



SAHLGRENKA AKADEMIN

# Hälsofrämjande insatser på arbetsplatser

**En litteraturstudie om hälsofrämjande arbetsplatsinterventioner med ett organisationsteoretiskt perspektiv**

Författare: Emma Vånder & Frida Stenberg

Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi, 180 HP

Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi, 15 HP, VT 2018

Handledare: Sven Hassler

Examinator: Gunnar Ahlborg

**Svensk titel:** Hälsofrämjande insatser på arbetsplatser – En litteraturstudie om hälsofrämjande arbetsplatsinterventioner med ett organisationsteoretiskt perspektiv

**Engelsk titel:** Health-promoting interventions at workplaces - A literature based study about health promotive workplace interventions with an organizational theoretical perspective

**Författare:** Emma Vänder & Frida Stenberg

**Program:** Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 HP  
Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi I, VT 2018

**Omfattning:** 15 HP

**Handledare:** Sven Hassler

**Examinator:** Gunnar Ahlborg

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund.** Ett arbete är en stor del av många människors liv och kan påverka deras hälsa vilket gör arbetsplatser till en viktig arena för folkhälsoarbete. Forskning visar på vikten av att främja hälsan på arbetsplatser tillsammans med det förebyggande arbetet av ohälsa. Trots kunskap inom ämnet ökar antalet sjukskrivningar.

**Syfte.** Uppsatsens syfte var att undersöka ett urval av hälsofrämjande interventioner som gjorts på svenska arbetsplatser mellan 2004 och 2018 med ett organisationsteoretiskt perspektiv.

**Metod.** En litteraturbaserad studie genomfördes med kvantitativa och kvalitativa studier. Artikelsökningar utfördes i databaserna Scopus, Cinahl och Pubmed. De 14 inkluderade artiklarna kvalitetsgranskades och värderades vidare enligt GRADE. Artiklarna analyserades genom en innehållsanalys baserad på Fribergs modell.

**Resultat.** Samtliga studier var interventionsstudier där hälsofrämjande insatser på arbetsplatser utvärderades eller implementerades. Tre olika typer av interventionsfokus identifierades, fysisk aktivitet, utbildning eller nya arbetssätt. Interventionerna riktades mot individnivå, organisationsnivå eller mot flera nivåer samtidigt och majoriteten av insatserna utfördes på kvinnodominerade arbetsplatser. Studierna visade på olika resultat även om de hade liknande fokus, exempelvis utbildning.

**Diskussion.** De hälsofrämjande insatserna visade på varierande resultat även om aktiviteterna var likartade. Att endast lägga ansvaret på individen verkar inte lika hälsofrämjande som försök att förändra organisationen. Genom att främja hälsan på olika nivåer kan ett mer jämt resultat nås och klyftor mellan grupper minskas. Majoriteten av interventionerna riktades mot kvinnor eller kvinnodominerade arbetsplatser. De flesta av dessa interventioner utgick från att skapa förutsättningar för att hantera stress istället för att förändra de faktorer som skapar stress. Utifrån mytterspektivet kan hälsofrämjande interventioner ses som färdiga koncept och verka som sätt för organisationer att skapa legitimitet från omvärlden. Strävan för legitimitet skulle kunna verka för att fler organisationer försöker göra verksamheterna mer hälsofrämjande vilket i längden kan vara positivt för medarbetarna.

**Slutsats.** Det är viktigt att hitta och angripa de faktorer som ligger till grund för den egna verksamhetens förhållanden. Det kan anses svårare och mer tidsödande till en början men kan

i förlängningen leda till mer framgångsrika resultat. Hälsofrämjande arbetsplatser bör ses som en investering i den egna verksamheten.

**Nyckelord:** Arbetsmiljö, hälsofrämjande, promotion, intervention, organisationsteori, mytperspektiv.

## ABSTRACT

**Background.** A job is a big part of many people's lives and can affect their health which makes workplaces an important arena for public health work. Research shows the importance of the combination of health promotion with prevention. Despite knowledge in the subject the number of sick leave continues to increase.

**Aim.** The aim of this study was to examine a selection of health promotive interventions that were implemented on Swedish work sites between the years 2004 and 2018 with an organizational theoretical perspective.

**Method.** A literature based study with both quantitative and qualitative studies was performed. Article searches was made in three different data bases, Scopus, Cinahl and Pubmed. The 14 included studies were review based on their quality and further graded using GRADE. The articles were analyzed using a content analysis based on a model by Friberg.

**Results.** All studies were intervention based where health promoting work place efforts were evaluated or implemented. Three different types of interventions were identified, physical activity, education or new ways of work. The interventions were conducted on an individual, organizational or on multiple levels and the majority were performed at female dominated workplaces. The studies showed different results even if they had similar focus, for example education.

**Discussion.** The health promoting interventions had different results even though the included activities were similar. Individual responsibility is not as effective as trying to change the organization. By promoting health on multiple levels a more even result can be achieved and health gaps between groups can be reduced. The majority of the interventions were aimed at women or female-dominated workplaces. The aim of these interventions were to create ways of managing stress instead of dealing with the stress creating factors. According to a mythical perspective, health promoting interventions can be viewed as ready to use concepts and be a way for organizations to acquire legitimacy from their surroundings. However, the strive for legitimacy can be a way for more organizations to be health promotive which could be a positive thing for the employees.

**Conclusion.** It is important to find the underlying factors to the problem relating to the work environment. It can be considered more difficult at first but may lead to more successful results in the long run. It is also important to see health promotion as an investment in the organization.

**Keywords:** Work environment, health promotion, intervention, organizational theory, mythical perspective

## FÖRORD

Vi skulle vilja tacka vår handledare Sven Hassler för all hjälp och stöttning under arbetet med den här uppsatsen. Tack för att du uppmuntrade oss till att utveckla arbetet till det bättre och för de stärkande orden.

**TACK!**

Göteborg 2018-05-21  
Emma Vånder & Frida Stenberg

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund .....	1
2.1 Hälsan och dess bestämningsfaktorer .....	2
2.2 Kunskapsfältet hälsopromotion.....	3
2.3 Arbetsmiljö.....	4
2.3.1 Den goda arbetsmiljöns kännetecken .....	4
2.3.2 Arbetsmiljöarbetets historia .....	4
2.4 Hälsofrämjande arbetsplatser .....	5
2.5 Organisationsteori - mytperspektiv .....	6
2.6 Problemformulering .....	7
3. Syfte och frågeställningar.....	7
4. Metod .....	7
4.1 Studiedesign .....	7
4.2 Urvalskriterier .....	8
4.3 Datainsamlingsmetod .....	8
4.4 Kvalitetsgranskning.....	9
4.5 GRADE .....	10
4.6 Analysmetod.....	10
4.7 Etik .....	10
5. Resultat.....	11
5.1 Identifierade hälsofrämjande aktiviteter kopplade till organisationen .....	11
5.1.1 Öka kompetens, fysisk aktivitet och främja psykisk hälsa.....	11
5.1.2 Förändring av struktur och implementering av nya arbetssätt .....	12
5.2 Olika perspektiv och organisationsnivåer för hälsofrämjande insatser.....	12
5.2.1 Individ, organisation eller flera nivåer .....	13
5.2.3 Genus.....	13
5.3 Interventionernas påvisade resultat .....	14
5.3.1 Resultat av fysisk aktivitet och avslappning .....	14
5.3.2 Resultat av utbildningsinsatser samt nya arbetssätt .....	15
6.1 Metoddiskussion.....	16
6.2 Resultatdiskussion.....	17
6.2.1 Aktivitet och resultat .....	18
6.2.2 Nivå och resultat.....	18
6.2.3 Legitimitet .....	19
6.2.4 Myter .....	19

6.2.5 Genusaspekt i interventionerna .....	20
Referenser.....	22
Bilaga 1	
Bilaga 2	

## 1. Inledning

Sveriges befolkning blir allt äldre. Fler och fler lever långa och relativt hälsosamma liv och den förväntade medelåldern väntas öka stadigt fram till 2060 (1). För att upprätthålla den svenska välfärden är det viktigt att människor i arbetsför ålder har möjlighet att arbeta och bidra till finansieringen (2).

Vad gäller folkhälsoarbetet är en del av syftet att förbättra hälsan på befolkningsnivå samt att bidra till att minska ojämlikheten i hälsa (3). Eftersom en stor del av befolkningen befinner sig på arbetsmarknaden utgör arbetsplatser en viktig arena för det hälsofrämjande arbetet gentemot befolkningen. Att arbeta med arbetsmiljö och hälsa på arbetsplatsen är ett av folkhälsomålen och anses vara en viktig del i arbetet för att förbättra folkhälsan (4).

Stress och psykisk ohälsa är de ledande orsakerna till nya sjukskrivningar och det sker en kontinuerlig ökning av nya sjukdomsfall till följd av dessa faktorer (5). Samhällskostnaderna för den totala sjukfrånvaron är enligt en beräkning från 2015 ca 57 miljarder svenska kronor (6). Det är på så sätt viktigt att arbeta för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser inte bara för den individuella hälsan utan även för samhället i stort.

Arbetsmiljöproblematik är komplext och bör belysas ur olika infallsvinklar. I och med ämnets komplexitet, kan det också vara svårt att hitta fungerande hälsofrämjande metoder. Därför kan det möjligen vara så att verksamheter anammar färdiga koncept som liknande verksamheter använt för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser. Organisationsteorin kring förändringsarbete inom organisationer och hur hälsofrämjande interventioner kan ses utifrån ett mytperspektiv (7) anses därmed av författarna till denna uppsats vara intressant och värt att utforska. Möjligheten att identifiera mönster, likheter och skillnader utifrån detta perspektiv anses kunna vara ett sätt att försöka skapa en större förståelse i ämnet.

## 2. Bakgrund

Det finns forskning som pekar på vilken betydelse ett arbete har för människors hälsa. För det första är en stadig inkomst genom arbete en förutsättning för möjligheten att tillfredsställa materiella behov och till fullo delta i det dagliga samhället. För det andra är förvärvsarbete ett sätt att uppfylla psykosociala behov då det i dagens samhälle är norm att arbeta och därför viktigt för människors identitet och sociala status (8). Ett arbete med brister i den fysiska eller psykosociala arbetsmiljön kan däremot innebära en negativ påverkan på hälsan (5, 8, 9).

Mellan åren 2010 och 2015 redovisade Försäkringskassan att sjukskrivningar till följd av psykiatriska diagnoser ökade mest. Med psykiatriska diagnoser menas bland annat anpassningsstörningar, stressreaktioner, depression och ångestsyndrom. Från 2014 är det den vanligaste sjukskrivningsorsaken för alla, oberoende av kön och ålder men särskilt för den yngre medelåldern, 30-49 år (5).

## 2.1 Hälsan och dess bestämningsfaktorer

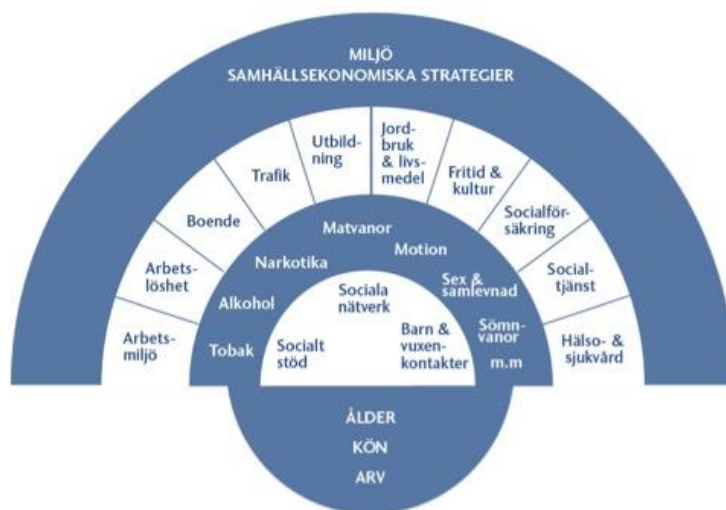
En av de vanligaste definitionerna på hälsa kommer från World Health Organization (WHO) och lyder:

*”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (10, s.1).

Kritik har riktats mot definitionen som alltför statisk och mot användandet av orden *fullkomligt välbefinnande* då det sjukförklarar tillstånd som inte nödvändigtvis har en stor påverkan på välmående. Det är möjligt att ha någon form av sjukdom utan att påverkas i det vardagliga livet (11-13).

En tolkning som gjorts utifrån WHO:s definition av hälsa är uppfattningen att en person antingen är frisk eller sjuk. En motsats till denna dikotomi är synen på hälsa som ett kontinuum vilket är vanligt förekommande inom det hälsopromotiva paradigmet. Enligt ett sådant synsätt befinner sig en person istället på en skala mellan hälsa och ohälsa vilket innebär att hälsotillstånd ses som föränderliga (14).

Folkhälsomyndigheten benämner de bakomliggande förutsättningarna för hälsa som hälsans bestämningsfaktorer. Faktorerna delas in i bland annat genetiska faktorer, levnadsvanor och livsvillkor som alla påverkar individens hälsa. Sambanden är komplexa och påverkas av varandra samt kan tillsammans eller enskilt ligga bakom hälsoutfall (15). Hälsans bestämningsfaktorer brukar illustreras med hjälp av en modell skapad av Dahlgren och Whitehead (16) där både strukturella och mer direkta faktorer är med och påverkar hälsan.



Figur 1 Modell över hälsans bestämningsfaktorer efter Dahlgren & Whitehead 1991

I centrum av modellen (*Figur 1*) finns individen, med genetiska faktorer som kan påverka hälsan, såsom kön, ålder och arv. Nästa nivå berör sociala nätverk och socialt stöd där familje- och vänskapsrelationer räknas in. Därefter beskrivs levnadsvanor såsom fysisk aktivitet, tobaks- och alkoholbruk samt matvanor. Nivån utanför skildrar livsvillkor, vilka benämns som bland annat arbetsmiljö, utbildning, boende och infrastruktur. Den yttersta nivån i modellen berör övergripande samhällsstrukturer. Den enskilde individens möjlighet att påverka faktorerna blir mindre längre ut i modellen. Sambanden mellan nivåerna kan



exemplifieras med att en övergripande samhällsstruktur, såsom väpnade konflikter, kan påverka en individs möjlighet till utbildning vilket i sin tur påverkar kunskapen om hälsosamma levnadsvanor och i förlängningen hälsan. Hälsans bestämningsfaktorer handlar därmed inte bara om beteende och kunskap hos individen utan även om yttre förutsättningar och villkor (17).

Som visas i modellen (*Figur 1*) är arbetsmiljön ett av de livsvillkor som påverkar hälsan. Livsvillkoren befinner sig, enligt modellen, på en nivå längre ut från individen och är på så sätt svårare att påverka genom individuella val och beteenden (16). Däremot kan levnadsvanor och i längden hälsan påverkas av arbetsmiljön. Exempelvis kan en stressig arbetsplats bidra till att personen äter sämre, dricker mer alkohol eller inte har möjlighet till den motion som behövs för att bibehålla god hälsa. Det kan även påverka humöret som i sin tur kan ha en inverkan på individens sociala nätverk.

## 2.2 Kunskapsfältet hälsopromotion

Det folkhälsovetenskapliga fältet utgår till stor del från preventiva perspektiv som ursprungligen utgår från medicinska riskbedömningar och fokuserar på att undanröja orsaker till sjukdom och ohälsa (3). Det hälsopromotiva perspektivet växte delvis fram som en kritik mot det dominerande medicinska kunskapsfältet och förespråkar istället ett holistiskt perspektiv på hälsa. Ottawa Charter ses som ett viktigt dokument för den hälsopromotiva disciplinen och räknas som en bidragande faktor till uppkomsten av det hälsopromotiva fältet och benämner promotion som en modell för hälsoarbete (13).

Empowerment är en av de mest centrala delarna inom hälsopromotion. Främst handlar det om att skapa egenmakt och delaktighet, samt att stärka individer eller grupper vilket också lyser igenom WHO:s definition av hälsopromotion (13). Salutogenes är också ett centralt begrepp för hälsopromotion och definieras som ursprunget till hälsa. Ett salutogent perspektiv riktar sig mot att se till vilka faktorer som upprätthåller och stärker hälsan (12).

WHO definierar hälsopromotion som följande:

*”Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being”* (18, s.1).

O’Donnell utvecklar WHO:s definition av hälsopromotion genom att diskutera vikten av att skapa miljöer som främjar hälsosamma val. Det vill säga att livsstilsförändringar inte endast kommer från individuell motivation utan även stöttning från omgivande miljö (19).

Orden hälsopromotion och hälsofrämjande har liknande innebörd (13) och kommer användas synonymt i denna uppsats. Begreppen är holistiska och anammar ett bredare perspektiv på hälsa snarare än att fokusera på enskilda livsstilsfrågor som kost eller motion. Hälsopromotion handlar istället om livsvillkor som formar individers vardag och därmed förutsättningar för hälsa. Det handlar bland annat om normer och värderingar i samhället och

vilka resurser människor har tillgång till. Ett tydligt exempel är att människor i olika yrken, med olika utbildnings- och inkomstnivåer gör olika livsstilsval som i längden påverkar hälsan (13). Ett hälsofrämjande arbete utgår från en identifikation av vilka faktorer som spelar in för förbättring eller bevaring av hälsa (14).

## 2.3 Arbetsmiljö

Arbetsmiljön kan delas in i tre dimensioner; fysisk, organisatorisk och social. Den fysiska arbetsmiljön berör rumsliga ting vilka kan påverka personer fysiskt, exempelvis ljus, ljud och ergonomiska aspekter kring verktyg och arbetsmaterial. Med den organisatoriska arbetsmiljön menas bland annat hur arbetet styrs och kommuniceras, vilka direktiv som finns samt hur beslutfattningsprocessen går till. Till sist räknas till exempel interaktionen mellan ledare och personal och samarbetet mellan anställda till den sociala arbetsmiljön. De tre dimensionerna är olika till sin funktion och definition men både samverkar med och påverkas av varandra (20).

### 2.3.1 Den goda arbetsmiljöns kännetecken

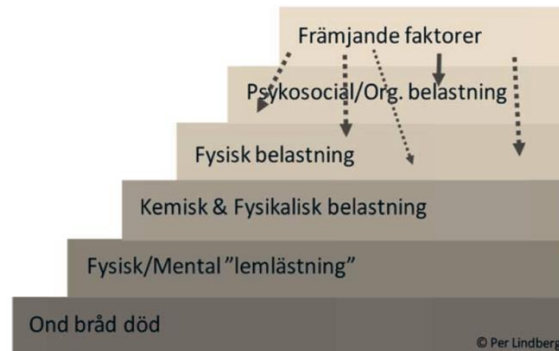
I en kunskapsöversikt från arbetsmiljöverket undersöktes vad som kännetecknar en god arbetsmiljö (21). Viktiga faktorer handlade om ledarens egenskaper och tillgänglighet, att det finns ett bra samarbete mellan kollegor och en välutvecklad kommunikation. Vidare ansågs även chans till delaktighet och personlig utveckling, empowerment och ett positivt klimat vara betydande för arbetsmiljön. Att mål och förväntningar är tydligt formulerade samt att det finns en balans mellan arbetsbelastning, tempo och belöning ansågs gynnsamt. Till det positiva klimatet räknades både ett administrativt och personligt stöd som främjande tillsammans med goda relationer samt en fungerande fysisk arbetsmiljö (21).

Liknande resultat återfinns i en systematisk översikt från 2012 där faktorer som lagarbete, möjlighet för utveckling, delaktighet och ledarens egenskaper var viktiga för att skapa en bra arbetsmiljö (22). En kvalitativ studie genomförd 2012 undersökte sjuksköterskors uppfattningar kring vilka resurser som ansågs viktiga för att främja och bibehålla en god hälsa på arbetsplatsen (23). Resultatet från den studien visade att de främsta faktorerna för att uppnå en god arbetsmiljö var bland annat belöning, ett fungerande arbetslag samt ett upplevt givande arbetsuppdrag. Däremot framkom det att uppfattningen om vad som skapar en god hälsa på arbetsplatsen skiljer sig mellan individerna. Vad vissa ansåg vara hälsofrämjande kunde skapa stress hos andra, exempelvis flexibilitet på arbetsplatsen. Konklusionen som författarna drog av resultatet är vikten av att anpassa de hälsofrämjande metoderna efter sammanhanget på arbetsplatsen samt hänsynstagande till de anställdas behov (23).

### 2.3.2 Arbetsmiljöarbetets historia

Sveriges höga nivå av fackligt anslutna medarbetare är utmärkande i jämförelse med andra länder. De svenska regleringarna av arbetarskydd och arbetsmiljö samt utvecklingen av densamma uppkom till stor del till följd av den växande och allt starkare arbetarrörelsen (24). Arbetsmiljöarbetet har vidare utvecklats i takt med att samhället och arbetsmarknadens villkor har förändrats. Utvecklingen kan liknas vid en trappa med hierarkiska steg (*Figur 2*). Under

den tiden då en stor del av befolkningen arbetade inom industrin låg fokus på de nedre stegen, det vill säga att förhindra olyckor med dödlig utgång eller fysisk skada. När arbetsmarknaden utvecklades vidare tillkom nya perspektiv som inkluderade risker kopplade till den psykosociala och organisatoriska arbetsmiljön. För ett komplett arbetsmiljöarbete krävs att alla steg inkluderas (21).



Figur 2 Modell efter Per Lindberg 2012

Tidigare har det fokuserats på skyddande faktorer för att förhindra ohälsa kopplat till arbetsmiljön. Det sjätte trappsteget som visas i modellen (*Figur 2*) tillägger främjande faktorer som en viktig del i arbetsmiljöarbetet (21). I regeringens handlingsplan gällande arbetsmiljöpolitik från 2009 framgår att arbetsmiljöarbetet inte enbart ska fokuseras på hanteringen av hälsorisker, utan även främja hälsan hos individerna samt verksamheterna. Det innebär därmed en ny inriktning inom arbetsmiljöpolitiken med fokus på de positiva faktorerna (25). Vilket återigen kan kopplas till idéerna inom det hälsopromotiva paradigmet.

#### 2.4 Hälsofrämjande arbetsplatser

Ett hälsofrämjande arbete fokuseras på att lyfta och stärka redan existerande friskfaktorer istället för att se till vilka risker för ohälsa som finns. Det anses dock vara klokt att kombinera ett förebyggande arbete med ett hälsofrämjande för att maximera de anställdas välbefinnande (21). Insatser för att främja hälsan bör även verka för att skapa möjligheter hos personer att öka kontrollen över sin hälsa, det vill säga stärka empowerment. Av vikt är även de berörda individernas delaktighet i arbetet under hela processen. Långsiktighet och uthållighet är ytterligare förutsättningar för det hälsofrämjande arbetet då förändringar och processer kan ta tid innan de får genomslag. Att endast utföra det hälsofrämjande arbetet i projektform minskar möjligheterna för ett upprätthållande av arbetet i den dagliga verksamheten (26). En arbetsplats anses vara hälsofrämjande om insatser riktas mot både individ-, grupp- och organisationsnivå. Att arbeta på flera nivåer inom organisationen har visats ha positiv effekt på hälsan. Det är också av stor vikt att hitta effektmått som mäter hälsa snarare än ohälsa för att kunna uppskatta effekter av hälsofrämjande insatser (26).

Trots kunskap om vikten av att rikta insatser mot fler nivåer är det vanligt förekommande att se till individen och dess levnadsvanor. En vanlig bild av hälsofrämjande metoder på arbetsplatsen är exempelvis friskvård (24). Larsson beskriver i sin avhandling uppfattningen kring hälsofrämjande interventioner hos ledare inom kommunal verksamhet. Resultatet visade

att hälsopromotion till störst del ansågs vara metoder för att förändra individens levnadsvanor genom exempelvis fitnessprogram (27).

## 2.5 Organisationsteori - mytperspektiv

För att granska och analysera organisationers förändringsarbete nämner Christensen et al. (7) tre huvudsakliga organisationsteoretiska perspektiv, det instrumentella, kultur- och mytperspektivet. Mytperspektivet ansågs vara av särskilt intresse för denna uppsats eftersom hälsofrämjande interventioner kan ses bestå av färdiga koncept som implementeras inom verksamheter och kan på så sätt tolkas som myter (7). Så är inte alltid fallet då vissa insatser skraddarsys utifrån organisationens behov. Det är dock sannolikt att det föregående förekommer vilket gör mytperspektivet till en tänkvärd infallsvinkel.

Utgångspunkten för denna teoretiska inriktning är att organisationer, specifikt offentliga, är omgivna av socialt skapade normer. Dessa normer dikterar hur organisationerna bör ordna sin verksamhet vilket innebär att det inte bara finns ett krav på effektivitet utan även ett sökande av legitimitet utifrån vad omgivningen anser är korrekt. För skattefinansierade offentliga organisationer vägs omgivningens godkännande in och tas tillvara på i förändringsarbetet. De socialt skapade normerna behöver inte innebära en stärkt effektivitet men tas ändå i beaktande för att utåt reflektera en av omgivningen godkänd fasad (7).

Benämningen av mytperspektivet uppkommer därmed från att de sociala normerna från omgivningen benämns som myter. En sådan myt kan tolkas avse förändra och forma enstaka delar eller avdelningar i en organisation. Dessa myter beskrivs och läggs ofta fram som redskap för att effektivt nå mål eller lösa problem och är ofta även institutionaliserade vilket innebär att de anses vara rätt väg för att nå förbättring (7).

Processen då organisationen tar sig an myter benämns som adoptering och kan enligt teorin ske till följd av tre olika orsaker. Tvångsmässig adoptering innebär att organisationer genom lagar och föreskrifter tvingas ta sig an exempelvis en ny metod. Normativt baserad adoptering innebär att vissa yrkesgrupper eller professioner med gemensamma värderingar påverkar vad som anses vara rätt metoder att använda vid just det tillfället. Den tredje formen av adoptering är den mimetiska, vilket innebär att osäkerhet leder till att andra organisationers implementerade metoder kopieras till den egna verksamheten utan närmare analys (7).

Att adoptera en myt innebär inte en automatisk implementering till verksamheten. Det optimala scenariot är en snabb tillkoppling. Det innebär att de anammade metoderna implementeras relativt snabbt och uppnår de effekter som förväntades. Ett annat scenario är fränstötning då de offentliga organisationerna är för komplexa och motståndskraftiga till förändring. Ett tredje scenario är att det sker en särkoppling, vilket innebär att de metoder som anammas hålls på avstånd och ges liten påverkan på befintliga strukturer. Då används reformerna som en yta för att legitimeras verksamheten utåt (7).

En risk i implementering av färdiga koncept är att de urvattnas till följd av otaliga översättningar för att anpassas till den egna verksamheten. Därmed kan komponenter ur den ursprungliga idén gå förlorade och metoden kan till viss del missa att uppnå de förväntade effekterna (7).

## 2.6 Problemformulering

Vilka faktorer som är viktiga för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser kan anses vara relativt väl utforskade (21, 26). Dock kvarstår trenden med ökade sjukskrivningar på grund av psykosociala hälsosfaktorer (5). Konsekvenserna av detta är höga samhällskostnader (6) vilket kan leda till svårigheter att upprätthålla den svenska välfärden. Det blir därför allt viktigare att skapa hälsosamma arbetsplatser för att bland annat understödja ett friskt arbetsliv samt samhällets utveckling. Frågan som kan ställas är varför kunskapen kring hälsofrämjande arbetsplatser inte bidrar i större utsträckning till bättre arbetsmiljö och färre sjukskrivningar. Organisationens roll i det hälsofrämjande arbetet kan diskuteras liksom yttre normers påverkan på vilka insatser som görs för att främja hälsan på arbetsplatser.

Huruvida interventionerna kan ses ur ett mytperspektiv, där insatserna tolkas som färdiga koncept, ska undersökas i denna uppsats för att skapa en bredare förståelse av hur organisationen kan bidra till ett främjande av hälsa. Att undersöka organisationens roll i förändringsarbetet är viktigt för att få en större förståelse för hur hälsan på bästa sätt kan främjas genom arbetsplatsinsatser. Av intresse är även att se om det finns en tendens till imitation av insatser mellan organisationer med liknande verksamhet. Om så är fallet skulle det stärka bilden av hälsofrämjande interventioner som färdiga koncept enligt mytperspektivet.

Denna uppsats ska på så sätt belysa och diskutera hälsofrämjande interventioner utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv. Likheter och skillnader i insatserna ska uppmärksammas för att bidra till att öka kunskapen om hälsofrämjande interventioner och hur de relaterar till verksamheterna inom vilka de implementeras.

## 3. Syfte och frågeställningar

Syftet är att undersöka ett urval av hälsopromotiva interventioner som genomförts och studerats på arbetsplatser i Sverige mellan åren 2004-2018 med en organisationsteoretisk diskussion med fokus på ett mytperspektiv.

Utifrån syftet formulerades följande tre frågeställningar:

1. Vilka aktiviteter för att främja hälsa kan identifieras i studierna och till vilken typ av verksamhet kan de relateras?
2. Verkar och riktas interventionerna mot olika nivåer och grupper inom organisationen och på vilket sätt visas det?
3. Vilket resultat kan påvisas i interventionerna utifrån deras aktiviteter?

## 4. Metod

### 4.1 Studiedesign

Friberg beskriver litteraturstudien som ett lämpligt verktyg för att skapa en översikt av ett kunskapsområde (28). Genom att systematiskt söka och granska artiklar kan existerande

kunskap inom ämnet sammanställas, analyseras och redovisas. För att undersöka vilka hälsopromotiva insatser som görs på arbetsplatser runt om i Sverige, vad de innehåller, hur de utfördes samt vilken effekt de har var därför en litteraturstudie lämplig.

## 4.2 Urvalskriterier

För att inkluderas i uppsatsen skulle studierna beskriva interventioner utförda på arbetsplatser i Sverige med syftet att främja hälsan hos de anställda. Studierna skulle analysera och redovisa antingen effekter från egna implementerade interventioner eller utvärdera redan utförda eller av andra implementerade insatser.

Avsikten var initialt att enbart inkludera studier där det framgick att de var formellt etiskt godkända. För att öka antalet artiklar inkluderades dock även sådan där kvalitetsgranskningen visade att godtagbara etiska principer tillämpats.

Ytterligare definierade inklusionkriterier var att studien skulle vara utvärderad eller utförd mellan åren 2004 till 2018. Till en början söktes artiklar som var utförda eller utvärderade mellan 2008 till 2018 men då få studier fanns under det tidsspannet utökades sökningen till mellan 2004 till 2018. Ett annat inklusionskriterium var att interventionsdeltagarna skulle vara i arbetsför ålder det vill säga mellan 19 och 64 år. Utöver detta skulle författarna benämna insatsen som hälsopromotiv antingen i titeln, abstraktet, artikelns nyckelord eller genom att beskriva insatsen med begrepp kopplade till det hälsopromotiva området. Exempel på hälsopromotiva begrepp är empowerment och delaktighet.

Till sist var ett inklusionskriterium att samtliga vetenskapliga artiklar utvalda för kvalitetsgranskning skulle ha genomgått en peer-review.

Exkluderade artiklar var de som var författade på andra språk än engelska. Även systematiska översikter uteslöts tillsammans med studier av interventioner med en tydlig preventiv ansats.

## 4.3 Datainsamlingsmetod

För att söka och hitta artiklar till uppsatsen gjordes en allmän sökning inom ämnet utifrån syftet för att skapa en uppfattning om vilka sökord som var lämpliga i den systematiska artikelsökningen. Relevanta sökord identifierades tillsammans med väsentliga synonymer för att inte gå miste om sökresultat. Därefter valdes Scopus ut som den primära databasen då den är multidisciplinär och berör flertalet områden och ämnen. Scopus använder sig inte av en ämnesordlista vilket medför att synonymer måste inkluderas manuellt i sökningen. Utöver Scopus gjordes sökningar i både Cinahl och Pubmed. Dessa två databaser använder till skillnad från Scopus ämnesordlistor vilket innebär att ämnesorden täcker in relevanta synonymer (*Tabell 1*).

Efter dessa sökningar hade åtta artiklar valts ut till litteraturstudien. För att hitta ytterligare studier för syftet gjordes en ny sökning i Scopus med identiska sökord. För att utöka vår systematiska sökning filtrerades dessa artiklar efter tidigare årtal än den förgående sökningen i Scopus. Tillsammans med årtal lades även en filtrering till Sverige som geografisk plats samt endast vetenskapliga artiklar (*Tabell 1*).

**Tabell 1.** Redovisning av artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Efter filtrering i databasen*	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
2018-04-04	Scopus	workplace OR "work location" OR "work site" OR "job site" OR employment OR "labor force" OR occupational OR workers AND intervention OR "healthy people program" OR programs AND "health promotion" OR promotion OR "wellness program" OR "health campaign" AND health OR wellbeing OR "health behaviour" OR "healthy lifestyle" OR "mental health" OR occupational health	9344 st	84 st Årtal 2008 - 2018 article sweden	52	10 st	7 st
2018-04-09	Cinahl	Occupational AND wellbeing OR health AND intervention AND "health promotion"	2784 st	57 st årtal 2008-2018 academic journals ålder	3 st	2 st*	2 st*
2018-04-09	Cinahl	"Occupational health" AND health OR "wellbeing" AND "health promotion" AND intervention	1832 st	182 st årtal 2008-2018 academic journals ålder	11 st	0 st	0 st
2018-04-09	Pubmed	Workplace AND health AND "health promotion" AND intervention AND "occupational health" AND sweden	31 st	24 st årtal 10 senaste åren	3 st	1 st	1 st
2018-04-09	Scopus	workplace OR "work location" OR "work site" OR "job site" OR employment OR "labor force" OR occupational OR workers AND intervention OR "healthy people program" OR programs AND "health promotion" OR promotion OR "wellness program" OR "health campaign" AND health OR wellbeing OR "health behaviour" OR "healthy lifestyle" OR "mental health" OR occupational health	9316 st	25 st årtal 2004 - 2007 article sweden	6 st	5 st	5 st

\*Dubletter som exkluderades

#### 4.4 Kvalitetsgranskning

För att systematiskt kvalitetsgranska studierna, användes tillgängliga granskningsmallar från Statens beredning av medicinsk utvärdering (SBU) och ur Fribergs bok *Dags för uppsats* (28). Avsikten var att därigenom erhålla ett underlag för bedömning av den studerade litteraturens bidrag till evidensen inom området. De inkluderade studierna var av olika karaktär, 12 stycken var kvantitativa och två var kvalitativa. Av de kvantitativa artiklarna var sex stycken kvasiexperimentella och resterande RCT-studier. För kvalitetsgranskningen av RCT-studierna användes SBU:s mall för randomiserade studier (29) och för de kvalitativa studierna användes

SBU:s mall för kvalitativ metodik (30). Gällande de kvasiexperimentella studierna användes en modifierad version av Fribergs granskningsfrågor för kvantitativa studier, där en fråga gällande omvårdnadsvetenskaplig teoribildning exkluderades på grund av irrelevans (28).

#### 4.5 GRADE

Efter kvalitetsgranskningen av artiklarna användes GRADE för att mäta styrkan av studiernas resultat efter vilken nivå de riktades mot. Då de inkluderade artiklarna var av blandad design användes olika kvalitetsgranskningsmallar vilket innebar att betygen var svåra att jämföra då de var utformade på olika sätt. Därför omvandlades de ursprungliga graderingarna till plustecken (+) utifrån ett förbestämt spann mellan ett till fyra plus (31). Exempelvis kunde en artikel anses ha en medelhög risk för bias enligt SBU:s mall för RCT-studier (29). Genom en avvägning av vilken typ av systematiska fel som kunde förekomma samt hur stor risken var sattes ett betyg mellan ett och fyra plus. Att använda ett sådant system underlättade vid appliceringen av systemet för GRADE (31).

GRADE är det sista steget i utvärderingsprocessen och används för att mäta styrkan i det vetenskapliga underlaget. Systemet är anpassat för interventions- och behandlingsstudier. Fyra plus (++++) innebär en stark evidensgrad och tilldelas ofta prospektiva RCT-studier. Avdrag från evidensstyrkan görs om det exempelvis saknas samstämmighet mellan studierna, om studiernas kvalitet är låg eller om de har låg överförbarhet (31).

I *Bilaga 2* redovisas den sammanlagda evidensen för de tre nivåer mot vilka studiernas interventioner riktades.

#### 4.6 Analysmetod

För att analysera data från de 14 inkluderade studierna användes först en innehållsanalys baserad på Fribergs mall (28). De kvantitativa och kvalitativa artiklarna analyserades var för sig. Artiklarna lästes flertalet gånger för att skapa en förståelse för helheten. Artiklarna delades till en början upp lika mellan de två författarna för en första analys. Samtliga 14 artiklar lästes dock av båda författarna. Likheter och skillnader mellan artiklarna samt de meningsbärande enheterna identifierades enskilt av författarna. För att säkerställa att tolkningen av de olika artiklarna var likartad utfördes analysen vid samma tillfälle och på samma plats. Under analysen fördes även diskussioner mellan författarna gällande artiklarnas innehåll. Därefter utfördes en gemensam slutlig kategorisering.

Vidare granskades kategorierna utifrån den valda organisationsteorin för att göra det möjligt att besvara frågeställningarna. Utifrån denna ytterligare granskning skapades kategorier som delades in under tre teman som hör samman med uppsatsens tre frågeställningar.

#### 4.7 Etik

Etiska aspekter är något som bör tas i beaktning vid all typ av forskning och i synnerhet forskning som innebär att någon form av experiment utförs där människor är involverade. Samtliga studier i denna uppsats implementerar en intervention eller utvärderar en redan



utförd insats. Etiska överväganden i sådana studier berör deltagarnas informerade samtycke, anonymitet och rätten att avvika från studien oavsett tillfälle och orsak (32). Tio av de inkluderade studierna anger uttryckligen ett etiskt godkännande från antingen universitet eller en etisk kommitté (*Bilaga 1*). Resterande anger inte explicit huruvida de tilldelats etiskt godkännande, dock förs diskussioner gällande ovan nämnda etiska överväganden i samtliga artiklar.

## 5. Resultat

Resultatet bygger på 14 granskade artiklar, varav två av kvalitativ och 12 av kvantitativ design. Samtliga studier beskriver hälsofrämjande insatser på arbetsplatser i Sverige samt antingen en utvärdering eller en mätning av effekter. Studierna utfördes främst på verksamheter inom offentlig sektor, både inom sjukvård (33-37) och kommunal och statlig verksamhet som berör omsorg och utbildning på grundskole- och universitetsnivå (38-42). Resterande studier utförs på IT och mediaföretag, en ospecificerad kontorsarbetsplats samt för yrkeschaufförer (43-46).

Tre teman identifierades för att besvara frågeställningarna, *Identifierade hälsofrämjande aktiviteter kopplade till organisationen*, *Olika perspektiv och organisationsnivåer för hälsofrämjande insatser* och *Interventionernas påvisade resultat*. Dessa tre teman redovisas nedan.

### 5.1 Identifierade hälsofrämjande aktiviteter kopplade till organisationen

Under temat *Identifierade hälsofrämjande aktiviteter kopplade till organisationen* identifierades två kategorier som beskriver olika typer av insatser och vilken metod som används för att främja hälsan på arbetsplatser. Dessa kategorier redovisas i följande stycke och benämns som *Öka kompetens, fysisk aktivitet och främja psykisk hälsa* och *Förändring av struktur och implementering av nya arbetssätt*.

#### 5.1.1 Öka kompetens, fysisk aktivitet och främja psykisk hälsa

De artiklar som granskades i litteraturstudien studerade interventioner i olika former med en hälsopromotiv ansats som gemensam nämnare. Utbildningsfokuserade interventioner användes i hög utsträckning (34, 36, 38, 41, 43-45), likaså var fysisk aktivitet vanligt förekommande i de hälsofrämjande interventionerna (37-39, 42).

De interventioner med utbildningsperspektiv skiljer sig ifrån varandra när det kommer till dess innehåll. En del studier använde utbildning kring ledarskap och ökad kunskap inom hälsofrämjande livsstil (38, 39). Andra interventioner gick ut på att utbilda anställda inom stresshantering eller smärthantering genom ett webbaserat verktyg (44, 45) eller genom att framhäva vikten av fysisk aktivitet (41). Vidare berörde en av studierna ökad kunskap kring hälsosammare matvanor och nutrition (43). Andra studier ämnade öka kompetensen i den anställdes eget arbete tillsammans med ökad kunskap kring arbetsmiljö och dess förbättringsarbete (34) samt ergonomi (41).

De flesta av de utbildningsfokuserade interventionerna utfördes inom offentlig sektor och på arbetsplatser där majoriteten av de anställda var kvinnor. Ett undantag var de två webbaserade utbildningarna inom stress- och smärthantering som riktades mot företag och verksamheter inom IT och media (44, 45). I dessa två interventioner var könsuppdelningen neutral eller med majoriteten manliga deltagare. Ytterligare ett undantag var främjandet av yrkeschaufförers matvanor som inte tydligt kan kategoriseras in i offentlig eller privat sektor (43).

Interventionerna som verkar hälsofrämjande genom fysisk aktivitet gav de anställda möjlighet att utöva yoga (42) eller pulsökande träning under ordinarie arbetstid (37-39). Förutom insatser med fysisk aktivitet var det även vanligt förekommande att främja hälsa genom mental träning. Vissa interventioner försåg de anställda med övningar för avslappning vilka innefattar taktil massage och hypnos (33), mindfulness-övningar (42) och ökad tro till den egna förmågan, det vill säga self-efficacy (41). Gemensamt för dessa interventioner var att de arbetsplatser där de implementerades var inom offentlig sektor där majoriteten av de anställda eller deltagande var kvinnor.

### 5.1.2 Förändring av struktur och implementering av nya arbetsätt

En annan form av intervention som framkom genom litteraturstudien var implementering av nya arbetsätt eller organisatoriska förändringar. Två av de granskade studierna startade nya arbets- och dialoggrupper för att öka delaktighet (40) eller främja den psykosociala arbetsmiljön (35). Andra studier testade effekterna av färre arbetstimmar i veckan med fortsatt full lön (37) eller en förflyttning till öppna kontorslandskap (46). Att implementera ett nytt arbetsätt som går ut på att integrera både arbetsskyddsarbetet och det hälsofrämjande arbetet med det kontinuerliga förbättringsarbetet var ytterligare en typ av intervention som prövades (36).

En av artiklarna som implementerade en organisatorisk förändring var inte tydlig kring kontexten för studien. Det som framkom var att det berörde någon form av kontorsarbete men huruvida det var inom offentlig eller privat sektor framgick inte (46). Resterande studier beskrev sammanhanget och uttryckte explicit att verksamheten var inom offentlig sektor. I majoriteten av dessa studier riktades insatsen mot hela verksamheter eller arbetsgrupper. Det innebar att det både var de anställda och ledningen som inkluderades i studien (35, 36, 40).

## 5.2 Olika perspektiv och organisationsnivåer för hälsofrämjande insatser

En intervention som ämnar främja hälsan på arbetsplatser kan angripa situationen utifrån olika perspektiv eller inriktningar. Under temat *Olika perspektiv och organisationsnivåer för hälsopromotion* identifierades två kategorier som alla relaterar till mot vem eller vilka insatsen riktas i första hand samt om det var individens hälsa eller verksamhetens organisation som skulle främjas först. I förlängningen kan möjligen det som främjar individens hälsa också främja organisationen och vice versa. Kategorierna är *Individ, grupp, organisation eller flera nivåer* samt *Genus* och redovisas i följande stycken.

### 5.2.1 Individ, organisation eller flera nivåer

En stor del av de granskade studierna anammade ett individperspektiv. Bland annat genom att erbjuda den enskilde arbetstagaren program för fysisk aktivitet eller mental träning och avslappning (33, 37, 39, 41, 42, 44, 45). Två av interventionerna med individperspektiv riktade sig mot anställda med befintliga symptom av stress (42) eller smärta (41). En majoritet av de individinriktade interventionerna främjade individens hälsa genom att hjälpa deltagarna anamma olika copingstrategier för att hantera stress eller smärta (33, 37, 41, 42, 44, 45). En av dessa studier avsåg även förhindra uppkomsten av smärta hos deltagarna (45). Att förbättra individers matvanor och beteende var ytterligare en individinriktad hälsofrämjande insats som tillämpades i en studie där yrkeschaufförers hälsa ämnades förbättras (43).

Empowerment är ytterligare en faktor som anses viktig att stärka för att främja individernas hälsa på arbetsplatsen. Arbetet för stärkt empowerment kan föras både på individ- och organisationsnivå. Två av artiklarna hade som mål att stärka just egenmakten hos de anställda (41, 43). Den ena kombinerade detta med en ökning av den enskildes självreflektion, self-efficacy samt en ökad kunskap kring ergonomi och förbättringsarbete relaterat till arbetsmiljön (41). Fem av interventionerna ämnade öka de anställdas delaktighet inom organisationen vilket ökar förutsättningarna för att stärka individens position i verksamheten (34-36, 38, 40). Även stärkt kompetens inom det egna yrkesområdet verkar för att öka en individs empowerment och var ett mål för en av interventionerna (34).

Tre artiklar riktade sig mot att främja den organisatoriska arbetsmiljön genom att förändra och förbättra verksamheternas struktur. Ett exempel var införandet av öppna kontorslandskap för att främja kreativitet samt förenkla informationsflödet. Samma studie ämnade förstärka kommunikationen samt öka det sociala stödet på arbetsplatsen (46) vilket även var målet för Bergman et.al som ytterligare avsåg stärka gemenskapen i arbetsgruppen (35). Att främja stödjande miljöer på arbetsplatsen var likväl ändamålet i studien av Arneson och Ekberg (40).

Andra interventioner riktade sig till flera nivåer genom att bland annat utbilda så kallade arbetsambassadörer till att uppmuntra sina kollegor till livsstilsförbättringar. Ledningen fick i samma studie utbildning i hur verksamheten kan bli mer hälsofrämjande på en organisatorisk nivå (38). En annan insats verkade både på individnivå, med kunskap om coping, och på gruppnivå genom nystartade kompetensgrupper. I samma studie berördes organisationsnivån genom att projekt ämnade för att förbättra arbetsmiljön startades och genomfördes med hjälp av kompetensgrupperna (34). En studie startade dialoggrupper mellan de anställda och ledningen där problem lyftes och behandlades tillsammans med möjliga lösningar. Här riktades insatsen både till individen, den anställde, men även en högre nivå inom verksamheten, det vill säga ledningen (35).

De inkluderade studierna var i stort sätt lika varandra gällande när interventionsaktiviteterna skulle utföras. Emellertid skedde en insats på målgruppens rasttid (43) samt att en studie saknade information om när interventionen skulle ske (42). Resterande interventioner skedde på arbetstid (33-41, 44-46).

### 5.2.3 Genus

Det skilde sig mellan studierna gällande vilka som deltog. Somliga studier riktade sig specifikt mot kvinnor som grupp (37, 39, 41). Andra studier utförde interventioner på

kvinnodominerade arbetsplatser, exempelvis inom vård och omsorg, vilket också ledde till att majoriteten av deltagarna var kvinnor (33, 34, 36, 38, 40). Aktiviteterna i en studie var av den sort som enligt författarna lockade fler kvinnor än män och trots att interventionen riktade sig mot hela arbetsplatsen var fler deltagare kvinnor (42). En studie riktade sig istället mot en mansdominerad bransch, vilket i sin tur ledde till att fler män än kvinnor deltog (43). Resterande fyra insatser utfördes på arbetsplatser med lika könsfördelning, och innebar också en jämn fördelning mellan könen vad gällde studiernas urval (35, 44-46).

### 5.3 Interventionernas påvisade resultat

Det fanns både likheter och skillnader mellan de olika granskade studierna vad gäller vad som mättes och vilket resultat som uppnåddes. Exempelvis hade en del studier fysisk aktivitet som gemensam metod för att främja hälsa, samtidigt som det fanns skillnader i vilka indikatorer som användes för att mäta resultatet. De flesta studier använde enkäter för att mäta den självskattade hälsan hos de anställda (33, 34, 39-43, 45). Biomarkörer och nutritionsanalyser användes i vissa studier för att mäta möjliga effekter efter interventionen (37, 38, 43, 44). Indikatorer som berör organisationsförändring förekom i tre av de inkluderade studierna och berörde då målklarhet, socialt klimat och ledarskap (35, 36, 46). Särskiljande för tre av studierna var att de nyttjade incitament för att antingen locka deltagarna till att vara med eller för att se till att de följde interventionsplanen (34, 41, 43).

Det skiljde sig även gällande vilken påverkan de olika interventionerna hade både på individen eller organisationen. Två kategorier identifierades under ovanstående tema, *Resultat av fysisk aktivitet och avslappning* och *Resultat av utbildningsinsatser samt nya arbetssätt* där likheter och skillnader i interventionernas resultat redovisas.

#### 5.3.1 Resultat av fysisk aktivitet och avslappning

Vilken påverkan de olika interventionerna med inslag av fysisk aktivitet hade på studiedeltagarna och organisationen i stort varierar. Att kombinera utbildning kring hälsopromotion med fokus på livsstilsfaktorer med en uppmuntran till fysisk aktivitet hade inga signifikanta ökning på den generella hälsan eller frekvensen av träning för deltagarna. Det medförde dock att grupper med fysiskt rörliga arbetsuppgifter blev mer stillasittande då antalet möten och diskussioner ökade (38). När enbart reducerad arbetstid jämfördes med kortare arbetstid kombinerat med högintensiv träning visade resultatet en signifikant ökning av fysisk aktivitet i båda grupperna. Däremot ökade midja-höft-kvoten i gruppen som endast fick förkortad arbetstid (37).

En intervention med träningsprogram under betald arbetstid visade en mer frekvent fysisk aktivitet hos deltagarna samt en smärtminskning för de med befintlig smärta. För de yngre kvinnorna i grupperna ökade arbetsförmågan samt den generella hälsan medan de äldre kvinnorna upplevde en förstärkt tro på framtida arbetsförmåga (39). Signifikant stress- och ångestreduktion tillsammans med en ökning av generell psykisk hälsa och välbefinnande var resultatet från en yogaintervention för anställda med måttlig stressnivå (42).

Den kvalitativa studie som undersökte upplevelserna från en intervention med taktil massage och hypnos använde sig av fokusgrupper för att samla in data kring hur deltagarna skattade sin hälsa före och efter. Den samlade uppfattningen från deltagarna efter interventionen var att

de hade mer energi, ökad avslappningsförmåga, förbättrad stress- och smärthantering samt en ökad arbetsförmåga (33).

### 5.3.2 Resultat av utbildningsinsatser samt nya arbetsätt

Vilken påverkan de olika utbildningsinterventionerna hade varierar. I ett webbaserat stresshanteringsprogram sågs en signifikant förbättring gällande sömnkvalitet, stresshantering, koncentration och energi tillsammans med en ökning av det sociala stödet på arbetsplatsen. De utvalda biomarkörerna visade på positiva resultat för individens hälsa (44). Samma webbaserade program användes i en annan studie för att förbättra stresshantering och smärta relaterad till stress. Uppföljningen av interventionen visade att en av grupperna, som tilldelats ett program med färre funktioner, hade signifikant lägre stressrelaterad smärta efter interventionen (45).

Resultatet från en utbildning för att stärka empowerment för anställda inom äldreården visade på små signifikanta förbättringar gällande generell hälsa men även en ökning i vissa psykosomatiska och muskuloskeletala symtom. Deltagarna uppfattade även att vården gentemot patienterna var av högre kvalitet efter interventionen. Även om inga stora signifikanta effekter sågs inom mätperioden fungerade insatsen som katalysator för förbättringsprojekt på arbetsplatsen (34). En intervention som ämnade stärka arbetsförmågan hos kvinnor med muskuloskeletala symtom tillämpade två olika utbildningar, en för ökad kunskap om ergonomi samt en för förstärkning av kvinnornas self-efficacy. Gruppen med en ökad kunskap om ergonomi sågs ha starkare tro på sin framtida möjlighet att arbeta kvar i sitt nuvarande yrke. De använde också smärthanteringsstrategier i högre grad. Gruppen med stärkt self-efficacy visades ha en förbättrad nuvarande arbetsförmåga samt en kortsiktig förbättring av sina smärtsymtom som dock inte kunde ses på längre sikt (41). Utbildning i nutrition och hälsa av både restaurangpersonal och yrkeschaufförer visade sig ha påverkan inte bara på maten som lagades då den blev mer hälsosam utan även på chaufförernas matval (43).

Den kvalitativa studien som utvärderade en intervention som riktade sig mot att underlätta processer för ökad empowerment och delaktighet inom organisationen samlade in data genom fokusgrupper. Deltagarna upplevde en starkare handlingskraft, stärkt gemenskap och socialt stöd på arbetsplatsen. Resultatet visade även på en ökad motivation för att identifiera och lösa problem relaterade till arbetsplatsen samt ökad självreflektion hos de anställda (40).

Utvärderingen av en förflyttning från privata kontor till öppna kontorslandskap visade på ökad stress, försämring av självskattad hälsa, mindre stödjande arbetsförhållanden samt en minskning i antalet som ansåg det möjligt att arbeta kvar en längre tid på sin nuvarande position (46). Implementeringen av dialoggrupper där både anställda och ledning deltog visade en positiv påverkan på den psykosociala arbetsmiljön, det sociala stödet på arbetsplatsen samt en förstärkt kommunikation inom arbetsgruppen och till ledningen (35). Att integrera hälso- och hälsofrämjande arbete med det kontinuerliga förbättringsarbetet visade ett positivt resultat på de anställdas arbetsförmåga samt en ökad produktivitet (36).

## 6. Diskussion

### 6.1 Metoddiskussion

Uppsatsens syfte var att skapa en översikt av kunskapsläget gällande vilka interventioner som görs för att främja hälsan på arbetsplatser och vilken effekt dessa har. För detta ändamål var en litteraturstudie passande. Tidsramen för uppsatsen medförde att en systematisk översikt över kunskapsområdet inte var möjligt att utföra och därför genomfördes en litteraturstudie utifrån ett givet syfte. Studier i ämnet söktes i databaser med hjälp av relevanta nyckelord som identifierats utifrån en första övergripande litteratursökning och utifrån formulerat syfte. I och med detta finns alltid en risk att studier ofrivilligt exkluderas på grund av att synonyma nyckelord missas, särskilt då de flesta artiklarna påträffades i databasen Scopus. Vore så fallet kan relevanta resultat uteblivit från uppsatsen och vidare påverkat innehållsanalysen och resultatet.

Ett stort antal artiklar påträffades genom sökorden. Vid filtrering utefter studiens inklusions- och exklusionskriterier reducerades antalet kraftigt och slutligen återstod 14 artiklar lämpliga för uppsatsens syfte. Genom att endast ha studier gjorda i Sverige ökade möjligheten att jämföra studierna med varandra för att finna likheter och skillnader. Arbetsmiljölagar, normer och kulturer samt vem som ansvarar för de anställdas hälsa kan annars variera mellan länder. Däremot kan valet att enbart ha studier från Sverige påverka överförbarheten till andra kontexter och situationer.

Från början inkluderades endast studier gjorda efter år 2008 då ett spann på tio år ger relativt ny forskning. Dock hittades inte ett tillräckligt stort antal studier under denna period, vilket medförde att sökningen vidgades till att inkludera studier från 2004 och framåt. På grund av fåtalet funna artiklar inom inklusionskriterierna beslutades att även inkludera de artiklar utan uttalat etiskt godkännande eftersom de under kvalitetsgranskningen inte ansågs bryta mot de forskningsetiska principerna (32). Dock är det anmärkningsvärt att det inte finns ett explicit etiskt godkännande i berörda studier vilket bör tas i beaktande när det kommer till deras kvalitet.

I denna litteraturstudie ingår olika varianter av studiedesign. Studier av både kvantitativ och kvalitativ design ingår vilket kan påverka resultatet då de inte är direkt jämförbara med varandra. De kvantitativa studierna mäter effekter av interventioner, medan de kvalitativa studierna ger en kompletterande bild av deltagarnas upplevelser. På så sätt kan en vidare och mer omfattande förståelse av ämnet skapas. De kvalitativa studierna utvärderade och undersökte vad de anställda ansåg om interventionerna genom en induktiv ansats. Det innebär att de har en teoriskapande utgångspunkt.

Vidare är uppsatsens syfte snävt då det är begränsat till studier i Sverige. Det medförde att alla syftesrelevanta interventionsstudier inkluderades då antalet funna studier var lågt. Några av studierna ansågs vara av lägre kvalitet, exempelvis på grund av ett lågt deltagarantal, vilket kan ha en påverkan på uppsatsens resultat.

Att studiernas design skiljer sig åt medförde att de kvalitetsgranskades med hjälp av olika mallar. För en helhetsbild av de inkluderade studiernas kvalitet är det att föredra att använda en och samma granskningsmall. Det var dock inte möjligt då både kvasiexperimentella, kvalitativa samt RCT-studier ingick i det empiriska materialet. Sex artiklar var RCT-studier

vilka anses ha högt evidensvärde (31) och resterande kvantitativa studier var kvasiexperimentella, vilka har lägre evidensvärde då de kan sakna randomisering eller kontrollgrupp. Eftersom kvalitativ forskning baseras på subjektiva upplevelser snarare än objektiva observationer, krävs en hög medvetenhet från forskaren kring sin egen påverkan och förförståelse (47). De två inkluderade kvalitativa studierna saknade en explicit diskussion kring reflexivitet vilket bidrog till att de nedgraderades i kvalitet.

Det sista steget i granskningsprocessen är att utvärdera evidensstyrkan med hjälp av GRADE (31). För en användning av GRADE-systemet är det att föredra att kvalitetsgranskningen av artiklarna följer samma bedömningsskala. Studier av olika design granskades för denna uppsats med skilda mallar vilket innebär olika former för kvalitetsbedömning. För att möjliggöra en granskning enligt GRADE omvandlades därför den första bedömningen till en gemensam skala med ett till fyra plus (+). En egen omvandling av kvalitetsbedömningen innebär att tolkningen av kvaliteten kan ha missbedömts då det möjligen inte genomfördes på ett tillräckligt systematiskt sätt.

Enligt GRADE ska ett samlat resultat stärka evidensen för att exempelvis ett läkemedel eller en metod fungerar enligt fler olika studier (31). Då studierna i den här uppsatsen delades upp utefter vilken nivå de riktades mot innebär det att olika aktiviteter ryms inom samma grupp av studier. Det medför att varje aktivitets evidensstyrka inte kan mätas då den mest logiska uppdelningen av studierna utefter uppsatsens syfte bedömdes vara efter nivå.

Att belysa hälsofrämjande arbetsplatsinterventioner ur ett organisationsteoretiskt perspektiv kan medföra svårigheter. Då de inkluderade studierna endast beskriver typen av verksamhet utan att närmare diskutera deras organisering. Användandet av mytperspektivet som en del av organisationsteorin var dock intressant och medförde ett nytt angreppssätt för att försöka förstå svårigheter gällande att skapa hälsofrämjande arbetsplatser.

För att analysera artiklar i en litteraturstudie brukar innehållsanalys rekommenderas som ett lämpligt tillvägagångssätt. Den valda metoden för innehållsanalys i denna uppsats inspirerades av Friberg (28). Innehållsanalysen av de inkluderade artiklarna delades till en början upp mellan de två författarna. Därefter utfördes en gemensam slutlig kategorisering. Att dela upp artiklarna mellan författarna inför innehållsanalysen kan innebära en risk för en skild tolkning av innehållet. Detta undveks dock i denna uppsats genom att en diskussion om artiklarna fördes under tiden innehållsanalysen utfördes. Då den slutliga kategoriseringen utefter analysen genomfördes gemensamt bidrar det till att säkerställa en unison tolkning av innehållet.

## 6.2 Resultatdiskussion

De interventioner som identifierades i den här uppsatsen som hälsofrämjande för arbetsplatser använder olika metoder med olika angreppssätt samt riktas mot olika nivåer. De metoder som användes mest frekvent var program för ökad fysisk aktivitet och utbildning för att stärka individen eller förbättra arbetsförhållanden. En del av de 14 interventionsstudierna fokuserade istället på implementeringen av nya arbetsmetoder och omstrukturering av arbetssätt för att främja en mer hälsosam arbetsmiljö.

Tre av studierna använde incitament för att öka deltagandet samt följsamheten till interventionen. Majoriteten av de inkluderade studierna riktade sig mot individen, men det

förekom även studier som riktade sig mot arbetsplatsorganisationen eller till flera nivåer samtidigt. De flesta av insatserna utfördes till under arbetstid. Majoriteten av studierna riktades mot kvinnor medan fyra interventioner hade en jämn könsfördelning.

Trots att interventionerna som innehöll olika former av fysisk aktivitet liknade varandra fanns det skillnader gällande vilka indikatorer som valdes för att mäta resultaten. Samma gällde för de med utbildningsfokus samt införandet av nya metoder och arbetssätt. Vilket resultat som kunde ses efter interventionerna var också olika inom de tre interventionstyperna.

### 6.2.1 Aktivitet och resultat

De inkluderade studierna i uppsatsen uppnår skiftande resultat i sina interventioner riktade mot ökad fysisk aktivitet. Detta trots att de utgår från liknande perspektiv där fysisk aktivitet av olika slag förväntas stärka de anställdas motståndskraft till bland annat stress samt främja individens hälsa. Detsamma kan ses för de studier som anammar olika typer av utbildningsinsatser. Exempelvis verkar endast uppmaningen till att vara fysisk aktiv inte medföra en förbättrad hälsa eller en mer frekvent träningsnivå (38). Däremot blev de anställda mer fysiskt aktiva samt upplevde en lägre smärtnivå om träningsprogram implementerades under betald arbetstid (39). En reduktion av den totala arbetstiden för att istället utföra fysisk aktivitet visar också på positiva resultat när det kommer till en ökad träningsfrekvens. I samma studie visades dock att om den reducerade arbetstiden inte var obligatoriskt hänvisad till fysisk aktivitet så ökade midja-höft-kvoten (37). Det som är tydligt av dessa studiers resultat är vikten av att avsätta tiden för fysisk aktivitet. Det verkar inte tillräckligt att endast rekommendera eller uppmana individer till att träna mer. Korp (13) diskuterar balansen mellan struktur och handling. Där menas att valet att vara fysiskt aktiv både är beroende av individens förutsättningar men även en omgivande miljö som möjliggör handlingen. De interventioner som avsätter tid för träning för att främja hälsa kan därmed ha en större inverkan på deltagarnas hälsa.

### 6.2.2 Nivå och resultat

Att interventionsstudierna som riktar sig till att främja hälsan genom individuella insatser såsom träningsprogram och utbildningar får skiftande resultat tål att diskuteras. Om det slutliga ansvaret för de hälsofrämjande insatserna läggs på individen genom att hen ska träna mer eller lära sig om vikten av korrekta ergonomiska arbetsställningar, har den egna motivationen en för stor inverkan. Det kan innebära att de som redan är hälsosamma och intresserade av att förbättra sin arbetsmiljö har lättare att ta till sig interventionen. Vilket i längden kan innebära större klyftor när det gäller hälsa och kan ses som ett hälsopromotivt dilemma. Genom att istället förändra arbetsmetoder för alla anställda utelämnas ingen och arbetsgruppen kan stärkas gemensamt.

Trots att forskning pekar på vikten av att rikta insatser mot flera nivåer och att utgå från ett brett perspektiv gällande det hälsofrämjande arbetet (26) visar de granskade studierna i den här uppsatsen på att de individuella interventionerna fortfarande får en stor plats. Bakomliggande orsaker kan vara att det är enklare att rikta insatser mot individen och hans levnadsvanor. Det kan också bero på att hälsopromotiva insatser ses som just individuella program rörande fysisk aktivitet eller matvanor. Om den uppfattningen finns hos de personer som beslutar över vilken insats som ska antas är det möjligen oundvikligt att insatserna



begränsas till det området (27). I och med att promotion är ett relativt nytt begrepp kan det skapa en osäkerhet kring hur hälsopromotion kan appliceras i praktiken.

Att utföra hälsofrämjande insatser på individnivå anses därmed inte som något dåligt, dock verkar insatser riktade mot fler nivåer få större genomslagskraft samt verka mer uthålliga och varaktiga när det handlar om att främja hälsan och skapa hälsosamma arbetsplatser.

Hälsopromotion är ett stort ämnesområde vilket kan göra det svårt att veta exakt vad som ska mätas och på vilket sätt. Det kan belysas genom det faktum att de olika studierna undersöker olika metoder med skilda indikatorer för resultatet. Denna diskussion berör dock i större utsträckning metodkritik och är inget som vidare analyseras i uppsatsen. Det vore dock ett intressant ämne att undersöka i framtida forskning.

### 6.2.3 Legitimitet

Samtliga av de inkluderade artiklarna beskriver och utvärderar någon form av förändringsarbete. Ett behov av förbättring gällande arbetsmiljön och de anställdas hälsa har identifierats och därför implementeras olika metoder för att förändra och åtgärda de problem som anses existera.

Att ta hand om personal och deras hälsa, anses som viktigt för att skapa hälsosamma arbetsplatser där människor har möjlighet till ett hälsosamt arbetsliv. Sjukskrivningar till följd av brister i arbetsmiljön är något som diskuteras idag. Förväntningar från omgivningen tillsammans med arbetsgivarens ansvar att åtgärda problem i arbetsmiljön (48) skapar incitament till att anta både beprövade och nya metoder för att främja de anställdas hälsa. Genom att visa upp hur verksamheten ska bli socialt hållbar, skapas legitimitet gentemot omgivningen vilket är en del av mytbegreppet.

Frågor kring vad som motiverar verksamheter att införa hälsofrämjande insatser kan diskuteras. Utöver legitimitet från omgivningen kan även ökad produktivitet ses som en morot. Företag som tar sitt sociala ansvar i att förbygga sjukdom och främja hälsa hos de anställda kan möjligen se en mer gynnsam framtid med mer produktiva arbetare. I sådant fall kan den bakomliggande drivkraften till insatserna ifrågasättas gällande huruvida det handlar om personalens hälsa eller något annat (49). Oavsett motivation kan argumentet att målet är det samma föras fram, det vill säga förhoppningsvis en mer hälsosam personal.

### 6.2.4 Myter

Att likna hälsopromotiva metoder vid myter kan uppfattas som en alltför negativ beskrivning. Det vill säga att verksamheter endast arbetar med hälsofrämjande metoder för att visa upp en fasad för att bemöta omgivningens förväntningar. Även om detta kan vara sant i vissa fall kan det ändå leda till att de anställda inom dessa verksamheter gynnas av de insatser som görs. Om en organisation inte implementerar metoder av motivet att främja hälsa kan arbetsmiljön ändå påverkas till det bättre. Normer ses också ofta ha en negativ klang. I detta fall skulle det snarare kunna bidra till att det uppmärksammade problemet får fler organisationer och arbetsplatser att känna påtryckningar utifrån att förbättra sitt arbetsmiljöarbete, vilket i slutändan kommer bidra till att fler arbetsplatser blir hälsofrämjande.

Utifrån de granskade studierna undersöks vilken typ av intervention med hälsofrämjande ansats som ger bäst effekt på de anställdas hälsa. Vissa av metoderna som används är beprövade. Fysisk aktivitet är exempelvis återkommande i diskussioner kring hälsosamma individer och är därmed en vanlig insats i det hälsofrämjande arbetet vilket även syns i uppsatsens granskade artiklar (37-39, 41, 42). Detsamma gäller för utbildningar kring exempelvis ergonomi, stresshantering eller nutrition (41, 43-45). En annan förekommande metod är att omstrukturera verksamheten till öppna kontorslandskap (46, 50). Denna typ av insats visades ha utslutande negativa effekter på de anställdas hälsa. Detta kan ses som ett exempel på en adoptering som anses hälsofrämjande men istället får motsatt effekt och där motivationen bakom implementering kan diskuteras.

De implementerade interventionerna uppnår inte samma resultat även om de är utformade på liknande sätt. Det kan finnas många bakomliggande orsaker. Det är troligtvis viktigt att se till organisationens kontext eller vad som ligger till grund för den rådande situationen. Att till exempel starta program för fysisk aktivitet på arbetsplatsen leder förmodligen inte till en lösning på ett kommunikationsproblem och så vidare. Ytterligare faktorer som möjligen inte tas hänsyn till och som kan hämma effekten av ett program är arbetsplatsens kultur. En intervention som ger goda resultat på en arbetsplats behöver inte nödvändigtvis ge samma resultat på en annan. Som ett exempel testades och utvärderades ett och samma webbaserade verktyg i två olika studier med olika indikatorer samt växlande effekt på de anställdas hälsa. I den ena studien visar verktyget effekt på stresshantering, sömnkvalitet och upplevt stöd på arbetsplatsen samt en positiv förändring i relevanta biomarkörer (44). Den andra studien visade dock ingen skillnad mellan grupperna gällande stressrelaterad smärta (45).

Till vilken grad interventionen har adopterats in i verksamheten har också en betydande roll. Det kan vara så att det har skett en fränstötning eller en särkoppling vilket innebär att insatsen inte lyckas förändra situationen. Vad som kan känneteckna offentliga organisationer är deras komplexitet och svårföränderliga ramar vilket skapar en optimal miljö för just fränstötning eller särkoppling. Det utgör en vanlig problematik när metoder implementeras i en verksamhet för legitimering gentemot omgivningen istället för att utgå från den egna situationen och för att skapa en hälsofrämjande organisation (7).

#### 6.2.5 Genusaspekt i interventionerna

Deltagarna är, i en del av studierna, till största del kvinnor. Det beror bland annat på att målgruppen var kvinnor eller att arbetsplatsen dit insatsen riktades var kvinnodominerad särskilt då de flesta av interventionerna utfördes inom offentlig sektor (51, 52). Anledningen till att insatser riktas mot kvinnodominerade arbetsplatser, exempelvis vård och omsorg, är att dessa ofta dras med problem kopplade till både den fysiska och psykosociala arbetsmiljön (33, 34, 37-39, 41). Det kan därför anses mer angeläget att finna fungerande lösningar och strategier inom dessa områden vilket medför att fler studier görs. Det kan även finnas en starkare motivation att arbeta med att förbättra arbetsmiljön för dessa arbetsgrupper då det ofta råder en brist på arbetskraft.

En del av interventionerna som antingen riktas mot eller vars deltagare av olika anledningar utgörs av en majoritet kvinnor innefattar insatser för att ge de anställda verktyg att hantera stress eller smärta. Orsaker till detta kan vara att det är mindre komplicerat att implementera interventioner som riktar sig mot den enskilde individen eller så kan det vara uttryck för att kvinnor ska ta ansvar för sin egen hälsa. De interventioner som inför nya metoder eller

arbetsätt är däremot inte kvinnodominerade. Där finns istället en jämlik fördelning mellan könen, både när det kommer till arbetsplatsen och vilka som deltar i studien (35, 36, 46).

Ett annat mönster som iaktogs ur de inkluderade studierna var hierarkin inom vilken målpopulationen befann sig samt dess påverkan på vilken typ av intervention som implementerades. En studie riktade sig mot läkare där majoriteten var kvinnor och där interventionen innebar en chans att påverka arbetsmiljön (35). Det kan möjligen vara så att hierarkin inom en organisation har starkare inflytande än vad deltagarnas kön har. Det exemplifieras här genom en vanlig syn på läkare som hierarkiskt högre stående än till exempel hemsjukvårdspersonal. Den hierarkiska maktordningen kan visa sig genom att högre stående grupper i större utsträckning fick interventioner som berör nya arbetsätt eller möjligheter att påverka sin arbetsmiljö och situation. Andra yrkesgrupper erbjöds oftare verktyg för att hantera stress och smärta som uppstått till följd av arbetsmiljön, istället för att förändra det som låg till grund för problemet. Detta samband speglas i den sociala hierarkin där högre status ger mer inflytande vilket diskuteras av Rostila et al. (53).

## 7. Konklusion

Utifrån forskning framkommer ett behov av att arbeta på flera nivåer samtidigt för att skapa hållbara arbetsplatser för ett friskare arbetsliv. Av uppsatsens resultat att döma är fortfarande individriktade interventioner vanliga. Det framkommer även att liknande arbetsplatser tenderar att genomföra liknande hälsofrämjande insatser. Att se till den egna organisationens kontext är viktigt för att undvika att anamma interventioner som inte är anpassade för den egna rådande situationen.

Det är viktigt att inte bara välja en enkel och redan existerande insats utan istället hitta och angripa de faktorer som ligger till grund för den egna verksamhetens förhållanden. Det kan anses svårare och mer tidsödande till en början men kan i förlängningen leda till mer framgångsrika resultat. Det är också viktigt att organisationer inte ser på hälsofrämjande arbetsplatser som ett trendbegrepp och endast ett sätt att skapa legitimitet från omgivningen. Istället bör skapandet av hälsosamma arbetsplatser ses som en investering i den egna verksamheten. Om så sker kan särkoppling eller frånstötning av insatser möjligen undvikas då organisationens sammanhang tagits i beaktande.

Folkhälsoarbetet ska bedrivas utifrån evidensbaserade metoder och för att få en större förståelse för vad som fungerar när det kommer till att främja hälsa på arbetsplatser är det viktigt att ta tillvara på organisationens roll och påverkan.

## Referenser

1. SCB. Sveriges framtida befolkning 2015-2060 [Internet]. Stockholm: SCB; 2015 [citerad 2018-04-26]. Hämtad från: [https://www.scb.se/Statistik/Publikationer/BE0401\\_2015I60\\_BR\\_BE51BR1502.pdf](https://www.scb.se/Statistik/Publikationer/BE0401_2015I60_BR_BE51BR1502.pdf).
2. Karlberg I. Att väga hälsa mot kostnader - introduktion till hälsoekonomi. Stockholm: BoD-Books on Demand; 2016.
3. Ejlertsson G, Andersson I. Folkhälsa - några begreppsdefinitioner. I: Ejlertsson G, Andersson I, redaktör. Folkhälsa som tvärvetenskap - möten mellan ämnen. Lund: Studentlitteratur AB; 2009. s. 17-30.
4. Regeringen. En förnyad folkhälsopolitik [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet; 2007/08:110. [citerad 2018-04-27]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/49bbde/contentassets/e6210d374d4642328badd71f64ca9846/en-fornyad-folkhalsopolitik-prop.-200708110>.
5. Lidwall U, Olsson-Bohlin C. Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest [Internet]. Stockholm: Försäkringskassan; 2016. [citerad 2018-04-26]. Hämtad från: [https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275dafa6ad/korta\\_analyser\\_2016\\_2.pdf?MOD=AJPERES](https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275dafa6ad/korta_analyser_2016_2.pdf?MOD=AJPERES).
6. Sanandaji N. Samhällsförlusten av sjukskrivningar - och värdet av att fler går från sjukskrivning tillbaka till jobb [Internet]. Livförsäkringsbolaget Skandia; 2017. [citerad 2018-04-26]. Hämtad från: [https://www.skandia.se/globalassets/pdf/press-och-media/rapporter-och-debatt/skandia\\_iftl\\_samhallsforlusten-av-sjukskrivningar\\_locked\\_pages.pdf](https://www.skandia.se/globalassets/pdf/press-och-media/rapporter-och-debatt/skandia_iftl_samhallsforlusten-av-sjukskrivningar_locked_pages.pdf).
7. Christensen T, Laegreid P, Roness PG, Rovik KA. Organisationsteori för offentlig sektor. Solna: Liber AB; 2005.
8. Wadell G, Burton KA. Is work good for your health and well-being? London: London TSO; 2006.
9. Albin M, Skerfving S. Arbets- och miljömedicin: miljöfrågor viktiga för folkhälsan. I: Andersson I, Ejlertsson G, redaktörer. Folkhälsa som vetenskap - möten mellan ämnen. Lund: Studentlitteratur AB; 2009. s. 298-315.
10. WHO. Constitution of the World Health Organization [Internet]. World Health Organization; 2006. [citerad 2018-04-26]. Hämtad från: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
11. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst HvD, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343(jul 26 2):sida 4163.
12. Eriksson M, Winroth J. Hälsa och hälsofrämjande. I: Eriksson M, redaktör. Salutogenes - om hälsans ursprung. Stockholm: Liber AB; 2015. s. 1-13.
13. Korp P. Vad är hälsopromotion? Lund: Studentlitteratur AB; 2016.
14. Winroth J. Organisation som arena för hälsofrämjande arbete. I: Eriksson M, redaktör. Salutogenes - om hälsans ursprung. Från forskning till praktisk tillämpning. Stockholm: Liber AB; 2015. s. 126 - 90.
15. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling - siffror, grafik och text [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018. [uppdaterad 2018-03-12; citerad 2018-05-03]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/>.
16. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 1991.
17. Roos E, Prättälä R. Sociala skillnader i hälsorelaterade levnadsvanor. I: Rostila M, Toivanen S, redaktörer. Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm: Liber AB; 2012. s. 201-20.

18. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 [Internet]. World Health Organization; 1986. [citerad 2018-04-27]. Hämtad från: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1).
19. Donnell MP. Evolving definition of health promotion: what do you think? American Journal of Health Promotion. 2009;24(1):sida iv.
20. Arbetsmiljöverket. Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön - viktiga pusselbitar i en god arbetsmiljö [Internet]. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2015. [citerad 2018-04-27]. Hämtad från: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/bocker/den-organisatoriska-och-sociala-arbetsmiljon-viktiga-pusselbitar-i-en-god-arbetsmiljo-vagledning-h457.pdf>.
21. Arbetsmiljöverket. Kunskapsöversikt. Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer [Internet]. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2012. 2012: 7. [citerad 2018-04-26]. Hämtad från: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/den-goda-arbetsmiljon-och-dess-indikatorer-kunskapssammanstallningar-rap-2012-7.pdf>.
22. Lindberg P, Vingård E. Indicators of healthy work environments - a systematic review. Work. 2012;41 Suppl 1:3032.
23. Bringsén Å, Andersson HI, Ejlertsson G, Troein M. Exploring workplace related health resources from a salutogenic perspective: Results from a focus group study among healthcare workers in Sweden. Work. 2012;42(3):403-14.
24. Källestål C, Bjurvald M, Menckel E, Schearström A, Schelp L, Unge C. Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser [Internet]. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2004. [citerad 2018-05-03]. Hämtad från: <http://www.anhoriga.se/Global/AFA/Rapporter/halsoframjandearbetsplatser.pdf>.
25. En förnyad arbetsmiljöpolitik med en nationell handlingsplan 2010-2015 (Regeringens skrivelse 2009/10:248) [Internet]. Stockholm: Regeringen. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/49baec/contentassets/7c77fbff84564d408e84675ecc76b35e/en-fornyad-arbetsmiljopolitik-med-en-nationell-handlingsplan-skr.-200910248>
26. Hultberg A, Skagert K, Johansson PE, Ahlberg JR, G. ISM-rapport 9. Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser [Internet]. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2010. [citerad 2018-04-26]. Hämtad från: [https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/50500ecf-b5e9-4aec-b6b2-028744d8f7a7/2010\\_9\\_Halsoframjande%20arbetsplatser.pdf?a=false&guest=true](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/50500ecf-b5e9-4aec-b6b2-028744d8f7a7/2010_9_Halsoframjande%20arbetsplatser.pdf?a=false&guest=true).
27. Larsson R. Managing workplace health promotion in municipal organizations [doktorsavhandling på internet]. Västerås: Mälardalen Universitet; 2015 [citerad 2018-05-02]. Hämtad från: <http://mdh.diva-portal.org/smash/get/diva2:778989/FULLTEXT02.pdf>
28. Friberg F. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Tredje upplagan ed. Lund: Lund : Studentlitteratur; 2017.
29. SBU. Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2014 [citerad 2018-04-25]. Hämtad från: [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_randomiserade\\_studier.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_randomiserade_studier.pdf).
30. SBU. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2014 [citerad 2018-04-25]. Hämtad från: [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf).
31. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2017 [citerad 2018-04-27]. Hämtad från: <http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>.
32. Codex. Forskning som involverar människan [Internet]. Uppsala: Centrum för forsknings- och bioetik; 2018 [uppdaterad 2018-02-07; citerad 2018-04-25]. Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/forskningsmanniska.shtml>.

33. Airoso F, Andersson SK, Falkenberg T, Forsberg C, Nordby-Hörnell E, Öhlén G, et al. Tactile massage and hypnosis as a health promotion for nurses in emergency care-a qualitative study. *BMC Complement Altern Med.* 2011;11.
34. Petterson IL, Donnersvärd HÅ, Lagerström M, Toomingas A. Evaluation of an intervention programme based on empowerment for eldercare nursing staff. *Work and Stress.* 2006;20(4):353-69.
35. Bergman D, Arnetz B, Wahlström R, Sandahl C. Effects of dialogue groups on physicians' work environment. *Journal of Health, Organisation and Management.* 2007;21(1):27-38.
36. von Thiele Schwarz U, Augustsson H, Hasson H, Stenfors-Hayes T. Promoting Employee Health by Integrating Health Protection, Health Promotion, and Continuous Improvement: A Longitudinal Quasi-Experimental Intervention Study. *J Occup Environ Med.* 2015;57(2):217-25.
37. von Thiele Schwarz U, Lindfors P, Lundberg U. Health-related effects of worksite interventions involving physical exercise and reduced workhours. *Scandinavian journal of work, environment & health.* 2008;34(3):179-88.
38. Karlqvist L, Gard G. Health-promoting educational interventions: A one-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2013;41(1):32-42.
39. Vingrd E, Blomkvist V, Rosenblad A, Lindberg P, Voss M, Alfredsson L, et al. A physical fitness programme during paid working hours - Impact on health and work ability among women working in the social service sector: A three year follow up study. *Work.* 2009;34(3):339-44.
40. Arneson H, Ekberg K. Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. *Health Promot Int.* 2005;20(4):351-9.
41. Larsson A, Karlqvist L, Gard G. Effects of work ability and health promoting interventions for women with musculoskeletal symptoms: A 9-month prospective study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2008;9.
42. Maddux RE, Daukantaité D, Tellhed U. The effects of yoga on stress and psychological health among employees: an 8- and 16-week intervention study. *Anxiety Stress Coping.* 2018;31(2):121-34.
43. Gill PE, Wijk K. Case study of a healthy eating intervention for Swedish lorry drivers. *Health Educ Res.* 2004;19(3):306-15.
44. Hasson D, Anderberg UM, Theorell T, Arnetz BB. Psychophysiological effects of a web-based stress management system: A prospective, randomized controlled intervention study of IT and media workers [ISRCTN54254861]. *BMC Public Health.* 2005;5.
45. Schell E, Theorell T, Hasson D, Arnetz B, Saraste H. Impact of a web-based stress management and health promotion program on neck-shoulder-back pain in knowledge workers? 12 Month prospective controlled follow-up. *J Occup Environ Med.* 2008;50(6):667-76.
46. Bergström J, Miller M, Horneij E. Work environment perceptions following relocation to open-plan offices: A twelve-month longitudinal study. *Work.* 2015;50(2):221-8.
47. Henricson M, Billhult A. Kvalitativ design. I: Henricson M, redaktör. *Vetenskaplig teori och metod Från idé till examination inom omvårdnad* Lund: Studentlitteratur AB; 2012. s. 129-37.
48. *Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160).* Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
49. Holmqvist M. Corporate social responsibility as corporate social control: The case of work-site health promotion. *Scand J Manage.* 2009;25(1):68-72.
50. Hultberg A. Sammanfattning av forskningsläget avseende aktivitetsbaserade kontor (ABW) [Internet]. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2018 [citerad 2018-05-04]. Hämtad från:

[https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/4011560e-73ea-4b3e-b108-c24a6a5892fd/2018-01-](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/4011560e-73ea-4b3e-b108-c24a6a5892fd/2018-01-22%20Sammanfattning%20av%20forskningslaget%20ABW%20AH.pdf?a=false&guest=true)

[22%20Sammanfattning%20av%20forskningslaget%20ABW%20AH.pdf?a=false&guest=true](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/4011560e-73ea-4b3e-b108-c24a6a5892fd/2018-01-22%20Sammanfattning%20av%20forskningslaget%20ABW%20AH.pdf?a=false&guest=true)

51. SCB. Yrkesregistret med yrkesstatistik 2016. Yrkesstrukturen i Sverige. Statistiska centralbyrån; 2018 [citerad 2018-05-01]. Hämtad från:

[https://www.scb.se/contentassets/ae540cb0a7a0409fa223ca872f68fe90/am0208\\_2016a01\\_sm\\_am33sm1801.pdf](https://www.scb.se/contentassets/ae540cb0a7a0409fa223ca872f68fe90/am0208_2016a01_sm_am33sm1801.pdf).

52. Gisselmann M, Hemström Ö, Toivanen S. Kön, genus och skillnader i hälsa. I: Rostila M, Toivanen S, redaktörer. Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm: Liber AB; 2012. s. 62 - 79.

53. Rostila M, Toivanen S. Den orättvisa hälsan. I: Rostila M, Toivanen S, redaktörer. Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm: Liber AB; 2012. S. 13 – 26.

## Bilaga 1. Artikelsammanställning

Ref nr	Titel	Författare Land År	Syfte	Design	Urval	Huvudfynd	Antal Ref.	Kvalitet Etik
40	Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden.	Hanna Arneson & Kerstin Ekberg Sverige 2005	Syftet var att utvärdera en teoribaserad metod för hälsofrämjande arbetsplatser med hänsyn till främjande av empowerment-processer.	Kvalitativ studie med fokusgrupper.	97 personer från 3 olika kommunala arbetsplatser delades in i 13 grupper med 6 till 8 personer i varje.	Den utvärderade metoden verkar vara ett lönsamt samt starkt instrument för att möjliggöra empowerment.	42 st	Medelhög kvalitet (++)  Etiskt godkännande inte angivet
33	Tactile massage and hypnosis as a health promotion for nurses in emergency care – a qualitative study.	Fanny Airoso et.al. Sverige 2011	Syftet var att undersöka sjuksköterskepersonalens erfarenheter och uppfattningar från taktill massage och hypnos som en del av hälsofrämjande aktiviteter på arbetsplatsen.	Kvalitativ studie med fokusgrupper.	57 personer deltagare i den hälsofrämjande interventionen men 16 deltog i fokusgrupperna.	Taktill massage och hypnos kan bidra till att reducera stress och smärta samt öka arbetsförmågan.	31 st	Låg kvalitet (+)  Etiskt godkänd
36	Promoting employee health by integrating health protection, health promotion and continuous improvement. A longitudinal quasi-experimental intervention study.	Ulrica von Thiele Schwarz et.al. Sverige 2015	Syftet var att testa effekterna av en integrering av hälsoskydd, hälsofrämjande arbete och ett kontinuerligt förbättringsarbete på både proximala och distala utfall.	Longitudinell kvasiexperimentell interventionsstudie.	12 enheter på ett svenskt länsjukhus med sammanlagt 500 anställda.	Integration verkar främja engagemang hos personalen i frågor kopplat till skydd och promotion samt öka deras förståelse för kopplingen mellan arbete och hälsa.	61 st	Medelhög risk för systematiska fel (+++)  Etiskt godkänd
45	Impact of a web-based stress management and health promotion program on neck-shoulder-back pain in knowledge workers? 12 month prospective controlled follow-up.	Elisabet Schell et.al. Sverige 2008	Syftet var att utvärdera ett webbaserat stresshanteringsprogramms påverkan på smärta i nacke, axlar och rygg samt den upplevda koppling mellan smärta och stress.	Prospektiv kontrollerad uppföljningsstudie.	226 anställda inom media-branschen.	Det aktuella webbaserade programmet påverkade inte smärtan i nacke, axlar och rygg eller den upplevda kopplingen mellan stress och smärta på arbetsplatser med hög stressnivå.	28 st	Låg risk för systematiska fel (++++)  Etiskt godkänd



44	Psychophysiological effects of a web-based stress management system. A prospective, randomized controlled intervention study of IT and media workers.	Dan Hasson et.al. Sverige 2005	Syftet var att bedöma möjliga effekter på mental och fysisk välmående och stressrelaterad biologiska markörer av ett webbaserat hälsofrämjande verktyg.	Prospektiv randomiserad kontrollerad interventionsstudie.	303 anställda från 6 företag med inriktning informationsteknik och media.	Ett webbaserat automatiskt system kan ha kortsiktiga positiva fysiologiska och psykologiska effekter och kan därför vara ett sätt att motverka några vanliga stress- och hälsoproblem.	43 st	Medelhög risk för systematiska fel  (+++)  Etiskt godkänd
37	Health-related effects of worksite interventions involving physical exercise and reduced workhours.	Ulrica von Thiele Schwarz et al. Sverige 2008	Syftet var att granska hälso-relaterade effekter av två interventioner, fysisk aktivitet och kortad arbetstid, för kvinnor anställda inom tandvården.	Randomiserad kontrollerad interventionsstudie.	6 arbetsplatser med totalt 177 st kvinnor.	Interventioner med moderat minskning av arbetstid kan ha effekt om tiden lades på fysisk aktivitet.	39 st	Medelhög risk för systematiska fel  (+++)  Etiskt godkänd
42	The effects of yoga on stress and psychological health among employees: an 8- and 16-week intervention study.	Rachel E. Maddux et.al. Sverige 2017	Syftet var att undersöka effekten av ett yogaprogram på 8 eller 16 veckor på stress och psykisk hälsa.	Randomiserad kontrollerad interventionsstudie med crossoverdesign .	80 anställda från ett universitet i Sverige.	Yoga utförd i gymmiljö verkar vara effektivt för att förbättra stresstillstånd och främja psykisk hälsa hos anställda som upplever stress.	67 st	Medelhög risk för systematiska fel  (++)  Etiskt godkänd
38	Health-promoting educational interventions: A one-year follow-up study.	Lena Karlqvist & Gunvor Gard Sverige 2013	Syftet var att beskriva och analysera effekterna av hälsofrämjande-utbildningsinterventioner i en svensk kommun.	Randomiserad kontrollerad interventionsstudie.	28 arbetsteam med totalt 475 personer, både ledare och arbetare.	Det mest effektiva metoden är att utbilda ledare och arbetare tillsammans samt att ha samtal som berör både organisationsaspekter och livsstilsfrågor.	30 st	Medelhög risk för systematiska fel  (+++)  Etiskt godkännande inte angivet
34	Evaluation of an intervention programme based on empowerment for eldercare nursing staff.	Inga-Lill Pettersson et.al. Sverige 2006	Syftet var att utvärdera verkan av ett interventionsprogram på en individ-, arbetsplats- och organisatorisk nivå för personal inom äldreomsorgen, med syfte att öka	Prospektiv interventionsstudie.	200 anställda inom 12 äldrevårdsenheter i en svensk kommun.	Interventionen kunde inte visa tydliga förbättringar på arbetsplatserna men har inspirerat till att göra förändringar inom verksamheten.	47 st	Medelhög kvalitet  (++)  Etiskt godkänd

			empowerment hos de anställda.					
43	Case study of a healthy eating intervention for Swedish lorry drivers.	Peter E. Gill & Katarina Wijk Sverige 2004	Syftet var att studera en specifik vägresterang för att observera chaufförers matbeteende samt testa interventioners genomförbarhet för att nå en annars svårnåbar grupp.	Fall studie med interventionsfokus	60 st chaufförer för observation och 30 st anställda för utbildningsintervention.	Positiva effekter var ökad kunskap och medvetenhet om nutrition hos de anställda samt ökad medvetenhet och hälsosammare matbeteende hos chaufförerna.	33 st	Medelhög kvalitet  (++)  Etiskt godkännande inte angivet
35	Effects of dialogue groups on physicians' work environment.	David Bergman et.al. Sverige 2007	Syftet var att utvärdera huruvida dialoggrupper för läkare kan förbättra den psykosociala arbetsmiljön.	Interventionsstudie	60 läkare anställda vid ett sjukhus i Stockholm.	Dialoggrupper kan vara ett sätt att förbättra den psykosociala arbetsmiljön för läkare. Effekten hade möjligtvis varit större om interventionen pågått under en längre period.	40 st	Medelhög kvalitet  (++)  Etiskt godkänd
39	A physical fitness programme during paid working hours – impact on health and work ability among women working in the social service sector: A three year follow up study.	Eva Vingård et.al. Sverige 2008	Syftet var att utvärdera huruvida ett ledarlett fysisk fitnessprogram för kvinnor under arbetstid har effekt på generell hälsa, relationen mellan fysisk och mental belastning på arbetet, individens förmåga, förväntningar på framtida arbete och upplevd fysisk ansträngning på arbetet.	En uppföljnings- och interventionsstudie	205 anställda i interventionsgruppen och 165 anställda i referensgruppen.	För kvinnor under 45 år förbättrades arbetsförmåga och generell hälsa medan förväntning på framtida arbete förbättrades för kvinnor över 45 år. För kvinnor med mer kroppslig smärta förbättrades den generella hälsan och förväntan på framtida arbete.	19 st	Medel/låg kvalitet  (++)  Etiskt godkännande inte angivet
41	Effects of work ability and health promoting interventions for women with musculoskeletal symptoms: A 9-month prospective	Agneta Larsson et.al. Sverige 2008	Syftet var att beskriva effekterna av en intervention riktad mot ökad upplevd själv förmåga (self-efficacy) och en intervention riktad mot att	Prospektiv interventionsstudie	42 kvinnor delades in i de två interventionsgrupperna.	De två interventionerna hade positiva effekter på kvinnor med kroppslig smärta på olika sätt. Interventioner bör skräddarsys	55 st	Låg kvalitet  (+)  Etiskt godkänd

	study.		utbilda kvinnor med kroppslig smärta om ergonomi.			för att passa den aktuella kontexten och deltagarnas vilja och motivation att delta.		
46	Work environment perceptions following relocation to open-plan offices: A twelve-month longitudinal study.	Jessica Bergström et.al. Sverige 2013	Syftet var att undersöka upplevd hälsa, arbetsmiljö och självskattad produktivitet före och efter en förflyttning till öppet kontorslandskap.	Longitudinell studie med interventionsstudie	82 personer på 3 olika avdelningar vid samma företag.	Vid uppföljning 12 månader senare har upplevd hälsa, arbetsglädje och prestation försämrats.	51 st	Låg kvalitet (++) Etiskt godkänd

## Bilaga 2. Redovisning av GRADE

Nivå	Bevisvärde	Kommentar	Referensnummer
Individnivå	+++	Studiekvalitet (-1)	33, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 45
Organisationsnivå	++	Samstämmighet (-1) Inga RCT-studier (-1)	35, 40, 46
Flera nivåer	++	Samstämmighet (-1) Studiekvalitet (-1)	34, 36, 38