

Arbetslivet – en bortglömd arena för jämlika hälso- och arbetsvillkor?

Stig Vinberg¹ Susanna Toivanen²

¹Docent vid institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitetet, 831 25 Östersund. E-post: stig.vinberg@miun.se. ²PhD, postdoktorial forskare vid Centre for Health Equity Studies, CHESS, Stockholms universitet/Karolinska institutet, 106 91 Stockholm. E-post: susanna.toivanen@chess.su.se.

Uppsatsens syfte är att utifrån resultat om utvecklingen av hälsa och psykosociala förhållanden i arbetslivet diskutera behov av framtida hälsofrämjande och jämlikhetssträvande insatser. Resultat visar att en hög andel av den arbetande befolkningen utsätts för arbetsrelaterad ohälsa och påfrestande psykosociala förhållanden. Skillnaderna mellan olika grupper är tydliga och det systematiska arbetsmiljöarbetet och tillgången till företagshälsövård är ojämnt fördelad mellan olika sektorer i arbetslivet. En slutsats är att politiska initiativ kring hälsa i arbetslivet måste samordnas mellan olika politikområden och att det behövs förstärkta insatser med fokus på ojämlikhet i hälsa och arbetsvillkor.

Abstract: The purpose of this paper is to discuss the need for future workplace health promotion and health equity measures in working life. Results show that a significant proportion of individuals are exposed for work related ill health and demanding psychosocial working conditions. There are clear differences between different groups in working life, and the apply for systematic work environment management and occupational health services is unequally divided. A conclusion is that governmental initiatives about health in working life must be coordinated between different political areas, and that there is a need for increased measures particularly concerning health equity in working life.

Inledning

Arbetslivet berör de flesta människor under en stor del av livet och har på flera sätt betydelse för folkhälsan (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Förutom faktorer relaterade till arbetsmiljön påverkar exempelvis anställningsformer och möjligheter att skapa balans mellan arbetsliv och hem- och familjearbete individers hälsa. Arbetet kan också ses utifrån ett hållbarhetsperspektiv – det kan ge struktur åt tillvaron, bidra till

personlig utveckling och vara hälsofrämjande, men det kan också om man utsätts för dåliga arbetsförhållanden vara degenererande och bidra till ohälsa. Även om forskare, praktiker och arbetsmarknadens parter är överens om hur ett arbete ska vara beskaffat för att de anställda ska vara motiverade och ha god hälsa är det inte enkelt att implementera denna kunskap då det ska förenas med arbetsgivarens krav på

produktivitet, kvalitet och lönsamhet (Härenstam & Bejerot, 2010).

Under senare år har arbetslivet förändrats såtillvida att globalisering och avregleringar medför ökad konkurrens och krav på flexibilitet samt att informationsteknologin löser upp arbetets tidsmässiga och rumsliga former (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Informationsteknologin är revolutionerande i och med att individer kan ha ett stort antal sociala relationer löskopplade från tid och rum. Det är också vanligare med osäkra anställningsformer, bemanningsföretagen växer och arbetsplatsen som arena för arbetsgemenskap är mer flyktig (Härenstam & Bejerot, 2010). Den offentliga sektorn med många kvinnodominerade yrken har också förändrats med ökade krav på resultatstyrning, effektivitet och kvalitet. Dessa förändringar ställer krav på nya modeller för att arbeta med hälsofrämjande och jämlikhetssträvande insatser i arbetslivet.

I flera politiska initiativ lyfts arbetsmiljöns betydelse fram för individers hälsa och välbefinnande, för verksamheters utveckling och för hållbar tillväxt. I den senaste folkhälsopolitiska propositionen (2007/08:110) påpekas att arbetsplatsen är en betydelsefull arena för förebyggande insatser avseende såväl organisatoriska, arbetsmiljörelaterade faktorer som faktorer kring levnadsvanor och livsvillkor. I ett flertal utredningar om den framtida arbetslivspolitik konstateras också att dåliga arbetsförhållanden bidrar till stora

kostnader på såväl individ-, organisations- och samhällsnivå (Ds 2008:16; SOU 2009:47; SOU 2009:93). I en aktuell handlingsplan om en förnyad arbetsmiljöpolitik läggs fast att arbetet ska inriktas på att synliggöra arbetsmiljöns positiva, verksamhetsmässiga och hälsofrämjande effekter (Regeringens skrivelse 2009/10:248). Således finns inom både folkhälso- och arbetslivspolitik goda politiska ambitioner kring hälsa och arbetsvillkor, men mer oklart är hur dessa ambitioner samordnas och omsätts i konkreta åtgärder.

När det gäller skillnader i hälsa bland vuxna är arbetslivet en av flera arenor där orsaker kan sökas. På internationell nivå pekar Kommissionen för sociala bestämningsfaktorer för hälsa (World Health Organization, 2008) på att samsättning och arbetsförhållanden har stor betydelse för hälsa och jämlikhet i hälsa. Goda arbetsförhållanden kan stärka individers ekonomi, sociala status, personliga utveckling, sociala relationer och självförtroende samt skydda mot fysiska och psykosociala risker. Åtgärder mot arbetsrelaterade ojämlikheter kan ge direkta hälsokonsekvenser, men enligt kommissionen har arbetet också betydelse för att minska ojämlikheter på grund av kön, etnicitet, ålder och socioekonomiska aspekter. Vidare slås fast att arbetslöshet och tidsbegränsade anställningar kan ha samband med sämre hälsa. I den rapport¹ där Statens folkhälsoinstitut analyserar lärdomar av kommissionens arbete för svensk del omnämns arbetslivet och arbetsmiljöförhållanden, men dessa

¹Svenska lärdomar av Marmot-kommissionens rapport Closing the Gap (se www.fhi.se)

områden är sparsamt behandlade när det gäller förslag till åtgärder på olika nivåer.

Syftet med denna artikel är att utifrån resultat om utvecklingen av hälsa och psykosociala förhållanden i arbetslivet diskutera behov av framtida hälsofrämjande och jämlikhetssträvande insatser. Resultaten är främst hämtade från den senaste folkhälsopolitiska rapporteringen (Statens folkhälsoinstitut, 2011) och Arbetsmiljöverkets undersökning av arbetsmiljön (Arbetsmiljöverket, 2010a).

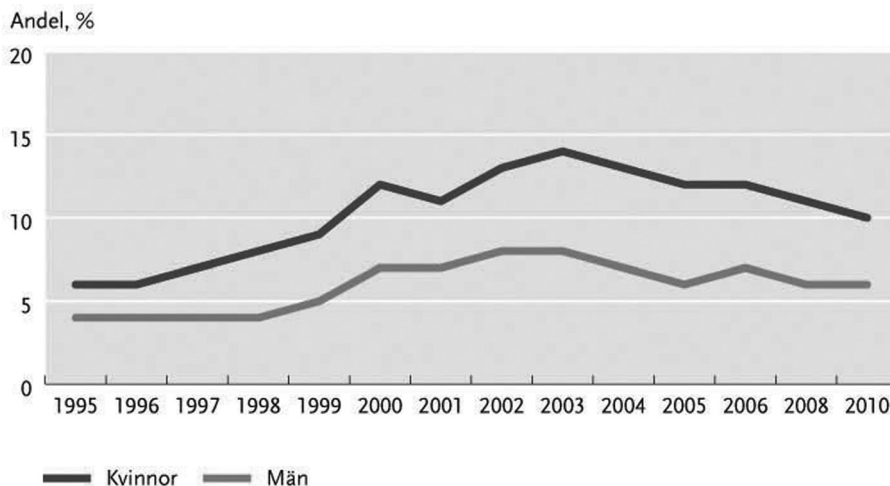
Faktorer som påverkar psykosociala förhållanden och hälsa i arbetslivet

Det finns ett omfattande stöd från forskning som visar att psykosociala faktorer som arbetskrav, inflytande och socialt stöd i arbetet har samband med flera olika hälsoutfall (Theorell, 2003). Forskning om arbetsrelaterad ojämlikhet i hälsa visar att låg inkomst och bristande psykosociala förhållanden, till exempel litet beslutsutrymme, har samband med olika ohälsoutfall (Toivanen, 2007). Relationen mellan låg socialekonomisk status och dålig hälsa är dessutom väl belagd i flera studier, och personer med låg socialekonomisk status har ofta höga arbetskrav, lågt inflytande och bristande socialt stöd (Kristensen et al., 2004). Betydelsen av sociala relationer och socialt stöd för individers hälsa och välbefinnande diskuteras också alltmer. På arbetsplatser handlar det om stöd från arbetskamrater och arbetsledare, där stöd från ledare anses vara särskilt viktigt för

de anställdas hälsa (Kristensen et al., 2004; Sundin, 2009).

Den psykosociala arbetsmiljön och de anställdas hälsa påverkas av exempelvis organisationsförändringar (Szücs et al., 2003) och ledarskap (Nyberg et al., 2005). Även om forskningen om ledarskap och hälsa är begränsad visar flera studier på samband mellan ledarskap och sjukfrånvaro (Aronsson & Lindh, 2004), självskattad hälsa (Larsson, 2010) och hjärt- och kärlbesvär (Nyberg et al., 2009). Andra betydelsefulla faktorer är anställningstrygghet, som om den är otrygg kan leda till negativa hälsoeffekter (Allvin et al., 2006), och betydelsen av återhämtning mellan arbetspass (Åkerstedt et al., 2007). Bristande återhämtning kan leda till stressreaktioner, sömnstörningar och så kallade utmattningssyndrom. Forskning visar dessutom på samband mellan psykosociala arbetsmiljöfaktorer och möjligheten till återhämtning mellan arbetspass. Psykiskt krävande arbeten med begränsat handlingsutrymme försvårar till exempel möjligheterna till vila efter arbetet (Zijlstra & Sonnentag, 2006).

Det finns således ett flertal studier som påvisar samband mellan psykosociala förhållanden i arbetslivet och individers hälsa, och det finns också en tydlig kunskap om att dessa förhållanden varierar mellan olika sektorer och grupper i arbetslivet. En intressant fråga är varför denna kunskap inte tydligare omsätts i konkreta politiska initiativ och i hälsofrämjande åtgärder i såväl privata som offentliga organisationer i arbetslivet.



Figur 1. Självrapporterade stressrelaterade besvär, andelar² (Källa: Arbetsmiljöverkets och SCB:s undersökning om arbetsorsakade besvär, bearbetning av Statens folkhälsoinstitut).

Utveckling av psykosociala förhållanden och hälsa i arbetslivet

Resultat från den nationella folkhälsoenkäten (Statens folkhälsoinstitut, 2011), Arbetsmiljöverkets arbetsmiljöundersökning (Arbetsmiljöverket, 2010a) och undersökning av arbetsorsakade besvär (Arbetsmiljöverket, 2010b) visar att en förhållandevis hög andel av den arbetande befolkningen upplever arbetsrelaterad ohälsa och krävande psykosociala arbetsförhållanden. Det finns också tydliga skillnader mellan olika grupper i arbetslivet, och när det gäller en del faktorer ökar dessa över tiden.

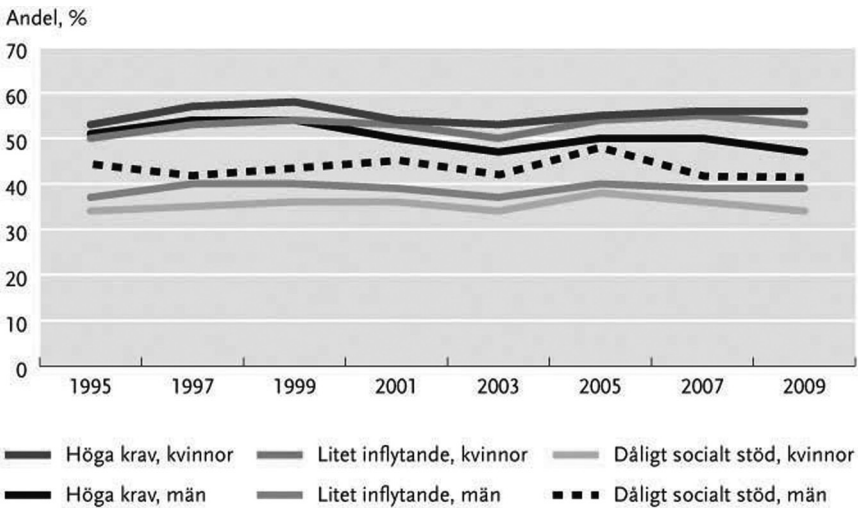
Även om vissa förbättringar kan noteras under senare år när det gäller *självskaattad arbetsorsakad ohälsa* kan konstateras att var femte person haft någon

form av besvär som hänför sig till arbetet under 2010 (Arbetsmiljöverket, 2010b). För arbetsorsakade besvär relaterade till stress och andra psykiska påfrestningar är skillnaden relativt stor mellan könen (figur 1).

Skillnader i arbetsmiljö och familjesituation kan vara orsaker till att arbetare upplever mer hälsobesvär och sämre levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2009). Bland kvinnor har skillnaderna i hur man upplever sitt allmänna hälsotillstånd ökat under 2000-talet, särskilt bland de med enbart grundskoleutbildning. Det är också vanligare att uppleva sitt hälsotillstånd som dåligt med stigande ålder och bland utlandsfödda (Ibid.).

När det gäller *psykosociala förhållanden* i arbetslivet kan noteras att det fort-

²Andel förvärvsarbetande som svarat ja på frågan om man under de senaste 12 månaderna haft andra typer av besvär än fysiska till följd av arbetet (stress, besvär med arbetets innehåll, dåliga relationer till chefer och arbetskamrater, hot och våld etc.), som gjort det svårt att arbeta på jobbet eller utföra det dagliga hemarbetet.



Figur 2. Självrapporterade krav, inflytande och socialt stöd i arbetet, 1995–2009 (Källa: Arbetsmiljöverkets och SCB:s Arbetsmiljöundersökning, bearbetning av Statens folkhälsoinstitut).

farande är en hög andel av den arbetande befolkningen som upplever höga arbetskrav, lågt inflytande över arbetet och bristande socialt stöd (figur 2).

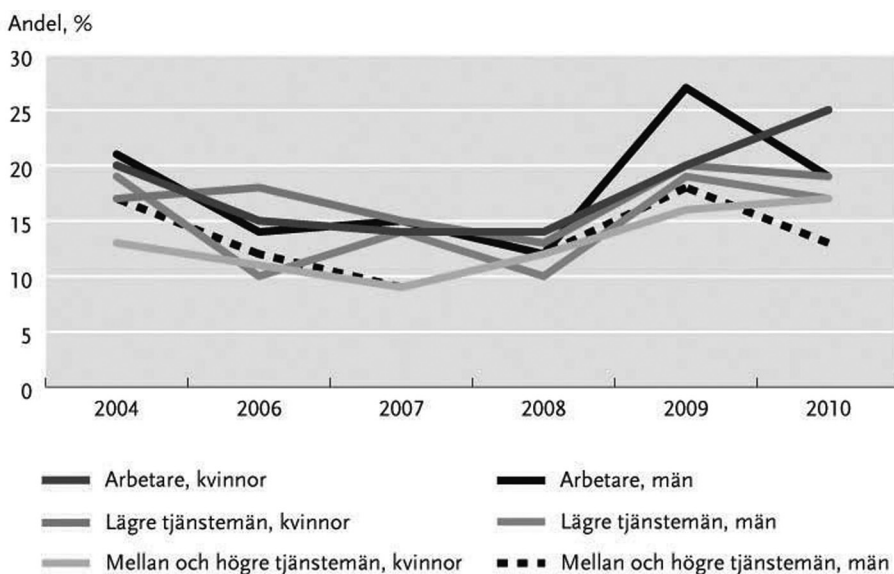
Av figuren framgår att en större andel kvinnor anger höga arbetskrav och lågt inflytande, medan en större andel män anger dåligt socialt stöd. Höga krav i arbetet tenderar också att ha ökat för kvinnor under senare år, medan det sociala stödet har förbättrats något. Andelen personer som minst en dag per vecka är tvungna att dra in på luncher, arbeta över eller ta med sig arbete hem har inte förändrats mellan år 2007 och 2009: 38 procent av männen och 34 procent av kvinnorna (Arbetsmiljöverket, 2010a). Här finns dock ett tydligt mönster att arbetare upplever detta i högre grad än tjänstemän, och att denna skillnad ökat under senare år.

Enligt samma undersökning anger sex av tio kvinnor (63 procent) och drygt hälften av männen (56 procent) att de

i viss mån eller i hög grad har alldeles för mycket att göra.

Även andra undersökningar styrker att förvärvsarbetande oftare än tidigare upplever sitt arbete som jäktigt och psykiskt ansträngande. Exempelvis visar Stockholms läns Arbetshälsorapport (Stockholms läns landsting, 2007) att andelen personer som har ett högstressarbete (en kombination av höga arbetskrav och bristande inflytande) ökat. Också enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport (2009) upplever förvärvsarbetande oftare sitt arbete som jäktigt och psykiskt ansträngande än tidigare. Detta kan tyda på att förvärvsarbetets balans mellan hälsosamma och ohälsosamma faktorer har vägt över mot mer ogynnsamma förhållanden, enligt rapporten.

När det gäller oro för att förlora arbetet upplever både kvinnliga och manliga arbetare i högre grad oro för att



Figur 3. Självrapporterad oro för att förlora arbetet inom det närmaste året fördelat på yrkeskategori, andelar med ja-svar 2004–2010 (Källa: Den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, Statens folkhälsoinstitut).

förlora arbetet än tjänstemän på mellannivå och hög nivå (figur 3). Oron har dock minskat bland männen i båda dessa yrkeskategorier under det senaste året.

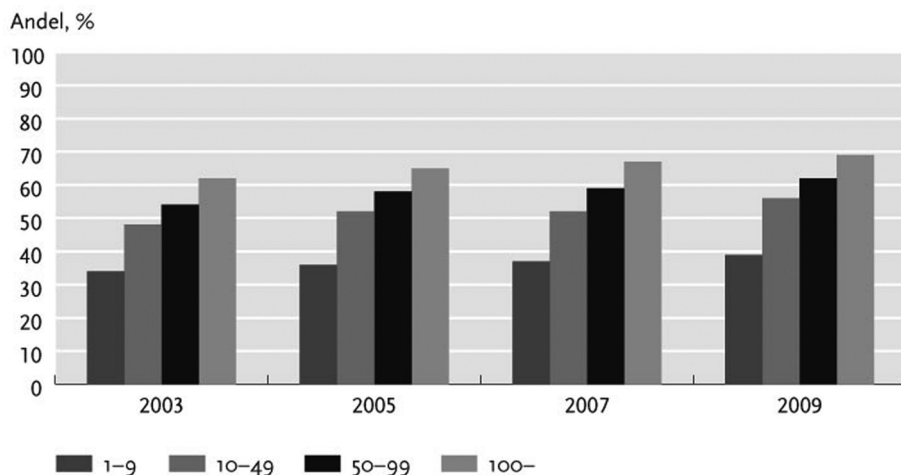
När det gäller utbildningsgrupper är skillnaderna små, med ett undantag: lågutbildade kvinnor har börjat oroa sig mer för att förlora arbetet under de senaste åren. Personer med låg kontantmarginal och personer födda utanför Norden är också mer oroliga för att förlora arbetet än andra (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Kvinnor upplever i högre grad än män att de inte får tillräckligt med vila och avkoppling mellan arbetsdagarna. En förhållandevis hög andel av de förvärvsarbetande upplever också att de är för trötta efter arbetet, eller saknar tid

för familjen, vänner eller fritidsaktiviteter. Störst problem med återhämtning har de som arbetar i välfärdssektorn och de som arbetar med människor (Ibid.).

Systematiskt arbetsmiljöarbete och tillgång till företagshälsovård

En av flera indikatorer på om det pågår förbättringsarbeten på svenska arbetsplatser är andelen arbetsplatser där ett systematiskt arbetsmiljöarbete bedrivs. Ett sådant arbete innebär bland annat att arbetsgivaren regelbundet undersöker arbetsförhållandena, bedömer riskerna för ohälsa och genomför åtgärder för att förebygga ohälsa och olycksfall. Av figur 4 framgår att det fortfarande finns brister i det systematiska arbetsmiljöarbetet på våra ar-



Figur 4. Systematiskt arbetsmiljöarbete efter antal anställda på arbetsplatsen, andelar 2003–2009 (Källa: Arbetsmiljöverkets och SCB:s Arbetsmiljöundersökning, bearbetning av Statens folkhälsoinstitut).

betsplatser. Det finns också ett tydligt samband mellan arbetsmiljöarbetet och företagets storlek: endast runt en tredjedel av dem som arbetar i mikro-företag (med mindre än 10 sysselsatta) anger att sådant arbete pågår (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

I Arbetsmiljöundersökningen (Arbetsmiljöverket, 2010a) uppger drygt hälften av männen (57 procent) och kvinnorna (54 procent) att systematiskt arbetsmiljöarbete bedrivs på deras arbetsplats. Några grupper som anger lägre förekomst av systematiskt arbetsmiljöarbete är bland kvinnor vårdbiträden, servicearbetare och försäljare och bland män service- och försäljningsarbetare samt fordonsförare.

När det gäller tillgång till företagshälsovård är mönstret likartat som för det systematiska arbetsmiljöarbetet: det är främst de mindre företagen som har begränsad tillgång till företagshälso-

vård. Dessutom tenderar företagshälsovård att ha blivit något ovanligare under de senaste åren. Ungefär två av tre kvinnor och män uppger att de har tillgång till företagshälsovård på sin arbetsplats (Arbetsmiljöverket, 2010a). Vidare anger 22 procent av kvinnorna och 29 procent av männen att de fått del av någon insats från företagshälsovården under det senaste året. Bland kvinnor är det vanligt att ha tillgång till företagshälsovård inom hälso- och sjukvårdsyrken samt i administrativa yrken, och bland män är det vanligt för ledningsarbetare, ingenjörer och tekniker.

Reflektioner och förslag

De resultat som redovisas ovan indikerar att många arbetstagare fortfarande upplever arbetsrelaterad ohälsa och bristande psykosociala arbetsförhållanden i arbetslivet. Det systematiska arbetsmiljöarbetet har inte fått tillräck-

ligt genomslag i arbetslivet, och främst de mindre företagen saknar tillgång till företagshälsovård. Ur ett jämlikhetsperspektiv är skillnaderna i hälsa och psykosocial arbetsmiljö mellan olika sektorer och grupper i arbetslivet oroande. Problematiskt är tendensen till ökad oro för att förlora arbetet bland kvinnliga lågutbildade arbetare, personer med låg kontantmarginal och utlandsfödda.

Som nämnts tidigare finns flera vällovliga politiska initiativ i folkhälso- och arbetslivspolitik som rör arbetslivet. Handlingsplanen för en förnyad arbetsmiljöpolitik 2010-2015 (Regeringens skrivelse 2009/10:248) lyfter fram flera prioriterade områden – minska risker i arbetsmiljön och uppmärksamma arbetsmiljöns möjligheter att bidra till hälsa, minska utanförskapet, synliggöra arbetsmiljö som en konkurrensfaktor samt öka kunskapsförmedling om arbetsmiljöfrågor. I den senaste folkhälsopolitiska rapporteringen lämnas för målområdet hälsa i arbetslivet sju förslag som avser att utveckla indikatorer för att följa upp hälsa i arbetet, öka implementeringen av modeller för att skapa fler hälsofrämjande organisationer, utveckla företagshälsovårdens roll för ökad hälsa i arbetslivet, införa nya modeller för arbetsmiljö tillsyn, utveckla redovisningen av sjukfrånvaro och personalekonomiska indikatorer i organisationer, införa kunskap om hälsa och arbetsmiljö i strategiska utbildningar samt förstärka forskningen och kunskapsförmedlingen om hälsa i arbetslivet (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Om dessa initiativ omsätts i konkreta insatser kan de långsiktigt

förbättra arbetsrelaterad hälsa och psykosociala förhållanden, och bidra till mer jämlika förhållanden i dessa avseenden.

För att snabbare nå resultat krävs dock att de förslag som lämnas av Kommissionen för sociala bestämningsfaktorer för hälsa (WHO, 2007) analyseras på olika nivåer och omsätts för svenska förhållanden. Åtgärder för att minska ojämlikhet i arbetslivet när det gäller arbetsrelaterad hälsa och psykosocial arbetsmiljö är komplexa. Åtgärder kan göras på samhälls-, organisations- och individnivå och det är av betydelse att veta på vilken nivå olika typer av åtgärder kan ge goda effekter. Åtgärder bör inrikta sig på att reducera gradienten i hälsa, vilket innebär att de måste vara universella men med en omfattning och intensitet som är proportionell till graden av utsatthet – så kallad ”proportionell universalism”.

På samhälls- och myndighetsnivå är det angeläget att berörda departement och myndigheter samordnar politiska initiativ och skapar drivkrafter för en bättre och mer jämlik hälsa i arbetslivet. Idag berör flera politikområden som folkhälsa, arbetsmiljö och socialförsäkring arbetsrelaterad hälsa och arbetsmiljö. Det finns ett tydligt behov av att nuvarande politiska styrdokument revideras så att de också innefattar åtgärder om hälsa i arbetslivet. Om berörda myndigheter tillsammans analyserar ojämlikheter i hälsa och psykosociala arbetsvillkor i arbetslivet och samordnar insatser kring exempelvis stöd till fler hälsofrämjande projekt, arbetsmiljö tillsyn av arbetsplatser, företagshälsovård

och arbetslivsinriktad rehabilitering nås sannolikt bättre resultat.

Det finns som tidigare nämnts en hel del kunskap om samband mellan olika arbetsmiljöfaktorer och hälsa/ohälsa och om vad som karakteriserar hälsofrämjande organisationer. Forskning visar att så kallade friska organisationer karakteriseras av ett utvecklat ledarskap, satsningar på kompetensförsörjning, utvecklad kommunikation och fungerande rutiner för hälsa och sjukfrånvaro (Ahlberg et al., 2008). Forskning visar också att det kan vara framgångsrikt att kombinera individinriktade insatser som rör levnadsvanor med organisatoriskt inriktade som rör fysiska och psykosociala förhållanden. Av betydelse är också att driva förbättringsprocesser med hög grad av delaktighet och inflytande från både ledare och medarbetare (Ds 2008:16; Malmquist et al., 2007). Genom att rikta insatser som rör implementering av modeller för hälsofrämjande organisationer till yrkesgrupper och branscher med bristfällig arbetsmiljö, hög sjukfrånvaro och sämre hälsa, exempelvis i kvinnodominerade sektorer, kan jämlikare arbetsvillkor och hälsa nås. Det kan handla om att inventera framgångsrika projekt, sprida kunskap och tillföra särskilda stimulansmedel till organisationer som arbetar för ökad och mer jämlik hälsa. Idag diskuteras alltmer organisationers sociala ansvar där en ny vägledningsstandard - ISO 26000 - antagits av ett femtiotal länder. Ansvaret berör både interna faktorer som arbetsmiljö och hälsa i en organisation, men också hur organisationen externt bidrar till hållbar utveckling.

Således kan också den enskilda organisationen med ett sådant perspektiv bidra med särskilda insatser för till exempel personer med ohälsa och funktionsnedsättning.

Åtgärder kan också genomföras på individnivån för att skapa jämlikare villkor i arbetslivet. Det kan exempelvis handla om att i en organisation rikta individinriktade hälsoprogram till särskilda riskgrupper, möjliggöra friskvård för personal som i sitt arbete har svårt att nyttja sådana aktiviteter, förbättra kvaliteten på arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser för individer med sådana behov och arbeta för ökad anställningstrygghet.

Till sist - det är angeläget med fortsatta hälsofrämjande åtgärder i arbetslivet, som också fokuserar på ojämlikheter i hälsa och arbetsvillkor bland olika yrkesgrupper och sektorer i arbetslivet. Mot bakgrund av allt snabbare förändringar av arbetslivet krävs för att nå framgång utveckling av nya modeller för sådana insatser, samverkan mellan statliga aktörer och arbetsmarknadens parter, och inte minst en medvetenhet och vilja hos ledare och medarbetare i organisationer och företag.

Referenser

- Ahlberg, G., Bergman, P., Ekenvall, L., Parmasund, M., Stoetzer, U., Waldenström, M., Svartengren, M., & HoF study group (2008). *Tydliga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag*. Projektet Hälsa och framtid, delstudie 2. Stockholm: Karolinska institutet, Uppsala universitet och Stockholms läns landsting.
- Allvin, M., Aronsson, G., Hagström, T., & Johansson, G. (2006). *Gränslöst arbete. Socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. Stockholm: Liber.

- Arbetsmiljöverket. (2010a). *Arbetsmiljön 2009* (Arbetsmiljöstatistik Rapport 2010:3). Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2010b). *Arbetsorsakade besvär 2010* (Arbetsmiljöstatistik Rapport 2010:4). Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Aronsson, G. & Lindh, T. (2004). *Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie*. (Arbete och hälsa 2004:10). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Ds 2008:16. *Arbetsmiljön och utanförskapet – en tankesamling för den framtida arbetsmiljöpolitiken*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
- Härenstam, A. & Bejerot, E. (2010). *Sociala relationer i arbetslivet*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Kristenson, M., Eriksen, H.R., Sluiter, J.K., Starke, D., & Ursin, H. (2004). Psychosocial mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1511–1522.
- Larsson, J. (2010). *Leadership for Quality, Effectiveness and Health in Organisations*. Doktorsavhandling. Östersund: Mittuniversitetet.
- Malmquist, C., Vinberg, S., & Larsson, J. (2007). *Att styra med hälsa: från statistik till strategi*. Degerfors: Metodicum.
- Nyberg, A., Alfredsson, L., Theorell, T., Westerlund, H., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2009). Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(1), 51–55.
- Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.
- Regeringens skrivelse 2009/10:248. *En förnyad arbetsmiljöpolitik med en nationell handlingsplan 2010–2015*. Stockholm: Regeringen.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2009:47. *God arbetsmiljö – en framgångsfaktor?* En skrift från Arbetsmiljöpolutiska kunskapsrådet. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2009:93. *Inkluderande arbetsliv*. En skrift från Arbetsmiljöpolutiska kunskapsrådet. Stockholm: Fritzes.
- Socialmedicinsk tidskrift 4/2011
- Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Mälområde 4 Hälsa i arbetslivet: Kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2010* (Rapport R 2011:03). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Stockholms läns landsting. (2007). *Arbetshälsorapport 2007*. Stockholm: Arbets- och miljömedicin vid Centrum för folkhälsa.
- Sundin, L. (2009). *Work-related Social Support, Job Demands and Burnout: Studies of Swedish Workers, predominantly Employed in Health Care*. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Szücs, S., Hemström, Ö., & Marklund, S. (2003). *Organisatoriska faktorerens betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner* (Arbete och hälsa, 2003:6). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Theorell, T. (2003). *Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan?* Kunskapsammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Toivanen, S. (2007). *Work-Related Inequalities in Health: Studies of income, work environment and sense of coherence*. Doktorsavhandling. Stockholm: Stockholms universitet.
- 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.
- World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- Åkerstedt, T., Kecklund, G., Alfredsson, L., & Selen, J. (2007). Predicting long-term sickness absence from sleep and fatigue. *Journal of Sleep Research*, 16(4), 341–345.