

# Kvinnliga ledares arbetsvillkor i en glesbygdskommun – oglamorösa och hindrande för hälsofrämjande insatser?

Stig Vinberg<sup>1</sup> Bodil Landstad<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professor i Hälsovetenskap med inriktning arbetsliv vid Mittuniversitetet i Östersund, 831 25 Östersund. Hans forskning handlar om vad som karakteriserar hälsofrämjande organisationer, ledarskapets betydelse för hälsa samt hälso- och arbetsmiljöarbete i små företag. E-post: stig.vinberg@miun.se.<sup>2</sup>Docent i Hälsovetenskap vid Mittuniversitetet och Forskningschef i Helse Nord-Trøndelag. Hennes forskning fokuserar på hälsofrämjande processer knutna till individuella, miljömässiga och strukturella påverkansfaktorer. Ett särskilt fokus är mot människor som har eller står i riskzonen för att bli marginaliserade i förhållande till arbete eller aktivitet.

Många arbetsplatser i offentlig sektor, inte minst i verksamheter med människor, är karakteriserade av hög sjukfrånvaro och de psykosociala arbetsförhållandena har försämrats särskilt för kvinnligt anställda. Syftet med föreliggande studie är att undersöka hur kvinnliga ledare i en glesbygdskommun upplever sina arbetsvillkor och förutsättningar för att genomföra hälsofrämjande insatser. Intervjuer genomfördes med tjugo kvinnliga ledare och resultaten analyserades med en innehållsanalys. Resultaten pekar på oglamorösa arbetsvillkor för ledarna och på stora behov av att förbättra deras villkor och hälsa, och på strategier för att undanröja hinder för hälsofrämjande insatser.

Municipal workplaces have high levels of sickness absence, and deterioration of the psychosocial work environment has been most pronounced for women and employees in this sector of working life. This study explore how female leaders in one rural municipality experience their working conditions and prerequisites to carry out workplace health promotion measures. Interviews with twenty female leaders were carried out. A qualitative approach with content analysis was used to identify central processes as perceived by individual leaders. The analyses confirm the need for improvements in the prerequisites for female leaders in public human service organizations. It is important to focus to a greater degree on leaders' working conditions and health, and to remove identified hinders for workplace health promotion processes.

## Introduktion

I dag läser vi allt oftare i media om besvärliga arbetsvillkor inom kommuner och landsting – större barngrupper, långa arbetspass, mer övertid och fler sysslor som ska utföras av de anställda. Flera svenska forskningsstudier och undersökningar under senare år visar också att offentlig sektor och kommunala arbetsplatser präglas av hög sjukfrånvaro och försämrade psykosociala arbetsvillkor, särskilt bland kvinnliga ledare och medarbetare (Karolinska Institutets folkhälsoakademi, 2009; Lidwall & Marklund, 2006). Förklaringar som lyfts fram är bland annat återkommande och slimmade organisationsförändringar och förändrade roller för de anställda (Härenstam & MOA Research Group, 2005; Hansson et al., 2008). Sådana förändringar kan bidra till försämrad fysisk och psykisk hälsa, ökad stress och sjukfrånvaro hos såväl ledare som medarbetare (ibid.). Få studier har fokuserat på ledare i verksamheter där man arbetar med människor, deras stress och vilka möjligheter de har att hantera sin arbetsituation (Skagert et al., 2008). Detta faktum är anmärkningsvärt då ledarnas arbetsförhållanden och arbetssätt är av betydelse både för organisatoriska utfall, som effektivitet och kvalitet (Yukl, 2009), och hälsa och välbefinnande bland de anställda (Nyberg et al., 2005). Ledarnas egen hälsa kan också ses som en resurs (Bowling, 2005), som är betydelsefull för utveckling av arbetsplatser och de anställda. Vår hypotes är att kvinnliga ledares arbetsvillkor och hälsa i glesbygdskommuner är av särskild betydelse på grund av begränsade resurser för hälsofrämjande insatser.

I ett pågående svenskt projekt (CHEFIOS – Chef i Offentlig Sektor), som drivs av professor Annika Härenstam med medarbetare, analyserades olika typsituationer (kluster) för ledare i offentlig sektor (Nilsson, 2011). Analyser visar på stora skillnader i arbetssituationer för ledarna – en del ledare trivs, har högt välbefinnande och upplever att de gör ett bra arbete (de gynnade). I den andra änden finns ledare med sömnproblem, som känner olust att gå till arbetet och vill sluta som ledare (de motarbetade) (Berntson et al., 2012). I den senare kategorin är andelen kvinnor hög och dominerande sektorer är vård och omsorg. Forskning visar också att många kvinnliga ledare upplever stress på grund av svårigheter att balansera arbete och familjeliv, och att denna konflikt är ett av deras största problem (Harte, 1996).

Den skisserade bilden ovan är problematisk då arbetsplatsen ses som en betydelsefull arena för hälsofrämjande insatser och då ledarskapet i detta sammanhang är av avgörande betydelse (Shain & Kramer, 2004). Enligt det Europeiska nätverket för hälsofrämjande insatser (European Network for Workplace Health Promotion, 2007) kan hälsofrämjande organisationer åstadkommas med ett brett spektrum av insatser – ledarskapsutveckling, en organisationskultur som präglas av delaktighet och engagemang, balans mellan arbetskrav och inflytande och en personalpolicy som inkluderar aktiva hälsofrämjande insatser. Kunskapsläget är bristfälligt när det gäller hälsofrämjande insatser i offentlig verksamhet, men det finns ändå flera

studier med intressanta resultat. I en studie av 60 svenska kommuner visas att medarbetarnas självskattade hälsa och sjukfrånvaro påverkas dels direkt av satsningar på hälsofrämjande åtgärder, dels indirekt av ledarskapet och organisationsklimatet (Åkerlind et al., 2010). Det finns också exempel på studier där särskilda insatser genomförts för ledare. Theorell et al. (2001) har utvärderat en ettårig ledarskapsutbildning och gjort jämförelser med en kontrollgrupp där cheferna inte fick någon utbildning. Efter ett år upplevde medarbetarna och cheferna i interventionsgruppen större möjligheter att påverka och känna delaktighet i det som hände på företaget, och deras halter av stresshormoner i blodet hade också minskat (ibid.).

Syftet med vår studie är att undersöka hur kvinnliga ledare i en glesbygdskommun upplever sina arbetsvillkor och vilka förutsättningar de har för att driva hälsofrämjande insatser.

## Material och metod

De intervjuade ledarna arbetade på olika arbetsplatser i en liten norrländsk kommun inom hemtjänst/servicehus, grundskola/förskola/fritids, gymnasieskola och administration/service. Under senare år har kommunen genomfört flera projekt kring hälsobokslut, arbetstider, fysiska och psykosociala arbetsförhållanden samt ett ettårigt ledar- och medarbetarutvecklingsprogram (Vinberg et al., 2012). Kommunen är en av få i landet som kontinuerligt använder en modell för hälsobokslut i sin verksamhetsstyrning.

Totalt intervjuades 20 kvinnliga ledare med en ålder på 40-61 år och en anställningstid på 5-34 år. Intervjuerna genomfördes i ett kontor hos kommunen och pågick mellan en till två timmar utifrån en frågeguide med 15 semistrukturerade frågor. Frågeguiden behandlade olika områden som identifierats i tidigare studier som relevanta för att skapa hälsofrämjande och effektiva organisationer (Larsson, 2010; Malmquist et al., 2007; Vinberg, 2006): hälsofrämjande processer på organisatorisk-, grupp- och individnivå, ledarskapsvärderingar, ledarskapsbeteenden samt framtid och visioner. Två forskare var närvarande vid varje intervju. En forskare ställde frågor och den andre tog kompletterande noteringar. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant. Utskrifterna från intervjuerna varierade mellan 45 till 70 sidor, totalt cirka 1200 sidor. De utskrivna intervjuerna analyserades enligt en tidigare utvecklad trestegsmetod, inspirerad av innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman et al., 2008). I första steget läste varje forskare igenom intervju-materialet två gånger och gjorde noteringar. Efter detta reducerades materialet av respektive forskare med hjälp av en innehållsanalys som fokuserade på de huvudsakliga betydelseenheter i textmaterialet. Den komprimerade analysen omfattade 3-6 sidor per intervju. Sedan analyserades detta material, tillsammans med arbetsplatsernas egenförfattade hälsoberättelser samt de noteringar som gjorts under respektive intervju. Resultaten diskuterades sedan mellan forskarna tills konsensus nåddes (Patton, 2002).

## Resultat

Innehållsanalysen resulterade i att två kategorier identifierades – ledarnas arbetsvillkor och ledarnas förutsättningar för att genomföra hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen. Inom dessa kategorier identifierades sju underliggande faktorer av betydelse för ledarnas arbetsvillkor (arbetskrav, hälsa och stöd) och förutsättningar för att genomföra hälsofrämjande insatser (resurser, ledarnas värderingar och beteenden, geografiska avstånd och organisationsförändringar).

### Ledarnas arbetsvillkor

#### *Arbetskrav*

En majoritet av ledarna vittnade om en mycket hög arbetsbelastning och motstridiga krav från politiker, tjänstemän, medarbetare och brukare, och ibland deras anhöriga.

IP 9: ...och det är svårigheter att vara chef då du vill vara lojal mot hela organisationen och kommunchefen och politikerna. Och det finns inte tillräckligt med ekonomiska resurser – och du behöver säga att vi behöver det och det.

Ett framträdande mönster var att många av ledarna är chefer för relativt stora grupper av medarbetare (breda kontrollspann) fördelade på flera enheter, som ibland också är belägna på olika geografiska orter. En konsekvens av detta är att det ofta upplever att de inte är tillgängliga för de anställda. En majoritet av ledarna pekade också på att de höga arbetskraven innebär oregebundna och långa arbetsdagar.

#### *Hälsa*

Flera av ledarna hade en tidigare sjukhistorik där de varit frånvarande från arbetsplatsen under längre tid och återkommit till i stort sett samma arbets-situation efter sjukskrivning. Det fanns en medvetenhet hos dessa personer om att risken för att hamna i långtidssjukfrånvaro igen var överhängande. Flera ledare berättade också om begynnande signaler på stressrelaterad ohälsa.

IP 4: ... då insåg jag att när jag kommer tillbaka från min semester, då skulle jag vara ensam, ingen assistent och ingen chef - utan då skulle jag ha assistentjobbet och alltihopa och då kände jag bara att det klarar jag inte. Jag stoppade innan jag gick i väggen den här gången.

Flera ledare upplevde frustration över att ha begränsad tid för egna hälsoutvecklande insatser. Den höga arbetsbördan gör det svårt att både hinna och orka med friskvård och fysisk aktivitet på och/eller utanför arbetet. Flera pekade på svårigheter att få ihop sitt livspussel - att balansera arbetets krav med familj- och fritidsaktiviteter.

#### *Stöd*

Som ledare är man ofta ensam i sin ledarroll, något som flera upplevde som jobbigt. Flera ledare ansåg att de fått stöd genom olika utbildningsinsatser särskilt riktade mot ledare. Dock upplevde de att det inte är någon kontinuitet i denna typ av stöd.

IP 7: Man orkar inte hur mycket som helst heller när det gäller det här med personlig utveckling för

det, det är ganska jobbigt.

Intervjuare: Jaha, hur menar du då?

IP 7: Man behöver få det lite portionerat så att det blir lite återupprepat med jämna mellanrum.

Flera av ledarna efterfrågade bättre återkoppling på sitt ledarskap från medarbetare, och överordnade chefer. En positiv förutsättning som flera ändå pekade på var att det fanns flera arenor för erfarenhetsutbyte med andra ledare på samma nivå, exempelvis chefsmöten varannan vecka. Dock upplevde flera chefer att dessa träffar sällan fokuserade på ledarnas egen arbetssituation.

IP 20: Det tog vi upp på senaste planeringsdagen att vi har ju ingen, vi får ju aldrig vara arbetstagare...

Intervjuare: Nej

IP 20: ...aldrig liksom ta upp det som rör oss, jag och mig i mitt fungerande. Utan vi skall, vi skall få order att utföra och göra saker, vi är sällan arbetstagare (betonar ordet arbetstagare).

Intervjuare: Mm

IP 20: Jobba med oss själva och vårt ledarskap.

## **Förutsättningar för hälsofrämjande insatser**

### *Resurser*

En majoritet av ledarna upplevde fördelar med att kommunen använder samma mätmodell (så kallat hälsobokslut) för arbetsmiljö, hälsa och sjukfrånvaro. Detta gör det möjligt att jämföra arbetsplatser med varandra och också att följa utvecklingen över tid på den egna arbetsplatsen. Det senare

upplevdes av flera som ett bra underlag för att kunna prioritera olika åtgärdsinsatser. Däremot upplevdes det som svårt att avgöra vilka åtgärder som var relevanta och som kan ge goda effekter på medarbetarnas hälsa och verksamhetens utveckling. Flera ledare påtalade behov av stöd och hjälp för att kunna tolka förändringar av använda variabler i hälsobokslutet, och till del också behov av stöd för att genomföra hälsoförbättrande insatser. Ett förhållande som flera berörde var behovet av ledarkompetens när det gäller arbetsmiljö- och hälsoförbättrande åtgärder. Ett problem som flera nämnde var att det var svårt att planera för mer långsiktiga strategier för förbättringsarbeten eftersom årliga förändringar av innehållet i verksamheten skapar instabilitet och oro hos såväl medarbetarna som ledarna.

Intervjuare: Så det du säger är att ni som enhetschefer har en väldigt svår arbetssituation och att ni inte får särskilt mycket stöd i förbättringsarbetet, eller?

IP 20: Vi får ju mycket stöd men (låter uppgiven), hur ska jag förklara det här (tänker) - vi får mycket insatser. Om vi har ett dåligt hälsobokslut säger vi, vi är på minus 3 eller någonting, och så kommer man in och säger - ja men det här måste vi titta på, så här kan det ju inte vara - och så görs det insatser på individnivå. Som om det är individerna som det är fel på som inte klarar av sitt arbete. Man tittar mycket mindre på vilka resurser vi har att klara arbetsuppgifterna med, hur många medarbetare vi har och

hur många grupper vi har. Det är svårare att titta på organisationen än på individen.

En återkommande aspekt var också bristen på ekonomiska och personella resurser för att genomföra hälsofrämjande insatser på arbetsplatser, även om insikt och vilja till förbättringar fanns.

#### *Ledarnas värderingar och beteenden*

En övervägande andel av cheferna uppvisade en positiv människosyn där de tror på medarbetarnas kompetens och förmåga, deras ansvarstagande och vilja att delta i utvecklingsarbete.

IP 19: Min syn på medarbetare är att de är vuxna människor som både har fantasi och kompetens. Grundvärderingen är att människor är på arbetet därför att de vill vara på arbetet och att de vill åstadkomma någonting och att de har någonting att tillföra. Då måste de också vara med och kunna ta ansvar för det de gör, för det kräver jag av dem.

Intervjuare: Kräver ansvar?

IP 19: Ja, jag kräver ansvar, och det är för mig ett sätt att visa att jag har tillit.

Flera chefer uttryckte att de försöker att förena denna människosyn med ett positivt ledarbeteende. Att som chef vara närvarande uttrycks av flera som viktigt för att skapa en god arbetsmiljö.

IP 7: Jag jobbar mycket med inflytande från gruppen, jag jobbar med ett rättvist - en individualiserad rättvisa om ni förstår vad jag menar.

Intervjuare: Mm

IP 7: Det här med rättvisa, det är svårt (betonar ordet svårt). En del, man pratar ju rättvisa nu å då i personalgrupperna - å oftast är det att det skall vara lika mycket av allting på alla. Det är inte rättvisa för mig, utan rättvisa för mig är att man gör det man är bra på i större utsträckning sen kan man inte göra enbart det man är bra på utan man måste ju förstås göra lite av varje, men att den som är bra på något kan få göra mer av det.

I intervjumaterialet identifierades även chefer med insikt om att sådana beteenden främjar såväl hälsa som effektivitet på en arbetsplats. Generellt framkom dock att de förutsättningar som finns i en glesbygdskommun, utgör hinder för cheferna att utöva ett relations- och förändringsinriktat ledarskap. Analysen visade att ledarna definierar hälsofrämjande ledarskap mestadels som att det handlar om friskvårdsinsatser för att förbättra medarbetarnas levnadsvanor. Endast ett fåtal ledare pekade på relationer mellan medarbetarnas hälsa och arbetsorganisatoriska aspekter.

#### *Geografiska avstånd*

Analysen visade att många av ledarna är chefer för flera enheter, som ibland är belägna på olika geografiska orter. Flera ledare pekade på att de använder en stor del av arbetstiden i bil vid förflyttning mellan olika enheter, vilket gör det svårt att få tid för att stödja medarbetarna.

IP 9: Där det inte finns en chef på plats, de får ju en tendens att börja leva sina egna liv, börja skapa sina

egna regler. Inte ovanligt att de blir lite konflikter, lite mobbing liksom.

Eftersom kommunen är relativt liten finns det en ”närhet” ledarna sinsemellan som upplevdes som positiv. Många av ledarna är rekryterade från den egna verksamheten och har lång anställningstid i kommunen.

### *Organisationsförändringar*

Under flera år i följd förefaller organisations- och lokalmässiga förändringar vara vanliga. Analysen visade att omfattande och återkommande förändringar av kommunens verksamhet har resulterat i en förändringströtthet bland de intervjuade ledarna. På fråga om framtidsvisioner för den egna verksamheten var det få av ledarna som tydligt kunde precisera sådana. Detta förklarades av flera bero på att återkommande förändringar och omorganisationer tog bort kraft från framtidsinriktade diskussioner och mål. Istället för visioner fokuserade ledarna mer på operativa mål för att klara den dagliga verksamheten.

IP 1: Det jag känner just nu det är att vi måste komma till någon vägs ände ... Det måste bli slut på varslen så att man slipper att känna oro för att bli uppsagd och förlora sitt arbete. Jag tror det har genomsyrat all verksamhet väldigt mycket - vi måste komma till en plattform någonstans så vi vet att så här är det nu.

## Diskussion

Syftet med studien var att undersöka hur kvinnliga ledare i en glesbygds-

kommun upplever sina arbetsvillkor och förutsättningar för att genomföra hälsofrämjande insatser. Detta är ett angeläget forskningsområde eftersom ledarnas beteenden påverkar både medarbetarnas välmående och hälsa (Nyberg et al., 2005), och organisatoriska utfall som effektivitet och kvalitet (Yukl, 2009). Det finns ett särskilt stort behov av hälsofrämjande insatser i kommunal verksamhet för att förbättra de anställdas arbetsvillkor och hälsa, och sådan verksamhet är av stor betydelse för sysselsättning och utveckling i glesbygd.

De kvinnliga ledarnas upplevelse av motstridiga krav och bristfälligt stöd kan negativt påverka balansen mellan arbete och fritid och möjligheterna till återhämtning, vilket i sin tur ökar riskerna för ohälsa (Herlofsson et al., 2009; Zijlstra & Sonnentag, 2006). Det faktum att flera av ledarna upplevde begynnande ohälsa och att de hade en tidigare sjukhistoria pekar på betydelsen av insatser inom detta område. Flera av ledarna saknade också tid för att investera i egen hälsoutveckling – friskvård, träning och deltagande i aktiviteter utanför arbetet. Sammantaget styrker dessa resultat behoven av förbättrade psykosociala arbetsförhållanden, socialt stöd och hälsofrämjande insatser för ledarna. Socialt stöd från andra ledare och deltagande i olika nätverk är sannolikt viktiga verktyg för att ledarna ska klara av sin roll och de komplexa krav som är förenad med rollen (Skagert et al., 2008).

Analysen visar att ledarna upplevde bristfälliga förutsättningar på grund



av flera organisationsförändringar under senare år, att de är ledare för stora personalgrupper med motstridiga krav från politiker, överordnade, anställda, brukare och anhöriga. Dessa resultat överensstämmer med annan forskning (Härenstam & MOA Research Group, 2005; Hansson et al., 2008; Skagert et al., 2008), och studier visar också att breda kontrollspann kan påverka ledarnas effektivitet, psykosociala arbetsförhållanden och arbetstillfredsställelse negativt (Altaffer, 1998). Oro för organisationsförändringar har visat sig ha samband med långtidssjukfrånvaro i kommuner (Szücs et al., 2003). Forskning visar också att ledarna är en ambitiös grupp med egenkrav som är högre än andra anställda (Ekstedt, 2008). Dessa ambitioner kan bidra till obalans mellan arbets- och fritidslivet och därmed till otillfredsställelse i arbetet (Instrand et al., 2010).

En majoritet av ledarna pekar på flera fördelar av att använda samma modell för att analysera de anställdas arbetsmiljö, hälsa och sjukfrånvaro. Emellertid upplever de att det är svårt att avgöra vilka strategier och åtgärder som behövs för att skapa en hälsofrämjande arbetsplats. Andra hinder är brist på kunskaper om framgångsrika åtgärder, förändringströtthet och att det inte finns framtida visioner för utveckling av verksamheten. Flera av ledarna upplever brist på stöd i ledarskapsrollen. Forskning visar att sociala relationer både med medarbetare och överordnade är av stor betydelse för ledarnas hälsa och välbefinnande i offentlig verksamhet (Härenstam & Bejerot, 2010). Omfattande forskning

pekar på betydelsen av socialt stöd för att balansera höga arbetskrav (Karasek & Theorell, 1990) och ger också stöd för att mer helhetsinriktat förändringsarbete, där individ- och organisationsinriktade insatser kombineras och där deltagande finns från både ledare och medarbetare, är av stor betydelse för att nå framgång (Aronsson, 2005; Kompier et al., 2000; Landstad, 2001; Vinberg, 2008). Ledarnas medvetenhet och attityder till hälsofrämjande insatser påverkar de strategier de använder för sådana insatser och hur de påverkar de anställda (Dellve et al., 2007). Det är angeläget att ledarnas positiva attityd och vilja att arbeta med hälsofrämjande insatser kan omsättas i konkreta förbättringsarbeten. För att detta ska vara möjligt krävs förändrade förutsättningar och resurser, kompetensutveckling och stöd för genomförande av insatser.

## Konklusion

Analyserna pekar på flera behov av ändrade förutsättningar för de kvinnliga ledarna och på flera policyimplikationer. Det är angeläget att fokusera mer på ledarnas arbetsvillkor och hälsa, och att undanröja hinder för hälsofrämjande insatser. Förutom förbättrade psykosociala förhållanden behövs smalare kontrollspann, ökade ekonomiska och personella resurser samt mer stöd för ledarna. Det senare kan ges av andra ledare, överordnade, medarbetare och exempelvis företagshälsovård. Det är också nödvändigt att ge ledarna mer kompetens om framgångsrika strategier och åtgärder för hälsofrämjande arbetsplatser. Den närhet som finns mellan ledare i olika verksamheter i en glesbygd skulle kunna utnyttjas på



ett bättre sätt för att arbeta med hälsofrämjande insatser på tvärs mellan olika arbetsgrupper och verksamheter.

## Tack

Författarna vill tacka alla ledare som ställt upp på intervjuer i projektet. Vi riktar också ett tack till IFAU som finansierat studien (Dnr 75/2009).

## Referenser

- Altaffer, A. (1998). First-line managers: Measuring their span of control. *The Journal of Excellence in Nursing Leadership*, 29(7), 36-40.
- Aronsson (1995). Förändringskompetens. Projektledares erfarenheter från 300 Arbetslivsfondsprojekt. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Berntson E, Wallin L, Härenstam, A. (2012). Typical situations for managers in the Swedish public sector: cluster analysis of working conditions using the Job Demands-Resources model. *International Public Management Journal*, 15 (1), 100-130.
- Bowling, A. (2005). Measuring health – A review of quality of life measurement scales. Berkshire: Open University Press.
- Dellve, L., Skagert, K. & Vilhelmsson, R. (2007). Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health*, 17, 471-476.
- Ekstedt, E. (2008). Att leda chefer. Stöd och inspiration. Solna: Elanders Sverige AB.
- European Network for Workplace Health Promotion (2005). The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Essen: European Network for Workplace Health Promotion.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 44, 105-112.
- Hansson, A-S, Vingård, E., Arnetz, B. & Anderzén, I. (2008). Organizational change, health, and sick leave among health care employees: A longitudinal study measuring stress markers, individual, and work site factors.
- Herloffsson, J., Exelius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (2009). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Harte, S. (1996). Women who work it out, *Atlanta Journal Constitution*, p.C1, 29 July.
- Härenstam, A. & Bejerot, E. (2010). Sociala relationer i arbetslivet. Studier från föränderliga arbetsplatser. Malmö: Gleerups.
- Härenstam, A. & MOA Research group. (2005). Different development trends in working life and increasing occupational stress require new working environment strategies. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 24(3), 261-277.
- Innstrand, S. T., Melbye Langballe, E., Espnes, G. E., Gjerlöv Aasland, O., & Falkum, E. (2010). Personal vulnerability and work-home interaction: The effect of job performance-based self-esteem on Work/home conflict and facilitation. *Scandinavian Journal of Psychology*. Hämtades från DOI: 10.1111/j.1467-9450.2010.00816.x (2012-05-05)
- Karolinska Institutets folkhälsoakademi. (2009). Arbetsförhållanden, levnadsvanor och hälsa inom vård och omsorg (Rapport 2009:24). Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

## tema

- Kompier, A.J., Cooper, C.L. & Geurts, A.E. (2000). A multiple case study approach to work stress prevention in Europe. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9(3), 371-400.
- Landstad BJ (2001). At work in spite of pain. Prevention and rehabilitation in two predominantly female workplaces, their effects and further development of analysis methods. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Larsson, J. (2010). Leadership for Quality, Effectiveness and Health in Organisations. Doktorsavhandling. Östersund: Mittuniversitetet.
- Lidwall, U. & Marklund, S. (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: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 27(2), 153-163.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. (s. 159-171). Lund: Studentlitteratur AB.
- Malmquist, C., Vinberg, S., & Larsson, J. (2007). Att styra med hälsa: från statistik till strategi. Degerfors: Metodicum.
- Nilsson, A. (2011). Ett hållbart arbetsliv – Om organisation och ledarskap (kapitel 1). Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Nyberg, A., Bernin, P., & Theorell, T. (2005). The impact of leadership on the health of subordinates (SALISA, Rapport nr. 1). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (3rd ed.). Newbury Park: Sage.
- Shain, M. and Kramer, D.M. (2004). Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing of evidence. *Occupational Environmental Medicine*, 61(7), 643-648.
- Skagert, K., Dellve, L., Eklöf, M., Pousette, A. & Ahlberg, G. (2008). Leaders' strategies for dealing with own and their subordinates' stress in public human service organisations. *Applied Ergonomics*, 39, 803-811.
- Szücs, S., Hemström, Ö., & Marklund, S. (2003). Organisatoriska faktorerers betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner (Arbete och hälsa, 2003:6). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Theorell, T., Emdad, R., Arnetz, B., & Wingarten, A.-M. (2001). Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine*, 63, 724-733.
- Vinberg, S., Larsson, J., Landstad, B. and Malmquist, C. (2012). Hur påverkas verksamhetens effektivitet och lönsamhet av satsningar på de anställdas hälsa., Östersund: Mittuniversitetet.
- Yukl, G. (2009). *Leadership in organizations*, London: Prentice Hall.
- Zijlstra, F.R.H., & Sonnentag, S. (2006). After work is done: Psychological perspectives on recovery from work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2), 129-138.
- Åkerlind, I., Ljungblad, C. & Granström, F. (2010). Verksamhetsstyrning, arbetsmiljö och hälsa i kommunal vård och omsorg. Forum för arbetslivsforskning, 19-21 maj 2010.