

Arbetsuppdrag och återhämtning i välfärdstjänstearbete

Gunnar Aronsson, Lars Ishäll, Sara Göransson, Petra Lindfors, Eva Charlotta Nylén och Magnus Sverke

Artikeln beskriver ett uppdragsperspektiv på arbete, det vill säga en fokusering på hur ett arbetsuppdrag formas och är sammansatt med avseende på resurser och krav med betydelse för att kunna genomföra uppdraget på ett bra sätt. I studien undersöks hur förutsättningarna för att utföra arbetet, i termer av arbetskrav och resurser i arbetet, hänger samman med återhämtning inom välfärdstjänstearbete i två kommuner. Uppdragsförutsättningarna har ett relativt högt förklaringsvärde gentemot återhämtning men de ingående variablerna bidrar i olika grad.

Arbetsvillkor och arbetsuppdrag i en organisation formas i ett komplext samspel mellan olika aktörer. Det sker ofta i en hierarki av positioner från den högsta ledningsnivåns överväganden kring strategier, verksamhetsmål och resurser till de operativa nivåerna där planer, strategier och mål ska översättas och konkretiseras till både enhetens och enskilda medarbetares uppdrag och arbetsåtaganden. Den här styrformen och processen är mest påtaglig i offentlig förvaltning men kännetecknar i viss utsträckning även marknadsstyrda verksamheter. Det kan antas att ju mer komplexa

FÖRFATTARE

Gunnar Aronsson, professor
Gunnar.Aronsson@psychology.su.se

Lars Ishäll, fil dr (numera verksam vid Högskolan
för lärande och kommunikation, Jönköping)
Lars.Ishall@psychology.su.se

Sara Göransson, fil dr
Sara.Goransson@psychology.su.se

Petra Lindfors, professor
Petra.Lindfors@psychology.su.se

Eva Charlotta Nylén, doktorand
evacharlotta.nylen@psychology.su.se

Magnus Sverke, professor
Magnus.Sverke@psychology.su.se

Samtliga vid Psykologiska institutionen,
Stockholms universitet

Projektet har finansierats av AFA-försäkring (dnr 090325) och genom ett anslag från FAS/Forte till Stockholm Stress Center (dnr 2009-1758)

målen är, där olika intressenters behov och önskemål ska tillfredsställas, desto starkare blir behovet av en uppdragsprocess som klargör förutsättningar och mål för arbetet. Såväl uppdragsprocessen i sig som dess resultat i form av arbetsåtaganden och arbetsvillkor utgör viktiga forskningsobjekt för arbetsmiljöforskning (Aronsson m fl 2012a). Den här studien är ett första steg i att lägga ett uppdragsperspektiv på arbete och undersöka vad vi kallar uppdragsdialogens betydelse för medarbetares återhämtning och hälsa. Den omfattar inte uppdragsdialoger i hela organisationshierarkin utan är begränsad till personal på operativ nivå och mellanchefer.

UPPDRAG OCH UPPDRAGSDIALOG

I idealfallet formas det individuella arbetsåtagandet i dialoger mellan chef och medarbetare vilket innebär att verksamhet och arbetsvillkor inte separeras utan formas i ett medvetet samspel. Dialogerna sker mellan och inom olika nivåer i organisationen. Dialogernas resultat – uppdraget – begränsas av den ram som kontexten utgör, såsom lagstiftning och politiska beslut, men även av mera närliggande förutsättningar som arbetets karaktär, kund/klientstyrning, tidsbundenhet, standardisering, utbytbarhet, möjligheter att anpassa arbetet och ensam/grupp-arbete. Vi använder i det här sammanhanget begreppet uppdragsdialog, som står för den process genom vilket ett arbetsuppdrag eller arbetsåtagande formas och avgränsas. Uppdraget och uppdragsdialogen innehåller också aspekter som ligger ovanför de mer konkreta arbetsuppgifterna, såsom arbetets syfte och mål i mer abstrakt mening.

En tydliggörande uppdragsdialog kring enskilda medarbetares uppdrag, liksom kring enhetens och organisationens bredare uppdrag, kan ge klarhet och dynamisk balans i arbetsåtaganden, ömsesidiga förväntningar och mål. Om uppdragsdialogen är bristfällig kan det leda till ett otydligt arbetsåtagande men också till osäkerhet om vad som är arbetsrollens och uppdragets kärna och vad som ska prioriteras. I idealfallet sträcker sig uppdragsdialogen genom hela den vertikala organisationen, vilket kan innebära att nödvändiga förutsättningar för arbetsuppdragets genomförande identifieras och därmed möjliggör gradvisa anpassningar mellan mål och resurser. En sådan avvägning formar också balansen mellan exempelvis kvantitet och kvalitet i arbetet (Sutherland & Cooper 2000), ansträngning och belöning (Siegrist 1996), liksom mellan krav och kontroll (Karasek & Theorell 1990) i arbetet. En fungerande uppdragsdialog torde resultera i att medarbetarna upplever att de får ökad kontroll, förutsägbarhet och tydlighet i sin arbetssituation på både kort och längre sikt, alltså att resurserna för arbetets utförande stärks. Under senare år har kunskapen om chefers betydelse i denna process vuxit (Nyberg 2009), dock vanligen utan att hela kedjan av uppdragsformande beslut och processer varit föremål för forskningen. Relevant forskning för att förstå

utformningen och avgränsningen av ett uppdrag handlar bland annat om olika aspekter av styrsystem, makt samt kommunikationen mellan chef och medarbetare. Den sistnämnda aspekten representeras inom arbetslivsforskningen främst av forskningen om socialt stöd, som är ett samlingsbegrepp för olika typer av och källor för stöd (House 1981). Informativt och värderande stöd innebär återkoppling på liksom värdering av arbetsprestationer. Fungerande återkoppling utvecklar individens kompetens och skingrar oklarheter. Den närmaste chefen utgör en särskilt viktig källa för stöd.

Socialt stöd ses även som en resurs som kan modifiera den genomslagkraft arbetsbelastningen har (Johnson & Hall 1988) och kan alltså hänga samman med behov av nedvarvning och återhämtning. Ett gott socialt stöd verkar stärka kroppens motstånd mot infektioner (Cohen m fl 1997). Kopplingen mellan stöd och hälsa har dokumenterats i flera metaanalyser (Schwarzer & Leppin 1991, Viswesvaran m fl 1999). Socialt stöd har kombinerats med krav-kontrollmodellen (Karasek & Theorell 1990), som är en av de allra vanligaste analysmodellerna för att analysera sambanden mellan arbete, stress och hälsa, och bildar då en tredje dimension i modellen (Johnson & Hall 1988).

En annan viktig resurs utgörs av inflytande i arbetet. Medarbetarnas möjligheter till kontroll kan ses som en sorts metafaktor i förhållande till många andra förhållanden på arbetsplatsen, så att individen genom kontroll kan utöva styrning i sitt arbete och anpassa arbetsbelastningen. I ett arbetsuppdrag kan kontroll sägas handla om den operativa nivån men även om deltagande i formandet av mål för det egna arbetet liksom för hela verksamheten (Aronsson 1989, Härenstam 2008).

Med operativ kontroll kan individen arbeta på ett sätt som balanserar den egna varierande kvantitativa och kvalitativa kapaciteten, vilket minskar risken för överbelastning. Operativ kontroll handlar bland annat om att ha inflytande över arbetstempot, kunna välja hur uppgiften ska utföras, kunna bestämma turordning mellan arbetsuppgifter och kunna välja bort onödiga och oskäliga arbetsuppgifter (Semmer m fl 2010). Perfekt balans mellan de krav en individ möter och den kontroll och de resurser som finns för att hantera kraven (Demerouti m fl 2001, Karasek & Theorell 1990) är inte eftersträvansvärd. Snarare handlar det om att nå en dynamisk lärandesituation där kraven ligger något över individens kapacitet och resurser vilket motverkar enformighet i arbetet. För kontroll på målnivån behövs tydlighet inte bara kring målen och hur de formas utan också vad gäller individens bidrag till att mål och uppdrag uppfylls.

RYTMER AV AKTIVERING OCH ÅTERHÄMTNING

Socialt stöd, kontroll i arbetet, tydlighet och återkoppling kring uppdrag och mål utgör tillsammans resurser för att kunna genomföra uppdraget. En konsekvens av brister i dessa avseenden kan antas vara att en individ har svårt att mentalt frigöra

sig från sitt arbete. Arbetsuppgifter blir eller upplevs som oavslutade och tankar på arbetet kan därför följa med in i den arbetsfria tiden och påverka nedvarvning och återhämtning liksom fokusering i roller och uppgifter. Den tid det tar för en för individ att komma tillbaka till sin psykologiska och fysiologiska basnivå före nästa ansträngning fördröjs och den ackumulerade belastningen kan i värsta fall följa med in i nästa arbetsuppdrag. Individen är således inte utvilad när nästa arbetspass börjar eller efter en längre ledighet och har därför sänkt förmåga att mobilisera den energi som behövs för uppdraget och nästa ansträngning.

Den här studien fokuserar på stressreaktioner som kan vara relaterade till arbetskraven, där även försvärande förhållanden som en otydlig arbetsroll och bristande återkoppling ingår. Sådana stressreaktioner antas vara särskilt kritiska i meningen överspridning i tidsintervallet mellan när arbetsdagen i formell mening avslutas och den senare tidpunkt när individen formellt åter börjar arbeta. Detta tidsintervall benämner vi återhämtningsfönstret eller återhämtningsmellanrummet. I arbetslivet finns sådana mellanrum på mikronivå (pauser under arbetspasset), mellannivå (som dygnsvila och sömn mellan arbetspassen) och makronivå (flerdagarsledigheter som helger, längre ledigheter och semestrar) (Aronsson m fl 2003).

Förlorade eller minskade återhämtningsmellanrum kan innebära att påfrestningar ackumuleras och att en individ påbörjar nästa arbetspass utan att ha kommit tillbaka till sin relativa vilonivå och alltså inte är fullt återhämtad. Det antas addera till den totala "förlitningen" av kroppens fysiologiska system och öka risken för ohälsa på längre sikt (McEwen 1998, Sonnentag & Bayer 2005). En ändamålsenlig reaktion innebär att kunna svara på utmaning och belastning genom energimobilisering och att därefter snabbt återhämta sig psykologiskt och fysiologiskt (McEwen 1998). Långsam återgång från det akuta läget indikerar att man använder resurser som situationen inte längre kräver och krymper tidsutrymmet för återhämtning. Om återhämtningen efter arbetet brister, ökar sannolikheten för en försämrad nattsömn vilket i sin tur ökar risken för ohälsa. Sömn är den förmodligen viktigaste återhämtningsfaktorn (Åkerstedt m fl 2012).

För att följa individens pendling mellan aktivitet och återhämtning/vila behövs mått över minst en dygns cykel eller över längre cykler som inkluderar arbetsperioder varvade med helgledigheter eller längre ledigheter. Det är resurskrävande att följa en större grupp av individer över till och med så korta perioder som ett dygn med såväl adekvata fysiologiska mätningar av hormonnivåer, sömnkvalitet och sömnkvantitet som psykologiska skattningar. En metod som använts i flera studier (Aronsson m fl 2003, Aronsson m fl 2014) består i att via enkätfrågor som täcker ett dygn eller en längre period be en individ att retrospektivt skatta sin dygns cykel med avseende på aktivitet, nedvarvning och återhämtning. Dygnsskattningen kan kompletteras med skattningar av upplevd återhämtning efter exempelvis en helg eller en längre ledighet. Med hjälp av klusteranalys är det

sedan möjligt att generera olika återhämtningsprofiler. På det här sättet har det varit möjligt att identifiera grupper som är tydligt åtskilda med avseende på återhämtning. När yrkesgrupper som lärare (Aronsson m fl 2003) eller yrkeskategorier inom socialtjänsten (Aronsson m fl 2014) jämfördes med avseende på upplevelser av såväl arbetsmiljö som hälsotillstånd var skillnaderna mellan återhämtningsprofilerna stora. En studie av kvinnlig vårdpersonal rapporterade att ett kluster med otillräcklig återhämtning också hade högre fysiologisk belastning, så kallad allostatisk belastning (von Thiele m fl 2006).

STUDIENS PERSPEKTIV, SYFTE OCH FRÅGOR

I studien kombineras alltså ett uppdragsperspektiv med medarbetares möjligheter till återhämtning genom att vi i valet av förklarande variabler fokuserar på ett antal arbetsmiljöfaktorer som är betydelsefulla för en individs möjligheter att genomföra sitt uppdrag men även för återhämtning. Studien är som nämnts ett första steg i att anlägga ett uppdragsperspektiv på arbete och uppdragsdialogens betydelse för återhämtning och hälsa, vilket här betyder att kategorierna och de i modellen ingående variabelerna har en explorativ karaktär.

Studien genomfördes inom verksamheter i välfärdstjänstesektorn. I undersökningsmodellen används två kategorier av förklaringsvariabler gentemot återhämtning och ohälsa. Den ena kategorin utgörs av arbetskrav jämte vad vi kallar försvårande villkor (det som av medarbetare upplevs som illegitima, alltså oskäligen eller onödiga, arbetsuppgifter) för arbetets utförande (Aronsson m fl 2012b). Den andra kategorin kan benämnas individens resurser för uppdraget (jämför Demerouti m fl 2001). Fokus ligger således på arbetsförhållanden som skulle kunna balanseras med en adekvat uppdragsdialog.

När syftet bryts ned till empiriska prövningar kan tre frågor formuleras. Den första är att undersöka i vilken utsträckning resurser för uppdraget (kontroll, återkoppling, målklarhet och socialt stöd) respektive krav i arbetet (såväl kvantitativa och kvalitativa som försvårande omständigheter i arbetet) samvarierar med återhämtning. Den andra frågan handlar om i vilken utsträckning bristande återhämtning hänger samman med ohälsa. Den tredje frågan gäller undersökningsgruppens hälsomässiga position relativt andra arbetsplatser och yrkesgrupper. Då ett av de använda hälsomåttan (*General Health Questionnaire, GHQ-12*) har använts i en mängd studier (Goldberg m fl 1997) kan undersökningsgruppens psykiska (o)hälsa jämföras med resultat från andra studier.

METOD

Studiens kontext

Denna studie omfattade kommunalt välfärdstjänstearbete inom vård och omsorg i två kommuner i Södermanland och Östergötland. I den ena kommunen gjordes ett totalurval av alla anställda. I den andra gjordes ett urval så att alla typer av verksamheter blev representerade, men när det fanns flera enheter med samma verksamhet begränsades urvalet till någon eller några enheter enligt principen att varje verksamhet skulle bli tillräckligt representerad. Ledningen var rädd att undersökningen annars skulle bidra till ökad enkättrötthet bland de anställda. I båda kommunerna fanns liknande verksamheter och skälet till att inkludera båda var att få tillräckligt stort empiriskt underlag för att kunna genomföra statistiskt tillförlitliga klusteranalyser av återhämtning. De anställda i dessa verksamheter har samhällets uppdrag att bidra till välfärd genom god vård, god omsorg och goda socialisationsprocesser. Inom vård- och omsorgsdelen är hemtjänsten en stor verksamhet som stöder och bistår äldre i deras dagliga liv. En annan större verksamhet är boendestöd för människor med funktionsnedsättningar. Inom vård- och omsorgsdelen finns yrkesgrupper som vårdbiträden, personliga assistenter, vårdare och boendepedagoger samt förskollärare, psykologer, kuratorer och sjuksköterskor. Ytterligare yrkesgrupper är socionomer och beteendevetare, som arbetar med utredningar kring social problematik och med underlag för beslut om olika vård- och omsorgsinsatser. Många välfärdstjänstearbeten har ett innehåll som det mentalt kan vara svårt att tids- och rumsmässigt avskärma sig från genom att det rör relationer mellan människor (Aronsson m fl 2014). Arbetet kännetecknas av dilemman, osäkerheter, avvägningar och otillräcklighetskänslor över att inte kunna ge de insatser och det stöd som kan upplevas som nödvändiga eller för att av olika skäl inte kunna fatta de adekvata besluten om stödinsatser (Astvik 2003, Astvik & Melin 2013, Tham & Meagher 2009). Det är förhållanden i arbetet som kan följa med in i den arbetsfria tiden och påverka återhämtningen (Aronsson m fl 2014). Mot den bakgrunden – välfärdstjänstearbete som ett komplext och interaktivt relationsarbete som, så långt möjligt, kräver tydlighet i mål och ansvar – blir ett kombinerat uppdrags- och återhämtningsperspektiv på välfärdstjänstepersonals arbetsvillkor adekvat.

Datainsamling

Efter informationsmöten med direkt berörda chefer i de två kommunerna och anställda vid personalavdelningarna, som skulle vara behjälpliga med information och praktiskt genomförande av studien, följde intern skriftlig information till alla deltagare. E-postinbjudan från forskargruppen innehöll information om syftet med projektet, beskrivning av forskargruppen med kontaktuppgifter, frivillighet i deltagandet, information om konfidentialitet i hanteringen av data samt länk till

enkäten, som administrerades via nätverktyget LimeSurvey under våren 2013. Tre påminnelser gjordes. Projektet har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

Urvalet bestod av 1 365 medarbetare från de två kommunernas förvaltningar inom välfärdstjänstearbete. Av dessa var det 673 som besvarade enkäten vilket innebär 49,3 procents svarsfrekvens. Medelåldern bland de svarande var 47 år, 87 procent var kvinnor och andelen med eftergymnasial utbildning var 55 procent. Bortfallsanalys kunde göras utifrån ålder, kön och utbildning och visade god överensstämmelse mellan svarande och icke-svarande. För individer med internt bortfall i någon av undersökningens variabler genomfördes imputation genom EM-metoden (Little & Rubin 1987).

Enkäten

Nedan ges en beskrivning av de olika enkätmåttens ursprung samt referens till respektive måtts upphov och studier av psykometriskt intresse. Om inget annat anges besvarades frågorna på en femgradig Likertska (1: stämmer inte alls, 5: stämmer helt). *Tabell 1* redovisar medelvärden, standardavvikelser, reliabilitetsestimat och korrelationer för de variabler som ingår i analyserna. Överlag var reliabiliteterna tillfredsställande med Cronbachs alfa över 0,70.

Återhämtning

Återhämtning mättes med sju frågor som täcker individens aktivationstillstånd under ett dygn och därmed dygnscykeln av anspänning och energi under dagen, nedvarning och återhämtning, sömn samt hur utvilad individen upplever sig vara på morgonen och efter en ledighet. Flertalet frågor utvecklades av Aronsson m fl (2003) och validerades senare mot kortisol (Gustafsson m fl 2008) medan frågan om sömnkvalitet är hämtad från Åkerstedt m fl (2002). Låga värden representerar bättre återhämtning. Dessa frågor låg sedan till grund för att identifiera grupper med olika grad av återhämtning.

Arbetskrav och försvärande villkor

Kvantitativ belastning mättes med tre frågor som speglar känslan av att ha för mycket att göra och för lite tid (Walsh m fl 1980). *Kvalitativ belastning* mättes med fyra frågor om krav i arbetet som upplevs vara för svåra att klara av (Sverke m fl 1999). Illegitima arbetsuppgifter mättes med två index: *oskäligen arbetsuppgifter*, som gäller om de anställda upplever att arbetsuppgifterna är allokerade till rätt rollinnehavare (4 frågor) samt *onödigen arbetsuppgifter*, som är inriktat på om det finns uppgifter som man menar inte skulle behöva utföras om organisationen av arbetet var bättre (5 frågor) (Aronsson m fl 2012b, Semmer m fl 2010).

Tabell 1. Beskrivande statistik för studiens variabler

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|------|
| <i>Arbetskrav och förvärande villkor</i> | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| <i>Resurser för uppdraget</i> | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| <i>Hälsoutfall</i> | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| <i>Klustringsvariabel</i> | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| Medelvärde | 2,82 | 2,01 | 2,18 | 2,45 | 3,48 | 4,06 | 3,24 | 3,40 | 2,00 | 10,33 | 2,24 | 2,58 |
| Standardavvikelse | 1,01 | 0,76 | 0,64 | 0,73 | 0,70 | 0,83 | 0,51 | 0,95 | 0,68 | 4,45 | 0,85 | 0,65 |
| Reliabilitet (alfa) | 0,77 | 0,70 | 0,87 | 0,86 | 0,68 | 0,81 | 0,87 | 0,82 | 0,62 | 0,84 | - | 0,83 |

*Återhämtningsvariabeln (medelvärdesindex baserat på de sju frågorna i skalan) är kodad så att höga värden indikerar låg återhämtning.

Skalvidd: Psykisk ohälsa (GHQ) 0–36 och övriga skolor 1–5.

För $r > 0,05$; $r > 0,10$ $p < 0,01$; $r > 0,13$ $p < 0,001$.

- Ej relevant.

Resurser för uppdraget

För att mäta *kontroll* i arbetet (fyra frågor) användes en skala som speglar graden av självbestämmande och inflytande över hur arbetsuppgifterna utförs (Sverke & Sjöberg 2000). *Målklarhet* mättes med fyra frågor som undersöker upplevelser av tydlighet i en anställds arbetsuppgifter (Rizzo m fl 1970). *Återkoppling* på arbetsprestation baserades på fyra frågor (Hackman & Oldham 1975) som fångar i vilken utsträckning medarbetaren får återkoppling på sin arbetsprestation av sin chef. *Socialt stöd*-skalan innehåller fem frågor (Kinsten m fl 2007), som mäter graden av socialt stöd en individ uppfattar sig ha på arbetsplatsen.

Hälsoutfall

Självskattad ohälsa består av en fråga som undersöker individens egen bedömning av sitt hälsotillstånd i relation till andra (Idler & Benyamini 1997, Manderbacka 1998). Svartalternativen varierade från 1 (Mycket bra) till 5 (Mycket dåligt).

Hälsobesvär mättes med ett index baserat på fem frågor om fysiska hälsobesvär (baserat på Boström & Nyqvist 2010) med en svarsskala som sträckte sig från 1 (Aldrig eller nästan aldrig) till 5 (Alltid eller nästan alltid). *GHQ-12* är ett mått som beskriver en individs psykiska ohälsa. Måttet är en kortversion om tolv frågor (Banks m fl 1980) av den mer omfattande skala som utvecklats av Goldberg (1972, 1979). Svartalternativen sträcker sig mellan 0 (Aldrig) och 3 (Alltid), där höga värden representerar en högre grad av psykisk ohälsa. GHQ-12 är ett mycket använt instrument, varför resultatet kan jämföras med andra studier. För att kunna jämföra med andra studiepopulationer har vi använt den sammanlagda poängen på de 12 frågorna, där summan således kan variera mellan 0 (ingen psykisk ohälsa) och maxvärdet 36 (hög psykisk ohälsa).

Statistiska bearbetningar

För att sammanföra individinformationen kring aktivitet och vilocykler till en meningsfull helhetsbild användes klusteranalys (*K-means*) som är lämplig när det finns en hypotes om förutbestämda grupper (Bergman m fl 2003, Burns & Burns 2008). Antagandet för den genomförda klusteranalysen var att det finns en mellangrupp och två polariserade grupper med avseende på dygns- och återhämtningscykel. Samtliga sju frågor från återhämtningsmättet användes som klustringsvariabler. För att pröva klassificeringen av individer till återhämtningsprofilerna genomfördes en multivariat variansanalys (MANOVA) som testade om profilernas medelvärden i de sju frågorna var signifikant olika. Dessutom beräknade vi hur profilerna skilde sig åt med avseende på ålder, kön, familjesituation, utbildningsnivå och arbetsomfattning.

För studiens första fråga genomfördes multivariata variansanalyser för att studera skillnader mellan återhämtningsprofilerna i arbetskrav respektive resurser

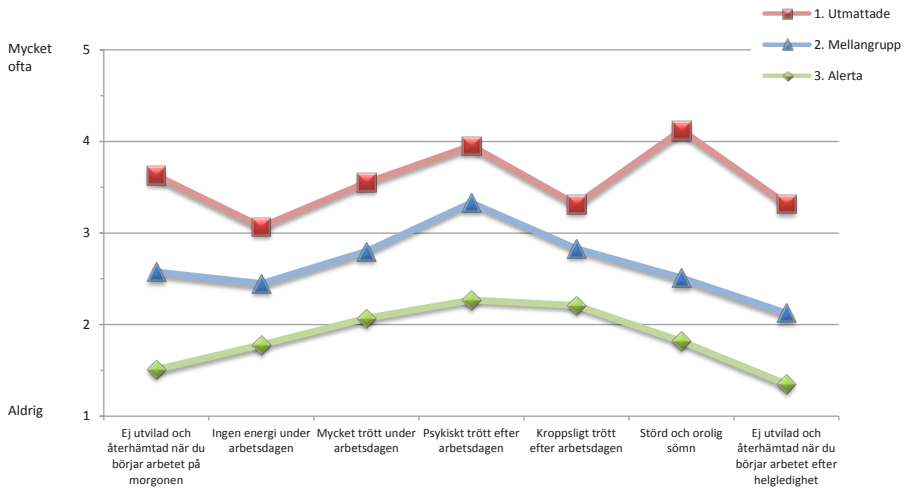
för uppdraget. MANOVA användes också för att pröva den andra frågan om skillnader i ohälsa mellan de tre återhämtningsprofilerna. I de fall signifikanta skillnader förelåg följdes dessa upp med post hoc-test (Bonferroni) för att utreda vilka grupper som skilde sig åt.

För den tredje frågan – om undersökningsgruppens hälsomässiga position relativt andra arbetsplatser och yrkesgrupper – jämförde vi återhämtningsprofilernas summapoäng i GHQ med andra studier. I studier av ”normalpopulationer” och bland yrkesarbetande (Calnan m fl 2000, Holi m fl 2003, Prosser m fl 1999) varierar summapoängen normalt mellan 10 och 12 men även lägre medelvärden har framkommit (exempelvis i en spansk populationsstudie; del Pilar Sánchez-López & Dresch 2008). Gränserna för psykisk ohälsa baseras på olika studier där GHQ-12 validerats mot andra skalor eller mot kliniska bedömningar baserade på psykiatriska intervjuer. Gränsen för lättare psykiatrisk ohälsa varierar men värden kring 16–20 summapoäng (min 0, max 36) har föreslagits (Goldberg m fl 1998, Toyabe m fl 2007).

RESULTAT

Klusteranalys

Då återhämtningsfrågorna klusteranalyserades bedömde vi att den antagna treklusterlösningen sammanfattade data bättre än lösningar med fler eller färre kluster. De tre grupper som genererades av klusteranalysen fick beteckningarna ”Ej återhämtade” (n = 122; 18 procent), ”Mellangrupp” (n = 345; 51 procent) och ”Alerta” (n = 206; 31 procent). *Figur 1* presenterar de tre återhämtningsprofilerna utifrån medelvärden i de sju frågor som utgjorde grunden för klusteranalysen. Den multivariata variansanalysen, med de tre återhämtningsprofilerna som oberoende variabler och återhämtningsfrågorna som beroende variabler, visade en övergripande multivariat skillnad i återhämtning mellan de tre profilerna ($F(df = 14, 1328) = 140,50, p < 0,001$). Samtliga univariata F-test var signifikanta och uppföljande post hoc-analyser visade att den alerta gruppen rapporterade signifikant mer återhämtning än mellangruppen; denna grupp hade i sin tur bättre värden än de ej återhämtade (utmattade). Orolig sömn var den fråga som mest differentierade mellan profilerna.



Figur 1. Treklusterlösning baserad på återhämtningsfrågorna

I *tabell 2* jämförs de tre återhämtningsprofilerna i bakgrundsvariabler. Två signifikanta skillnader framträder. "Ej återhämtade" var yngre och hade i högre utsträckning en eftergymnasial utbildning än de "Alerta".

Tabell 2. Demografiska karakteristika för de tre återhämtningsprofilerna.

| | Ej återhämtade (1) | Mellangruppen (2) | Alerta (3) | Totalt | F | χ^2 | Post-hoc |
|---------------------------------|--------------------|-------------------|------------|--------|-------|----------|----------|
| Medelålder | 45 | 47 | 49 | 47 | 4,43* | - | 1<3 |
| Andel kvinnor (%) | 89 | 86 | 87 | 87 | - | 0,92 | |
| Andel med hemmavarande barn (%) | 45 | 55 | 50 | 51 | - | 3,14 | |
| Eftergymnasial utbildning (%) | 65 | 57 | 47 | 55 | - | 9,49** | |
| Har partner (%) | 81 | 81 | 82 | 81 | - | 0,55 | |
| Arbetar heltid (%) | 58 | 58 | 57 | 59 | - | 0,07 | |

*p < 0,05; **p < 0,01.

- Ej relevant.

Skillnader mellan återhämtningsprofiler i arbetsvillkor

Klusteranalysen utgör utgångspunkt för studiens första fråga, nämligen att studera skillnader i arbetsvillkor (arbetskrav och försvärande villkor respektive resurser för uppdraget) mellan de tre återhämtningsprofilerna (se *tabell 3*). Båda analyserna visade på signifikanta multivariata skillnader mellan återhämtningsprofilerna. De univariata F-testen visade att grupperna skiljde sig åt i samtliga mått för arbetskrav (kvantitativa och kvalitativa arbetskrav samt oskäliga och onödiga arbetsuppgifter)

Tabell 3. Skillnader mellan återhämtningsprofilerna i arbetsvillkor.

| | Antal frågor | Ej återhämtade (1) | | Mellan (2) | | Alerta (3) | | F | Partiell eta ² | Post-hoc |
|-------------------------------|--------------|---|------|------------|------|------------|------|----------|---------------------------|----------|
| | | M | SD | M | SD | M | SD | | | |
| | | <i>Arbetskrav och försvarande villkor</i> | | | | | | | | |
| Kvantitativ arbetsbelastning | 3 | 3,52 | 0,99 | 2,89 | 0,87 | 2,28 | 0,94 | 24,16*** | ,13 | 1>2>3 |
| Kvalitativ arbetsbelastning | 4 | 2,50 | 0,85 | 2,07 | 0,66 | 1,60 | 0,66 | 72,54*** | ,18 | 1>2>3 |
| Oskälliga arbetsuppgifter | 4 | 2,51 | 0,68 | 2,24 | 0,57 | 1,90 | 0,62 | 67,16*** | ,17 | 1>2>3 |
| Onödiga arbetsuppgifter | 5 | 2,76 | 0,80 | 2,47 | 0,64 | 2,23 | 0,76 | 40,46*** | ,11 | 1>2>3 |
| <i>Resurser för uppdraget</i> | | | | | | | | | | |
| Kontroll | 4 | 2,76 | 0,72 | 3,03 | 0,61 | 3,70 | 0,76 | 21,53*** | ,06 | 3>2>1 |
| Målklarhet | 4 | 3,66 | 0,97 | 4,03 | 0,77 | 4,34 | 0,74 | 14,37*** | ,06 | 3>2>1 |
| Socialt stöd | 5 | 3,02 | 0,65 | 3,20 | 0,43 | 3,43 | 0,48 | 28,24*** | ,08 | 3>2>1 |
| Återkoppling | 4 | 3,01 | 1,07 | 3,40 | 0,84 | 3,64 | 0,97 | 28,42*** | ,08 | 3>2>1 |
| | | | | | | | | 17,55*** | ,05 | 3>2>1 |

Multivariata (i kursiv) F-test med Wilks Lambda-distribution (frihetsgrader: 8, 1334) och univariata F-test (frihetsgrader: 2, 670).

Skalvidd: 1–5 på samtliga arbetsvillkor.

*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001.

Tabell 4. Medelvärdeskillnader mellan återhämtningsprofilerna i ohälsa.

| | Antal frågor | Ej återhämtade (1) | | Mellan (2) | | Alerta (3) | | F | Partiell eta ² | Post-hoc |
|---------------------|--------------|----------------------|------|------------|------|------------|------|-----------|---------------------------|----------|
| | | M | SD | M | SD | M | SD | | | |
| | | <i>Hälsotabeller</i> | | | | | | | | |
| Fysiska hälsobesvär | 5 | 2,61 | 0,74 | 2,03 | 0,55 | 1,58 | 0,53 | 84,89*** | ,28 | 1>2>3 |
| Psykisk ohälsa | 12 | 15,05 | 4,47 | 10,64 | 3,00 | 7,02 | 3,69 | 120,60*** | ,27 | 1>2>3 |
| Självskattad ohälsa | 1 | 3,00 | 0,92 | 2,23 | 0,67 | 1,80 | 0,77 | 202,07*** | ,38 | 1>2>3 |
| | | | | | | | | 98,94*** | ,23 | 1>2>3 |

Multivariata (i kursiv) F-test med Wilks Lambda-distribution (frihetsgrader: 6, 1336) och univariata F-test (frihetsgrader: 2, 670).

Skalvidd: Psykisk ohälsa (GHQ) 0–36 och övriga skolor 1–5.

*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001.

och resurser för uppdraget (kontroll, återkoppling, målklarhet och socialt stöd). De uppföljande post hoc-testen visade att det för samtliga åtta index var ordningen att "Ej återhämtade" rapporterade de svåraste arbetsvillkoren, följt av "Mellangruppen", medan de "Alerta" hade bäst arbetsvillkor. När det gäller arbetskrav och försvårande villkor förklarade återhämtningsprofilerna mest varians i kvantitativ och kvalitativ belastning. Bland resursfaktorerna var den förklarade variansen störst för kontroll, återkoppling och socialt stöd. På multivariat nivå var den förklarade variationen något starkare för arbetskrav ($\eta^2 = 0,13$) än för resurser ($\eta^2 = 0,06$).

Skillnader mellan återhämtningsprofiler i ohälsa

Sambandet mellan återhämtningsprofiler och hälsa (*tabell 4*) var, som framgår av det multivariata F-testet, starkt för samtliga tre mått. De univariata F-testen visade på stora skillnader mellan de tre återhämtningsprofilerna i självskattad ohälsa, hälsobesvär och psykisk ohälsa. De uppföljande post hoc-testen visade att de "Ej återhämtade" rapporterade sämre hälsa än "Mellangruppen", som i sin tur rapporterade sämre hälsa än de "Alerta". Den förklarade variansen var högst för psykisk ohälsa ($\eta^2 = 0,38$) och för övriga mått var andelen varians som kunde förklaras av återhämtning omkring en fjärdedel.

Hälsa relativt andra arbetsplatser och yrkesgrupper

Studiens tredje syfte var att jämföra undersökningsgruppens hälsomässiga position relativt andra arbetsplatser och yrkesgrupper. För det syftet jämfördes summapoängen i psykisk ohälsa (GHQ-12) med de normerande värden som redovisats i tidigare studier. Här hade profilen "Alerta" en summa i GHQ på 7,0 (av maximalt 36) och låg således klart under normalintervallet (10–12). "Mellangruppen" hade 10,6 och låg i intervallet för normalpopulationer, medan den "Ej återhämtade" gruppen hade 15,1 som var klart över normalintervallet. I relation till de studier som i stället menar att ett värde i intervallet 16–20 i innebär lättare psykisk ohälsa var det bara en person i "Alerta"-gruppen som nådde värdet 18, vilket betyder 0,5 procent. I "Mellangruppen" låg 9 procent på 18 eller högre och bland de "Ej återhämtade" var andelen 28 procent. För det totala urvalet var andelen 7 procent.

DISKUSSION

Syftet med den här studien var att bidra till en ökad förståelse av återhämtning i förhållande till uppdragsdialogen. Det gjordes genom att undersöka hur olika mönster av återhämtning samvarierar med ett antal arbetsvillkor som kan antas vara förenade med en individs möjlighet att genomföra sitt arbetsuppdrag på ett bra sätt, men även med hälsa. För att nå studiens syften gjordes först en kluster-

analys baserad på sju frågor om återhämtning. Analysen gav tre kluster, som var signifikant åtskilda i alla sju frågorna. Gruppen "Alerta" utgjorde 31 procent, "Ej återhämtade" utgjorde 18 procent och återstoden, 51 procent, klassificerades som en mellangrupp. Det bör observeras att kvinnor var relativt jämbördigt representerade i de tre klustren. Andelen män var dock för liten för könsjämförelser i andra avseenden. Klusteranalysen gav således tydliga och tolkningsbara kluster för de fortsatta empiriska prövningarna.

När det gäller den första frågan – i vilken utsträckning resurser för uppdraget (kontroll, återkoppling, målklarhet och socialt stöd) respektive arbetskrav (kvantitativa och kvalitativa krav samt försvårande omständigheter) samvarierar med återhämtning – framkom signifikanta skillnader mellan de tre klustren i förväntad riktning i alla resurs- och arbetskravsvariablerna. På kravsidan var bristande återhämtning starkast kopplad till kvantitativ och kvalitativ arbetsbelastning. På resurssidan var bidraget ungefär lika stort för kontroll, socialt stöd och målklarhet.

Den andra frågan gällde bristande återhämtning och ohälsa. Resultaten visade ett starkt samband mellan återhämtningsprofil och vart och ett av de tre hälsomått. Överlag förklarade profilerna en relativt stor andel av variationen i ohälsa och för psykisk ohälsa var den förklarade variansen så hög som 38 procent. Då bör det påpekas att det innehållsmässigt finns en viss överlappning mellan frågeinnehållet i "dygncirkelfrågorna" och GHQ-12, bland annat avseende en fråga om sömn.

Sett till den tredje frågan – nivån av lättare psykisk ohälsa mätt med GHQ-12 – var det drygt en fjärdedel bland de "Ej återhämtade" som hade en summapoäng runt 16–20 eller högre, vilket är ett vanligen använt gränsvärde för psykisk ohälsa (Goldberg m fl 1998). Detta bör jämföras med den "Alerta" gruppen, där andelen var mindre än en procent, och "Mellangruppen", där en knapp tiondel nådde detta gränsvärde. Resultaten pekar således på att klusteranalysprofiler baserade på återhämtningstillstånd under dygnet är en stark prediktor för lättare psykisk ohälsa.

Styrkor, begränsningar och framtida forskning

En styrka i studien är att vi har använt mätinstrument som metodologiskt är väl utprovade för att spegla utfallet av vad vi benämner uppdragsdialogen. Det gäller såväl arbetsvillkors- som återhämtnings- och hälsomått. En annan styrka består i att klusterlösningen med tre klart åtskilda profiler som framkommit i flera tidigare studier (Aronsson m fl 2003, Aronsson m fl 2014, Gustafsson m fl 2008) kunde reproduceras. Tillsammans med dessa studier indikerar vår studie att klusterlösningar baserade på återhämtningsfrågorna förefaller ha stabilitet över olika yrkesgrupper och på ett systematiskt sätt tycks kunna predicera olika aspekter av hälsa. Till styrkorna hör också att studien gav meningsfulla och tolkbara samband mellan faktorer associerade med uppdragsdialogen (arbetskrav och resurser) och de tre återhämtningsklustren.

En viktig fråga är i vilken utsträckning modellens resultat är generaliserbara. God generaliserbarhet skulle här kunna definieras som att de använda återhämtningsfrågorna hänger samman med arbetsvillkoren och har ett högt förklaringsvärde gentemot hälsoutfall. Uppdragsdialogen bygger på att medarbetare och chefer ser sitt arbete som ett uppdrag och ett arbetsåtagande där de själva har ett ansvar för beslut och reflektion över åtagande, uppgift och verksamhet i en kontext med begränsad förutsägbarhet. Det är en typ av arbetsplats där personalen är bemyndigad att hantera komplexitet och ta ansvar. Motpolen utgörs av arbetsplatser där produktionen organiserats enligt principen hög grad av detaljstyrning och enkla, förutbestämda och mätbara resultat på operativ nivå. I den typen av produktionsuppläggning kan det vara svårt att koppla samman verksamhet och arbetsmiljö – dialogen blir snarare instruktioner för att klara arbetsuppgiften. Överförbarheten kan antas vara högst till komplext relationsarbete med människor, arbete som till sin natur innehåller hög grad av oförutsägbarhet som ställer krav på dialoger. I vissa slag av sådant arbete har återkoppling, handledning och reflektion institutionaliserats. Uppdragsdialog skulle exempelvis kunna vara särskilt värdefull i välfärdstjänsteyrken där man har ansvar för andra människor och till och med riskerar bli anmäld för fattade beslut. I vår undersökningsgrupp finns en spridning i ansvarsavseende men urvalet var för litet för stratifiering och analys på undergrupper.

Generaliseringsfrågan på individnivå handlar om för vilka individer en bra uppdragsdialog är viktigast. För det första finns det även på välfungerande arbetsplatser olikheter i individers behov av avgränsningar och tydliga arbetsuppgifter. För det andra finns skillnader i personlighet och vad som kan kallas tolerans för mångtydighet. Generaliseringsmöjligheter i dessa aspekter kan vara av intresse för fortsatt forskning kring uppdragsdialogen och dess potential.

För den andra frågan, som handlar om samband mellan återhämtning och hälsa, är generaliserbarheten att betrakta som hög. Detta samband har bekräftats i studier med olika instrument. Måtten i vår studie utgjordes av subjektiva skattningar men de riktas mot biologiska fenomen där generaliserbarheten individer emellan är hög (jfr Gustafsson m fl 2008, von Thiele m fl 2006).

För den tredje frågan – där huvudresultaten kan sägas vara stor spridning i hälsa och att 28 procent i den ej återhämtade gruppen jämfört med 7 procent i totalgruppen låg över gränsen för lättare psykisk ohälsa – är det svårt att bedöma hur representativa de två kommunerna är i förhållande till vård- och omsorgsarbete i hela kommunsektorn och andra kontexter. Fortsatta studier baserade på ett bredare kommunurval kan belysa denna fråga, som har stort praktiskt intresse då personer med värden över nämnda gräns sannolikt löper förhöjd risk för sjuk-skrivning och framtida ohälsa.

I uppdragsdialogmodellen uppfattas arbetsuppgifterna som formade av processer på olika nivåer i en organisation. Vidare antas att dessa processer är påverkbara i riktning mot ökad tydlighet i arbetsåtagandet och bättre balanser mellan kraven i arbetet och de resurser som krävs för att nå verksamhetens mål. I studien har vi inte undersökt dialogprocessen explicit och analyserna har varit begränsade till nivån operativ chef och medarbetare. I framtida studier vore det intressant att studera dialogprocessen explicit och då även inkludera flera organisatoriska nivåer.

Studien baseras på ett tvärsnitt och därför kan inte några statistiska orsak-riktningar fastställas. För utveckling av själva uppdragsdialogmodellen vad gäller ingående variabler, mekanismer och orsakssamband kan en utgångspunkt vara att närmare klargöra hur de olika arbetsvillkoren relaterar till återhämtning – och med vilken tyngd. För longitudinella studier menar vi att nedanstående samband i tvärsnittsanalyserna är särskilt intressanta att följa upp.

När det gäller samband mellan de olika resursvariablerna framkom ett starkt positivt samband mellan återkoppling och målklarhet, vilket kan förstås som att denna aspekt av chef-medarbetardialogen har påtaglig betydelse för att klargöra uppdraget. Det fanns vidare ett tydligt samband mellan återkoppling och upplevelse av kontroll i arbetet. Mekanismen skulle kunna vara att återkoppling stärker individens känsla av att arbeta med ”rätt saker på rätt sätt”, vilket ger en ökad trygghet, självständighet och stärker känslan av kontroll och förmågan att självständigt genomföra uppdraget.

Ser vi till sambanden mellan de två huvudkategorierna resurser och arbetskrav hade resursen målklarhet ett starkt samband med både kvantitativ arbetsbelastning och onödiga och oskäliga arbetsuppgifter. Mekanismen skulle kunna vara att en bristfällig uppdragsdialog inte klargör arbetsmängd, uppgifter, gränser och mål i arbetet, vilket leder till att individen har svårt att sakligt försvara sig mot vad denne uppfattar som illegitima arbetsuppgifter eller överbelastning. Resursvariabeln socialt stöd hade ett relativt starkt negativt samband med illegitima arbetsuppgifter – ju mera upplevt kamrattstöd, desto lägre skattning av upplevt illegitima arbetsuppgifter. Den psykologiska mekanismen skulle kunna vara att starkt socialt stöd innebär mer av kollektivt ansvarstagande, vilket bidrar till att man i större utsträckning delar på onödiga och oskäliga arbetsuppgifter.

Inom kategorin arbetskrav fanns ett starkt positivt samband mellan onödiga arbetsuppgifter och kvantitativ arbetsbelastning. Det antyder att en väg att minska arbetsbelastningen skulle kunna vara att identifiera och eliminera illegitima arbetsuppgifter.

Hela uppdragsdialogmodellen, som här operationaliserades i termer av krav och resurser i arbetet (jfr Demerouti m fl 2001), hade ett relativt högt förklaringsvärde gentemot återhämtning men med olikheter beträffande bidragen från

de ingående variablerna. Fortsatta studier kan visa i vilken mån detta resultat reproduceras i andra typer av arbeten och ge grund för eventuella justeringar av modellen. Även om modellens förklaringsvärde var relativt högt är det i fortsatta studier för utveckling av uppdragsdialogmodellen lämpligt att pröva andra arbetsmiljöaspekter än de åtta vi nu använde.

De samband och mekanismer som diskuteras och skisseras får ses som hypotesgenererande för longitudinella eller experimentella studier, där orsakskedjor bättre kan analyseras. För modellutveckling behövs också studier där hela den vertikala dialogkedjan kring ett uppdrag undersöks. Modellen har ett starkt fokus på måluppnående och dialog kring arbetsuppgifter och arbetsåtagande. Den är därmed nära kopplad till utfall som produktivitet och effektivitet och i fortsatt forskning bör dessa aspekter inkluderas.

REFERENSER

- Aronsson G (1989): "Dimensions of control as related to work organization, stress and health". *International Journal of Health Services*, 19(3)459–68.
- Aronsson G, Bejerot E, Härenstam A (2012b): "Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare: Samband mellan illegitima arbetsuppgifter och stress kartlagt i enkätstudie". *Läkartidningen*, 48, 2216–19.
- Aronsson G, Gustafsson K, Astvik W (2014): "Work conditions, recovery and health: A study among workers within preschool, home care, and social work." *British Journal of Social Work*, 44(6)1654–72.
- Aronsson G, Helligren J, Isaksson K, Johansson G, Sverke M, Torbiörn I (2012a): Arbets- och organisationspsykologi: Individ och organisation i samspel. Stockholm: Natur & Kultur.
- Aronsson G, Svensson L, Gustafsson K (2003): "Unwinding, recuperation and health among compulsory-school and high-school school teachers in Sweden". *International Journal of Stress Management*, 10(3)217–234.
- Astvik W (2003): Relationer som arbete: Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten. Doktorsavhandling. *Arbete och hälsa*, 8.
- Astvik W, Melin M (2013): "Coping with the imbalance between job demands and resources: A study of different coping patterns and implications for health and quality in human service work". *Journal of Social Work*, 13(4)337–360.
- Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, Kemp NJ, Stafford EM, Wall TD (1980): "The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies". *Journal of Occupational Psychology*, 53(3)187–194.
- Bergman LR, Magnusson D, El-Khoury BM (2003): *Studying individual development in an interindividual context: A person-oriented approach*. Mahwah NJ: Erlbaum.
- Boström G, Nyqvist K (2010): *Objective and background of the questions in the national public health survey*. Report 2010:02. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.
- Burns BR, Burns AR (2008): *Business research methods and statistics using SPSS*. London: Sage.
- Calnan M, Wainwright D, Almond S (2000): "Job strain, effort–reward imbalance and mental distress: A study of occupations in general medical practice". *Work & stress*, 14(4)297–311.
- Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin BS, Gwaltney JM Jr (1997): "Social ties and susceptibility to the common cold". *Journal of American Medical Association*, 277, 1940–1944.
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli W (2001): "The job demands–resources model of burnout". *Journal of Applied Psychology*, 86, 499–512.
- Goldberg D (1972): *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg D (1979): *Manual of the General Health Questionnaire*. London: NFER Nelson.
- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C (1997): "The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care". *Psychological Medicine*, 27(1)191–197.

- Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J (1998): "Why GHQ threshold varies from one place to another". *Psychological Medicine*, 28(4)915–921.
- Gustafsson K, Lindfors P, Aronsson G, Lundberg U (2008): "Relationships between self-rating of recovery from work and morning salivary cortisol". *Journal of Occupational Health*, 50(1)24–30.
- Hackman JR, Oldham GR (1975): "Development of the Job Diagnostic Survey". *Journal of Applied Psychology*, 60(2)159–170.
- Holi MM, Marttunen M, Aalberg V (2003): "Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL 90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population". *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(3)233–238.
- House JS (1981): *Work, stress and social support*. London: Addison Wesley.
- Härenstam A (2008): "Organizational approach to studies of job demands, control and health". *Scandinavian Journal of Work Environment and Health Supplements*, 6, 144–149.
- Ilder EL, Benyamini Y (1997): "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies". *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.
- Johnson JV, Hall EM (1988): "Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population". *American Journal of Public Health*, 78, 1336–42.
- Karasek RA, Theorell T (1990): *Healthy work: Stress, productivity and the reconstructions of working life*. New York: Basic Books.
- Kinsten A, Magnusson Hanson L, Hyde M, Oxenstierna G, Westerlund H, Theorell T (2007): *SLOSH 2006 – En riksbaserad studie av arbetsmiljö och hälsa*. Stockholm: Institutet för psykosocial medicin.
- Little RJA, Rubin DB (1987): *Statistical analysis with missing data*. New York: Wiley.
- Manderbacka K (1998): "Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents." *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26, 145–53.
- McEwen B (1998): "Protective and damaging effects of stress mediators". *New England Journal of Medicine*, 338(3)171–9.
- Nyberg A (2009): *The impact of managerial leadership on stress and health among employees*. Doktorsavhandling. Department of Public Health Sciences. Stockholm: Karolinska institutet.
- del Pilar Sánchez-López M, Dresch V (2008): "The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population". *Psicottoma*, 20(4)839–43.
- Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Dunn G, Szmukler Y, Reid Y, Bebbington P, Thornicroft G (1999): "Mental health, 'burnout' and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff". *Soc Psychiatry Epidemiol*, 34, 295–300.
- Rizzo JR, House RJ, Lirtzman SI (1970): "Role conflict and ambiguity in complex organizations". *Administrative Science Quarterly*, 15, 150–163.
- Schwarzer R, Leppin A (1991): "Social support and health: A theoretical and empirical overview". *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99–127.
- Semmer NK, Tschan F, Meier LL, Faccin S, Jacobshagen N (2010): "Illegitimate tasks and counterproductive work behavior". *Applied Psychology: An International Review*, 59(1)70–96.
- Siegrist J (1996): "Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions". *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27–41.
- Sonnentag S, Bayer UV (2005): "Switching off mentally: Predictors and consequences of psychological detachment from work during off-time". *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 393–414.
- Sutherland V, Cooper CL (2000): *Strategic stressor management*. London: McMillan.
- Sverke M, Hellgren J, Öhrming J (1999): "Organizational restructuring and health care work: A quasi-experimental study". I: Le Blanc PM, Peeters MCW, Büssing A, Schaufeli WB (red): *Organizational psychology and health care: European contributions* (s 15–32). München: Rainer Hampp Verlag.
- Sverke M, Sjöberg A (2000): "The interactive effect of job involvement and organizational commitment on job turnover revisited: A note on the mediating role of turnover intention". *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 247–52.
- Tham P, Meagher G (2009): "Working in human services: How do experiences and working conditions in child welfare social work compare?" *British Journal of Social Work*, 39(5)807–27.
- Toyabe SI, Shiori T, Kobayashi K, Kuwabara H, Koizumi M, Endo T, Akazawa K (2007): "Factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in subjects who had suffered from the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake in Japan: A community-based study." *BMC Public Health*, 7(1)175.

- Viswesvaran C, Sanchez JI, Fisher J (1999): "The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis." *Journal of Vocational Behavior*, 54(2)314–34.
- von Thiele U, Lindfors P, Lundberg U (2006): "Self-rated recovery from work stress and allostatic load in women". *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 237–42.
- Walsh JT, Taber TD, Beehr TA (1980): "An integrated model of perceived job characteristics". *Organizational Behavior and Human Performance*, 25, 252–267.
- Åkerstedt T, Knutsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, Kecklund G (2002): "Sleep disturbances, work stress and work hours: A cross-sectional study". *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 741–8.
- Åkerstedt T, Nordin M, Alfredsson L, Westerholm P, Kecklund G (2012): "Predicting changes in sleep complaints from baseline values and changes in work demands, work control, and work preoccupation – The WOLF-project". *Sleep Medicine*, 13, 73–80.