger (n = 64)	11
Barnskötare (n = 52)	21
Civil- och andra ingenjörer (n = 124)	34
Dataspecialister (n = 52)	44
Andra tekniker (n = 49)	18
Bygg o anläggningsarbetare (n = 99)	24
Svetsare o plåtslagare (n = 82)	28
Maskinoperatörer, montering (n = 145)	21
Transport o maskinförare (n = 79)	33
Ekonomer, personaltjänstemän (n = 68)	37
Företagsförsäljare (n = 92)	30
Redovisningsekonomer (n = 46)	30
Övrig kontorspersonal (n = 74)	38
Försäljare, fack o detaljhandel (n = 70)	27
Sekreterare (n = 41)	37
Lagerarbetare (n = 45)	29
Alla övriga mindre yrkesgrupper (n = 629)	30
Totalt (n = 2279)	28

friska finns bland undersköterskor, grundskollärare och andra lärare, förskollärare och fritidspedagoger, barnskötare andra tekniker och maskinoperatörer och monteringsarbetare, vilka grupper ligger på 21 procent eller lägre. Flertalet av dessa yrkesgrupper tillhör klustret vård, skola, omsorg men här ingår också industriarbetets kärngrupp – maskinoperatörer och monteringspersonal – som för övrigt faller ut som den numerärt största gruppen i studien – har få långtidsfriska. Mönstret följer också könsgränser med kvinnomajoritet i yrkesgrupperna med färre långtidsfriska. Flertalet av yrkesgrupperna är numerärt alltför små för en statistiskt meningsfull uppdelning på kvinnor och män, vilket hade varit önskvärt.

I tabell 2 redovisas tre beräkningar: enkla procentandelar av långtidsfriska i relation till de utvalda variablerna samt univariata och multipla logistiska regressioner. Som framgår i tabellen är sambanden vanligen linjära och påtagliga. Arbetsmarknadspositions- och arbetsplatsvariablerna differentierar generellt starkare än de variabler som beskriver personliga förhållanden.

De variabler som i procentberäkningarna mest tydligt differentierar i förhållande till långtidsfriskhet är att vara i sitt önskade yrke och på sin önskade arbets-

plats, kunna bestämma arbetstakten, inte jobba under hård tidspress, och inte ställas inför svårförenliga krav, ha resurser för att utföra arbetet bra, vara nöjd med kvaliteten på sitt utförda arbete samt kunna få stöd från chef vid problem.

Bland de individrelaterade variablerna är det framför allt ekonomisk status som ger utslag. Bland dem som har god kontantmarginal är det 31 procent som tillhör kategorin långtidsfriska jämfört med 15 procent bland de med svag kontantmarginal. Andra individrelaterade variabler med tydligt utslag är goda relationer till närstående och arbetsbelastning hemma.

Intressant är att notera att organisationsvariabeln antal anställda på arbetsplatsen inte differentierar med avseende på långtidsfriskhet. I studier baserade främst på SCBs arbetsmiljöundersökningar tycks arbetsplatsens storlek vara positivt korrelerad med sjukskrivning – ju fler anställda desto högre sjukfrånvaroprocent (SCB 2004; SOU 2002:5). De univariata logistiska regressionsanalyserna konfirmerar i stort sett de enkla procentberäkningarna.

Det är något fler män än kvinnor som är långtidsfriska – 31 procent män och 26 procent kvinnor. Vi har inte haft grund för att formulera någon hypotes om könskillnader men har ändå genomfört separata univariata analyser för kvinnor och män (redovisas ej i tabell). I några fall framkom anmärkningsvärda skillnader mellan män och kvinnor som antyder att vissa förhållanden tycks fungera annorlunda i hälsoavseende för män än för kvinnor.

Det första fallet gäller tidspress. Fördelen med att inte ha tidspress av detta slag (dra in på luncher etc) tycks inträffa tidigare för kvinnor än för män. Chansen till långtidsfriskhet ökade på mellanhög tidspress till OR 2.02 (KI 1.42-2.88) för kvinnor men bara till 1.32 (KI 0.86-2.04) för män (hög tidspress = 1). Samma tendens finns för den andra tidsfrågan som handlar om att man jobbar mer än ordinarie tid. För männen finns ingen friskhetseffekt av att jobba normal tid jämfört med övertid men för kvinnorna är chansen att tillhöra friska gruppen fördubblad.

Ett andra fall gäller om man anser att målen tydliga. Tydliga mål tycks ha en kraftigare friskeffekt bland kvinnor än bland män. På ja/nej skalan ger jasvaret en OR på 1.24 (KI -0.85-1.81) för män medan kvinnogruppens OR blir så hög som 2.81 (KI 1.81-4.37). Konfidensintervallen är således inte ens överlappande.

Det tredje fallet gäller frågorna om resurser och kvalitet. Här finns höga OR i totalgruppen som i de separata analyserna delas upp så att männens sjunker – men effekten är fortfarande ”signifikant”- medan kvinnogruppens OR stiger kraftigt relativt totalgruppens. Männen uppvisar en dikotom effekt som innebär att För det mesta/alltid ha resurser eller att För det mesta/alltid vara nöjd med kvaliteten inte ger något tillskott för friskhet jämfört med ibland-alternativet. Kvinnogruppen har däremot ett tydligt dos – responsmönster. För det mesta/alltid-alternativet innebär en kraftig höjning av OR i kvinnogruppen. Värdena stiger på resursfrågan från OR 3.05 (KI 1.91-4.87) till OR 6.89 (KI 4.00-11.87) och för kvalitetsfrågan från 3.77 (KI 1.94-7.32) till 7.04 (KI 3.40-14.57).

Det fjärde fallet gäller stöd från chef. Mönstret är här likartat med en dikotom fördelning bland männen utan effekt av För det mesta/alltid-alternativet. Kvinnor har däremot ett tydligt dos-respons mönster. OR för Ibland-alternativet bland

Tabell 2. Antal personer i varje svarkategori (n) och procentuella andelen långtidsfriska i respektive svarkategori, univariata och multivariata logistiska regressioner med långtidsfrisk som utfallsvariabel, kodad 1=sjuk, 2=frisk. För exakta benämningar på skalstegen se metoddelen.

Prediktor	Skala	n	%	Univariat		Multivariat	
				OR	95 % KI	OR	95 % KI
<i>Arbetsvillkor</i>							
Allvarligt övervägt sluta nuvarande arbete	Ja	849	19	1,0		1,0	
	Ja, förut	403	24	1,35	1,02-1,80	0,97	0,68-1,38
	Nej	1011	37	2,49	2,01-3,08	1,26	0,92-1,72
Möjlighet själv bestämma arbetstakt	<1/4 av tiden	652	18	1,0		1,0	
		690	27	1,65	1,27-2,14	1,20	0,88-1,62
	>3/4 av tiden	934	35	2,43	1,92-3,09	1,43	1,06-1,92
Tvungen dra in på luncher, arbeta överta med jobb hem	>3/4 av tiden	447	16	1,0		1,0	
	”ibland”	510	26	1,77	1,29-2,44	1,59	1,05-2,40
	<1/4 av tiden	1318	33	2,52	1,91-3,31	2,25	1,48-3,42
Arbetar mer än ordinarie tid	>2 dag/vecka	680	23	1,0		1,0	
	”ibland”	935	30	1,39	1,11-1,74	0,94	0,69-1,28
	sällan	659	31	1,45	1,14-1,85	0,88	0,61-1,26
Ta igen arbete efter 1 vecka sjukledigt	> hälften	933	29	1,0		1,0	
	< hälften	1261	26	0,86	0,71-1,04	0,94	0,73-1,20
Ställs inför svårförenliga krav	>3/4 av tiden	342	15	1,0		1,0	
	”ibland”	561	22	1,60	1,12-2,28	1,05	0,69-1,59
	<1/4 av tiden	353	34	2,86	2,09-3,93	1,33	0,89-1,99
Anser att är målen i arbetet är tydliga	Nej	360	19	1,0		1,0	
	Ja	1905	30	1,83	1,38-2,43	0,86	0,60-1,22
Resurser finns för att utföra arbetsuppgifterna bra	Aldrig	355	12	1,0		1,0	
	Oftast inte	1592	30	3,21	2,28-4,52	1,65	1,07-2,54
	För det mesta	334	39	4,88	3,30-7,23	1,61	0,95-2,72
Nöjd med kvaliteten på det arbete Du gör?	Aldrig	184	12	1,0		1,0	
	Oftast inte	1729	28	2,90	1,84-4,59	1,02	0,58-1,80
	För det mesta	362	36	4,08	2,49-6,68	1,30	0,69-2,44
Möjlighet få stöd från chef(er) när arbetet känns besvärligt	Aldrig	853	20	1,0		1,0	
	Oftast inte	1080	30	1,79	1,45-2,22	1,31	1,01-1,69
	För det mesta	279	42	3,01	2,25-4,03	1,99	1,38-2,86
Indragen i någon konflikt på arbetet?	Ja	246	15	1,0		1,0	
	Nej	2018	30	2,40	1,67-3,44	1,24	0,81-1,89

Fortsättning tabell 2.

Prediktor	Skala	n	%	Univariat		Mulivariat	
				OR	95 % KI	OR	95 % KI
<i>Arbetsmarknad</i>							
Önskat yrke & önskad arbetsplats vid t1	Nej	976	19	1,0		1,0	
	Ja	1246	35	2,30	1,88-2,80	1,34	1,00-1,77
Sektor för huvudsyssla	Enskild	1357	30	1,0		1,0	
	Landsting	226	29	0,96	0,70-1,96	0,89	0,59-1,33
	Kommunal'	543	21	0,64	0,51-0,81	0,68	0,50-0,94
	Statlig	150	37	1,38	0,97-1,96	1,33	0,88-2,01
Antal anställda	1-10	442	29	1,0		1,0	
	11-49	690	24	0,78	0,50-1,02	0,85	0,62-1,18
	50-499	763	28	0,96	0,74-1,25	0,99	0,73-1,35
	500-	382	33	1,21	0,90-1,62	1,07	0,74-1,54
<i>Bakgrund</i>							
Ålder	20-34	556	23	1,0		1,0	
	35-54	1345	28	1,28	1,01-1,60	1,20	0,91-1,59
	55-65	396	35	1,77	1,33-2,36	1,29	0,89-1,87
Kön	Kvinna	1216	26	1,0		1,0	
	Man	1081	31	1,28	1,06-1,54	1,01	0,79-1,28
Utbildning	< 2 år gymn	1119	24	1,0		1,0	
	Gymn2år eller mer	1176	32	1,52	1,27-1,83	1,80	1,41-2,29
<i>Social situation utanför arbetet</i>							
Har uppgifter i hemmet som kräver all energi	Stämmer bra	754	20	1,0		1,0	
	Stämmer delvis	1020	32	1,87	1,50-2,33	1,54	1,18-1,99
	Inte alls	466	32	1,86	1,43-2,42	1,33	0,96-1,85
Relationer till närstående"	Varierat-dåliga	479	20	1,0		1,0	
	Ganska bra	515	22	1,16	0,86-1,58	0,96	0,67-1,37
	Bra	1292	33	2,04	1,59-2,63	1,33	0,98-1,81
Kontantmarginal	Nej	436	15	1,0		1,0	
	Ja	1848	31	2,62	1,97-3,48	2,28	1,62-3,20
Antal barn hemma	Inga	1137	28	1,0		1,0	
	1 barn	418	27	0,93	0,73-1,20	1,14	0,83-1,56
	2 barn	533	27	0,95	0,76-1,20	1,01	0,75-1,36
	3-5 barn	209	31	1,13	0,82-1,55	1,64	1,09-2,46
Ensamstående med barn hemma	Ja	110	20	1,0		1,0	
	Nej	2187	28	1,58	0,98-2,54	1,17	0,64-2,13

kvinnorna är 1.77 (KI 1.30-2.39) och 4.26 för För det mesta/alltid-alternativet (KI 2.85-6.36).

Det faktum att kvinnorna och männen på flera frågor skiljer sig när det gäller "mellanalternativet" kan tolkas på flera olika sätt. Det kan finnas mätproblem i den meningen att frågorna uppfattas olikartat av kvinnor och män i samma arbets-situation. Det kan också innebära att faktorer utanför arbetet spelar in olikartat för kvinnor och män. Att det blir en effekt på långtidsfriskhet bara på arbetslivs-faktorens extremvärden för männen medan effekt uppstår också på mellan-alternativet för kvinnorna skulle i så fall kunna betyda att livsfaktorer utanför arbetet är av större betydelse för män än för kvinnor i detta avseende. Vi åter-kommer till frågor om tolkningar i diskussionsdelen.

För övriga variabler såväl personliga som sociala och arbetsmarknadsrelaterade gav uppdelningen på män och kvinnor bara marginella förändringar i odds-kvoterna jämfört med analyserna av totalgruppen.

Storleken på undersökningsgruppen tillät inte en uppdelning på män och kvinnor i den multipla logistiska regressionen. Denna visade att även efter statistisk kontroll (allt annat lika) kvarstår ett antal av de tidigare nämnda varia-blerna som prediktorer för långtidsfriskhet. Arbetsmarknadsposition kvarstår som en förklaringsvariabel för långtidsfriskhet. Att vara i sitt önskade yrke och på sin önskade arbetsplats ger oddskvoten 1.34 (KI 1.00-1.77) i den multivariata analysen. Det är ett resultat som stämmer överens med studier av inlåsning (Aronsson m fl 2000). Arbetsplatsförhållanden som i de multivariata analyserna höjer sannolikheten att vara långtidsfrisk är att man kan bestämma arbetstakten, inte har ständig tidspress, resurser för att utföra arbetsuppgifterna väl samt har stöd från chef.

Beträffande situationen utanför arbetet så ökar sannolikheten att vara långtids-frisk om hemuppgifterna inte kräver all energi och om man har bra relationer till närstående. Betydelsen av privatekonomi är påtaglig med den högsta oddskvoten 2,28 (KI 1,62- 3,20). Att ha många barn hemma (3-5) tycks öka sannolikheten att vara långtidsfrisk. Bland de individrelaterade prediktorerna kvarstår utbildnings-nivå som betydelsefull den multivariata analysen.

Som redan nämnts är det av intresse att granska sambandet mellan studiens friskhetsmått och individernas skattningar av allmän hälsa och några besvärsv-ariabler. Som framgår av tabell 3 finns det tydliga samband mellan beteende-måtten och självskattningarna. I de tidigare analyserna har vi dikotomiserat lång-tidsfriskhetsvariabeln och inte utnyttjat variationen som finns mellan alla fyra grupperna. Av de två mellanalternativen tycks gruppen med hög sjuknärvaro/låg sjukfrånvaro ha en något mer problematisk hälsosituation än gruppen med låg sjuknärvaro/hög sjukfrånvaro.

Tabell 3. Samband mellan de olika kombinationerna av sjukfrånvaro/sjuknärvaro och allmänt hälsotillstånd, muskel och ledbesvär, magbesvär. Tabellen baseras på mättillfälle 2.

	Låg sjuknärvaro/ låg sjukfrånvaro (n = 820)	Låg sjuknärvaro/ hög sjukfrånvaro (n = 200)	Hög sjuknärvaro/ låg sjukfrånvaro (n = 772)	Hög sjuknärvaro/ hög sjukfrånvaro (n = 442)
God självskattad hälsa	57	34	26	12
Flera dagar i veckan:				
– ont i muskler och leder	14	28	34	51
– magbesvär	6	11	19	27

Diskussion och slutsatser

I denna studie har vi vänt på den i arbetsmiljöstudier vanliga frågeställningen och istället för att söka efter förhållanden som samvarierar eller kan ses som orsaker till ohälsa och sjukdom har analyserna inriktats på förhållanden förknippade med långtidsfriskhet. Långtidsfriskhet är ett relativt obeforskat fenomen och har här operationaliserats genom att två beteendemått kombinerats – sjukfrånvaro och sjuknärvaro över en tvåårsperiod. Måttet på långtidsfriskhet får därmed en stark komponent av funktionsförmåga i förhållande till arbetssituationen. Med denna definition kommer cirka 28 procent av de anställda att tillhöra kategorin långtidsfriska. Procentuella andelen långtidsfriska varierar påtagligt mellan olika yrken och i relation till arbetsvillkoren. Förutom arbetsmiljön är hemmiljön, där de flesta av oss ju vistas regelbundet och en stor del av vår tid, naturligtvis av betydelse för hälsa och långtidsfriskhet. Univariata analyser visar på kraftigt ökade chanser att vara långtidsfrisk när vissa villkor föreligger både i arbetet och i privatlivet. I fortsatta analyser utifrån en konventionell logistisk regressionsmodell har försök gjorts att kunna se vilket inflytande en viss faktor har för långtidsfriskhet samtidigt som alla andra faktorer konstanthållits.

Studiens oberoende variabler har strukturerats i arbetsmarknads-, arbetsplatsförhållanden och individuella bakgrundsfaktorer/hemmiljö. De största procentuella skillnaderna - utan kontroll för andra variabler – finns för möjligheten att få stöd från chef när arbetet känns besvärligt (42 procent bland de som upplever att de alltid kan få stöd tillhör gruppen långtidsfriska). Stora skillnader finns också för två kvalitativa aspekter av arbetet: resurser för att göra ett bra jobb och nöjd med kvaliteten på det man gör. Bland dem som svarar nej på frågan om resurser är det bara 12 procent som hänförs till gruppen långtidsfriska medan det bland de som svarar att det alltid finns resurser är 39 procent långtidsfriska. Nästan lika stor är differensen mellan de som är nöjda med kvaliteten på arbetet de utför (36 procent långtidsfriska) och de som inte är nöjda (12 procent långtidsfriska). I steget från den univariata till den multivariata analysen minskar oddskvoten för dessa två variabler påtagligt. Granskningen av den multipla logistiska regressionsanalysen visar att båda variablerna är relativt starkt korrelerade med flera av de variabler i

studien som också hade starka samband med utfallsvariabeln, vilket förklarar det kraftiga fallet i OR.

Också för kvantitativa sidor av arbetsvillkoren (tidspress) framkommer starka samband med långtidsfriskhet i den univariata analysen och även efter kontroll av andra variabler i den multivariata analysen. Detsamma gäller möjligheterna att bestämma över arbetstakten.

Ser vi till individvariabler och social situation utanför arbetet framkommer vissa tydliga resultat. Inte helt oväntat spelar den kvantitativa belastningen i hemmiljön en betydelsefull roll. Om uppgifter i hemmet kräver mycket energi minskar sannolikheten att vara långtidsfrisk. Detta samband kvarstår även efter konstanthållning.

Det finns ett starkt samband mellan den socioekonomiska resursvariabeln kontantmarginal, dvs att man vid behov kan skaffa fram 13 000 kr och långtidsfriskhet. Andelen långtidsfriska i gruppen med kontantmarginal är 31 procent jämfört med 15 procent i gruppen utan. Det utfallet förändras inte heller mycket från den univariata till den multivariata logistiska regressionen, som ger en oddskvot på OR 2,28 med konfidensintervallet 1.62-3.20. En fråga är hur detta resultat skall förstås – hur transformeras ekonomiska resurser till hälsa och långtidsfriskhet?

I en tidigare studie bland tidsbegränsat anställda har vi undersökt det motsatta förhållandet – alltså sambandet mellan ekonomisk stress och ohälsa (Aronsson m fl 2000). Den studien pekar på att flera olika mekanismer opererar både psykologiska och mera handfasta praktiska. Ekonomiska resurser eller pengar kan sägas ha en stressdämpande och hälsobefrämjande funktion på flera sätt. De ger förutsättningar för att leva på ett sätt som gynnar ens hälsa och motverkar ohälsa. Dålig personlig ekonomi kan tänkas vara förknippad med sämre kost och mathållning liksom boendestandard, vilka förhållanden hypotetiskt kan höra samman med studiens hälsomått. Ekonomiska resurser är även medel som gör sociala och kulturella aktiviteter i livet möjliga, förhållanden som hypotetiskt kan förknippas med hälsa. Ur psykologisk synpunkt kan ekonomiska resurser ge en känsla av kontroll och makt medan ekonomisk påfrestning är ett uttryck för hot och fara, osäkerhet och brist på kontroll över det egna livet – alltså förhållanden som inom arbetslivsforskningen är kända som starka stressorer men då främst ifråga om arbetets utformning.

För att få en uppfattning om sambandet mellan studiens friskhetsmått och personernas allmänna hälsa samt några besvärsviabler gjordes enkla sambandsanalyser. Vi använde här alla fyra kategorierna som uppstår när sjuknärvaro och sjukfrånvaro dikotomiseras och kombineras. Sambanden är relativt starka men även i kategorin långtidsfriska finns ohälsoproblem. Bland de långtidsfriska är det 57 procent som skattar sin hälsa som Bra och ytterligare 34 procent som Ganska bra, vilket sammanlagt ger drygt 90 procent i dessa två svars-kategorier. Som tidigare framhållits är sjukfrånvaro att uppfatta som en relationsvariabel – den speglar relationen mellan individens hälsotillstånd och arbetskraven. Att en del personer som har hälsoproblem ändå hamnar i gruppen långtidsfriska kan sannolikt förklaras av att deras ohälsa eller eventuella sjukdomar inte utgör något

funktionshinder i förhållande till arbetsuppgifterna. Även dessa personer skulle kunna sägas ha god arbetshälsa. Den slutsats som kan dras är att beteendemåttan på ett relativt bra sätt speglar frihet från besvär och en positiv hälsoupplevelse.

Av de två mellankategorierna tycks personer med hög sjuknärvaro/låg sjukfrånvaro ha en mer problematisk hälsosituation än gruppen med låg sjuknärvaro/hög sjukfrånvaro. Detta resultat gäller för totalgruppen, som inkluderar alla yrken. Hypotetiskt kan man tänka sig skillnader mellan olika yrkesgrupper och med samma nivå av ohälsa och även mellan olika symtom. Exempelvis skiftar t ex möjligheterna att anpassa arbetsituationen avsevärt mellan olika yrken t ex kan sjuknärvaro vara en möjlighet för självständigt kontorsarbete vid förkylning men inte för personal inom sjukhusvård med nära patientkontakter. Sådana skillnader kan även förklara en del av de funna variationerna i långtidsfriskhet mellan olika yrkesgrupper.

Vad säger då resultaten rent substantiellt om arbetsmiljö, arbetsorganisation och långtidsfriskhet? Vilka slutsatser tonar fram för fortsatt forskning och praktiskt arbete? Stöd från chef(er) när arbetet känns besvärligt framkommer som en stark faktor för långtidsfriskhet. Detta mått är globalt och i framtida studier vore det naturligtvis såväl teoretiskt som praktiskt intressant att kunna värdera olika dimensioner av stöd - emotionellt, värderande, instrumentellt, informativt – och vilka krafter som stärks hos den enskilde genom stödet. Forskning om socialt stöd har främst bedrivits inom ”ohälsoparadigmet” (Spielberger m fl 2002) och befunnits vara ett skydd mot ohälsa och gynna prestation men effekterna tycks alltså enligt föreliggande studie också sträcka sig mot långtidsfriskhet.

Det kraftiga utslaget i de univariata analyserna i de två kvalitetsfrågorna är anmärkningsvärt. Resurser för att utföra arbetet bra och att vara nöjd med kvaliteten i arbetet man gör spelar stor roll. Kvalitet har i den kvantitativt inriktade arbetsmiljöforskningen oftast formulerats negativt – som en aspekt av överbelastning, dvs att ha för svåra arbetsuppgifter. Besläktad med resurs- och kvalitetsfrågorna är frågan om upplevelse av otillräcklighet. Olika studier har funnit upplevelsen av otillräcklighet tydligt relaterad till ohälsa och sjukfrånvaro (Aronsson m fl 2003). I föreliggande studie framträder resurs- och kvalitet som viktiga faktorer för långtidsfriskhet. Det kraftiga fallet i oddskvoter i de logistiska regressionerna har tidigare kommenterats. Rent praktiskt arbetsorganisatoriskt är naturligtvis många andra variabler relaterade till eller förutsättningar för upplevelsen av god kvalitet. Den rent kvantitativa arbetsbelastningen kan vara ett hinder för att utföra arbetet väl liksom oklara mål i arbetet och bristande informativt och värderande stöd från chef och arbetsledning.

Könsskillnader var ingen huvudfråga i studien men de univariata analyserna som gjordes med uppdelning på män och kvinnor gav vissa resultat som väcker ytterligare frågor som dock inte kan analyseras inom ramen för denna studie men eventuellt motiverar en fortsatt studie. Det gäller framförallt aspekterna resurser och kvalitet. Resultaten visade att fördelarna ur hälsosynpunkt med tillräckliga resurser och att man var nöjd med kvaliteten på sitt utförda arbete planade ut tidigare för männen än för kvinnorna. För kvinnorna fanns en påtaglig hälsoeffekt av att gå från ”Ibland” till ”För det mesta/alltid alternativet” men detta gäller inte

för männen. Samma mönster finns för frågan om stöd från chef. Männen tycks inte skilja på eller påverkas av skillnaderna mellan ”Ibland” och ”För det mesta” alternativet. Frågor som fortsättningsvis skulle kunna analyseras handlar om att hitta förklarande förhållanden bakom dessa olikheter. Socialiseras män och kvinnor till könsspecifika skillnader i inställningen till kvalitet? Handlar resultaten om avspeglningar av position i verksamhetens hierarki eller arbetsmarknadssektor? En aspekt av det förstnämnda skulle kunna vara att kvinnor genom att befinna sig i makthierarkiernas lägre skikt är mera sårbara för kritik liksom att de därigenom får mindre av värderande återkoppling i sitt arbete. Det senare skulle kunna vara förbundet med en större osäkerhet om när man gjort ett bra arbete. När det gäller position på arbetsmarknaden finns kvinnor i betydligt större utsträckning än män i vård-omsorg-skola, där konsekvenserna av otillräckliga resurser och brister i kvalitet sannolikt är annorlunda än i de ting och datayrken där männen dominerar. Analyser där dessa förhållanden kan kontrolleras skulle kunna bidra till svar på frågorna.

Om man skall försöka dra några praktiska slutsatser från resultaten för arbetet att främja långtidsfriskhet så kan de formuleras som rekommendationer om fokusering mot vissa områden och nya frågor som då väcks. Hur skapa ledningssystem, företagskulturer, organisations- och arbetsformer där det naturliga blir att chefer ger stöd vid svårigheter? Hur skapa balans mellan resurser och arbetskrav så att människor känner att de gör ett bra arbete? Denna fråga leder till en mängd följdfrågor som har att göra med dialoger kring mål på och mellan olika nivåer inom verksamheten, ömsesidiga förväntningar, anställdas kompetens och förutsättningar, kunders och klienters förväntningar som delvis skapas av utanförstående aktörer osv. Att i en organisation ta upp dessa frågor till seriös diskussion kan förhoppningsvis gynna målet att flera människor håller sig friska över lång tid.

Ser vi till det rent forskningsmässiga och till metoder är det nya i denna studie utfallsmåttet långtidsfriskhet och inte den statistiska analysmodellen eller valet av studievariabler. För att komma vidare i studiet av långtidsfriskhet behöver egenskaper hos utfallsmåttet långtidsfriska närmare undersökas främst i relation till funktionshinder och till olika slag av hälso- och besvärsskattningar. Vad gäller valet av studievariabler var materialet i huvudsak begränsat till yttre förhållanden och det var således inte möjligt att ta in individernas upplevelser, känslor och motivation i analyserna. De använda variablerna är i flertalet fall sådana som utvecklats för och i många studier befunnits kraftfullt relaterade till sänkt välbefinnande, stress och ohälsa. Resultaten pekar på att dessa variabler inte helt oväntat fungerar symmetriskt. De ger utslag åt såväl långtidsfriskhet som ohälsa. En teknisk fråga kring identifiering av asymmetri handlar om att en variabel sannolikt måste ha ett relativt stort antal skalsteg för att utplaningseffekter skall kunna identifieras. I studien uppträder några resultat som skulle kunna tolkas som uttryck för asymmetri. Det gäller de två frågorna ”relationer till närstående” och att man ”har uppgifter i hemmet som kräver all energi”. För att kunna dra säkrare slutsatser om detta behövs dock mera analyser av skalegenskaper.

En ytterligare metodfråga handlar om kriterier för långtidsfriskhet. Ur ett praktiskt syfte verkar det något märkligt att dra gränsen mycket snävt och få ut en mycket liten grupp med långtidsfriska. Forskningsmässigt kan det dock vara så att hårdare kriterier – en inriktning på excellent hälsa i Mackenbachs terminologi (1994) – kan ge bättre förutsättningar för att identifiera eventuella friskfaktorer. I den studien hänfördes 8 procent till gruppen med ”excellent hälsa”. I en studie av Vingård och medarbetare (2000) användes ett kriterium som gav 14 procent friska. Analysen av friskfaktorer gjordes genom matchning och visade likartade resultat som föreliggande studie. Psykosociala arbetsmiljöförhållanden var mycket tydligt relaterade till långtidsfriskhet. De mest utslagsgivande arbetsmiljöförhållanden för friskhet var att mycket ofta vara nöjd med hur arbetsuppgifterna kan utföras, tycka att man har ett bra jobb och få uppskattning från arbetskamrater.

Utifrån den tidigare nämnda studien av Mackenbach och medarbetare (1994) väcks frågan om man inte i fortsatta studier mera måste inrikta sig på att identifiera och i analyserna inkludera ”salutogena” variabler, som komplettering till de ”patogena” som nu dominerade och som sannolikt var anledningen till att modellen statistiskt passade bättre för att förklara ohälsa än hälsa. I ett salutogent perspektiv ligger fokus på skyddande och hälsobefrämjande faktorer. För att komma vidare beträffande av symmetri – asymmetrifrågan är det naturligtvis av intresse att få djupare insikter i sådana salutogena eller hälsopsykologiska mekanismer, vilka kan bidra till att öka den förklarade variansen i ”hälsopolen”. Vilka goda psykologiska mekanismer kan vara involverade eller aktiveras när människor exempelvis upplever att de kan göra ett bra arbete eller känner att resurser och krav stämmer överens? Tidigare har betydelsen av positiva emotioner framhållits (se t ex Ryff & Singer 1998; Lazarus 1999). Det finns en rad kandidater inom olika hälsopsykologiska teoribildningar för uppgiften att tränga djupare in i dessa frågor. I detta sammanhang finns hälsopsykologiska begrepp och modeller som conservation of resources, (att bevara resurser under påfrestning och inte ackumulera stress), resilience (förmåga att överleva en stressor), self-efficacy (människors uppfattning om egen kapacitet att handla på sätt som ger dem kontroll över förhållanden som påverkar deras liv), toughness (belastning som leder till ökad motståndskraft), känsla av sammanhang (sense of coherence) samt olika copingstilar och copingmönster. Dessa begrepp och modeller, som ännu inte har fått några adekvata motsvarigheter på svenska språket, har utvecklats inom den snabbt växande hälsopsykologiska forskningen (se t ex Quick & Tetrick 2002) och bara i begränsad utsträckning kommit till bruk inom den psykologiska arbetslivsforskningen. Sannolikt finns en här utvecklingspotential för fortsatta studier av långtidsfriskhet.

Sammanfattning

Aronsson G och Lindh T. *Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie.* Arbete och Hälsa 2004:10

Huvudfrågan i studien handlar om vilka arbets- och privata förhållanden som ökar sannolikheten för att en individ skall vara långtidsfrisk och om det är olika faktorer som predicerar hälsa och ohälsa. Långtidsfriskhet operationaliserades som låg sjukfrånvaro och låg sjuknärvaro över en tvåårsperiod och 28 procent betraktas då som långtidsfriska. Studien bygger på ett representativt urval på 2 000 personer som besvarat en enkät två gånger med ett års mellanrum.

Unvariata och multivariata analyser med långtidsfriskhet som beroende variabel och 22 oberoende variabler visade att predicerande faktorer finns såväl i arbetslivet (rätt yrke och rätt arbetsplats, stöd från chef, tidspress, kontroll, resurser för att göra ett bra jobb, nöjd med kvaliteten på utfört arbete) som hos individen och i hemmiljön (kontantmarginal, arbetsbelastning, relationer till närstående). Vinsten ur hälsosynpunkt med tillräckliga resurser och att vara nöjd med kvaliteten planade ut tidigare för männen än för kvinnorna. Samma mönster fanns för stöd från chef. Långtidsfriskhet följer arbetsmarknadsstrukturer med lägsta andelen bland anställda inom vård, skola och industriarbete och högsta inom teknik, data och kontor. Variabler med hälsoeffekt fungerar vanligen symmetriskt, dvs de ger utslag såväl åt hälsa som ohälsa. Avslutningsvis diskuteras metodproblem, praktiska slutsatser och fortsatt forskning. En slutsats är att i fortsatta studier av långtidsfriskhet bör hälsopsykologiska variabler inkluderas, som komplettering till dominansen av variabler som är utvecklade inom ramen för ett ohälsoparadigm.

Nyckelord: sjukfrånvaro, sjuknärvaro, långtidsfriskhet, ohälsa, arbetsorganisation, arbetsmiljö.

Summary

Aronsson G and Lindh T. *Work conditions among workers with good long term health. A population study.* Arbete och hälsa 2004:10

The aim of this study was to investigate, which work- and private life related factors, that are associated with long-term good health. A further question concerns if there are different factors that explain health and illness. Long-term health was operationalized as low sickness absenteeism and low sickness presenteeism during a 2-year period. With this definition 28 percent were classified as having good long-term health. The study is based on a representative sample with more than 2000 individuals, who responded to a questionnaire two times with a one-year interval. Univariate and multivariate analysis with 22 independent variables show that there are predicting factors for long term good health in working life (support, time pressure, control, resources for doing a good job, satisfied with quality) as well as in private life (economic margin, work load, relations). It seems that the health advantage of sufficient resources and experience of good quality leveled out on a lower level among men than among women. The same pattern appear for support from chief. Variables with health effects were often asymmetric, i.e they were related to health as well as to ill health. A recommendation is that health psychological variables should be included in further research, as a completion to the dominance of variables developed within a research paradigm focused on illness and disease.

Key word: sickness absenteeism, sickness presenteeism, long term health, illness, work organization, work environment

Referenser

- Abrahamsson K, Bradley G, Brytting T, Eriksson T, Forslin J, Miller M, Söderlund B & Trollestad C (2003) *Friskfaktorer i arbetslivet*. Stockholm: Prevent.
- Angelöw B (2002) *Friskare arbetsplatser*. Lund, Studentlitteratur.
- Aronsson G, Gustafsson K & Dallner M (2000) "Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54, 7, 502-509.
- Aronsson G, Dallner M & Gustafsson K (2000) *Yrkes- och arbetsplatsinläsning. En empirisk studie av omfattning och hälsokonsekvenser*. Arbete och Hälsa 2000:5, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson G, Dallner M & Lindh T (2000) *Flexibla inkomster och fasta utgifter – en studie om ekonomisk stress och hälsa bland korttidsanställda*. Arbete och Hälsa 2000:20, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson G & Gustafsson K (2002) *Sjuknärvaro – förekomst och utvecklingstendenser*. Arbete och Hälsa 2002:8, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson G, Svensson L & Gustafsson K (2003) "Unwinding, recuperation and health among compulsory-school and high-school school teachers in Sweden", *International Journal of Stress Management*, 2003;10:217-234.
- Edlund J & Stattin M (2003) "Hälsoutvecklingen i Sverige 1975–2001. En latent klusteranalys med ULF-data", Kapitel 9 i *Välfärd och ofärd på 1990-talet*. Rapport nr 100 i serien Levnadsförhållanden, Stockholm: SCB.
- Frankenhaeuser M (1993) *Kvinnligt, manligt, stressigt*. Viken: Bra Böcker.
- Hallsten L, Bellaagh K & Gustafsson K (2002) *Utbränning i Sverige – en populationsstudie*. Arbete och Hälsa 2002:6, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Jeding K, Hägg G, Marklund S, Nygren Å, Theorell T & Vingård E (1999) *Ett friskt arbetsliv. Fysiska och psykosociala orsakssamband samt möjligheter till prevention och tidig rehabilitering*. Arbete och Hälsa 1999:22, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Johansson G & Lundberg I (2004) "Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model", *Social Science Medicine*. 2004; 58:1857-1868.
- Johnsson J, Lugn A & Rexed B (2003) *Långtidsfrisk. Så skapas hälsa, effektivitet och lönsamhet*. Lund: Ekerlids förlag.
- Lazarus R S (1999) *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer.
- Mackenbach J P, van den Bos J, Joung M A, van den Mheen H & Stronks K (1994) "The determinants of excellent health: Different from the determinants of ill-health", *International Journal of Epidemiology*, 23, 6, 1273-1281
- Nelson D & Simmon B (2002) "Health Psychology and Work Stress: A more Positive Approach". Ingår i Quick JC & Tetrick LE (red) *Handbook of Occupational Health Psychology*. American Psychological Association, Washington DC, 2002, sid 97-119.
- Nordenfelt L (1991) *Livskvalitet och hälsa. Teori och kritik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Quick J C & Tetrick L E (red) (2002) *Handbook of occupational health psychology*. American Psychological Association, Washington DC.
- Ryff C D & Singer B (1998) "The contours of positive human health", *Psychological Inquiry*, 9,1,1-28.
- Spielberger C, Vagg P & Wasala C (2002) "Occupational Stress: Job Pressures and Lack of Support". Ingår i Quick JC & Tetrick LE (red) *Handbook of Occupational Health Psychology*. American Psychological Association, Washington DC, 2002, sid 185-200.
- Trollestad C (2003) "Den hälsosamma organisationen. Om att utveckla såväl mänsklig som ekonomisk tillväxt". Ingår i Abrahamsson K m fl (red) *Friskfaktorer i arbetslivet*. Stockholm: Prevent.

- SCB (2004) "Sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige – en belysning utifrån SCB:s statistik"
Bakgrundsfakta 2004:3, Stockholm: SCB.
- SOU 2002:5 *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Del 1 slutbetänkande*. Stockholm:
Socialdepartementet.
- Vingård E, Josephson M, Aronsson G & Nilsson M (2000) *Psykosocial arbetsmiljö i Gotlands kommun – en studie av nedvarvning, återhämtning och friskfaktorer*. HAKuL-projektet
Stockholm: Karolinska institutet, Rapport 2000:2.