

Ledarskap, socialt klimat, hälsofrämjande åtgärder och sjukfrånvaro – en jämförande studie inom vård och omsorg i 60 kommuner

Ingemar Åkerlind¹ Robert Larsson² Cecilia Ljungblad³

¹Professor em. i folkhälsovetenskap, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens högskola. E-post: ingemar.akerlind@mdh.se. ²Doktorand i Arbetslivsvetenskap, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens högskola. E-post: robert.larsson@mdh.se. ³Doktorand i Försäkringsmedicin Karolinska Institutet & Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens högskola. E-post: cecilia.ljungblad@mdh.se.

En jämförande studie inom vård och omsorg i ett representativt urval av 60 av Sveriges 290 kommuner visar att det finns tydliga samband mellan arbetsgivarens sätt att leda och organisera verksamheten och medarbetarnas hälsa och sjukfrånvaro. Både specifika hälsofrämjande åtgärder, ledarskap och socialt klimat har betydelse. Externa strukturella områdesfaktorer, som sociodemografi och arbetsmarknad samt attityder till när det är acceptabelt att sjukskriva sig, har också betydelse dock utan att reducera sambandet med de interna organisationsfaktorerna. Det finns alltså goda skäl för arbetsgivaren att bedriva ett målmedvetet och aktivt hälsofrämjande arbete både genom direkta individinriktade insatser och genom organisatoriskt stöd för hälsoarbetet. Detsamma gäller ett mer allmänt utvecklingsinriktat och stödjande ledarskap.

A comparative study of the social care organizations in a representative sample of 60 out the 290 municipalities in Sweden demonstrates significant associations between the employer's way of organizing the work and the employees' health and sickness absence. Specific workplace health promotion measures, as well as leadership styles and social climate are of importance. External structural regional factors such as sociodemography and labour market, as well as sickness absence culture have influence too, however without reducing the association to the internal factors concerning workplace health promotion, leadership and social climate. Accordingly, there are good reasons for employers to engage in health promotion activities both by individual-directed measures and by organizational support. The same is true for a more general developmental and supportive leadership style.

Bakgrund

Sverige har en lång tradition när det gäller arbetsmiljöarbete. Genom tillämpad forskning och lokalt arbetsmiljöarbete har riskerna för fysiska skador på grund av olycksfall, kemisk exponering reducerats och olämplig belastning minskats. Trots dessa framsteg har den arbetsrelaterade ohälsan, som bl.a. visar sig i sjukfrånvaro, inte minskat utan snarare tilltagit under flera perioder under de senaste decennierna. De insatser som har gjorts tycks inte ha varit tillräckliga för att åstadkomma en hållbar utveckling av hälsan i arbetslivet. Det är fortfarande vanligt med arbetsrelaterade besvär till följd av fysisk belastning samt, i ökande omfattning, stress och psykiska påfrestningar (Arbetsmiljöverket, 2012). Traditionellt arbetsmiljöarbete, som enbart inriktas på enskilda individer och fysisk arbetsmiljö, tycks inte vara tillräckligt för att möta den ”nya” typen av arbetsrelaterad ohälsa. Det har därför alltmer kommit att kompletteras med hälsofrämjande interventioner riktade till såväl individer, grupper som hela organisationen (Källestål, Bjurvald, Menckel et al., 2004; Åkerlind, Schunder & Frick, 2007). Det behövs dock mer kunskap om vilken betydelse sådana mer omfattande åtgärdsprogram har för de anställdas hälsa och sjukfrånvaro.

Forskningen om hälsa och sjukfrånvaro i arbetslivet handlar till stor del om att kartlägga och analysera skillnader med sikte på att upptäcka åtgärdbara orsaker. Oftast studeras skillnader mellan sociala grupper (yrke, utbildning, socioekonomisk status, kön, etnicitet, ålder m.m.) samt förändringar över tid.

Men det kan också finnas en påfallande variation inom olika grupperingar (t.ex. branscher, företag, kommuner, regioner) som inte tycks kunna förklaras av kända riskfaktorer (Szücs, Hemström & Marklund, 2003). Bakgrunden till detta projekt är de påfallande och relativt stabila skillnaderna i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner som uppmärksammades i början av 2000-talet (Riksförsäkringsverket, 2003). Skillnaderna i befolkningen kan delvis förklaras av den stora variationen i näringsstruktur, socioekonomi och demografi mellan olika delar av landet. Det finns emellertid minst lika stora skillnader mellan kommuner när det gäller långtidsfrånvaron hos den egna personalen (Hemström, 2001), vilket är svårare att förklara eftersom det gäller mer homogena grupper med likartade uppdrag och arbetsuppgifter över hela landet. Kommunerna har dock stor frihet när det gäller hur de vill utforma sin verksamhet och sin personalpolitik vilket kan leda till olikheter i organisation och ledarskap som kan ha betydelse för personalens hälsa och sjukfrånvaro. Därför är det av särskilt intresse att undersöka kommunerna som arbetsgivare om man vill studera samband mellan arbetsorganisatoriska faktorer och hälsa.

Studien motiveras också av att kommunerna generellt har ett sämre hälsoläge och högre sjukfrånvaro bland sin personal än andra typer av arbetsgivare (landsting, stat, näringsliv). Det har genomförts ett stort antal förebyggande och hälsofrämjande projekt och interventioner i olika kommuner, men kunskapen om effekter och ”best practice”

är fortfarande begränsad. Vi är särskilt intresserade av vilken betydelse arbetsgivarens insatser i fråga om ledarskap och organisation har i jämförelse med regionala sociodemografiska och kulturella skillnader som arbetsgivaren inte kan påverka. Enligt Dellve, Karlberg, Allebeck, Herloff och Hagberg (2006) kan yttre socioekonomiska skillnader beträffande arbetsmarknad och attityder till sjukfrånvaro endast förklara en mindre del av den stora variationen i sjukfrånvaro mellan anställda i olika kommuner. De menar att mycket tyder på att interna faktorer som ledarskap, verksamhetsstyrning och organisation har minst lika stor betydelse. Sådana åtgärder kan innebära såväl *individorienterade insatser* (möjliggöra deltagande i hälsofrämjande aktiviteter och friskvård) som att *organisera arbetet* och styra verksamheten på ett mer hälsofrämjande sätt (Chu, Breucker, Harris et al., 2000; Shain & Kramer, 2004).

Tidigare forskning

Den tidigare forskningen om arbetsrelaterad hälsa har i regel studerat samband mellan arbetsförhållanden och hälsoeffekter utifrån ett individperspektiv. Med tiden har fokus mer kommit att riktas mot organisatoriska faktorer betydelse för arbetsvillkor och hälsa (Härenstam, Marklund, Berntson, Bolin & Ylander, 2006; Bolin, Höckertin & Marklund, 2010). Denna typ av forskning innefattar såväl studier av ett större antal arbetsplatser som fallstudier i enskilda organisationer (Marklund & Härenstam, 2010; Stoetzer, Bergman, Åborg et al., 2012; Svartengren, Stoetzer, Parmund et al., 2013).

En liknande förskjutning av fokus har skett när det gäller forskning om hälsofrämjande interventioner på arbetsplatsen. Tidigare fokus på individuellt hälsobeteende har sedan 90-talet mer kommit att riktas mot ledarskap och arbetsorganisation (Shain & Kramer, 2004). Flera författare betonar dock att hälsofrämjande interventioner på arbetsplatser bör ha en bred ansats med såväl individriktade som organisatoriska åtgärder (Källestål et al., 2004; Goetzel & Ozminowski, 2008; Goldgruber & Ahrens, 2010). Flera systematiska litteraturöversikter har visat på samband mellan hälsofrämjande interventioner och ökat välbefinnande och hälsa (Kuoppala, Lamminpää & Husman, 2008; Soler, Leeks, Razi et al., 2010).

En omfattande amerikansk studie har visat att det kan finnas stora variationer i hur organisationer hanterar hälsoinsatser (Linnan, Bowling, Childress et al., 2008). I Sverige har arbetsmiljöfrågorna traditionellt sett hanterats inom ramen för det reglerade systematiska arbetsmiljöarbetet (AFS 2001:1). Fördelarna med att samordna hälsoarbetet på arbetsplatsen med redan befintliga ledningssystem för arbetsmiljö (DeJoy & Soutern, 1993) och kvalitetsarbete (European Agency for Safety and Health at Work, 2010) har framhållits. Flera kvalitativa studier har belyst den nära relationen mellan kvalitetsledning och de anställdas hälsa i industri- och tjänsteföretag (Bäckström, 2009). Det finns också en samstämmighet kring att hälsoarbete på arbetsplatsen bör integreras i organisationens generella styrning av verksamheten och inte be-

traktas som en separat process (Chu et al., 2000). Johanson, Ahonen och Roslender (2007) har uppmärksammat behovet att inkludera hälsa som en immateriell resurs i den generella verksamhetsstyrningen. Tidigare forskning inom detta område domineras av studier av privata företag och därför behövs även studier som belyser styrning av hälsoarbete inom offentlig sektor.

Det behövs också fler jämförande studier av ett större antal arbetsgivare spridda över hela landet med möjlighet att kontrollera för regionala skillnader när det gäller strukturella faktorer som sociodemografi och arbetsmarknad. Begränsade urval av organisationer från godtyckligt valda områden utan kontroll av regionala sociodemografiska faktorer kan innebära problem med okända ”confounders” (Harden, Peersman, Oliver, Mauthner & Oakley, 1999).

Syftet med detta projekt är att studera i vilken utsträckning variationen mellan olika kommuner beträffande kommunanställdas hälsa och sjukfrånvaro kan förklaras av:

1. *Interna* faktorer på arbetsplatsen som arbetsorganisation, ledarskap och verksamhetsstyrning inkl. hälsofrämjande åtgärder.
2. *Externa* regionala strukturella faktorer som sociodemografi, arbetsmarknad m.m. samt attityder och normer kring sjukfrånvaro (”absence culture”).

Avsikten är att klarlägga om arbetsgivare med ett mer aktivt hälso- och arbetsmiljöarbete har ett bättre hälso-

läge bland personalen. Det behövs mer kunskap om sambandet mellan hälsa och organisatoriska åtgärder och vilka åtgärder som är effektivast.

Metod

Medarbetarenkät

Ett slumpmässigt urval av 60 av Sveriges 290 kommuner genomfördes. Ett frågeformulär med fokus på ledarskap, organisationskultur och klimat, rollförväntningar, socialt stöd och interaktion, krav och kontroll, distributiv rättvisa, empowerment, hälsofrämjande åtgärder och självskattad hälsa skickades ut till ett representativt urval av 15 871 anställda (undersköterskor, vårdbiträden och personliga assistenter) inom kommunal vård och omsorg om äldre och funktionshindrade i de 60 kommunerna. Svarsandelen var 58,4 procent. En ny databas med aggregerade data från frågeformuläret samt registerdata om invånarantal, inkomstnivå samt sjukfrånvaro hos de anställda i de 60 kommunerna konstruerades. Bivariata korrelationer mellan de oberoende variablerna och de två beroende variablerna hälsa och sjukfrånvaro beräknades. Ett urval av variabler testades sedan som prediktorer av kommunernas hälso- och sjukfrånvaronivå i en strukturell ekvationsmodell (SEM) för att belysa såväl direkta samband som indirekta samband via medierande variabler. Valet av oberoende variabler baserades på signifikanta bivariata korrelationer, resultat från tidigare forskning samt egna hypoteser.

Arbetsgivarenkät

En annan enkät skickades till den högsta chefen inom förvaltningen för vård

och omsorg i samma 60 kommuner. Den enkäten omfattade 1/ grundläggande fakta om organisationen, 2/ verksamhetsstyrning, 3/ hälso- och arbetsmiljöarbete samt 4/ företagshälsovård. Samband mellan enkätdata och aggregerade data om personalens hälsa och sjukfrånvaro analyserades med hjälp av bivariat statistik.

Resultat

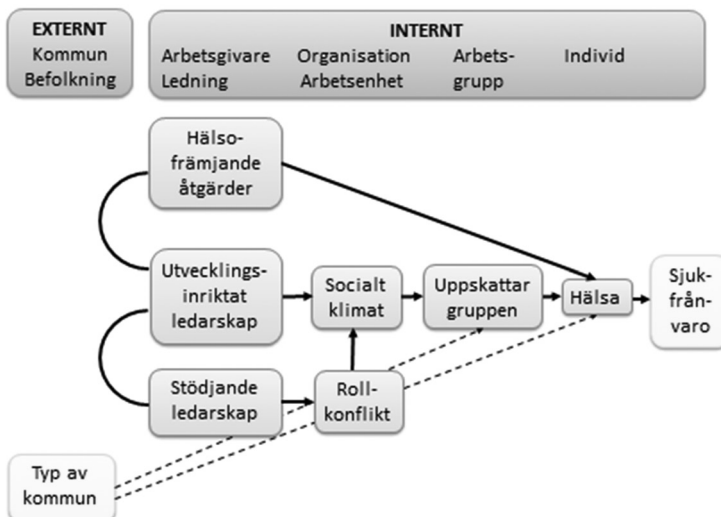
Medarbetarenkät

Redan de första preliminära bivariata analyserna med aggregerade data på organisationsnivå visade att i kommuner med låg sjukfrånvaro anger personalen bättre självskattad hälsa samt mer restriktiva attityder till när man har rätt att vara sjukskriven. Självskattad hälsa är i sin tur kopplad till en rad indikatorer på psykosocial arbetsmiljö, organisation och ledarskap, alltså faktorer som arbetsgivaren borde kunna påverka genom en medveten och aktiv hälsofrämjande strategi. Den struktu-

rella ekvationsmodelleringen visade i en första modell med fokus på *interna* faktorer, att dessa psykosociala arbetsmiljöfaktorer kan struktureras i en teoribaserad modell som medierande faktorer på olika förklaringsnivåer (Arbetsgivare/Ledning - Organisation/ Arbetsenhet - Arbetsgrupp - Individ).

Den slutliga modellen (se figur 1) visar att den självskattade hälsan och sjukfrånvaron i de olika kommunerna var relaterad dels *direkt* till hur mycket man satsar på konkreta *hälsofrämjande åtgärder* som riktar sig till individer och grupper och dels *indirekt* till *ledarskapet* och det *sociala klimatet* i verksamheten.

Exempel på *hälsofrämjande åtgärder* är individuell hälsobedömning, medicinsk hälsokontroll, livsstilinriktad rådgivning, friskvård, stödsamtal individuellt eller i grupp, arbetsmiljöutbildning och arbetsanpassning. Ingen enskild åtgärd framträder som viktigare än någon an-



Figur 1. Modell 1 med interna faktorer på arbetsplatsen (samt kommunegenskaperna storlek och skattekraft som kontrollvariabler).

nan, utan det är bredden i utbudet och i vilken utsträckning det utnyttjas av de anställda som har betydelse.

Det indirekta sambandet mellan *ledarskap* och sjukfrånvaro medieras via faktorer på organisations- och grupp-nivå. Om medarbetarna tycker att de har ett utvecklingsinriktat ledarskap, där de får uppskattning för sina arbetsprestationer (feedback), uppmuntras att delta i viktiga beslut (delaktighet) samt får hjälp att utveckla sina färdigheter (kompetensutveckling), så upplever de också att de har ett positivare socialt klimat på arbetsenheten och att de trivs bättre i arbetsgruppen samt att de har en bättre hälsa, vilken i sin tur är kopplad till lägre sjukfrånvaro. Om de tycker att de vid behov får stöd och hjälp av sin närmaste chef så upplever de mindre av de rollkonflikter som vård- och omsorgsarbetet ofta medför. Rollkonflikt operationaliseras här som att vara tvungen att utföra saker som man tycker skulle göras annorlunda, att inte ha tillräckliga resurser för att utföra arbetet så bra som man önskar och att uppleva oförenliga krav från olika personer (som t.ex. brukare, anhöriga, arbetskamrater, arbetsgivare och media). Mindre av sådana rollkonflikter är i sin tur relaterade till bättre socialt klimat, bättre trivsel i arbetsgruppen, bättre hälsa och lägre sjukfrånvaro.

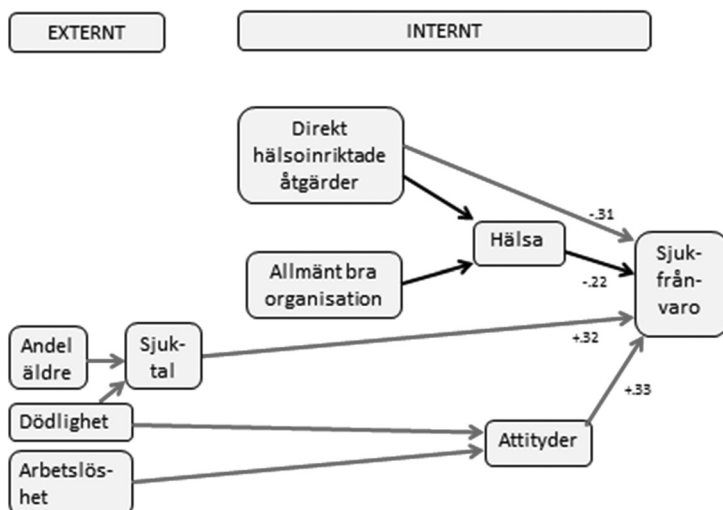
I nästa steg i analysen har vi lagt till *externa* strukturella områdesfaktorer som sociodemografi, arbetsmarknad m.m. samt *attityder* till när det är acceptabelt att sjukskriva sig som inte var relaterade till övriga enkätfrågor men däremot till områdesfaktorerna (se figur 2). Det

visar sig då att hög sjukfrånvaronivå hos de anställda också var relaterad till sådana lokala strukturella faktorer bortom arbetsgivarens kontroll som högt *sjuketal i befolkningen* (där anställda inom vård och omsorg exkluderats) och mer tillåtande *attityder* till när det är acceptabelt att sjukskriva sig. Dessa två variabler var i sin tur relaterade till andra strukturella områdesfaktorer som *äldrande befolkning*, hög *mortalitet* (bland äldre kvinnor) och hög *arbetslöshet*. Det visade sig också att kommuner med högre *mortalitet* och lägre *skattekraft* hade högre *personaltätthet* inom vård och omsorg vilket i sin tur var relaterat till mer tillåtande *attityder* till när det är acceptabelt att sjukskriva sig (ej redovisat i figur 2) och därmed indirekt till högre sjukfrånvaro.

Betydelsen av de interna faktorerna hälsofrämjande åtgärder samt *ledarskap* och *socialt klimat* (sammanfattat som *Allmänt bra organisation* i figur 2) kvarstår dock ogravverad i denna utvidgade modell. Vikten av *hälsofrämjande åtgärder* understryks snarare ännu mer genom att även ett direkt samband med *sjukfrånvaro* framkommer. Sammantaget gör den direkta och indirekta (via hälsa) kopplingen till *sjukfrånvaro* att *hälsofrämjande åtgärder* blir den enskilt viktigaste prediktorn (sammanlagd standardiserad regressionsvikt = .41).

Arbetsgivarenkät

Resultaten visar att varken antalet chefer och anställda eller antalet anställda per chef var relaterat till hälsa och sjukfrånvaro. Inte heller kommunernas ambitionsnivå när det gäller kvalitetsarbete och verksamhetsstyrning i



Figur 2. Modell 2 i vilken modell 1 har kompletterats med externa strukturella områdesfaktorer samt attityder till när det är acceptabelt att sjukskriva sig.

allmänhet (framför allt i form av utarbetad policy) hade något samband med utfallsmåtten. Däremot fanns tydliga samband mellan personalens självskattade hälsa och vissa aspekter av kommunens insatser beträffande hälso- och arbetsmiljöarbetet. När det gäller ledningens organisatoriska stöd för personalens hälsa var genomförandet av lokala hälsoprojekt särskilt viktigt. Även förekomsten av särskilt utsedda resurspersoner för hälsoarbetet (t.ex. samordnare, hälsoutvecklare) hade betydelse. Det samma gäller utbudet av konkreta hälsofrämjande åtgärder som riktar sig till individer, särskilt individuell hälsobedömning (hälsoprofil), friskvård och medicinsk hälsokontroll. Det fanns dessutom en god överensstämmelse mellan arbetsgivarnas och medarbetarnas rapportering om utbudet, vilket stärker validiteten i mätningarna och ytterligare understryker dess betydelse för hälsoläget. Däremot hade inte förekomsten av skriftlig policy för häl-

sofrämjande arbete eller olika former av chefsstöd i hälso- och arbetsmiljöarbetet någon betydelse. Alla kommuner var anslutna till företagshälsovård. Förekomsten av rutiner för behovsinventering och uppföljning av företagshälsovårdens insatser var relaterad till lägre sjukfrånvaro.

Undersökningen visar alltså att en hel del av den stora variationen i personalens hälsa mellan olika kommuner kan relateras till arbetsgivarens sätt att organisera hälso- och arbetsmiljöarbetet. Kommuner med ett mer aktivt hälso- och arbetsmiljöarbete har ett bättre hälsoläge bland personalen, vilket i sin tur är relaterat till lägre sjukfrånvaro (se figur 1). Såväl individorienterade insatser (brett utbud av hälsofrämjande aktiviteter) som organisatoriskt stöd (lokala hälsoprojekt och resurspersoner för kompetensstöd och samordning i hälsoarbetet) har betydelse. Ett mer genomtänkt och målinriktat sätt att

använda företagshälsovården har dessutom ett direkt samband med lägre sjukfrånvaro.

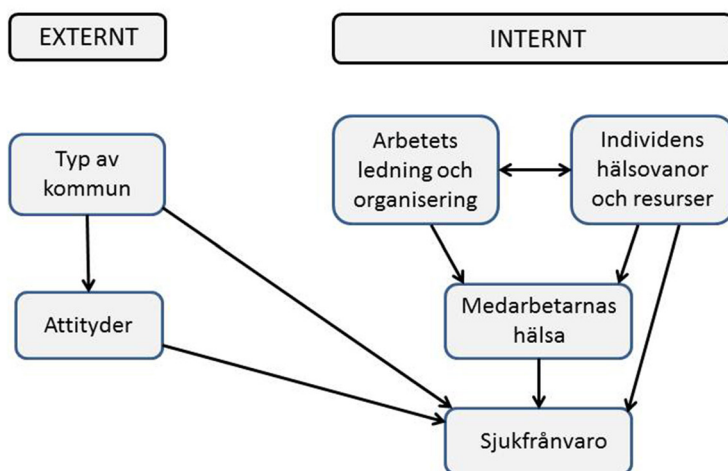
Diskussion

Resultaten visar att det finns tydliga samband mellan arbetsgivarens sätt att organisera verksamheten och medarbetarnas hälsa och sjukfrånvaro med stor relevans för verksamhetsstyrning och ledning i kommunal verksamhet. Yttre strukturella områdesfaktorer som sociodemografi och arbetsmarknad samt attityder till när det är acceptabelt att sjukskriva sig har också betydelse, dock utan att reducera sambandet med de interna faktorerna beträffande hälsofrämjande, ledarskap och socialt klimat.

Resultaten är i linje med aktuella teorier om hälsofrämjande arbetsplatser (Chu et al., 2000; Shain & Kramer, 2004) och visar att ledarskap och verksamhetsstyrning har betydelse för hälsa och sjukfrånvaro både genom att skapa ett

gott allmänt socialt klimat och genom att satsa på specifika hälsofrämjande åtgärder. Detta har dock inte tidigare, vad vi vet, kunnat visas genom studier av skillnader mellan många olika arbetsgivare i samma bransch och med kontroll för strukturella områdesfaktorer. Trots att personalens sjukfrånvaro är relaterad till sådana lokala strukturella faktorer bortom arbetsgivarens kontroll, så är det viktigt att konstatera att arbetsgivarens åtgärder beträffande hälsofrämjande, ledarskap och socialt klimat faktiskt har betydelse oberoende av dessa externa förhållanden.

Resultaten visar att ”utarmade” utflyttningskommuner med dålig arbetsmarknad inte bara har högre sjukfrånvaro i befolkningen utan även bland de kommunanställda inom vård och omsorg trots att dessa kommuner faktiskt har högre personaltäthet. Detta reser nya frågor. Håller man i dessa kommuner sysselsättningen uppe genom en relativt högre personaltäthet i den egna verksamheten som är ortens största



Figur 3. Resultatsammanfattning i form en utökad modell utifrån Shain & Kramer (2004).

arbetsgivare? Finns det en negativ selektion i kommunens befolkningssammansättning så att starka och friska personer redan har sökt sig bort till andra kommuner med större valmöjligheter? Innebär högre personaltäthet mindre sjukfrånvaro bland de anställda? Innebär den sämre arbetsmarknaden en inlåsnings effekt för de kommunanställda så att de inte har något alternativ till sjukfrånvaro om de inte orkar med det tunga vårdarbetet? Resultaten visar också att bakom den mer tillåtande attityden till sjukfrånvaro i kommuner med hög sjukfrånvaro finns det faktiskt en högre mortalitet bland den äldre befolkningen som antagligen beror på den klassiska bestämningsfaktorn för ohälsa: sämre socioekonomiska förutsättningar, dvs. större fattigdom, sedan lång tid tillbaka.

Det mesta av denna strukturella påverkan är relaterad till allmänpolitiska frågor som ligger utanför den kommunala arbetsgivarens kontroll. Men det är då viktigt att konstatera att arbetsgivarens åtgärder i den interna verksamheten faktiskt har betydelse oberoende av den yttre situationen genom att sambanden med medarbetarnas hälsa och sjukfrånvaro kvarstår i den utökade analysen. Betydelsen av ett brett utbud av hälsofrämjande åtgärder som personalen också utnyttjar snarare förstärks när omgivningsfaktorerna läggs till i modellen.

Resultatet kan mer förenklat sammanfattas i form en utökad modell utifrån Shain och Kramer (2004) (se figur 3).

Slutsatser

- Det finns tydliga samband mellan arbetsgivarens sätt att organisera verksamheten och medarbetarnas hälsa och sjukfrånvaro. Både specifika hälsofrämjande åtgärder och sättet att leda och organisera arbetet generellt har betydelse.
- Yttre strukturella faktorer och attityder till när det är acceptabelt att sjukskriva sig har också betydelse, dock utan att reducera sambandet med de interna faktorerna beträffande hälsofrämjande åtgärder, ledarskap och socialt klimat.
- Det finns alltså goda skäl för arbetsgivaren att bedriva ett aktivt och målmedvetet hälsofrämjande arbete både genom individinriktade insatser och genom organisatoriskt stöd. Detsamma gäller ett mer allmänt utvecklingsinriktat och stödjande ledarskap.

Referenser

- Arbetsmiljöverket. (2012). Arbetsorsakade besvär 2012. Solna: Arbetsmiljöverket.
- Bolin M, Höckertin C & Marklund S. (2010). Organizational effects on working conditions and health. I: S. Marklund, & A. Härenstam (Red.). The dynamics of organizations and healthy work. (sid.76-92). Växjö: Linnéuniversitetet.
- Bäckström I. (2009). On the Relationship between Sustainable Health and Quality Management – Leadership and organizational behaviours from Swedish organizations. Doktorsavhandling. Sundsvall: Mittuniversitetet.

- Chu C, Breucker G, Harris N, Stitzel A, Gan X, Gu X et al. (2000). Health promoting workplaces - international settings development. *Health Promotion International*, 15, 155-67.
- DeJoy DM & Southern DJ. (1993). An integrative perspective on worksite health promotion. *Journal of Occupational Medicine*, 35, 1221-30.
- Dellve L, Karlberg C, Allebeck P, Herloff B & Hagberg M. (2006). Macro-organizational factors, the incidence of work disability and work ability among the total work force of HCWs in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 17-25.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2010). Mainstreaming OSH into business management. Luxembourg: Office for Official publications of the European Communities.
- Goetzel RZ & Ozminkowski RJ. (2008). The health and cost benefits of work site health-promoting programs. *Annual Review of Public Health*, 29, 303-23.
- Goldgruber J & Ahrens D. (2010). Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: a review. *Journal of Public Health*, 18, 75-88.
- Harden A, Peersman G, Oliver S, Mauthner M & Oakley A. (1999). A systematic review of the effectiveness of health promotion interventions in the workplace. *Occupational Medicine*, 49, 540-8.
- Hemström, Ö. (2001). Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska. Delstudie 1.1 i Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Stockholm: SOU.
- Härenstam A, Marklund S, Berntson E, Bolin M & Ylander J. (2006). Understanding the organizational impact on working conditions and health. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Johanson U, Ahonen G & Roslender R. (Red.) (2007). *Work Health and Management Control*. Stockholm: Thomson Fakta.
- Kuoppala J, Lamminpää A & Husman P. (2008). Work health promotion, job well-being, and sickness absences: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 50, 1216-27.
- Källestål C, Bjurvald M, Menckel E, Schærström A, Schelp L & Unge C. (2004). Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. Rapport R 2004:32. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Linnan L, Bowling M, Childress J, Lindsay G, Blakey C, Pronk S et al. (2008). Results of the 2004 national worksite health promotion survey. *American Journal of Public Health*, 98, 1503-9.
- Marklund S & Härenstam A. (Red.) (2010). The dynamics of organizations and healthy work. Växjö: Linnéuniversitetet.
- Riksförsäkringsverket. (2003). Regionala skillnader i sjukskrivning - Hur ser de ut och vad beror de på? Stockholm: Riksförsäkringsverket, Enheten för analys.
- Shain M & Kramer DM. (2004). Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occupational and Environmental Medicine* 61, 643-648.
- Soler R, Leeks KD, Razi S, Hopkins DP, Griffith M, Aten A. et al. (2010). A systematic review of selected interventions for worksite health promotion: the assessment of health risks with feedback. *American Journal of Preventive Medicine*, 38, 237-62.
- Stoetzer U, Bergman P, Åborg C, Johansson G, Ahlberg G, Parmasund M, Svartengren M. (2012). Organizational factors related to low levels of sickness absence in a representative set of Swedish companies. *WORK*, Sep 13. [Epub ahead of print].

tema

Svartengren M, Stoetzer U, Parm Sund M, Eriksson T, Stöllman Å, Vingård E. (2013). Hälsa och framtid i kommuner och landsting. Uppsala Universitet/Karolinska institutet. <http://www.sls.sll.se/upload/Gemensam/HOFF%20f%C3%A4rdig%20slutrappport.pdf>

Szücs S, Hemström Ö & Marklund S. (2003). Organisationsfaktorers betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner. Solna: Arbetslivsinstitutet.

Åkerlind I, Schunder S, Frick K. (2007) Health and work organization. I: U Johanson, G Ahonen, R Roslender (Red.), Work Health and Management Control. Stockholm: Thomson Fakta.

Prenumerera på SMT

SMT erbjuder möjligheten att prenumerera på den tryckta upplagan av tidskriften, som utkommer 6 gånger per år och skickas direkt till dig per post. Genom att prenumerera på den tryckta tidskriften kan du tack vare tidskriftens behändiga format lätt ta den med dig och läsa. Att läsa den tryckta versionen kan också ge en mer ingående förståelse för området då det är lätt att bläddra mellan de olika artiklarna och temaredaktörens tanke med hur de olika artiklarna ordnats för att ge läsaren bästa möjliga insikt framgår tydligare. Det är inte bara individer som prenumererar på tidskriften, utan även arbetsplatser, institutioner och organisationer uppskattar den tryckta versionen och lägger ut den i fikaummet för att på så sätt sprida aktuell kunskap till medarbetarna. Vidare uppskattar även biblioteken den tryckta upplagan då den kan göras tillgänglig för studenter och lagras i deras arkiv.

Intäkterna från samtliga prenumerationer används för att täcka kostnaderna för det redaktionella arbetet med bland annat skapande och utgivning av nya temanummer.

Prenumerationerna löper per helår med start från årsskiftet och priserna är:

Helår inom Sverige	600 kr (SEK)
Helår student/doktorand inom Sverige	395 kr (SEK)
Helår inom Europa	750 kr (SEK)
Helår sjukhus/företag/bibliotek	900 kr (SEK)
Helår myndigheter/universitetsbibliotek/landsting/kommuner	1 500 kr (SEK)
Medlemmar i SSF	540 kr (SEK)

Önskar du prenumerera på den tryckta tidskriften – kontakta Redaktionen (redaktionen@socialmedicinsktdiskrift.se) och uppge följande i e-postmeddelandet:

- Vilken typ av prenumeration som önskas
- Prenumerantens namn
- Leveransadress
- Eventuell Fakturaadress
- Önskat startdatum för prenumerationen
- E-postadress.