



Karolinska  
Institutet

# Hierarkier av hälsa

Chefers hälsa och psykosocial arbetsmiljö  
i kommuner och landsting

Projektgruppen består av:

Fil Dr Christina Björklund, projektledare

Med Dr Malin Lohela Karlsson

Docent Gunnar Bergström

Professor Irene Jensen

Fil Dr Jan Hagberg, statistiker

Professor Christer Sandahl

Rapporten har författats av Christina Björklund, Malin Lohela Karlsson, Irene Jensen, Jan Hagberg och Gunnar Bergström

Projektet har genomförts vid Enheten för interventions och implementeringsforskning, Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet.

Stockholm 30 juni 2011

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	4
Inledning.....	5
Den psykosociala arbetsmiljöns betydelse för anställdas hälsa .....	6
Syfte .....	8
Metod .....	9
Studiegrupp .....	9
Enkäten.....	9
Statistiska analyser .....	11
Potentiella confounders/effektmodifierare .....	11
Resultat.....	12
Skillnader i hälsa, livsstil och arbetsmiljö mellan chefer anställda i kommun respektive landsting .....	12
Manliga och kvinnliga chefer i den kommunala sektorn .....	16
Manliga och kvinnliga chefer inom landstinget .....	20
Psykosocial arbetsmiljö och dess betydelse för chefers hälsa.....	23
Skillnader i upplevelser i hälsa och psykosocial arbetsmiljö utifrån chefsnivå.....	26
Diskussion .....	30
Inledning.....	30
Arbetsstress bland kvinnor och män .....	31
Hierarkier av hälsa .....	34
Metodologiska överväganden.....	35
Generaliserbarhet .....	35
Sammanfattning .....	36
Referenser.....	38

## Sammanfattning

I denna rapport har chefers psykosociala arbetsmiljö, arbetsstress och hälsa jämförts mellan olika organisationer, mellan män och kvinnor och för olika hierarkiska nivåer bland chefer. I studien ingick 1 384 manliga chefer och 3 509 kvinnliga chefer inom kommuner och landsting. En jämförelse mellan dessa visar att en något större andel av cheferna inom kommunerna rapporterar sjukfrånvaro, sjuknärvaro och en sämre hälsa. Generellt sett är dock likheterna större än skillnaderna mellan organisationerna för de faktorer som studerats. Resultaten visar att chefers hälsa och psykosocial arbetsmiljö är relativt god men att det finns några områden där chefers situation bör bli föremål för insatser för att förbättra förhållandena. Stress, utmattning, sjuknärvaro och dålig livsstil är de hälsosfaktorer där chefer, speciellt kvinnliga chefer, rapporterar problem. I den psykosociala arbetsmiljön är det framförallt s.k. spänt arbete, dvs hög arbetsbelastning och låg kontroll, som förekommer i högre utsträckning bland kvinnliga än manliga chefer. Förutom kön visar denna studie också att både hälsa och psykosocial arbetsmiljö är relaterat till vilken nivå chefen befinner sig på i organisationen. Manliga högre chefer är ”vinnarna” följt av högre kvinnliga chefer, lägre manliga chefer och sist lägre kvinnliga chefer. Kvinnliga lägre chefer är de med sämst hälsa och livsstil samt sämst psykosocial arbetsmiljö.

Slutsatserna från denna studie är att:

- Chefers psykosociala arbetsmiljö bör ges fokus i det systematiska arbetsmiljöarbetet och vara en grupp som studeras för sig.
- Chefer inom gruppen lägre chefer upplever hög stress och arbetsbelastning och har också en ökad risk för framförallt stressrelaterad psykisk ohälsa.
- Insatser bör utarbetas för att förbättra framförallt lägre chefer och kvinnliga chefers psykosociala arbetsmiljö och förebygga risk för ohälsa.

## Inledning

Den psykosociala arbetsmiljön har blivit ett aktuellt ämne i samhällsdebatten i många länder. Framförallt för dess koppling till människors mentala och fysiska hälsa. Den ohälsa som kan kopplas samman med arbetsrelaterad stress utgör ett stort problem för många individer i Sverige i likhet med ett flertal andra länder (RFV 2004). I majoriteten av studier kring upplevelsen av den psykosociala arbetsmiljön och dess relation till stress och hälsa har fokus legat på medarbetarna (Rodman and Bell 2002) och inte ledaren eller chefen (Skagert, Dellve et al. 2004). Eftersom chefer spelar en nyckelroll när det gäller att minska stress och åstadkomma ett gott arbetsmiljöarbete för sina anställda borde det vara centralt att chefernas upplevelser sin egen arbetsmiljö gynnsam.

Det fåtal studier som har utförts angående chefers egna psykosociala arbetsmiljö har påvisat det faktum att mellanchefer, projektledare och första linjens chefers hälsa påverkas av samma psykosociala arbetsmiljö faktorer som sina anställda (Jönsson, Svensson et al. 2006). Det är vanligt att chefer upplever sig ha hög arbetsbörda som kan leda till stressrelaterad ohälsa (Bernin, Theorell et al. 2001), att de stöter på problem i förhållande till otydliga mål och roller samt upplever obalans i fråga om ansvar och befogenheter (Jönsson, Svensson et al. 2006).

I en studie från Landstinget i Västra Götaland observerades att fler chefer än medarbetare uppgav ett gott hälsotillstånd, hög kontroll i arbetet och stöd från överordnade. När det gällde risk för stressrelaterad utmattning var första linjens arbetsledare de mest belastade och deras situation var jämförbar med icke-chefer (Ahlborg, Ljung et al. 2006). Institutet för stressmedicin (ISM) har publicerat en rapport där man studerat ledarskap och stress i politisk styrd verksamhet. I rapporten framkom det att hård styrning, formella och informella krav samt brist på stöd och möjlighet till tillitsfull kommunikation, var omständigheter som orsakade chefernas stressbelastning (Skagert, Dellve et al. 2004).

Det finns skillnader i att vara chef i en offentlig organisation respektive en privat organisation eftersom verksamhetstyperna skiljer sig åt. Offentliga verksamheter jämfört med privat verksamhet kan beskrivas som mer komplex eftersom det finns ett allmänt intresse, politiska beslutsprocesser, frånvaron av marknadsmekanismer, öppenhet för insyn, flera samtidigt existerande styrsystem samt formella och legala restriktioner kring verksamheten (Ellström and Kock 1993). En konsekvens av komplexiteten kan vara att organisationen i hög grad blir beroende av den institutionella omgivningen (Brunsson and Olsen 1990; Powell and DiMaggio 1991). Som en följd av ett sådant beroende betonas hur verksamheten anpassas till de föreställningar och krav som den institutionella omgivningen ger uttryck för. Detta ger en bild av i vilket sammanhang eller kontext som cheferna arbetar i och som påverkar deras vardag och arbete.

I Sverige finns det 290 kommuner. Kommunerna ansvarar för det mesta av den samhällsservice som finns där vi bor. Till de viktigaste uppgifterna hör förskola och skola, socialtjänst och äldreomsorg. Sverige har även 17 landsting och 4 regioner (Skåne, Gotland,

Halland och Västra Götaland) och till de viktigaste uppgifterna är hälsa och sjukvård, tandvård samt kollektivtrafik. I en rapport från Arbetsmiljöverket (2011) framgår det att det på senare år har kommit allt fler och tydligare signaler som tyder på att chefer inom offentlig sektor farit illa på grund av sin arbetssituation. Nya organisationsformer har ibland resulterat i färre ledare med större enhetsansvar, mer administrativt arbete, nya samverkansformer och nya krav på medarbetaransvar men också mindre stöd från arbetsledningen (Arbetsmiljöverket 2011). Andelen långtidssjukskrivna pga. psykisk ohälsa har varit större i kommuner och landsting än i andra verksamheter. Nästan en tredjedel av de långtidssjukskrivna har en sådan diagnos där enligt AFA Försäkrings årsrapport från 2010 (Hammar 2011).

Eftersom chefer i offentlig sektor har fått en förändrad arbetssituation under senare år med bland annat ökad arbetsbelastning är det viktigt att fokusera på deras upplevelser av den miljö som de befinner sig i och att det finns förutsättningar att utföra ett gott ledarskap. En chef är inte enbart beroende av den arbetsgrupp som han eller hon leder utan även den organisationsstruktur som råder.

## **Den psykosociala arbetsmiljöns betydelse för anställdas hälsa**

En hel del forskning har gjorts inom området psykosocial arbetsmiljö och hälsa under åren. Centrala begrepp inom forskning kring psykosocial arbetsmiljö är krav, kontroll och socialt stöd. Höga krav i kombination med lågt beslutsutrymme i arbetet, så kallat spännt arbete, och bristande stöd leder ofta till negativ stress och är en bidragande orsak till olika hjärt- och kärlsjukdomar (de Lange, Taris et al. 2003). Socialt stöd på arbetsplatsen kan däremot lindra effekten av den negativa stressen. Högre chefer har som regel ett större inflytande och handlingsfrihet samt ett bättre socialt stöd än underordnade (Bernin 2002). Dessa faktorer visade sig ha en skyddande effekt på hälsan i en Holländsk studie (Bültmann, Kant I.J et al. 2002). I en studie av Åkerstedt med flera (2004) framkom att höga krav i arbetet, ett svagt socialt stöd, att ha svårt att inte tänka på arbetet under fritiden samt att vara äldre, kvinna och arbetsledare var en stark prediktor för mental utmattning (Åkerstedt, Knutsson et al. 2004). Stöd är en central faktor för chefer. Det finns ofta ett stort behov av stöd uppifrån i organisationen. Detta stöd saknas ofta för chefen i första linjen eller mellanchefer (Kjölsrud 1999). Chefer är till exempel ålagda att ha utvecklingssamtal med sina anställda, men det är inte alltid som de själva har utvecklingssamtal med sin egen chef.

Återkoppling på utförda arbetsinsatser är också det en bristvara. Det stöd som anställda kan ge varandra kan inte en anställd ge sin chef. En annan faktor är hur arbete påverkar privatlivet eller balansen mellan arbete och privatliv. Det finns olika teorier presenterat kring arbetets påverkan på familjelivet. En av dem är den så kallade ”spill over teorin” vilket innebär att det som händer i arbetet och dess miljö har en påverkan på familjemiljön. Till exempel kan en stressig arbetsmiljö ha en negativ påverkan på familjemiljön. En person som påverkas negativt av sitt arbete kan ta med den känslan hem och på så sätt påverkas familjelivet av situationen på arbetet. En sådan effekt, så kallad spill over, kan leda till depression, ångest,

somatiska symptom, generella hälsoproblem, hög alkoholkonsumtion och till ett ökat rök beroende (Lindström and Nordiska ministerrådet 1997).

Engagemang i organisationen, vilket handlar om hur individen identifierar och involverar sig med den organisation de arbetar för, har visat ett positivt samband med både mentalt och fysiskt välbefinnande (Siu 2002). Likaså har en förändring i hur en anställd upplever sitt engagemang i organisationen visat ett samband med en förändring av den upplevda hälsan hos de anställda (Lohela, Bjorklund et al. 2009). En annan central faktor är organisationsklimatet. Studier har visat att det sociala klimatet på arbetsplatsen är betydelsefullt för anställdas arbetsmotivation, arbetstillfredsställelse, engagemang och deras prestation i arbetet (Parker, Baltes et al. 2003). Det sociala klimatet har även visat sig vara betydelsefullt för förändringar i den upplevda hälsan. Anställda som upplevde en positiv förändring i det sociala klimatet hade en ökad chans för en förbättring i den upplevda hälsan (Lohela, Bjorklund et al. 2009). När Sveriges chefsorganisation summerade vilken syn svenska chefer har på sitt jobb beskrev 85 procent av de medverkande att de var nöjda med sitt arbete i stort. Dock framkom också en hel del negativa sidor med att vara chef exempelvis svarade 55 procent att chefskapet var psykiskt påfrestande och 70 procent att det hade alltför mycket att göra (Andersson 2008). Detta understryker vikten av att närmare studera hur chefer har det i sitt vardagsarbete.

Manliga och kvinnliga chefer arbetar ofta under olika förhållanden. SKTF gjorde 2002 en undersökning av chefer i Sverige med ett slumpmässigt urval av chefer från offentliga och privata verksamheter. De fann att den typiska kvinnliga chefen har en lägre befattning, är yngre, har högre utbildningsnivå och arbetar inom social/omsorg eller vård. Den typiske manliga chefen har en högre befattning, är äldre, har lägre utbildningsnivå och arbetar inom teknik eller annan verksamhet (till exempel områdeschef, kanslichef, stadsdelschef eller chef med ett bredare ansvar än ett avgränsat område). 58 procent av cheferna har en högskoleutbildning. Det är betydligt vanligare att kvinnliga chefer har högskoleutbildning jämfört med manliga chefer (SKTF 2002).

Ledaren har en central roll att spela i alla verksamheter, eftersom det är dessa personers roll att organisera, planera, leda sin grupp. Om inte ledaren fungerar bra i sitt arbete resulterar detta oftast i en mindre effektiv och produktiv arbetsgrupp. En stressad chef kan göra missbedömningar, ta risker och fatta beslut som är dåligt underbyggda. Kreativiteten sjunker och kortsiktighet tar över. När ingen tid finns över för reflektion tillvaratas heller inte erfarenheter och motivationen sjunker. Detta sammantaget leder till förluster och sjunkande lönsamhet (Trollestad 2003).

Då tidigare forskning endast i begränsad utsträckning innefattat chefers hälsa och psykosociala arbetsmiljö (Skagert, Dellve et al. 2004) har vi i denna studie valt att fokusera på detta perspektiv. För att kunna förebygga stress och ohälsa hos de anställda i en organisation är det centralt att fokusera på cheferna och deras arbetsförhållanden och förutsättningar att utföra ett gott ledarskap. Om inte chefen ses som en viktig del i förebyggande arbetet så kan detta på ett negativt sätt påverka organisationen och dess anställda. Detta då upplevelsen av ledarskapet har betydelse för de anställdas hälsa.

Det är viktigt att undersöka detta i olika verksamheter för att öka kunskapen kring hur olika organisationsstrukturer påverkar chefen. Vi förväntar oss att resultatet från denna studie skall utgöra ett stöd i det systematiska arbetsmiljöarbetet inom olika verksamheter, öka förståelsen för hur chefen har det på sitt jobb och att bidra till en produktiv och välfungerande organisation.

## Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka chefers upplevelse av den psykosociala arbetsmiljön, arbetsstress, sjukfrånvaro och sjuknärvaro samt hälsa. Vi kommer att intressera oss för möjliga skillnader för chefer på olika hierarkiska nivåer inom, och mellan, kommuner och landsting. I studien kommer ett genusperspektiv att ingå där möjliga variationer i hälsa och arbetsmiljö jämförs mellan kvinnor och män, både inom kommun och landsting samt mellan de olika verksamheterna.

Frågeställningar:

1. Skiljer sig cheferna sig åt gällande psykosocial arbetsmiljö, arbetsstress, sjukfrånvaro och sjuknärvarofrekvens samt hälsa mellan de olika verksamheterna (kommun och landsting)?
2. Skiljer kvinnliga och manliga chefer sig åt gällande psykosocial arbetsmiljö, arbetsstress, sjukfrånvaro och sjuknärvarofrekvens samt hälsa inom samma verksamhet?
3. Vilka faktorer i den psykosociala arbetsmiljön har en relation till chefers arbetsstress, sjukfrånvaro och sjuknärvarofrekvens samt hälsa?

Baserat på teoretiska antaganden valdes ett antal av de psykosociala arbetsmiljöfaktorerna ut för att möjliggöra en analys av ett samband mellan den psykosociala arbetsmiljön, arbetsstress, sjukfrånvaro, sjuknärvaro och lägre livskvalitet. De faktorer som valdes ut var socialt klimat, krav från arbetet negativt för familjelivet, engagemang i organisationen, rolltydlighet, rollkonflikt, stöd från arbetskamrater och stöd från chef. Arbetsstress definierades här som spänt arbete.



## Metod

### Studiegrupp

Studien baseras på registerdata insamlade inom AFAs arbetsmiljöprogram [www.suntliv.nu](http://www.suntliv.nu) (Järvholm, Reuterwall et al. 2008). Källmaterialet som använts här omfattar 35 193 anställda inom kommuner och landsting som besvarat hälso och arbetsmiljöenkäten någon gång mellan åren 2002 - 2005. Enkäten innehöll frågor om de anställdas hälsa, livsstil samt arbetsförhållanden. Av dessa personer var 4 896 chefer på olika nivåer inom organisationerna (tabell 1). Svarsfrekvensen har vid olika datainsamlingar legat i intervallet 65-94 procent (medelvärde 78 %).

### Enkäten

Den enkät som använts i AFAs arbetsmiljöprogram har ursprungligen använts i forskningsprojektet Arbete och Hälsa inom Process och Verkstadsindustrin, AHA-projektet, och har beskrivits i detalj tidigare (Bergström, Jensen et al. 2004; Bergstrom, Bjorklund et al. 2008). Instrumentet består av livsstils-, hälso- samt arbetsmiljö och organisationsfrågor enligt beskrivning nedan:

*Bakgrundsuppgifterna som redovisas i denna rapport* beskriver kön, ålder, utbildningsnivå, tid på arbetsplatsen och omfattning av övertid bland cheferna.

*Nack/rygg besvär* mäts med frågor om förekomst av besvär samt i vilken utsträckning de lett till sjukskrivning (Bergström, Jensen et al. 2004; Bergstrom, Bjorklund et al. 2008).

*Livsstil:* Motion och fysisk aktivitet mäts med frågor från LIV 90-studien (Engström, Ekblom et al. 1993). Frågeformuläret "Vardagslivets stress" (stress i vardagslivet) består av 20 frågor som mäter stressbenägenhet/Typ-A (Burell 2002). "Typ-A beteende" kännetecknar en livsstil bestående av otålighet, brådska, höga prestationskrav och en tendens till irritation, ilska och ibland aggressivitet. Frågor om rökning kommer från "Livsstilsprofilen" (Setterlind and Larsson 1995).

*Utmattning.* Emotionell utmattning mäts med Oldenburg Burnout Inventory, OLBI (Demerouti, Bakker et al. 2000). Gränsen för att definieras som utmattade har satts till < 2,20 på det index som mäter utmattning.

*Nedstämdhet.* Nedstämdhet mäts med sju frågor hämtade från the Hospital Anxiety and Depression Scale, (HAD) Detta formulär mäter emotionella och kognitiva dimensioner av nedstämdhet och *depression* (Zigmond and Snaith 1983; Lisspers, Nygren et al. 1997). Svensk validering av frågeformuläret har utförts (Lisspers, Nygren et al. 1997). Gränsen för nedstämdhet är satt till åtta poäng eller högre enligt tidigare forskning.

*Alkoholbruk.* För att identifiera riskabelt alkoholbruk används instrumentet Alcohol Use Disorders Identification Test (*AUDIT*). Detta har utarbetats av en arbetsgrupp inom WHO (Babor, de la Fuente et al. 1992) och är särskilt framtaget och avsett för tidig identifiering av *riskabel och förhöjd alkoholkonsumtion* snarare än att identifiera alkoholberoende personer (Saunders, Aasland et al. 1993). *AUDIT* har översatts och kvalitetssäkrats för svenska förhållanden (Bergman and Källmen 2002) och även använts i studier på svenska arbetsplatser i syfte att identifiera riskkonsumtion av alkohol (Hermansson, Helander et al. 2000). I linje med tidigare forskning sattes gränsen för riskabelt alkoholbruk vid  $\geq 8$  poäng.

*Hälsorelaterad livskvalité* har mätts genom två olika instrument: En fråga om hälsan i allmänhet (generell hälsa) från the Short form 12, SF-12 (Ware, Kosinski et al. 1996) användes. Frågan är formulerad enligt följande: I allmänhet, skulle Du vilja säga att Din hälsa är? Svartalternativen är ”utmärkt”, ”mycket god”, ”god”, ”någorlunda”, ”dålig”. Deltagare som rapporterade hälsa som dålig eller någorlunda definierades uppleva sämre hälsa. Övriga definierades att ha bättre hälsa. Frågeformuläret EQ5D (Brooks, Jendteg et al. 1991) användes också för att mäta livskvalitet. Formuläret omfattar fem frågor som mäter fem dimensioner av hälsorelaterad livskvalitet: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärta/besvär samt oro/nedstämdhet. Ett index skapas med intervallet 0 – 1. I detta projekt definierades personer med resultatet  $\leq 0,831$  att ha sämre hälsa (baserat på skalans fördelning). Bägge de beskrivna gränserna för sämre hälsa definierades innan några resultatanalyser gjorts. Deltagarna i denna studie fick besvara en av (inte bägge) dessa bägge livskvalitetsmätningar. Eftersom resultaten sedan visade sig mycket lika oavsett vilken av dessa mätningar av livskvalitet som användes så, för att underlätta resultatpresentationen, vägdes resultatet från de bägge instrumenten samman.

*Sömn och återhämtning.* Några aspekter av sömnkvalitet mättes genom frågor om svårigheter att somna, vakna och att somna om (Åkerstedt, Knutsson et al. 2002). Frågan om sömnbesvär, d.v.s. om personen har svårt att sova pga tankar på jobb kommer från formuläret *Återhämtning*. Instrumentet som helhet mäter graden av återhämtning efter ett par dagars och efter flera veckors ledighet (Aronsson and Svensson 1997).

*Sjuknärvaro* mäts med en fråga ofta använd inom svensk och internationell forskning (Aronsson, Gustafsson et al. 1999). Den är formulerad enligt följande: ”Hur många gånger under de senaste 12 månaderna har det hänt att du gått till arbetet, trots att du med tanke på ditt hälsotillstånd borde varit hemma?” Svartalternativen var (1) ”Ingen gång”; (2) ”En gång”; (3) ”2-5 gånger” och, (4) ”Mer än fem gånger”. Frågan har använts i tidigare forskning om sjuknärvaro.

*Sjukfrånvaro.* Sjukfrånvaro mättes med en fråga hämtad från the Work Ability Index, WAI, (Tuomi, Ilmarinen et al. 1994). Frågan är formulerad enligt följande: Hur många dagar under de senaste 12 månaderna har du sammanlagt varit borta från arbetet på grund av egen sjukdom (sjukskrivning, vård, behandling eller undersökning)?

*Arbetsförmåga*. En fråga om en person *tror sig kunna arbeta med sitt nuvarande arbete om två år* ställdes. Frågan kommer från en modifierad svensk version av Work Ability Index (WAI) gjord av Toomingas A., 2000 (Tuomi, Ilmarinen et al. 1994).

*Psykosocial arbetsmiljö* mäts med QPSNordic, som är ett instrument för att undersöka psykologiska, sociala och organisatoriska förhållanden på arbetsplatsen. Frågeformuläret har utvecklats av ett flertal nordiska forskare och har visat acceptabel reliabilitet och validitet (Dallner, Elo et al. 2000). De ingående områdena har valts utifrån att det ska vara väl teoretiskt förankrade begrepp och finnas en empiriskt bevisad koppling med hälsa och välmående. De faktorer som inkluderades i denna studie var socialt klimat, engagemang i organisationen, rolltydlighet, rollkonflikt, stöd från arbetskamrater, stöd från chef, krav och kontroll, uppmuntrande och rättvist ledarskap, krav från arbete negativt för familjelivet, och arbetstillfredsställelse.

*Arbetsmotivation* mäts genom ett instrument utvecklat av Björklund (Björklund 2001).

## Statistiska analyser

Deskriptiva analyser genomfördes för att kunna besvara de första två frågeställningarna. Skillnader mellan olika bakgrundsfaktorer, hälsfaktorer, livsstilsfaktorer och psykosociala arbetsmiljöfaktorer undersöktes både mellan kommun och landsting men även för män och kvinnor inom de olika verksamheterna. Statistiska jämförelser genomfördes med hjälp av  $\chi^2$  test, Mann Whitney U-test och t-test beroende på typen av data.

För att besvara den tredje frågeställningen, dvs vilka faktorer i den psykosociala arbetsmiljön som har en relation till chefers arbetsstress, sjukfrånvaro och sjuknärvarofrekvens samt hälsa, genomfördes flera olika regressionsanalyser. Modifierad Poisson regression (Zou 2004) användes i samtliga fall för att undersöka sambandet mellan psykosocial arbetsmiljö och de olika hälsovariablerna. Samma metod användes för att undersöka risken för att utveckla ohälsa relaterat till vilken chefsnivå samt kön personer har. Ordet risk används här i dess statistiska mening och inte som en orsaksförklaring. I och med att varje deltagare bara besvarat frågeformuläret vid ett tillfälle så går det inte att uttala sig om orsakssamband, bara att vissa variabler eller faktorer samvarierar.

## Potentiella confounders/effektmodifierare

Med confounding avses att en faktor samvarierar både med utfallet (exempelvis utmattning) och med den/de variabler vi vill undersöka om de påverkar förekomsten av utmattning. Vårt synsätt baseras mer specifikt på Rothmans definitioner av confounding (Rothman 2002). Innehållsliga aspekter (tänkbar kausalitet avseende utfallsvariablerna) såväl som rent datamässiga (aktuella fördelningar i studiegruppen) kommer att vara vägledande för de slutliga ställningstagandena. Som confounders i samtliga modeller användes kön, ålder, sektor (kommun/landsting).

## Resultat

I den följande resultatredovisningen bör läsaren ha i minnet att studiegruppen/grupperna här är relativt stora vilket gör att även små skillnader mellan grupper tenderar att bli statistiskt säkerställda. Det är därför viktigt att granska de faktiska skillnader som redovisas, d.v.s. de absoluta talen. På grund av detta har i några enstaka fall statistiskt säkerställda resultat inte kommenterats närmare i texten, detta beroende av att den faktiska skillnaden varit liten. Resultaten redovisas dock i sin helhet i tabellerna.

## Skillnader i hälsa, livsstil och arbetsmiljö mellan chefer anställda i kommun respektive landsting

Frågeställning 1 ämnar besvara om det finns några skillnader mellan chefer i kommun respektive landsting. Totalt fanns 4 896 chefer representerade i den databas som har byggts upp inom ramen för AFA Försäkrings program. Av dessa var 64 procent anställda inom kommunal sektor och 36 procent inom landstinget. Både i den kommunala verksamheten och i landstinget är en majoritet av de anställda kvinnor. Detta återspeglas även bland cheferna. Genomsnittsålder bland de kommunala cheferna är 47 år och bland landstingscheferna 49 år. Chefer inom landstinget har i genomsnitt högre ålder och har högre utbildning än chefer inom kommunen. De arbetar även övertid i större utsträckning än de kommunala cheferna gör (Tabell 1).

Tabell 1. Bakgrundsvariabler. Beskrivning av chefer i kommuner och chefer i landsting.

Variabler	Kommuner n = 3150	Landsting n = 1746
<b>Kön, n (%)</b>		
Kvinnor	2239 (71)	1270 (73)
Män	910 (29)	474 (27)
<b>Ålder, M, (SD)</b>	47,4 (10,0)	49,2 (8,9)
<b>Ålder, n (%)</b>		
-29	165 (5)	45 (3)
30-39	546 (17)	228 (13)
40-49	922 (29)	528 (30)
50-59	1196 (38)	729 (42)
60-	315 (10)	212 (12)
<b>Utbildning, n (%)</b>		
Grundskola	327 (10)	126 (7)
Gymnasieutbildning	860 (28)	383 (22)
Universitet ≤ 4år	1639 (52)	806 (47)
Högre akadem utb >4 år	298 (10)	409 (24)
<b>Tid på arbetsplats. n (%)</b>		
-1 år	190 (7)	69 (7)
1-2 år	338 (13)	133 (13)
3-5 år	628 (25)	195 (19)
6-10 år	398 (16)	144 (14)
≥10 år	979 (39)	483 (47)
<b>Arbetar övertid, n (%)</b>		
Varje dag	188 (6)	144 (8)
2 dagar/vecka	633 (21)	417 (24)
1 dag/vecka	310 (10)	177 (10)
2 dagar/månad	618 (21)	276 (16)
< 2 dagar/månad	819 (27)	475 (28)
Aldrig	449 (15)	229 (13)

Bland chefer inom den kommunala sektorn rapporterar en högre andel att de har varit sjuknärvarande fler än två gånger det senaste året. De har fler antal sjukfrånvarodagar och en större proportion rapporterar en sämre generell hälsa än chefer inom landstinget (Tabell 2). Det finns ingen statistiskt säkerställd skillnad bland cheferna i de olika verksamheterna när det gäller deras tro på att kunna arbeta om två år eller avseende fördelningen av andelen som är deprimerade eller utmattade.

Tabell 2. Hälsovariabler. Beskrivning av chefer i kommuner och chefer i landsting.

Variabler	Kommuner n = 3150	Landsting n = 1746	Statistisk prövning
<b>Tror sig kunna arbeta om två år, n (%)</b>			0,105 <sup>b</sup>
Troligen inte	75 (2)	30 (2)	
Osäkert	317 (10)	162 (9)	
Ganska säkert	2724 (87)	1546 (89)	
<b>Sjuknärvaro senaste året, n (%)</b>			<b>0,000<sup>b</sup></b>
Ingen gång	997 (32)	628 (36)	
En gång	560 (18)	354 (21)	
2-5 gånger	1167 (37)	576 (33)	
>5 gånger	392 (13)	174 (10)	
<b>Sjukfrånvaro senaste året, n (%)</b>			<b>0,001<sup>b</sup></b>
Ingen dag	1123 (36)	702 (41)	
1-7 dagar	1316 (42)	706 (41)	
8-24 dagar	409 (13)	193 (11)	
25-99 dagar	188 (6)	88 (5)	
100-365 dagar	78 (3)	43 (2)	
<b>Generell hälsa, n (%)</b>			<b>0,010<sup>a</sup></b>
Bättre hälsa	2432 (79)	1418 (82)	
Sämre hälsa	660 (21)	316 (18)	
<b>Nedstämdhet, n (%)</b>			0,272 <sup>a</sup>
Ja	271 (9)	166 (10)	
Nej	2868 (91)	1568 (90)	
<b>Utmattning, n (%)</b>			0,126 <sup>a</sup>
Ja	333 (11)	210 (12)	
Nej	2791 (89)	1525 (88)	

<sup>a</sup>Chi 2 –test

<sup>b</sup>Mann-Whitney U test

Trots att kommunala chefer generellt rapporterar sämre hälsa är det cheferna inom landstinget som upplever något högre stress i vardagslivet (Tabell 3). I övrigt är livsstilen påtagligt lika mellan chefer inom båda verksamheterna.

Tabell 3. Livsstilsfaktorer. Beskrivning av chefer i kommuner och chefer i landsting.

Variabler	Kommuner n = 3150	Landsting n = 1746	Statistisk prövning
<b>Rökning, n (%)</b>			0,706 <sup>b</sup>
Ja	487 (16)	238 (14)	
Har slutat	940 (30)	559 (32)	
Nej, har aldrig rökt	1681 (54)	927 (54)	
<b>Svårt att sova, tankar på jobb håller vaken, n (%)</b>			0,124 <sup>b</sup>
Aldrig	838 (27)	479 (28)	
Sällan, några ggr/år	1190 (38)	688 (40)	
Någon/några ggr/mån	793 (26)	420 (24)	
Fler ggr/vecka	258 (8)	124 (7)	
Alltid, varje dag	25 (1)	11 (1)	
<b>Sömnkvalitet, n (%)</b>			0,932 <sup>b</sup>
Mkt/ganska bra	2228 (71)	1226 (71)	
Varken eller	515 (17)	307 (18)	
Ganska/mkt dålig	388 (12)	200 (11)	
<b>Fysisk aktivitet, n (%)</b>			0,458 <sup>b</sup>
Grönt	1498 (49)	846 (50)	
Gult	420 (14)	243 (14)	
Rött	1144 (37)	613 (36)	
<b>Stress i vardagslivet, n (%)</b>			<b>0,004<sup>b</sup></b>
Låg	1250 (40)	615 (36)	
Medel	1286 (41)	754 (43)	
Hög	602 (19)	364 (21)	
<b>Riskabelt alkoholbruk, n (%)</b>			0,495 <sup>a</sup>
Ja	143 (5)	72 (4)	
Nej	2938 (95)	1636 (96)	

<sup>a</sup>Chi 2 –test

<sup>b</sup>Mann-Whitney U test

Av tabell 4 framgår att den psykosociala arbetsmiljön upplevs likartat av chefer i kommuner och landsting. Det finns dock några mindre skillnader mellan grupperna. Chefer inom landstinget upplever att kraven från arbetet har en negativ inverkan på familjen i större utsträckning än vad kommunala chefer gör. Andelen med spänt jobb, dvs höga krav och låg kontroll, och andelen med aktivt jobb, dvs höga krav och hög kontroll i arbetet är större bland landstingscheferna.

Tabell 4. Arbetsmiljöfaktorer. Beskrivning av chefer i kommuner och chefer i landsting.

Variabler	Kommuner n = 3150	Landsting n = 1746	Statistisk prövning
Uppmuntrande ledarskap, M (sd)	3,30 (1,00)	3,30 (1,04)	0,884 <sup>c</sup>
Rättvist ledarskap, M (sd)	4,03 (0,81)	3,98 (0,83)	<b>0,038<sup>c</sup></b>
Socialt klimat, M (sd)	3,87 (0,75)	3,87 (0,75)	0,848 <sup>c</sup>
Rollkonflikt, M (sd)	2,54 (0,85)	2,53 (0,84)	0,689 <sup>c</sup>
Stöd från arbetskamrater, M (sd)	4,14 (0,83)	4,08 (0,79)	<b>0,014<sup>c</sup></b>
Stöd från chef, M (sd)	3,71 (0,94)	3,63 (1,00)	<b>0,009<sup>c</sup></b>
Engagemang i organisationen, M (sd)	3,72 (0,86)	3,61 (0,87)	<b>0,000<sup>c</sup></b>
Arbetsmotivation, M (sd)	3,88 (0,61)	3,85 (0,60)	0,098 <sup>c</sup>
<b>Krav från arbete negativt för familj, n (%)</b>			<b>0,013<sup>b</sup></b>
Mycket sällan eller aldrig	883 (28)	426 (24)	
Ganska sällan	694 (22)	431 (25)	
Ibland	1104 (36)	572 (33)	
Ganska ofta	369 (12)	255 (15)	
Mycket ofta eller alltid	76 (2)	51 (3)	
<b>Arbetsstillfredsställelse, n (%)</b>			0,652 <sup>b</sup>
Mycket nöjd	1015 (33)	543 (31)	
Ganska nöjd	1680 (54)	993 (58)	
Varken nöjd eller missnöjd	348 (11)	150 (9)	
Ganska missnöjd	74 (2)	42 (2)	
Mycket missnöjd	9 (0)	3 (0)	
<b>Krav/Kontroll, n (%)</b>			<b>0,000<sup>a</sup></b>
Passivt	309 (10)	91 (5)	
Spänt	975 (32)	588 (35)	
Avspänt	501 (16)	243 (14)	
Aktivt	1308 (42)	790 (46)	

<sup>a</sup> Chi 2 –test

<sup>b</sup> Mann-Whitney U test

<sup>c</sup> t-test

Sammanfattningsvis finns ett mindre antal skillnader finns mellan chefer i kommuner och landsting såsom ålder, hur ofta de arbetar övertid samt utbildningsnivå. Det finns även skillnader i upplevelser i olika hälsovariabler där kommunala chefer upplever en sämre hälsa än landstingschefer. De senare cheferna upplever däremot en större stress i vardagslivet än vad de kommunala cheferna gör. Den psykosociala arbetsmiljön upplevs som relativt lika även om en något större andel av cheferna i landstinget bl.a. upplever att kraven från arbetet påverkar familjelivet negativt. Skillnaderna är dock generellt sett små om de absoluta talen beaktas.

## Manliga och kvinnliga chefer i den kommunala sektorn

Den andra frågeställningen berör om det finns skillnader i mäns och kvinnors upplevelse av hälsa, livsstil och psykosocial arbetsmiljö inom de olika verksamheterna. Inom den kommunala sektorn är fördelningen mellan män och kvinnor 29 respektive 71 procent. Manliga chefer har en högre genomsnittsålder och arbetar oftare övertid än vad de kvinnliga cheferna gör (tabell 5).

Tabell 5. Bakgrundsvariabler. Beskrivning av manliga resp kvinnliga chefer i kommuner.

Variabler	Män n = 910	Kvinnor n = 2239
Ålder, M, (SD)	48,63 (10)	46,93 (10)
Ålder, n (%)		
-29	39 (4)	126 (5)
30-39	129 (14)	417 (19)
40-49	253 (28)	669 (30)
50-59	389 (43)	807 (36)
60-	98 (11)	217 (10)
Utbildning, n (%)		
Grundskola	84 (9)	243 (11)
Gymnasieutbildning	277 (31)	583 (26)
Universitet ≤ 4år	424 (47)	1214 (55)
Högre akadem utb >4 år	117 (13)	181 (8)
Tid på arbetsplats, n (%)		
- 1 år	61 (9)	129 (7)
1-2 år	96 (14)	242 (13)
3-5 år	190 (28)	437 (24)
6-10 år	121 (17)	277 (15)
≥10 år	222 (32)	757 (41)
Arbetar övertid, n (%)		
Varje dag	67 (7)	121 (6)
2 dagar/vecka	211 (24)	422 (20)
1 dag/vecka	104 (12)	206 (10)
2 dagar/månad	208 (23)	409 (19)
< 2 dagar månad	224 (25)	595 (28)
Aldrig	80 (9)	369 (17)



Tabell 6 visar att kvinnor, jämfört med män, oftare är sjuknärvarande, dvs går till jobbet fast de p.g.a. sitt hälsotillstånd anser att de borde ha stannat hemma, rapporterar sämre generell hälsa och att de i större utsträckning är utmattade än vad de manliga kollegorna är. Kvinnorna rapporterar dessutom mer sjukskrivning än männen.

Tabell 6. Hälsotillstånd. Beskrivning av manliga resp kvinnliga chefer i kommuner.

Variabler	Män n = 910	Kvinnor n = 2239	Statistisk prövning
<b>Tror sig kunna arbeta om två år, n (%)</b>			<b>0,018<sup>b</sup></b>
Troligen inte	25 (3)	50 (2)	
Osäkert	68 (7)	248 (11)	
Ganska säkert	813 (90)	1911 (87)	
<b>Sjuknärvaro senaste året, n (%)</b>			<b>0,000<sup>b</sup></b>
Ingen gång	370 (41)	627 (28)	
En gång	148 (16)	412 (19)	
2-5 gånger	302 (33)	864 (39)	
>5 gånger	88 (10)	304 (14)	
<b>Sjukfrånvaro senaste året, n (%)</b>			<b>0,000<sup>b</sup></b>
Ingen dag	403 (45)	719 (33)	
1-7 dagar	393 (43)	923 (42)	
8-24 dagar	72 (8)	337 (15)	
25-99 dagar	26 (3)	162 (7)	
100-365 dagar	7 (1)	71 (3)	
<b>Generell hälsa, n (%)</b>			<b>0,000<sup>a</sup></b>
Bra hälsa	763 (85)	1668 (76)	
Dålig hälsa	134 (15)	526 (24)	
<b>Nedstämdhet, n (%)</b>			0,148 <sup>a</sup>
Ja	68 (7)	203 (9)	
Nej	839 (93)	2028 (91)	
<b>Utmattning, n (%)</b>			<b>0,000<sup>a</sup></b>
Ja	64 (7)	268 (12)	
Nej	843 (93)	1948 (88)	

<sup>a</sup>Chi 2 –test

<sup>b</sup>Mann-Whitney U test

Tabell 7 visar att rökning är vanligare bland kvinnliga än manliga chefer inom den kommunala sektorn. Bland kvinnorna är det även vanligare med sömnproblem p.g.a. jobbrelaterade tankar, att deras sömnkvalitet är sämre och att en något större andel upplever stress i vardagslivet jämfört med männen. Männen har en större andel personer med riskabelt alkoholbruk än vad kvinnor har.

Tabell 7. Livsstilsfaktorer. Beskrivning av manliga resp kvinnliga chefer i kommuner.

Variabler	Män n = 910	Kvinnor n = 2239	Statistisk prövning
<b>Rökning, n (%)</b>			<b>0,004<sup>b</sup></b>
Ja	107 (12)	380 (17)	
Har slutat	281 (31)	658 (30)	
Nej, har aldrig rökt	514 (57)	1167 (53)	
<b>Svårt att sova, tankar på jobb håller vaken, n (%)</b>			<b>0,000<sup>b</sup></b>
Aldrig	292 (33)	546 (25)	
Sällan, några ggr/år	350 (39)	839 (38)	
Någon/några ggr/mån	195 (22)	598 (27)	
Fler ggr/vecka	57 (6)	201 (9)	
Alltid, varje dag	4 (0)	21 (1)	
<b>Sömnkvalitet, n (%)</b>			<b>0,003<sup>b</sup></b>
Mkt/Ganska bra	678 (75)	1549 (70)	
Varken eller	140 (15)	375 (17)	
Ganska/Mkt dålig	90 (10)	298 (13)	
<b>Fysisk aktivitet, n (%)</b>			0,983 <sup>b</sup>
Grönt	442 (50)	1055 (49)	
Gult	109 (12)	311 (14)	
Rött	341 (38)	803 (37)	
<b>Stress i vardagslivet, n (%)</b>			<b>0,023<sup>b</sup></b>
Låg	382 (42)	867 (39)	
Medel	373 (41)	913 (41)	
Hög	151 (17)	451 (20)	
<b>Riskabelt alkoholbruk, n (%)</b>			<b>0,000<sup>a</sup></b>
Ja	89 (10)	54 (2)	
Nej	805 (90)	2132 (98)	

<sup>a</sup>Chi 2 –test

<sup>b</sup>Mann-Whitney U test

Det finns skillnader i hur de manliga och kvinnliga cheferna inom kommunen upplever sin psykosociala arbetsmiljö (tabell 8). Den mest slående skillnaden är att andelen av kvinnorna som rapporterar spänt arbete (höga krav och lågt inflytande) är nästan dubbelt så stor som andelen bland männen som upplever detta. Dessutom upplever en betydligt större andel av männen ett aktivt arbete (höga krav och högt inflytande). Kvinnorna beskriver oftare att kraven från arbetet påverkar familjen negativt jämfört med männen och att de har ett något starkare stöd från sina arbetskamrater. I övrigt upplevs den psykosociala arbetsituationen likartat av både män och kvinnor om de absoluta talen i tabellen beaktas.

Tabell 8. Arbetsmiljöfaktorer. Beskrivning av manliga resp kvinnliga chefer i kommuner.

Variabler	Män n = 910	Kvinnor n = 2239	Statistisk prövning
Uppmuntrande ledarskap, M (sd)	3,28 (1,01)	3,31 (1,00)	0,461 <sup>c</sup>
Rättvist ledarskap, M (sd)	4,06 (0,80)	4,02 (0,81)	0,220 <sup>c</sup>
Socialt klimat, M (sd)	3,81 (0,74)	3,90 (0,75)	<b>0,004<sup>c</sup></b>
Rollkonflikt, M (sd)	2,51 (0,82)	2,55 (0,86)	0,229 <sup>c</sup>
Stöd från arbetskamrater, M (sd)	4,04 (0,82)	4,18 (0,83)	<b>0,000<sup>c</sup></b>
Stöd från chef, M (sd)	3,71 (0,94)	3,71 (0,95)	0,947 <sup>c</sup>
Engagemang i organisationen, M (sd)	3,71 (0,88)	3,73 (0,85)	0,699 <sup>c</sup>
Arbetsmotivation, M (sd)	3,85 (0,64)	3,90 (0,60)	0,055 <sup>c</sup>
<b>Krav från arbete negativt för familj, n (%)</b>			<b>0,000<sup>b</sup></b>
Mycket sällan eller aldrig	304 (34)	579 (26)	
Ganska sällan	233 (26)	461 (21)	
Ibland	273 (30)	830 (37)	
Ganska ofta	84 (9)	285 (13)	
Mycket ofta eller alltid	14 (1)	62 (3)	
<b>Arbetsstillfredsställelse, n (%)</b>			0,538 <sup>b</sup>
Mycket nöjd	289 (32)	726 (33)	
Ganska nöjd	486 (54)	1194 (54)	
Varken nöjd eller missnöjd	111 (12)	236 (11)	
Ganska missnöjd	17 (2)	57 (2)	
Mycket missnöjd	3 (0)	6 (0)	
<b>Krav/Kontroll, n (%)</b>			<b>0,000<sup>a</sup></b>
Passivt	53 (6)	256 (12)	
Spänt	175 (19)	800 (36)	
Avspänt	171 (19)	330 (15)	
Aktivt	502 (56)	805 (37)	

<sup>a</sup>Chi 2 –test

<sup>b</sup>Mann-Whitney U test

<sup>c</sup>t-test

Manliga chefer i den kommunala verksamheten uppger att de är äldre, och oftare arbetar övertid än vad kvinnliga chefer gör. Kvinnor rapporterar generellt sämre hälsa och upplever sig ha en sämre livsstil än vad männen gör. De upplever att de i större utsträckning har spänt arbete och att kraven på arbetet har en negativ inverkan på familjen. Däremot upplever de ett något högre stöd från sina arbetskamrater jämfört med sina manliga chefskollegor.

## Manliga och kvinnliga chefer inom landstinget

För att besvara studiens andra frågeställning genomfördes även analyser på manliga respektive kvinnliga chefer inom landstinget. Inom landstinget finns det fler kvinnliga än manliga chefer. Männerna har i genomsnitt en högre utbildningsnivå och arbetar oftare övertid än deras kvinnliga kollegor gör (tabell 9).

Tabell 9. Bakgrundsvariabler. Beskrivning av manliga resp kvinnliga chefer i landsting.

Variabler	Män n = 474	Kvinnor n = 1270
Ålder, M, (SD)	49,9 (9)	48,9 (9)
Ålder, n (%)		
	-29	33 (3)
	30-39	173 (14)
	40-49	397 (31)
	50-59	512 (40)
	60-	154 (12)
Utbildning, n (%)		
	Grundskola	101 (8)
	Gymnasieutbildning	311 (25)
	Universitet ≤ 4år	655 (52)
	Högre akadem utb >4 år	188 (15)
Tid på arbetsplats, n (%)		
	-1 år	52 (6)
	1-2 år	101 (13)
	3-5 år	156 (19)
	6-10 år	99 (12)
	≥10 år	402 (50)
Arbetar övertid, n (%)		
	Varje dag	80 (6)
	2 dagar/vecka	267 (21)
	1 dag/vecka	130 (10)
	2 dagar/månad	206 (17)
	< 2 dagar månad	385 (31)
	Aldrig	185 (15)

Kvinnliga chefer rapporterar att de haft sjukfrånvaro i högre utsträckning det senaste året än vad manliga chefer har haft samt att de känner sig utmattade i större utsträckning än vad männen gör (tabell 10). Resultaten visar även en tendens till att kvinnor rapporterar något sämre livskvalitet jämfört med män ( $p = 0,053$ ).

Tabell 10. Hälsovariabler. Beskrivning av manliga resp kvinnliga chefer i landsting.

Variabler	Män n = 474	Kvinnor n = 1270	Statistisk prövning
<b>Tror sig kunna arbeta om två år, n (%)</b>			0,162 <sup>b</sup>
Troligen inte	5 (1)	25 (2)	
Osäkert	39 (8)	123 (10)	
Ganska säkert	426 (91)	1120 (88)	
<b>Sjuknärvaro senaste året, n (%)</b>			0,108 <sup>b</sup>
Ingen gång	193 (41)	435 (34)	
En gång	75 (16)	279 (22)	
2-5 gånger	159 (34)	417 (33)	
>5 gånger	42 (9)	132 (11)	
<b>Sjukfrånvaro senaste året, n (%)</b>			<b>0,000<sup>b</sup></b>
Ingen dag	225 (48)	477 (38)	
1-7 dagar	192 (41)	514 (41)	
8-24 dagar	33 (7)	160 (13)	
25-99 dagar	13 (3)	75 (6)	
100-365 dagar	8 (1)	35 (2)	
<b>Generell hälsa, n (%)</b>			0,053 <sup>a</sup>
Bra hälsa	399 (85)	1019 (81)	
Dålig hälsa	72 (15)	244 (19)	
<b>Nedstämdhet, n (%)</b>			0,484 <sup>a</sup>
Ja	41 (9)	125 (10)	
Nej	427 (91)	1141 (90)	
<b>Utmattning, n (%)</b>			<b>0,000<sup>a</sup></b>
Ja	34 (7)	176 (14)	
Nej	439 (93)	1086 (86)	

<sup>a</sup>Chi 2 –test

<sup>b</sup>Mann-Whitney U test

Tabell 11 visar på några skillnader i livsstil mellan de kvinnliga och manliga cheferna. Att röka är vanligare bland kvinnor än män medan motionsvanorna är likartade hos de båda könen. Kvinnor rapporterar i något större utsträckning att de har sömnbesvär p.g.a. tankar på jobb och att deras sömnkvalitet ofta upplevs som ganska eller mycket dålig. Att befinna sig i riskabelt alkoholbruk är vanligare hos manliga än kvinnliga chefer.

Tabell 11. Livsstilsfaktorer. Beskrivning av manliga resp kvinnliga chefer i landsting.

Variabler	Män n = 474	Kvinnor n = 1270	Statistisk prövning
<b>Rökning, n (%)</b>			<b>0,003<sup>b</sup></b>
Ja	46 (10)	192 (15)	
Har slutat	148 (31)	411 (33)	
Nej, har aldrig rökt	275 (59)	652 (52)	
<b>Svårt att sova, tankar på jobb håller vaken, n (%)</b>			<b>0,043<sup>b</sup></b>
Aldrig	137 (29)	342 (27)	
Sällan, några ggr/år	197 (43)	491 (39)	
Någon/några ggr/mån	102 (22)	318 (25)	
Fler ggr/vecka	23 (5)	101 (8)	
Alltid, varje dag	5 (1)	6 (1)	
<b>Sömnkvalitet, n (%)</b>			<b>0,002<sup>b</sup></b>
Mkt/Ganska bra	355 (76)	871 (69)	
Varken eller	80 (17)	227 (18)	
Ganska/Mkt dålig	34 (7)	166 (13)	
<b>Fysisk aktivitet, n (%)</b>			0,575 <sup>b</sup>
Grönt	237 (51)	609 (49)	
Gult	60 (13)	183 (15)	
Rött	165 (36)	448 (36)	
<b>Stress i vardagslivet, n (%)</b>			0,135 <sup>b</sup>
Låg	173 (37)	442 (35)	
Medel	210 (45)	544 (43)	
Hög	84 (18)	280 (22)	
<b>Riskabelt alkoholbruk, n (%)</b>			<b>0,000<sup>a</sup></b>
Ja	46 (10)	26 (2)	
Nej	414 (90)	1222 (98)	

<sup>a</sup> Chi 2 –test

<sup>b</sup> Mann-Whitney U test

I tabell 12 presenteras hur män och kvinnor inom landstinget beskriver sin psykosociala arbetsmiljö. Precis som inom kommunerna så är den mest markanta skillnaden fördelningen av spänt och aktivt arbete, där en betydligt större andel kvinnor rapporterar spänt arbete (höga krav, lågt inflytande) medan en större andel av männen rapporterar ett aktivt arbete (höga krav, högt inflytande). Förutom detta är den psykosociala situationen relativt likartad för både män och kvinnor.

Tabell 12. Arbetsmiljöfaktorer. Beskrivning av manliga resp kvinnliga chefer i landsting.

Variabler	Män n = 474	Kvinnor n = 1270	Statistisk prövning
Uppmuntrande ledarskap, M (sd)	3,35 (0,99)	3,28 (1,05)	0,198 <sup>c</sup>
Rättvist ledarskap, M (sd)	4,03 (0,79)	3,96 (0,84)	0,124 <sup>c</sup>
Socialt klimat, M (sd)	3,88 (0,71)	3,87 (0,77)	0,800 <sup>c</sup>
Rollkonflikt, M (sd)	2,57 (0,82)	2,52 (0,85)	0,304 <sup>c</sup>
Stöd från arbetskamrater, M (sd)	4,00 (0,81)	4,11 (0,78)	<b>0,014<sup>c</sup></b>
Stöd från chef, M (sd)	3,65 (1,01)	3,63 (0,99)	0,778 <sup>c</sup>
Engagemang i organisationen, M (sd)	3,68 (0,88)	3,59 (0,86)	0,062 <sup>c</sup>
Arbetsmotivation, M (sd)	3,92 (0,61)	3,83 (0,59)	<b>0,005<sup>c</sup></b>
<b>Krav från arbete negativt för familj, n (%)</b>			0,075 <sup>b</sup>
Mycket sällan eller aldrig	105 (22)	321 (25)	
Ganska sällan	118 (25)	313 (25)	
Ibland	151 (32)	421 (33)	
Ganska ofta	78 (17)	177 (14)	
Mycket ofta eller alltid	19 (4)	32 (3)	
<b>Arbetsstillfredsställelse, n (%)</b>			0,649 <sup>b</sup>
Mycket nöjd	143 (30)	400 (32)	
Ganska nöjd	277 (59)	716 (57)	
Varken nöjd eller missnöjd	43 (9)	107 (9)	
Ganska missnöjd	10 (2)	32 (2)	
Mycket missnöjd	0 (0)	3 (0)	
<b>Krav/Kontroll, n (%)</b>			<b>0,000<sup>a</sup></b>
Passivt	9 (2)	82 (6)	
Spänt	103 (22)	485 (39)	
Avspänt	71 (15)	172 (14)	
Aktivt	281 (61)	509 (41)	

<sup>a</sup>Chi 2 –test

<sup>b</sup>Mann-Whitney U test

<sup>c</sup>t-test

Sammantaget så visar jämförelsen av manliga och kvinnliga chefers situation inom landstinget att de manliga cheferna har en högre medelålder, högre utbildningsnivå och arbetar övertid i större utsträckning än vad de kvinnliga cheferna gör. Kvinnliga chefer har en något sämre hälsa och livsstil än vad de manliga cheferna har. Dock är det vanligare att männen befinner sig i riskabelt alkoholbruk än kvinnor. En större andel av kvinnorna rapporterar sig ha ett spänt arbete medan männen oftare har ett aktivt arbete.

## Psykosocial arbetsmiljö och dess betydelse för chefers hälsa

Frågeställning 3 avser vilka faktorer i den psykosociala arbetsmiljön som kan relateras till chefers arbetsstress eller spänt arbete, sjukfrånvaro, sjuknärvaro och hälsa. I tabell 13 till 16 ingick flera psykosociala arbetsmiljöfaktorer i analyserna vilka var: socialt klimat, engagemang i organisationen, rolltydlighet, rollkonflikt, arbetskrav påverkar familjeliv negativt, stöd från arbetskamrater, stöd från chef, och spänt arbete. I alla analyser kontrollerades för kön (0=man; 1= kvinna), ålder och organisation (0 = kommun; 1 = landsting). Endast statistiskt säkerställda samband ( $p < 0,05$ ) presenteras i tabellerna.

Tabell 13 visar vilka faktorer i den psykosociala arbetsmiljön som har ett samband med arbetsstress (spänt arbete). I denna framkommer att högre engagemang i organisationen är kopplat till lägre risk för att uppleva arbetsstress. Personer som är mer engagerade i organisationen har mindre risk för att uppleva arbetsstress än personer som är mindre engagerade i organisationen. Lägre chefsnivå, mer av rollkonflikter och upplevelsen av att arbetskraven påverkar familjelivet negativt kan associeras till högre arbetsstress. Kvinnligt kön innebär att risken ökar med 75 procent att uppleva arbetsstress.

Tabell 13. Faktorer i den psykosociala arbetsmiljön med ett samband med arbetsstress här definierat som spänt arbete, d.v.s. en kombination av höga arbetskrav och lågt inflytande i arbetet. Relativa risker (RR) från Poisson regression.

	Relativ risk (konfidensintervall)
	n = 4703
Kön	1.75 (1.57; 1.95)***
Engagemang i organisationen	<b>0.79 (0.76; 0.83)***</b>
Rollkonflikt	<b>1.24 (1.18; 1.30)***</b>
Arbetskrav påverkar familjelivet negativt	<b>1.17 (1.13; 1.22)**</b>

ki = 95% konfidensintervall; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

Alla arbetsmiljöfaktorer har mätts med QPSNordic (se Metod – Enkät)

Variabler som ingick i modellen men som inte hade statistiskt säkerställt samband med arbetsstress: Ålder, organisation, socialt klimat, stöd från arbetskamrater, stöd från chef och rolltydlighet.

I tabell 14 visas att chefer som upplever ett spänt arbete och att arbetskraven påverkar familjelivet negativt också har en ökad risk för sjukfrånvaro under senaste året. Kvinnligt kön ökar risken för sjukfrånvaro ( $\geq 8$  dagar senaste året) medan att arbeta inom landstinget minskar risken något jämfört med att vara kommunanställd.



Tabell 14. Faktorer i den psykosociala arbetsmiljön som har ett samband med sjukfrånvaro  $\geq 8$  dagar under det senaste året. Relativa risker (RR) från Poisson regression.

	Relativ risk (konfidensintervall)
	n = 4723
Kön	1.18 (1.12; 1.24)***
Organisation	0.92 (0.88; 0.97)**
Spänt arbete	<b>1.12 (1.07; 1.18)***</b>
Arbetskrav påverkar familjelivet negativt	<b>1.03 (1.01; 1.06)**</b>

ki = 95% konfidensintervall; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

Variabler som ingick i modellen men som inte hade statistiskt säkerställt samband med sjukskrivning: Ålder, socialt klimat, engagemang i organisationen, rolltydlighet, rollkonflikt, stöd från arbetskamrater och stöd från chef.

Tabell 15 beskriver faktorer som är relaterade till sjuknärvaro, d.v.s. att gå till jobbet trots att man upplever att man borde varit sjukskriven. Risken för att en person är sjuknärvarande två gånger eller mer under det senaste året ökar om personen upplever sig ha ett spänt arbete, att arbetet innebär mer av rollkonflikter, att arbetskraven påverkar familjelivet negativt och om stödet från arbetskamrater är lågt. Kvinnliga chefer har 12 procent ökad risk för sjuknärvaro och chefer inom landstinget en något minskad risk.

Tabell 15. Faktorer i den psykosociala arbetsmiljön som har ett samband med sjuknärvaro  $\geq 2$  gånger under det senaste året. Relativa risker (RR) från Poisson regression.

	Relativ risk (konfidensintervall)
	n = 4697
Kön	1.12 (1.07; 1.17)***
Organisation	0.94 (0.90; 0.98)**
Ålder	0.99 (0.99; 0.99)***
Spänt arbete	<b>1.13 (1.09; 1.18)***</b>
Rollkonflikt	<b>1.07 (1.04; 1.10)***</b>
Arbetskrav påverkar familjelivet negativt	<b>1.11 (1.08; 1.13)</b>
Lägre socialt stöd från arbetskamrater	<b>1.03 (1.01; 1.06)</b>

ki = 95% konfidensintervall; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

Variabler som ingick i modellen men som inte hade statistiskt säkerställt samband med sjuknärvaro: Socialt klimat, engagemang i organisationen, rolltydlighet och stöd från chef.

Tabell 16 visar en riskökning på 42 procent för att uppleva sämre hälsa bland chefer som upplever ett spänt arbete. Chefer som rapporterar att arbetskraven påverkar familjelivet negativt har också en ökad risk för sämre hälsa medan ett gott socialt klimat minskar risken för sämre hälsa. Landstingsanställda upplever sig ha bättre hälsa än kommunanställda medan kvinnliga chefer upplever sämre livskvalitet än män.

Tabell 16. Faktorer i den psykosociala arbetsmiljön som har ett samband med sämre hälsa (lägre hälsorelaterad livskvalitet). Relativa risker (RR) från Poisson regression.

	Relativ risk (konfidensintervall)
	n = 4673
Kön	1.38 (1.20; 1.58)***
Organisation	0.82 (0.73; 0.92)**
Ålder	1.01 (1.00; 1.01)*
Spänt arbete	<b>1.42 (1.26; 1.60)***</b>
Socialt klimat	<b>0.74 (0.69; 0.79)***</b>
Arbetskrav påverkar familjelivet negativt	<b>1.26 (1.19; 1.33)***</b>

ki = 95% konfidensintervall; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

Livskvalitet mättes här med enskild fråga från sf-36 eller med EQ5D, se metod.

Variabler som ingick i modellen men som inte hade statistiskt säkerställt samband med arbetsstress: engagemang i organisationen, rolltydlighet, stöd från arbetskamrater och stöd från chef.

Sammanfattningsvis så återkommer variabeln ”arbetskrav påverkar familjelivet negativt” i alla analyserna av psykosociala faktorer som påverkar chefernas hälsa och arbetsstress. Spänt arbete finns också med som en i alla analyser där denna variabel ingick som möjlig förklaringsvariabel. Rollkonflikt hör samman både med en ökad risk för arbetsstress och ökad risk för sjuknärvaro under det senaste året. Variabler som för enskilda utfall kan relateras till bättre hälsa och minskad arbetsstress är bättre socialt klimat på arbetsplatsen och ett ökat engagemang i organisationen. Kvinnliga chefer upplever genomgående sämre hälsa och högre risk för arbetsstress. Landstingsanställda chefer rapporterar en bättre livskvalitet och en något lägre risk för sjukfrånvaro och sjuknärvaro.

## Skillnader i upplevelser i hälsa och psykosocial arbetsmiljö utifrån chefsnivå

I det övergripande syftet framgår att vi är intresserade av att undersöka eventuella skillnader i hälsa och arbetsmiljö hos chefer på olika hierarkiska nivåer och om det finns skillnader mellan manliga och kvinnliga chefer på dessa nivåer. Cheferna var uppdelade i två grupper antingen högre chef eller lägre chef. De chefer som ingick i chefsgruppen högre chefer var de chefer som hade verksamhetsansvar t ex sjukhusdirektörer, kommunchefer/direktörer, landstingsdirektör, socialchef m fl. emedan de chefer som istället fanns i gruppen lägre chefer var t ex enhetschefer eller avdelningschefer inom kommun eller landsting.

Av de närmare 4 900 stycken chefer som ingår i detta material gick 1 121 chefer att kategorisera in utifrån vilken chefsnivå de tillhör. Cheferna delas in i högre kvinnliga

respektive manliga chefer samt lägre kvinnliga respektive manliga chefer. Totalt bestod materialet av 140 högre manliga chefer (13%), 105 högre kvinnliga chefer (9%), 292 lägre manliga chefer (26%) och 584 lägre kvinnliga chefer (52%). 33 procent av dessa chefer är anställda inom landstinget.

Sjuttioåtta procent av de högre kvinnliga cheferna är 50 år eller äldre (tabell 17). Bland de högre manliga cheferna är den procentuella andelen som är äldre än 50 år något lägre. Bland de lägre cheferna skiljer sig åldersfördelningen åt jämfört med de högre cheferna. Hos de lägre kvinnliga cheferna är ca hälften av cheferna yngre än 50 år och hos de lägre manliga cheferna är ca 40 procent yngre än 50 år. Det är vanligare att manliga chefer har en akademisk utbildning som är längre än 4 år jämfört med de kvinnliga cheferna på samma nivå.

Tabell 17. Bakgrundsvariabler. Beskrivning av hierarkiska chefsnivåer i både kommun och landsting.

Variabler	Högre manliga chefer n = 140	Högre kvinnliga chefer n = 105	Lägre manliga chefer n = 292	Lägre kvinnliga chefer n = 584
Ålder, M, (SD)	52,4 (7)	51,9 (7)	50,7 (8)	49,1 (8)
<b>Ålder, n (%)</b>				
-29	0 (0)	2 (2)	3 (1)	11 (2)
30-39	5 (3)	5 (5)	24 (8)	61 (10)
40-49	39 (28)	20 (19)	97 (33)	210 (36)
50-59	77 (55)	64 (61)	135 (47)	244 (42)
60-	19 (14)	14 (13)	33 (11)	58 (10)
<b>Utbildning, n (%)</b>				
Grundskola	2 (1)	3 (3)	14 (5)	21 (3)
Gymnasieutbildning	10 (7)	9 (9)	62 (21)	62 (11)
Universitet ≤ 4år	77 (57)	63 (61)	137 (47)	416 (72)
Högre akadem utb >4 år	48 (35)	28 (27)	77 (27)	79 (14)
<b>Tid på arbetsplats, n (%)</b>				
- 1 år	7 (7)	11 (13)	16 (10)	50 (12)
1-2 år	15 (15)	15 (17)	28 (17)	87 (21)
3-5 år	31 (30)	26 (31)	44 (27)	103 (24)
6-10 år	14 (14)	18 (21)	29 (17)	62 (14)
≥10 år	35 (34)	15 (18)	48 (29)	121 (29)
<b>Arbetar övertid, n (%)</b>				
Varje dag	23 (17)	17 (17)	33 (11)	49 (9)
2 dagar/vecka	59 (44)	43 (43)	94 (33)	199 (35)
1 dag/vecka	15 (11)	12 (12)	37 (13)	94 (17)
2 dagar/månad	20 (15)	11 (10)	53 (18)	109 (19)
< 2 dagar/månad	13 (10)	13 (13)	60 (21)	83 (14)
Aldrig	4 (3)	5 (5)	11 (4)	37 (6)

Tabell 18 beskriver hälsa, livsstil och psykosocial arbetsmiljö bland chefer uppdelade på kön och hierarkisk nivå. Sjuknärvaro vid mer än två tillfällen är vanligare bland de lägre cheferna samt de högre kvinnliga cheferna än bland de högre manliga cheferna. Dessutom är andelen som varit sjuknärvarande 5 gånger eller mer det senaste året betydligt vanligare bland de lägre cheferna jämfört med högre manliga chefer. Högst andel med god hälsa/livskvalitet finns bland de högre manliga cheferna och högst andel med sämre hälsa bland lägre kvinnliga chefer. Upplevelse av utmattning är också vanligast bland de lägre kvinnliga cheferna än de övriga cheferna men också generellt sett vanligare bland kvinnorna än bland männen. Andelen med spänt arbete, dvs höga krav och låg kontroll, är högre hos kvinnliga chefer än manliga chefer på motsvarande nivå.

Tabell 18. Hälsa, livsstil och psykosocial arbetsmiljö. Beskrivning av hierarkiska chefsnivåer i både kommun och landsting.

Variabler	Högre manliga chefer n = 140	Högre kvinnliga chefer n = 105	Lägre manliga chefer n = 292	Lägre kvinnliga chefer n = 584
<b>Sjukfrånvaro senaste året, n (%)</b>				
Ingen dag	70 (51)	56 (55)	137 (48)	252 (44)
1-7 dagar	57 (42)	34 (33)	126 (43)	239 (41)
8-24 dagar	8 (6)	8 (8)	16 (5)	52 (9)
25-99 dagar	1 (1)	3 (3)	10 (3)	23 (4)
100-365 dagar	0 (0)	1 (1)	2 (1)	11 (2)
<b>Sjuknärvaro senaste året, n (%)</b>				
Ingen gång	73 (53)	37 (35)	121 (42)	202 (35)
En gång	24 (18)	27 (26)	51 (17)	126 (22)
2-5 gånger	37 (27)	33 (32)	92 (32)	183 (32)
>5 gånger	3 (2)	8 (7)	26 (9)	62 (11)
<b>Generell hälsa, n (%)</b>				
Bra hälsa	125 (93)	92 (89)	254 (88)	483 (83)
Dålig hälsa	10 (7)	11 (11)	36 (12)	97 (17)
<b>Nedstämdhet, n (%)</b>				
Ja	5 (4)	10 (9)	26 (9)	49 (8)
Nej	133 (96)	95 (91)	265 (91)	533 (92)
<b>Utmattning, n (%)</b>				
Ja	8 (6)	11 (10)	18 (6)	85 (15)
Nej	131 (94)	94 (90)	273 (94)	489 (85)
<b>Svårt att sova, tankar på jobb håller vaken, n (%)</b>				
Aldrig	24 (18)	13 (13)	74 (25)	77 (13)
Sällan, några ggr/år	65 (48)	36 (35)	119 (41)	245 (42)
Någon/några ggr/mån	32 (23)	38 (37)	72 (25)	183 (32)
Fler ggr/vecka	14 (10)	13 (13)	23 (8)	68 (12)
Alltid, varje dag	1 (1)	2 (2)	4 (1)	6 (1)
<b>Krav/Kontroll, n (%)</b>				
Passivt	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0)
Spänt	10 (7)	14 (13)	46 (16)	128 (22)
Avspänt	7 (5)	4 (4)	36 (12)	56 (10)
Aktivt	123 (88)	86 (83)	208 (72)	387 (68)

Tabell 19 beskriver risken för ohälsa inom ett antal områden uppdelat på chefernas kön och hierarkiska nivå. I jämförelse med högre manliga chefer har lägre kvinnliga chefer mer sjuknärvaro, sämre generell hälsa, utmattning och högre risk för sömnsvårigheter p.g.a. att tankar på arbetet håller dem vakna på natten. Högre kvinnliga chefer har även de, jämfört med högre manliga chefer, ökad risk för sjuknärvaro mer än två gånger det senaste året och sömnsvårigheter p.g.a. tankar på arbetet. Risken för sämre hälsa är 2,37 gånger högre för en kvinna i den lägre chefspositionen än för en man i den högre chefspositionen. Risken för utmattning för kvinnliga chefer på den lägre chefsnivån är 2,4 gånger högre än för en man på den högre chefsnivån.

Tabell 19. Risk för ohälsa bland högre och lägre chefer uppdelade på kön.

	n (antal fall)	RR (KI) Enkel risk	RR (KI) Åldersjusterad risk
<b>Sjukfrånvaro ≥ 8dgr senaste året</b>			
Högre chef, man	136 (66)	1.0	1.0
Högre chef, kvinna	102 (46)	0.93 (0.71; 1.22)	0.93 (0.70; 1.22)
Lägre chef, man	291 (154)	1.09 (0.89; 1.34)	1.08 (0.88; 1.32)
Lägre chef, kvinna	577 (325)	1.16 (0.96; 1.40)	1.14 (0.94; 1.38)
<b>Sjuknärvaro ≥ 2dgr senaste året</b>			
Högre chef, man	137 (64)	1.0	1.0
Högre chef, kvinna	105 (68)	<b>1.39 (1.10; 1.74)**</b>	<b>1.38 (1.10; 1.72)**</b>
Lägre chef, man	290 (169)	<b>1.25 (1.02; 1.53)*</b>	1.22 (1.0; 1.49)
Lägre chef, kvinna	573 (371)	<b>1.39 (1.15; 1.67)**</b>	<b>1.32 (1.10; 1.60)**</b>
<b>Generell hälsa, sämre hälsa</b>			
Högre chef, man	135 (10)	1.0	1.0
Högre chef, kvinna	103 (11)	1.44 (0.64; 3.26)	1.45 (0.64; 3.28)
Lägre chef, man	290 (36)	1.68 (0.86; 3.28)	1.72 (0.87; 3.37)
Lägre chef, kvinna	580 (97)	<b>2.26 (1.21; 4.21)*</b>	<b>2.37 (1.26; 4.46)**</b>
<b>Utmattning</b>			
Högre chef, man	139 (8)	1.0	1.0
Högre chef, kvinna	105 (11)	1.82 (0.76; 4.36)	1.80 (0.76; 4.31)
Lägre chef, man	291 (18)	1.08 (0.48; 2.41)	1.04 (0.46; 2.36)
Lägre chef, kvinna	574 (85)	<b>2.57 (1.28; 5.18)*</b>	<b>2.44 (1.19; 5.01)*</b>
<b>Svårt att sova p.g.a. tankar på arbetet</b>			
Högre chef, man	136 (47)	1.0	1.0
Högre chef, kvinna	102 (53)	<b>1.50 (1.12; 2.02)**</b>	<b>1.52 (1.13; 2.05)**</b>
Lägre chef, man	292 (99)	0.98 (0.74; 1.30)	1.02 (0.77; 1.35)
Lägre chef, kvinna	579 (257)	<b>1.28 (1.00; 1.65)*</b>	<b>1.38 (1.08; 1.77)*</b>
<b>Nedstämdhet</b>			
Högre chef, man	138 (5)	1.0	1.0
Högre chef, kvinna	105 (10)	2.63 (0.93; 7.46)	2.61 (0.92; 7.40)
Lägre chef, man	291 (26)	2.47 (0.97; 6.28)	2.41 (0.94; 6.18)
Lägre chef, kvinna	582 (49)	2.32 (0.94; 5.72)	2.23 (0.89; 5.95)

KI = 95 % konfidensintervall; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

Se metod del för information om mätmetoder.

## Diskussion

### Inledning

I denna studie har syftet varit att undersöka chefers upplevelse av den psykosociala arbetsmiljön, arbetsstress (här definierat som spänt arbete), sjukfrånvaro, sjuknärvaro och hälsa. Antal chefer som deltog i studien var 3 150 från kommunal verksamhet samt 1 746 chefer från olika landsting. Sjuttio procent av cheferna var kvinnor.

De mest slående resultaten i denna studie var att en väsentligt större andel av de kvinnliga cheferna rapporterade ett spänt arbete (höga krav och lågt inflytande) jämfört med de manliga cheferna. Däremot så beskrev en betydligt större andel av de manliga cheferna att de hade ett aktivt arbete (höga krav och högt inflytande) jämfört med de kvinnliga cheferna. Det tycks också som om hälsan varierar pga könstillhörighet och hierarkisk position inom organisationen, där lägre kvinnliga chefer beskriver sämre hälsa, mer utmattning, sjuknärvaro och sömnbesvär än högre manliga chefer.

Inledningsvis undersökte vi om cheferna skiljer sig åt mellan kommun och landsting gällande psykosocial arbetsmiljö och olika hälsofaktorer. Generellt visade resultaten att det inte finns några större skillnader i chefernas upplevelse av arbetsmiljön vid jämförelse mellan de olika organisationerna. Vad gäller hälsofaktorer så framkom att kommunala chefer i något större utsträckning upplever en sämre generell hälsa än landstingschefer och att de rapporterar en högre grad av sjukfrånvaro och sjuknärvaro för de senaste 12 månaderna. Trots dessa skillnader mellan organisationerna så är det mest likheter som går att avläsa. Cirka 20 procent i respektive organisation skattar sig ha sämre hälsa, cirka 10 procent upplever sig som utmattade och en stor andel rapporterar att de varit sjuknärvarande två gånger eller mer under det senaste året. Likaså är det ca 10 procent som uppger att de sover ganska eller mycket dåligt. Det finns därmed vissa hälsoproblem hos chefer som bör arbetas med.

Den andra frågeställningen var om kvinnliga och manliga chefer skiljer sig åt beträffande psykosocial arbetsmiljö, arbetsstress, sjukfrånvaro och sjuknärvarofrekvens samt hälsa inom sina respektive sektorer (kommuner och landsting). Resultaten visade i stora drag att det fanns skillnader mellan manliga och kvinnliga chefer inom både kommunal sektor och landstings sektor. Kvinnor rapporterar generellt sämre hälsa och har en sämre livsstil än männen. De upplever att de i större utsträckning har spänt arbete och att kraven på arbetet har en negativ inverkan på familjen. De högre arbetskraven och obalansen mellan familjeliv och arbetsliv är troligtvis en förklaring till att kvinnorna även har en sämre livsstil. Sambandet mellan en god livsstil, hälsa och förmågan att hantera fysisk och psykisk belastning är väl dokumenterat i forskningen. Våra resultat indikerar därmed att kvinnliga chefer är dubbelt utsatta dels genom att arbetskraven är högre men också att livsstilen är sämre vilket i sin tur minskar möjligheten att klara arbetsbelastning.

Den högre belastningen balanseras av att kvinnorna rapporterar ett bättre socialt klimat och mer stöd från sina arbetskamrater än vad de manliga cheferna gör. Det är större skillnad

mellan manliga och kvinnliga chefers hälsa i kommunen än vad det är mellan motsvarande inom landstinget.

Vid en jämförelse mellan kvinnliga chefer i kommuner och landsting kan man se att kvinnliga chefer i kommuner har en större andel som har varit sjuknärvarande två gånger eller mer de senaste 12 månaderna, de har något fler sjukfrånvarodagar samt har en större andel som skattar sämre hälsa. Att dessa chefer har sämre resultat och ökad risk för ohälsa visar även våra resultat i nedanstående frågeställningar. Något som även framkommer är att manliga chefer i båda verksamheterna i större utsträckning har riskabelt alkoholbruk än kvinnliga chefer. Jämfört med normalbefolkningen är det dock ingen av grupperna som ligger över normvärdena.

En tredje frågeställning avsåg i vilken utsträckning den psykosociala arbetsmiljön har betydelse för chefers hälsa. En återkommande faktor som var relaterad till chefernas hälsa och arbetsstress var om arbetet hade en negativ påverkan på familjelivet. Rollkonflikt hör samman både med en ökad risk för arbetsstress och ökad risk för sjuknärvaro under det senaste året. Spänt arbete eller arbetsstress var en riskfaktor för sjukfrånvaro. Variabler som kan relateras till bättre hälsa och minskad arbetsstress är bättre socialt klimat på arbetsplatsen och ett ökat engagemang i organisationen.

I den övergripande frågeställningen ingick också i vilken grad skillnader i upplevelse av hälsa och psykosocial arbetsmiljö kan variera beroende på chefsnivå. Resultatet visade att i jämförelse med högre manliga chefer har lägre kvinnliga chefer mer sjuknärvaro, sämre generell hälsa, utmattning och högre risk för sömnsvårigheter p.g.a. att tankar på arbetet håller dem vakna på natten. Högre kvinnliga chefer har även de, jämfört med högre manliga chefer, ökad risk för sjuknärvaro mer än två gånger det senaste året och sömnsvårigheter p.g.a. tankar på arbetet. Att chefer på den lägre nivån har högre risk för utmattning, vilket har visats i en annan studie (Ahlborg, Ljung et al. 2006), får bara visst stöd i denna studie. En ökad risk för utmattning återfanns bland kvinnliga chefer på den lägre nivån medan det inte var signifikant bland de manliga cheferna på samma nivå.

## **Arbetsstress bland kvinnor och män**

Arbetsbelastning och stress har ökat i den offentliga sektorn de senaste 10-15 åren. Enligt Hildingsson & Krafft, (2001) har det skett förändringar för cheferna inom den offentliga sektorn på olika områden. Cheferna lämnas till att lägga upp den specifika strategin för just hans/hennes arbetsplats efter eget gott omdöme istället för trygga regelverk, d.v.s. att ekonomin var given, lönesättningar gick efter anställningsår och ålder. Varje problem hade sin egen flik i pärmen. Idag är organisationer mer platta, resultatansvar har decentraliserats och med det också en mycket större börda för cheferna. Vidare är stödfunktioner som tidigare fanns, i form av personalansvariga, ekonomer och så vidare, idag borta och att även dessa ansvarsområden åligger numera chefen. I samma takt som organisationer förändras från detaljstyrning till målstyrning, ökar kraven på god arbetsledning och hög grad av självständighet (Veach, Rahe et al. 2003).

I denna studie mättes stress på olika sätt. En stressfaktor var ”Stress i vardagen”. Denna faktor visade att den grupp som upplevde högst stress var landstingsanställda kvinnliga chefer. Tjugotvå procent av dessa har angivit att de upplever hög stress i vardagslivet. Även kvinnliga chefer inom kommunal verksamhet uppgav sig uppleva hög vardagsstress (20 %). Något färre andelar av de manliga cheferna rapporterade att de hade hög vardagsstress, runt 18 procent för både landstings- och kommunanställda manliga chefer.

Kvinnliga chefer inom landstingen i denna studie uppgav även hög stress på andra faktorer. En av dessa är spänt arbete, vilket syftar på utifrån krav och kontrollmodellen på upplevelsen av höga arbetskrav och låg kontroll/inflytande. Forskningen har visat att höga krav i kombination med lågt beslutsutrymme i arbetet och bristande stöd ofta leder till negativ stress och är en bidragande orsak till hjärt- och kärlsjukdomar (Karasek and Theorell 1990; Hallqvist and Reuterwall 2000), förtidig död (Järholm, Bystedt et al. 2010) samt en ökad risk för psykiska besvär (Stansfeld and Candy 2006). Lågt socialt stöd och höga krav kan även vara relaterat till ökad risk för ryggbesvär (Hoogendoorn, Bongers et al. 2001).

Chefer har som regel ett större inflytande och handlingsfrihet samt ett bättre socialt stöd än underordnade (Bernin 2002). Denna studie visade att hela 39 procent av de kvinnliga cheferna inom landstinget upplevde att de hade spänt arbete. För de kvinnliga cheferna inom kommunal verksamhet var det något lägre andel, 36 procent. Däremot visade denna studie att en betydligt lägre andel av de manliga cheferna (kommun och landsting) uppgav att de hade ett spänt arbete, d.v.s. omkring 20 procent.

De två olika måtten på stress visar att det främst är kvinnliga chefer som upplever hög stress. Detta stämmer överens med Folkhälsoinstitutets årliga enkät om folkhälsa 2009 som inte enbart undersöker stress bland chefer utan alla yrkeskategorier. Denna enkätundersökning visade att 15 procent av Sveriges kvinnor och 10 procent av männen känner sig ganska eller mycket stressade (Clevenpalm and Karlsson 2009). RFV fann likande resultat, där 12 procent av kvinnorna och 8 procent av männen rapporterade att de spänt arbete (RFV, 2003). Detta visar på att kvinnor i arbetsför ålder upplever högre stress än män och resultaten från vår studie visar att stressen är än mer uttalad bland kvinnliga chefer än att även manliga chefer i offentlig sektor i större utsträckning har ett spänt arbete jämfört med andra förvärvsarbetande i Sverige.

En andra dimension av krav och kontrollmodell är upplevelsen av att ha arbetssituation som istället karaktäriseras av att ha höga arbetskrav men också högt inflytande/kontroll. I denna studie var det högre andel av männen som skattat att de har ett s.k. aktivt arbete. Av de manliga cheferna i denna studie var det 56 procent av de kommunalt anställda och 61 procent av landstingsanställda som skattat att de har ett ”aktivt” arbete. När det gäller de kvinnliga cheferna visar resultaten att 37 procent av de kommunalt anställda och 41 procent av de landstingsanställda sitt arbete som ”aktivt”. Detta innebär att de manliga cheferna upplever sig ha mer inflytande och kontroll jämfört med kvinnorna. I en rapport från RFV (2003) beskrev 52 procent av kvinnorna och 55 procent av männen i den arbetsföra populationen att de hade ett aktivt arbete. Liknande resultat fann vi i vår studie när det gäller manliga chefer. Däremot



är det färre bland de kvinnliga cheferna som upplevde att de har ett aktivt arbete jämfört med den RFV studien.

När det gäller aktivt arbete har det visat sig att det inte enbart är en gynnsam arbetssituation som stimulerar till lärande och motivation. I en svensk studie rapporterades det att bland kvinnor kan ett aktivt arbete förefalla vara en riskfaktor för sjukfrånvaro medan det inte är så bland män (Lidwall and Marklund 2006). Det kan innebära att det relativt höga inflytande man har i det aktiva arbetet ändå inte är tillräckligt för att hantera de höga kraven i arbetet. Möjligen kan det ha att göra med att en stor del av kvinnor med aktiva arbeten finns i ”människoyrken” där det kan vara särskilt påfrestande att känna att man inte räcker till (Bastin 2003). Det kan också vara den högre obalansen mellan arbete och privatliv och stressen som kvinnor rapporterar som påverkar hälsan negativt oberoende av om man har ett spänt eller aktivt arbete enligt denna modell.

Resultaten i denna rapport visar också att de kvinnliga cheferna totalt sett har mer sjukfrånvaro och mer utmattning, och för kommunanställda kvinnliga chefer, också lägre livskvalitet och mer sjuknärvaro. Kvinnliga chefer rapporterar också i högre utsträckning sömnbesvär och att tankar på jobbet gör det svårt att sova på nätterna. Dessa faktorer kan vara uttryck för en arbetssituation som är så krävande att individen har svårt att hantera den.

Ett sätt att möta upplevda krav som kan ha samband med stress i arbetet är att gå till arbetet även om individen upplever så pass dålig hälsa att han/hon anser att sjukskrivning hade varit på sin plats, s.k. sjuknärvaro. Särskilt i en situation med hög arbetsbelastning och där i detta fall chefen bedömer att ingen annan på kort sikt kan ta över och utföra dennes arbete kan sjuknärvaro vara ett sätt att hantera situationen. Forskning visar att ohälsa inte alltid behöver leda till sjukfrånvaro utan att sjuknärvaro är ett alternativ som ofta används av anställda (Aronsson and Gustafsson 2005). Både sjukfrånvaro och sjuknärvaro uppkommer ur dålig hälsa men vilket alternativ som ”väljs” i en specifik situation av den anställde beror på en stor mängd både individuella, organisatoriska och samhällsliga förhållanden (Johns 2010).

En viktig fråga är om sjuknärvaro på längre sikt kan öka risken för sämre hälsa och mer sjukfrånvaro. Resultat från forskning tyder på att sjuknärvaro på sikt även ökar risken för sjukfrånvaro (Bergstrom, Bodin et al. 2009; Hansen and Andersen 2009) och sämre hälsa (Bergstrom, Bodin et al. 2009). Detta kan innebära att chefer som har högre grad av sjuknärvaro också riskerar mer ohälsa i framtiden. Särskilt gruppen med sjuknärvaro fem gånger eller mer under det senaste året löper denna risk (9-10% bland männen och 10-14% bland kvinnorna).

Det samlade resultatet visar att kvinnliga chefer befinner sig i en riskzon som i framtiden kan leda till ökad ohälsa och långtidssjukfrånvaro.

## Hierarkier av hälsa

Det finns ytterligare en dimension på chefskapet och det är på vilken nivå som chefen befinner sig.

Denna studie visade att det fanns skillnader mellan dessa grupperingar. Högst andel med god hälsa finns bland de högre manliga cheferna och högst andel med sämre hälsa bland lägre kvinnliga chefer. Upplevelse av utmattning är också vanligare bland de lägre kvinnliga cheferna än de övriga cheferna men också generellt sett vanligare bland kvinnorna än bland männen. Andelen med spänt arbete, d.v.s. höga krav och låg kontroll, är högre hos kvinnliga chefer än manliga chefer på motsvarande nivå. Lägst andel med spänt arbete fanns bland de högre manliga cheferna (7 %) och högst andel av spänt arbete fanns bland lägre kvinnliga chefer (22 %).

Vidare visade studien att riskerna för att uppleva sämre hälsa och utmattning var mer än fördubblade bland kvinnor i den lägre chefspositionen jämfört med män i den högre chefspositionen. Lägre chefsnivå, mer av rollkonflikter och upplevelsen av att arbetskraven påverkar familjelivet negativt kan kopplas till högre arbetsstress.

Högre chefer har som regel ett större inflytande och handlingsfrihet samt ett bättre socialt stöd än underordnade (Bernin 2002). Dessa faktorer visade sig ha en skyddande effekt på hälsan i en Holländsk studie (Bültmann, Kant I.J et al. 2002). Baserat på resultaten i denna rapport så tycks detta att i särskilt hög grad gälla de högre manliga cheferna.

Chefer på lägre nivåer kan många gånger falla in under diskussionen kring mellancheferns roll. Det har studerats mycket kring denna chefsroll eftersom dessa personer befinner sig i en "klämsits", det vill säga att de måste hantera en mängd olika förväntningar från både över- och underordnade. Franzén beskriver dessa krav eller förväntningar som dilemman, som ett krav på att hitta balans mellan till synes oförenliga intressen eller principer, något han benämner i form av motsatsparen: självständighet – kontroll, långsiktighet – kortsiktighet, centraliserat – decentraliserat, produktion – nyutveckling, individuellt – grupp och så vidare. Detta visar på den dubbelhet och komplexitet mellancheferns rollen innebär (Franzén 2004).

Att sedan vara kvinnlig chef kan vara ännu en dimension. Det är ett faktum att andelen kvinnor brukar minska ju längre upp i hierarkierna man kommer i en organisation. Det gäller även för offentlig sektor. I en intervju på *suntliv.nu* berättar Tuija Muhonenid, forskare på Malmö högskola, att kvinnor oftast utses till chefer i samband med nedskärningar eller omorganisationer. Vidare säger Tuija Muhonenid att många kvinnliga chefer inom kommunal förvaltning slutar pga. otillräckliga förutsättningar för att göra ett bra jobb och maktstrukturer som hindrar kvinnor från att avancera finns bland orsakerna (Grönblad 2011).

Både resultat från denna studie och tidigare studier visar att kvinnliga chefer är en utsatt grupp speciellt om de har en lägre chefsposition inom kommun eller landsting. Vi kunde också se att andelen av de manliga cheferna var högre på de s.k. högre chefspositionerna jämfört med

kvinnorna, vilket stämmer överens med hur det ser ut i såväl offentliga som privata organisationer.

## Metodologiska överväganden

Detta datamaterial var relativt stort vilket kan leda till många signifikanta resultat och att det därför är viktigt att granska de faktiska baserna som visas i tabeller, d.v.s. medelvärden, spridningsmått och proportioner för att kunna dra korrekta slutsatser om storleken på, och betydelsen av, skillnaderna. Vidare består rapporten enbart av så kallade tvärsnittsanalyser. Detta innebär att det inte går att uttala sig om orsakssamband mellan variablerna, endast att de samvarierar. Det ska återigen upprepas att ordet risk, om inget annat beskrivits, endast använts ur dess statistiska innebörd och inte som en orsaksförklaring. Vi har delat in chefsnivåerna endast i två grupper. Detta innebär att det i verkligheten finns fler hierarkiska nivåer och att det kan finnas skillnader och nyanser här som inte fångats i de beskrivna analyserna.

En generell metodkommentar kan också vara att de val av brytpunkter som gjorts för att exempelvis dela in deltagarna i utmattade eller inte utmattade, sämre och bättre hälsa etc. kan ha betydelse för resultaten. Vi har följt strategin att i första hand få stöd i tidigare forskning för de brytpunkter som valts. Om det inte funnits någon tydlig rekommendation så har vi också granskat hur fördelningen på den aktuella variabeln sett ut.

Det bör också noteras gruppen chefer där det var möjligt att också få fram vilken hierarkisk nivå chefen befann sig på hade en betydligt lägre nivå av spänt arbete och en betydligt högre andel med aktivt arbete jämfört med hela studiegruppen. Detta kan betyda att resultaten från sambandsanalyserna skulle ha sett annorlunda ut om data för hierarkisk nivå funnits för hela studiegruppen.

## Generaliserbarhet

Källpopulationen i denna studie omfattade drygt 35 000 anställda inom kommuner och landsting och av dessa rapporterade sig 4 896 personer vara chefer vilket utgjorde studiegruppen i rapporten. Databasinsamlingen skedde mellan åren 2002 till 2005 inom AFAs arbetsmiljöprogram [www.suntliv.nu](http://www.suntliv.nu) (Järvholm, Reuterwall et al. 2008). Svare-frekvensen inom programmet har i genomsnitt varit 78 procent. Förhållningssättet från AFA:s sida var att de kommuner eller landsting som ville vara med i [suntliv.nu](http://www.suntliv.nu) också skulle erbjudas deltagande. *"I stort sett inga organisationer avvisades således från deltagande. Däremot kom en del att själva avböja deltagande."* (Järvholm, Reuterwall et al. 2008, s.6). Skälen till att inte delta i satsningen har bl.a. beskrivits som ekonomiska, personella eller att man redan hade liknande projekt på gång. Baserat på dessa förhållanden med stor källpopulation, stor och oselektad studiegrupp och att ingen påtaglig selektion av organisationer tycks ha varit gällande i ett tidigare steg så är det rimligt att anse att resultaten har relevans för chefer inom kommuner och landsting totalt i Sverige.

## Sammanfattning

Hittills finns relativt få undersökningar gjorda enbart utifrån chefers stress (Bernin 2002). Fokus läggs snarare på chefers ledarskapsförmåga och hur detta påverkar medarbetares stress istället för chefers upplevda problem (Hildingsson and Krafft 2001). Chefen är den person som sätter normer och värderingar för arbetsplatsen och organisationen. Av detta kan man dras slutsatsen att beroende på hur chefen mår, kommer de anställda oundvikligen att påverkas (Bernin and Theorell 2004).

Ett ännu inte avslutat projekt, CHEFiOS-projektet, som leds av professor Annika Härenstam vid Göteborgs universitet, handlar om förutsättningar för att utöva ledarskap i offentlig sektor. Hittills har projektet visat på att det är stor skillnad på hur olika chefer mår på jobbet. Det är oftast inte chefen det är fel på utan organisationen. Vissa har en gynnad position och får stor uppskattning. Andra är utsatta eller motarbetade och vill helst sluta som chef (Rolfert 2011). Andra studier har visat att cirka 40 procent av cheferna inom landstinget i Västra Götalandsregionen slutade inom några år som chef. En gemensam nämnare bland dem som slutade som chefer var upplevelsen av att inte ha inflytande över sin arbetssituation (Skagert 2010). Avhoppet bland kvinnor i chefspositioner är också fler än bland männen (Tollgerdt-Andersson 2003).

Det fortfarande betydligt färre kvinnor än män som är har höga chefspositioner inom offentlig verksamhet. Fastän majoriteten av de som arbetar i offentliga sektorn är kvinnor, finns de kvinnliga cheferna i första linjen och det blir allt färre ju högre upp i maktstrukturen man kommer.

För att förebygga ohälsa och stress hos chefer inom både kommun och landsting är det viktigt att skapa förutsättningar för att kunna vara en bra chef. När det gäller kvinnliga chefer är det ännu viktigare att skapa organisatoriska förutsättningar och att titta närmare på de normer och strukturer som upprätthåller de rådande strukturerna, där kvinnor tenderar att bli chefer för områden som har lägre status och mindre resurser.

Den hälsa och välmående som en chef upplever är sannolikt beroende av yttre organisatoriska förhållanden och de resurser som finns till förfogande likaväl som chefens individuella förmåga att vara en "bra" chef. Det kan vara frågan om att vara tydlig, rättvis, en bra förebild, en god pedagog och att både ha kunskap om vad som motiverar medarbetarna och hur detta kan omsättas i vardagligt praktiskt ledarskap. En spekulation kan vara att en chef som märker sig ha framgång i sitt chefskap också upplever ett högre välmående. Att hjälpa chefer att utveckla sitt ledarskap (Brandberg and Folkesson 2010; Olofsson 2010) skulle därför också i förlängningen kunna leda till minskad stress och en bättre situation för cheferna.

För att stärka personer i sina ledarroller är det central att satsa på ledarskapsprogram och stöd till cheferna för att de skall kunna känna sig trygga i sin chefsroll. Sandahl m.fl. (2010) (Sandahl, Falkenström et al. 2010) skriver att chefen kan mer än någon annan i organisationen bidra till frisk och konstruktiv arbetsmiljö genom en god förmåga att hantera känslor. Men det

kan vara en svår balansgång att avgöra när man som chef ska visa vad man känner, och när det är lämpligare att behålla känslorna för sig själv (Sandahl, Falkenström et al. 2010). Det är därför centralt för chefer att tränas i detta och föra en dialog kring känslor och förnuft.

I denna rapport har chefers psykosociala arbetsmiljö, arbetsstress och hälsa jämförts mellan olika organisationer, mellan män och kvinnor och för olika hierarkiska nivåer bland chefer. En jämförelse mellan kommuner och landsting visar att chefers hälsa och psykosociala arbetsmiljö är likartad oavsett organisation. Det är dock uppenbart att ohälsa och arbetsstress även kan finnas bland chefer och att detta är mer vanligt bland kvinnliga chefer jämfört med manliga chefer. Vägs även den hierarkiska positionen in så tyder resultaten på att lägre kvinnliga chefer är den grupp med störst risk för sämre hälsa. Satsningar på denna grupp skulle kunna leda till positiva effekter både för individen och organisationen.

## Referenser

- Ahlborg, G., T. Ljung, et al. (2006). Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och försäkringskassan i Västra Götaland. Delrapport 1 - enkätundersökning i maj-juni 2004. Göteborg, Institutet för Stressmedicin.
- Andersson, K. (2008). "Chefers syn på jobbet." from [http://www.ledarna.se/web/showpage.do?path=%2Fpublicabout%2Frapporter%2Fchefsakta\\_%2Fchefs\\_syn\\_pa\\_jobbet](http://www.ledarna.se/web/showpage.do?path=%2Fpublicabout%2Frapporter%2Fchefsakta_%2Fchefs_syn_pa_jobbet).
- Arbetsmiljöverket (2011). "Stress och psykiska påfrestningar ". from <http://www.av.se/teman/halsosjukvard/risker/stress/>.
- Aronsson, G. and K. Gustafsson (2005). "Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research." J Occup Environ Med **47**(9): 958-966.
- Aronsson, G., K. Gustafsson, et al. (1999). "Sjuk och på jobbet - En empirisk studie av sjuknärvaro." Arbetslivsinstitutet, Arbetsmarknad och Arbetsliv(01): 17.
- Aronsson, G. and L. Svensson (1997). Nedvarvning, återhämtning och hälsa bland lärare i grund- och gymnasieskolan. Arbete och Hälsa 1997:21. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
- Babor, T. F., J. de la Fuente, et al. (1992). AUDIT : The Alcohol Use Disorders Identification Test : Guidelines for use in primary health care. Geneva, World Health Organization.
- Bastin, M. (2003). "Sjuk av jobbet." Välfärd, Statistiska centralbyrån **2**: 4-6.
- Bergman, H. and H. Källmen (2002). "Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test." Alcohol Alcohol **37**(3): 245-251.
- Bergstrom, G., C. Bjorklund, et al. (2008). "A comprehensive workplace intervention and its outcome with regard to lifestyle, health and sick leave: The AHA study." Work **31**(2): 167-180.
- Bergstrom, G., L. Bodin, et al. (2009). "Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism." J Occup Environ Med **51**(6): 629-638.
- Bergstrom, G., L. Bodin, et al. (2009). "Does sickness presenteeism have an impact on future general health?" Int Arch Occup Environ Health **82**(10): 1179-1190.
- Bergström, G., I. Jensen, et al. (2004). Arbete och hälsa inom process och verkstadsindustrin. AHA-projektet. Slutrapport, del 1. Stockholm, Sektionen för personskadeprevention. Karolinska Institutet.
- Bernin, P. (2002). Managers' working conditions - stress and health. Doktorsavhandling. Stockholm, Karolinska institutet,.

- Bernin, P. and T. Theorell (2004). *Mönster för framgångsrikt ledarskap i vården.*, Stressforskningsrapporter. **313**.
- Bernin, P., T. Theorell, et al. (2001). "Biological correlates of social support and pressure at work in managers." *Integrative physiological and behavioral science* **36**: 121-136.
- Björklund, C. (2001). *Work Motivation - Studies of its Determinants and Outcomes (dissertation)*. Stockholm, EFI and Christina Björklund.
- Brandberg, M. and K. Folkesson (2010). *Beteende - länken till strategiska resultat*. Lund, Studentlitteratur.
- Brooks, R. G., S. Jendteg, et al. (1991). "Euroqol: health-related quality of life measurement. Results of the Swedish questionnaire exercise." *Health Policy*(18): 37-48.
- Brunsson, N. and J. P. Olsen (1990). *Makten att reformera*. Stockholm, Carlssons.
- Burell, G. (2002). Kan man förändra sitt stressbeteende? *Jäktad, pressad - utbränd: Forskare diskuterar strategier mot skadlig stress*. G. Leander. Stockholm, Vetenskapsrådet: 55-69.
- Bültmann, U., Kant I.J, et al. (2002). "Psychological work characteristics as risk factors for the onset of fatigue and psychological distress: prospective results from the Maastricht Cohort Study." *Psychological Medicine* **32**: 333-345.
- Clevenpalm, J. and A.-S. Karlsson (2009). Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor. Resultat från Nationella folkhälsoenkäten – 2009. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut.
- Dallner, M., A.-L. Elo, et al. (2000). *Validation of the General Nordic Questionnaire (QPSNordic) for Psychological and Social Factors at Work*. Nord 2000:12. Copenhagen, Nordic Council of Ministers.
- de Lange, A. H., T. W. Taris, et al. (2003). ""The very best of the millennium": longitudinal research and the demand-control-(support) model." *J Occup Health Psychol* **8**(4): 282-305.
- Demerouti, E., A. B. Bakker, et al. (2000). "A model of burnout and life satisfaction amongst nurses." *Journal of Advanced Nursing* **32**: 454-464.
- Ellström, P.-E. and H. Kock (1993). *Kompetensutveckling i offentlig verksamhet*. Stockholm, Civildepartementet.
- Engström, L.-M., B. Ekblom, et al. (1993). *Livsstil - Prestation - Hälsa. Liv 90*. Stockholm, Folksam. Högskolan för Lärarutbildning. Idrottshögskolan. Karolinska Institutet. Korpen. Riksidrottsförbundet.
- Franzén, H. (2004). *ABC för mellanchefer*. Stockholm, Liber.
- Grönblad, F. (2011). "Kvinnliga chefer slutar i förtid." from <http://www.suntliv.nu/Amnen/Ledarskap-och-organisation/Artiklar-om-ledarskap-och-organisation/Kvinnliga-chefer-slutar-i-fortid/>.



Hallqvist, J. and C. Reuterwall (2000). Arbetsrelaterad hjärt- och kärlsjuklighet. Arbetsliv och hälsa. M. S. Stockholm, Arbetslivsinstitutet: 351-366.

Hammar, Å. (2011). "Den psykiska ohälsan ökar – framför allt i offentlig sektor." from <http://www.suntliv.nu/Teman/Om-var-psykiska-ohalsa/Artiklar-om-var-psykiska-ohalsa/Manga-sjukskrivna-for-psykisk-ohalsa/>.

Hansen, C. D. and J. H. Andersen (2009). "Sick at work-a risk factor for long-term sickness absence at a later date?" Journal of Epidemiology and Community Health **63**(5): 397-402.

Hermansson, U., A. Helander, et al. (2000). "The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a routine workplace health examination." Alcohol Clin Exp Res **24**(2): 180-187.

Hildingsson, K. and C. Krafft (2001). Höga krav och lite stöd: En beskrivning av chefers arbetsvillkor. Stockholm, SACO.

Hoogendoorn, W. E., P. M. Bongers, et al. (2001). "Psychosocial work characteristics and psychological strain in relation to low-back pain." Scand J Work Environ Health **27**(4): 258-267.

Johns, G. (2010). "Presenteeism in the workplace: A review and research agenda." Journal of Organizational Behavior **31**(4): 519-542.

Järvholm, B., J. Bystedt, et al. (2010). Kunskapsöversikt. Arbetsrelaterade dödsfall i Sverige - arbetsrelaterad dödlighet i cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och lungsjukdomar i Sverige. Arbetsmiljöverket. Stockholm.

Järvholm, B., C. Reuterwall, et al. (2008). Utvärdering av AFA:s Metodstöd till Kommuner och landsting. Stockholm. <http://www.suntliv.nu/AFATemplates/Page.aspx?id=11541>.

Jönsson, S., M. Svensson, et al. (2006). Kartläggning av chefers psykosociala arbetsmiljö - ett samverkansprojekt mellan arbetsmiljöverket och arbetslivsinstitutet. Malmö, Arbetslivsinstitutet.

Karasek, R. and T. Theorell (1990). Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life, BasicBooks.

Kjölsrud, B. (1999). Arbetsledare i riskzonen för ohälsa, Miljön på jobbet: 13-19.

Lidwall, U. and S. Marklund (2006). "What is healthy work for women and men? - A case-control study of gender- and sector-specific effects of psycho-social working conditions on long-term sickness absence." Work **27**(2): 153-163.

Lindström, K. and Nordiska ministerrådet (1997). Review of psychological and social factors at work and suggestions for the general Nordic questionnaire (QPSNordic) : description of the conceptual and theoretical background of the topics selected for coverage by the Nordic questionnaire. Copenhagen, Stockholm, Nordic Council of Ministers Nordiska ministerrådet ; Fritze distributör.



- Lisspers, J., Å. Nygren, et al. (1997). "Hospital Anxiety and Depression scale (HAD): Some psychometric data for a Swedish sample." Acta Psychiatrica Scandinavica **96**: 281-286.
- Lohela, M., C. Bjorklund, et al. (2009). "Does a change in psychosocial work factors lead to a change in employee health?" J Occup Environ Med **51**(2): 195-203.
- Olofsson, R. (2010). Beteendeanalys i organisationer. Handbok i OBM., Natur & Kultur.
- Parker, C. P., B. B. Baltes, et al. (2003). "Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review." Journal of Organizational Behavior **24**: 389-416.
- Powell, W. W. and P. J. DiMaggio (1991). The new institutionalism in organizational analysis. Chicago, the University of Chicago Press.
- RFV (2004). Psykiska sjukdomar och stressrelaterade besvär. Stockholm, RFV.
- Rodman, K. and J. Bell (2002). "Work Stress: an exploratory study of practices and perceptions of female junior health managers." Journal of Nursing Management **10**.
- Rolfer, B. (2011). "Så har chefen det på jobbet. Drog du vinst eller nitlott?" Chefstidningen **4**: 36-38.
- Rothman, K. (2002). Epidemiology - An Introduction. New York, Oxford University Press.
- Sandahl, C., E. Falkenström, et al. (2010). Chef med känsla och förnuft. Stockholm, Natur och Kultur.
- Saunders, J. B., O. G. Aasland, et al. (1993). "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II." Addiction **88**: 791-804.
- Setterlind, S. and G. Larsson (1995). "The stress profile: A psychosocial approach to measuring stress." Stress Medicine **11**(2): 85-92.
- Siu, O. L. (2002). "Occupational stressors and well-being among Chinese employees: The role of organisational commitment." Applied Psychology-an International Review-Psychologie Appliquee-Revue Internationale **51**(4): 527-544.
- Skagert, K. (2010). Leadership in human service organisations: Conceptions, strategies and preconditions to promote and maintain health at work. Institutionen för medicin, avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa. Göteborg, Göteborgs universitet. **Doctoral thesis**.
- Skagert, K., L. Dellve, et al. (2004). Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet. Institutionen för stressmedicin rapport Västra Frölunda, Institutionen för stressmedicin.
- SKTF (2002). 1000 chefer kan inte ha fel. Stockholm, SKTF.
- Stansfeld, S. and B. Candy (2006). "Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review." Scand J Work Environ Health **32**(6, special issue): 443–462.

Tollgerdt-Andersson, I. (2003). Kvinnor på toppchefs nivå i kommunen. Stockholm, Svenska kommunförbundet.

Trollestad, C. (2003). Existentiellt välbefinnande & moralisk trovärdighet hos högre chefer och ledare. Stockholm, Svenska Förlaget.

Tuomi, K., J. Ilmarinen, et al. (1994). Work Ability Index. Helsinki, Institute of Occupational Health.

Ware, J., Jr., M. Kosinski, et al. (1996). "A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity." Med Care **34**(3): 220-233.

Veach, T. L., R. H. Rahe, et al. (2003). "Effectiveness of an intensive stress intervention workshop for senior managers." Stress and Health **19**: 257-264.

Zigmond, A. S. and R. P. Snaith (1983). "The Hospital Anxiety and Depression Scale." Acta Psychiatrica Scandinavica **67**: 361-370.

Zou, G. (2004). "A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data." Am J Epidemiol **159**(7): 702-706.

Åkerstedt, T., A. Knutsson, et al. (2004). "Mental fatigue, work and sleep." Journal of Psychosomatic Research **57**: 427-433.

Åkerstedt, T., A. Knutsson, et al. (2002). Att predicera sömnstörning, insomningsrisk och mental trötthet - tre delstudier. Psykosocial belastning och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Arbeta och Hälsa 2002:7. P. Westerholm. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.

