



LUNDS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

***En studie av en hälsointervention mot stress, ohälsa
och sjukfrånvaro bland kundtjänstanställda***

Emma Bramsvik

Magisteruppsats ht 2004

Handledare: Eva Torkelson

Abstract

The aim of this study was to investigate a health intervention at a Swedish telecom company, with regards to behavioral, cognitive and somatic stress, experienced health, and absence due to illness. A further aim was to investigate the employees' perceptions regarding the health intervention. Questionnaires were collected from 139 employees at the customer service departments. Results indicated that the health activity bowling to some extent could predict lower behavioral stress. However, the most important predictors of stress and perceived health were lack of meaningfulness and quantitative demands. Lack of meaningfulness was also a predictor of absence due to illness. The results also indicated that intervention participation would be related to somewhat better perceived health, but not to less stress or to less absence due to illness. Employees mainly found the intervention rewarding in terms of physical and mental health.

Keywords: Health, intervention, callcenter, stress, absence due to illness, control, meaningfulness, quantitative demands.

En studie av en hälsointervention mot stress, ohälsa och sjukfrånvaro bland kundtjänstanställda

Under de senaste årtiondena har antalet långtidssjukskrivna personer i Sverige ökat (Lidwall & Skogman Thoursie, 2001), och mediedebatten har samtidigt växt kring frågor om sjukdom och hälsa. Hälsa definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast avsaknaden av sjukdom eller handikapp (WHO, 1948, egen översättning). Antalet sjukskrivna inom privat sektor i Sverige under det tredje kvartalet år 2004 ligger i genomsnitt på 3.5 procent. Inom samtliga sektorer är kvinnor sjukskrivna i större utsträckning än män (statistiska centralbyrån, 2004).

Inom arbetslivet uppmärksammas dessa frågor eftersom sjukfrånvaro kan påverka effektiviteten negativt och är mycket kostsam både för organisationen och för individen (Kolbell, 1995; Murphy, 2003). Allt fler organisationer utforskar olika vägar för att minska arbetsrelaterad stress och arbeta aktivt för medarbetarnas hälsa (Murphy, 2003). Detta arbete kan bland annat innebära interventioner av olika slag. Organisationen som ligger till grund för denna studie, ett svenskt telekomföretag, har valt att genomföra en intervention med syfte att minska en relativt hög sjukfrånvaro, minska stress samt öka motivationen bland medarbetarna. Interventionen består av ett hälsoprogram vilket hade sin början år 2001, och som fortfarande pågår inom organisationen. Genom programmet får medarbetarna tillgång till vissa aktiviteter såsom promenader, föreläsningar, massage, yoga, avslappningsövningar, bowling, hälsofrukost och personliga hälsoprogram. Därutöver erhåller medarbetarna en så kallad friskvårdspenning, med vilken de kan köpa friskvård av olika slag till ett subventionerat pris. Hälsoinspiratörer har utbildats på samtliga orter, men i övrigt skiljer sig hälsoaktiviteterna åt från ort till ort. Studien genomfördes på kundtjänstavdelningarna med callcenteruppgifter inom företaget, vilka är utspridda på flertalet orter i Sverige.

Stress

Stress kan leda till fysisk och psykisk ohälsa (Murphy, 2003), och betraktas som en av de underliggande orsakerna till de ökande sjukskrivningarna (Lidwall & Skogman Thoursie, 2001). Åsikterna kring hur begreppet bör definieras går isär, men i många studier

används definitionen av Lazarus och Folkman (1984). De menar att psykologisk stress ligger i förhållandet mellan individen och omgivningen, och att stress uppstår då omgivningens krav överstiger individens egna resurser. Detta hotar i sin tur individens välmående. Arbetsrelaterad stress kan ses som en respons på förlorande av eller brist på kontroll över arbetet i stort, och kan utvecklas då individen tvingas att göra något som denne inte kan eller vill göra (Schabracq, 2003a). Dessutom kan osäkerhet inför framtiden samt brist på inlärningsmöjligheter framkalla långvariga stressresponser (Mikkelsen & Gundersen, 2003). Dessa möjliga bakomliggande förhållanden för stressreaktioner kallas för stressorer (Angelöw, 1994). Andersson (2002, s. 131) listar upp sex sådana stressorer som kan leda till psykosociala arbetsmiljörisker:

1. Negativa faktorer i arbetsinnehåll och organisation (understimulering, överstimulering, monotont arbete, okvalificerat arbete);
2. Brist på kontroll;
3. Dåliga relationer mellan individer (överordnade/underordnade, kolleger);
4. Otrygghet i arbetet (arbetsförlust, påtvingad pension);
5. Upplevda/missänkta fysiska, kemiska och biokemiska risker i arbetsmiljön;
6. Inadekvata löner.

Till denna lista skulle ytterligare en faktor kunna tilläggas, nämligen inre stressorer, vilka till exempel kan utgöras av konflikter mellan inre krav och önskemål om hur individen skulle vilja vara jämfört med hur denne egentligen är (Angelöw, 1994). Stressorerna kan leda till olika stressreaktioner, vilka kan delas upp i fyra huvudkategorier: fysiologiska, känslö- och beteendemässiga, sociala samt organisatoriska stressreaktioner (Angelöw, 1994). De fysiologiska reaktionerna kan röra sig om exempelvis tryck över bröstet, värk i muskler och leder, yrsel och sömnsvårigheter. De känslö- och beteendemässiga reaktionerna kan vara trötthet, glömska, koncentrationssvårigheter samt ökad konsumtion av alkohol, droger eller tobak. De sociala stressreaktionerna i ett samhälle kan vara brottslighet, våld eller missbruk, medan de organisatoriska kan uttrycka sig i bland annat kommunikationsproblem, ryktesspridning, missnöje, otrygghet, mobbing och sjukfrånvaro (Angelöw, 1994).

Individen har möjlighet att hantera kraven vilka upplevs som stressfyllda, samt de känslor de framkallar, genom processen *coping*¹ (Lazarus & Folkman, 1984). Genom

¹ Coping är det begrepp som används eftersom ingen motsvarande svensk översättning finns.

denna process görs ständigt skiftande kognitiva samt beteendemässiga försök att hantera de krav som uppstår utanför och/eller inuti individen. Vidare delar författarna upp olika copingstrategier i två kategorier, nämligen problembaserade och emotionsbaserade. I den förstnämnda hanterar eller förändrar individen problemet med omvärlden vilket har skapat stress. Genom den emotionsbaserade strategin riktas denna energi i stället mot att hantera eller förändra de egna känslorna gentemot problemet (Lazarus & Folkman, 1984). Cox (2000) föreslår att begreppet coping skulle kunna ersättas med begreppet kontroll, eftersom copingprocessen till stor del går ut på att försöka utöva kontroll över de egna känslorna och beteendena.

Stressbegreppet är mångfacetterat då stress kan vara både personligt och socialt, det vill säga att det kan existera samtidigt både inom individen och mellan människor (Styhre & Ingelgård, 2003). Därigenom är begreppet förknippat med vissa metodologiska svårigheter, och själva upplevelsen av stress kan vara svår att mäta (Styhre & Ingelgård, 2003).

Kontroll och krav i arbetet

Arbetsrelaterad kontroll definieras av Bond och Bunce (2001) som graden till vilken människor har handlingsfrihet och valmöjligheter i arbetet. Detta kan exempelvis röra hur och när arbetet utförs (Jones & Fletcher, 2003).

Som tidigare nämnt ses brist på kontroll över det egna arbetet som en faktor vilken har en stark koppling till stress (Andersson, 2002; Angelöw, 1994; Cox, 2000; Murphy, 1988). I allmänhet kan utövning av kontroll vara ett välfungerande sätt att hantera stress, och är således en viktig del av copingprocessen (Murphy, 1988; Theorell, 2003).

Förutom stress kan brist på kontroll leda till depression, apati, utmattning, lågt självförtroende samt hjärtrelaterade problem (Bond & Bunce, 2001; Cox, 2000; Shirom, 2003). Dessutom har man funnit ett samband mellan brist på kontroll och sjukfrånvaro, men endast i samband med höga arbetskrav (Bond & Bunce, 2001). Just sambandet mellan kontroll och krav framhålls i Karaseks krav/kontrollmodell (1979). Modellen består av de två dimensionerna arbetskrav och arbetsrelaterad kontroll, som i kombination med varandra utgör fyra olika typer av arbete (Karasek & Theorell, 1990). Exempelvis utgör höga krav och hög kontroll ett aktivt arbete, medan höga krav och låg

kontroll utgör ett högt påfrestande arbete. Det aktiva arbetet ses inte som farligt för hälsan, trots de höga kraven, eftersom individen ges tillräckligt med kontroll för att kunna hantera kraven. Det högt påfrestande arbetet, däremot, kan ge ödesdigra konsekvenser för medarbetarens hälsa (Karasek & Theorell, 1990). Låg kontroll framstår som speciellt farlig för hälsan just i kombination med höga krav (Theorell, 2003), men forskarna har delade uppfattningar om möjligheten att kontroll verkar som en buffert (Jones & Fletcher, 2003).

Muhonen och Torkelson (2003) testade krav/kontrollmodellen (Karasek, 1979) i samband med socialt stöd. Studien utfördes inom samma organisation som undersöks i denna studie. Bland annat fann man ett signifikant positivt samband mellan arbetskrav och hälsosymptom, vilket indikerar att ökade krav är relaterat till ökade symptom. Därutöver fanns ett signifikant negativt samband mellan kontroll och hälsosymptom, vilket tyder på att ökad kontroll är relaterat till färre symptom (se även Torkelson & Muhonen, 2003). Däremot fanns inget samband mellan kontroll och hälsa i en regressionsanalys (Muhonen & Torkelson, 2003). I en annan av författarnas studier (Torkelson & Muhonen, 2004), även denna inom samma organisation, fann man att speciellt de kvinnliga medarbetarna upplevde brist på kontroll genom att känna sig styrda. Deras prestationer blev ständigt mätta, och lönerna var till stor del relaterade till prestationsnivå. Känslan av att vara styrd samt att ha brist på kontroll exemplifieras av ”Sabinas” uttryck under en av intervjuerna:

Sabina: Vår frihet blir mer och mer begränsad. Det verkar som om man inte får lämna sin stol längre. Något som har blivit mycket värre på sistone är att det måste vara så eller så många personer online för att svara. Och sen om man måste gå på toaletten eller dricka vatten eller något, måste man ropa: 'Finns det någon som kan ersätta mig? Jag måste gå iväg en stund.' (Torkelson & Muhonen, 2004, s. 3, egen översättning).

Mening i arbetet

Meningsfullhet i arbetet definieras av Nelson och Simmons (2003) som till vilken grad individen känner att arbetet fungerar emotionellt. Om individen skall känna mening i arbetet är det även viktigt att problem och krav ses som välkomna utmaningar, vilka är värda att investera energi, engagemang samt hängivelse i (Nelson & Simmons, 2003).

Vid en annan avdelning i samma organisation som undersöks i denna studie, fann Torkelson och Muhonen (2003) att brist på mening i arbetet är relaterat till hälsoproblem, höga arbetskrav samt brist på kontroll.

Callcenter

Toomingas, Hagman, Hansson Risberg och Norman (2003) har sammanställt resultat om arbetsförhållanden och hälsa vid 28 geografiskt skilda, svenska callcenters. Författarna definierar begreppet *callcenter* som ”en relativt ny organisatorisk enhet som med hjälp av datorstöd hanterar tele- och e-post-kommunikation med kunder” (Toomingas et al., 2003, s. 1).

I regel styrs inkommande samtal till nästa tillgängliga och inloggade operatör, och den tid som går tills kunden blir inkopplad, samtalets längd, samt den tid operatören inte arbetar aktivt med samtal registreras (Toomingas et al., 2003). Knappt hälften anser att detta är ett bra sätt att få visa sin arbetsprestation, medan många känner sig stressade och kontrollerade eller blir arga eller irriterade. Den största delen av arbetstiden består av telefonsamtal med kunder, vilket medarbetarna ofta anser vara psykiskt krävande. Den fasta lönen är vanligtvis kopplad till ett bonussystem baserat på prestation, och pristävlingar kan förekomma med öppet anslagen samtalsstatistik. Vanliga problem med arbetsförhållandena rör sig bland annat om tidspress, registrering och medlyssning av samtal, otrevliga kunder, brist på mental och fysisk variation samt brist på möjligheter till yrkesmässig utveckling. Dessa problem kan leda till olika typer av stressrelaterade symptom (Toomingas et al., 2003). Dock upplevde medarbetarna arbetsklimatet samt socialt stöd från kollegorna som gott. Arbetskamraterna angavs även som det som uppskattades mest i arbetet. Det som uppskattades minst var stress, högt arbetstempo och stor arbetsmängd (Toomingas et al., 2003).

I en hälsokontroll framkom det att hälften av medarbetarna hade hälsoproblem som var helt eller delvis arbetsrelaterade. Hela 91 procent rapporterade om något kroppsligt besvär, exempelvis besvär i nacke/skuldror/armar/händer och huvudvärk. Var femte medarbetare angav att de varit sjukskrivna den senaste månaden på grund av besvären, i genomsnitt 7.3 dagar. Totalt 40 procent uppgav att de varit sjukskrivna den senaste

månaden, av olika anledningar, i drygt fem dagar i genomsnitt. Sjukfrånvaron är således relativt hög. Även så kallad "sjuknärvaro" uppmärksammades, då 27 procent uppgav att de gått till arbetet i genomsnitt 4.1 dagar den senaste månaden, trots att de tyckt sig vara så pass sjuka att de egentligen borde ha stannat hemma (Toomingas et al., 2003).

Sammanfattningsvis menar Toomingas et al. (2003) att callcenterarbetet kan vara mentalt belastande, starkt styrt både fysiskt och psykiskt, ensidigt upprepat och med bristande möjligheter till egenkontroll över arbetet. Dessa arbetsförhållanden utgör en risk för tillkomst av dåligt välbefinnande, stress och ohälsa. Författarna utformar även olika riktlinjer för hur callcenterarbetet bör bedrivas, exempelvis att optimera medarbetarnas möjligheter till att ta kontroll över det egna arbetet samt möjligheter till fysisk och psykisk variation i arbetet (Toomingas et al., 2003). Givetvis kan inte kritiken appliceras på samtliga callcenterföretag eftersom undersökningen är av generellt slag.

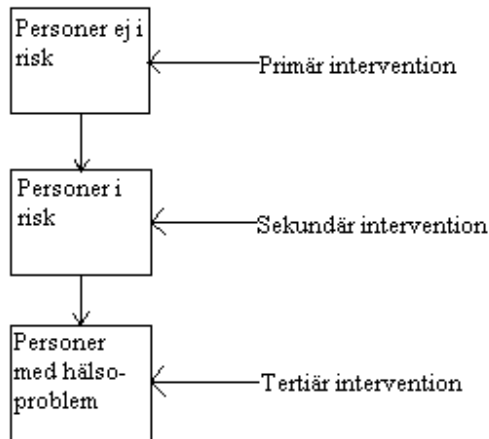
Interventioner

För att komma tillrätta med eller förhindra ohälsa såsom stress inom organisationen kan olika typer av interventioner användas, vilka kan vara utformade på åtskilliga sätt. Det framstår som om det finns en majoritet som anser att den bör vara skräddarsydd för en organisation och därigenom ta hänsyn till den specifika kulturen inom det företaget (Kolbell, 1995; Nielsen, Kristensen & Smith-Hansen, 2002; Styhre & Ingelgård, 2003). I övrigt ger många interventionsforskare olika men ofta liknande förslag på hur interventioner bör utformas, vilket följande exempel illustrerar. Quillian-Wolever och Wolever (2003) anser det vara viktigt att lära sig känna igen de fysiska, mentala, emotionella och beteendemässiga reaktionerna på stress eftersom dessa bestämmer ramen för hur stressen kan hanteras. Efter att detta är gjort, kan typen av intervention bestämmas, som är baserad på de symptom som upplevs, stressorernas egenskaper samt de copingstrategier som finns tillgängliga (Quillian-Wolever & Wolever, 2003). Kolbell (1995) anser att en intervention bör inledas med en utvärderingsprocess där stressorernas källor och egenskaper betonas. Hänsyn bör även tas till medarbetarnas eventuella reaktioner. Sedan bör en lämplig interventionsstrategi utvecklas som gör att de mål som sätts upp lättare kan nås (Kolbell, 1995).

En hälsointervention bland kundtjänstanställda

Normalt skiljs tre olika typer av interventioner åt: primära, sekundära samt tertiära (Murphy, 2003; Tetrick & Campbell Quick, 2003). Murphy (2003) menar att genom *primära interventioner* identifieras och minskas stresskällorna, vilka antingen kan vara arbetsrelaterade eller ej. Således hanteras stresskällorna direkt, och inte endast konsekvenserna av dessa. Tillvägagångssättet kan vara reaktivt genom att ett existerande stressproblem hanteras, eller proaktivt då stresskällorna förhindras från att bli ett problem (Murphy, 2003). I denna typ av intervention används problembaserad coping, eftersom energin riktas mot att lösa eller förändra problemet som ger upphov till stress (Lazarus & Folkman, 1984). *Sekundära interventioner*, som ofta kallas för stresshanteringsprogram, strävar efter att reducera stressymptom innan de leder till mer allvarliga stress- och hälsoproblem (Murphy, 2003). Ofta utbildas medarbetarna inom stressområdet samt om olika tekniker för att minska fysiska och psykiska stressymptom. Dessa tekniker har som mål att skapa ett tillstånd av avslappning, och exempel på teknikerna är meditation, biofeedback och progressiv muskelavslappning såsom massage (Murphy, 2003). Slutligen finns de *tertiära interventionerna*, vilka riktar sig mot medarbetare som redan har hälsoproblem på grund av stress. Målet är att hantera eller bota dessa problem genom ett reaktivt tillvägagångssätt (Murphy, 2003). Genom sekundära och tertiära interventioner används emotionsbaserad coping, eftersom energin till skillnad från i primära interventioner riktas mot att hantera eller förändra de egna känslorna gentemot problemet (Lazarus & Folkman, 1984).

Tetrick och Campbell Quick (2003) sammanfattar de olika typerna av intervention i figur 1 (se följande sida):



Figur 1. Olika typer av intervention (efter Tetrick och Campbell Quick, 2003, egen översättning).

Hälsointerventionen som utförs i organisationen som ligger till grund för denna studie kan sägas utgöra en sekundär intervention, eftersom det strävar efter att reducera stressymptom innan de leder till mer allvarliga stress- och hälsoproblem (Murphy, 2003). Interventionen kan inte sägas vara av primär art då den inte innebär en reduktion av stresskällorna, utan i stället riktas mot att reducera stressymptom hos individerna (Murphy, 2003). Inte heller kan interventionen sägas vara tertiär eftersom den i första hand riktas mot medarbetare i risk och inte endast mot personer med redan existerande hälsoproblem (Murphy, 2003; Tetrick & Campbell Quick, 2003). Copingstrategin är emotionsbaserad, eftersom medarbetarna försöker hantera eller förändra sina egna reaktioner mot stresskällorna (Lazarus & Folkman, 1984). Givetvis kan dessa interventionstyper vara överlappande, men likt hälsoprogrammet faller ofta interventionen inom en huvudkategori, vilken i detta fall innebär en sekundär intervention.

Nielsen et al. (2002) har gjort en sammanställning av olika granskningar angående interventioners effektivitet. För det första är resultaten blandade. Ingen typ av intervention, såsom hälsoförebyggande, stresshanterande eller organisationsfokuserande, visar på en större effektivitet än andra. Dessutom har de flesta studier metodologiska brister, trots att metodiken har förbättrats genom åren. Många studier har inte heller en klarlagd teoretisk grund, och bortser från organisatoriska faktorer genom att fokusera allt för mycket på interventioner och dess effekter på individnivå (Nielsen et al., 2002). Det sistnämnda är även något som stöds av Quillian-Wolever och Wolever (2003). Enligt

författarna krävs det en primär intervention för att hantera en extern stressor i organisationen vilken ger upphov till de beteendemässiga stressreaktionerna hos medarbetarna. Detta är nödvändigt eftersom det är endast då organisationsrelaterade frågor såsom produktivitet och sjukfrånvaro kan hanteras och förändras. Författarna menar att det finns två sätt att hantera stressorn. Antingen kan den undvikas, men detta är inte möjligt vid vissa tillfällen, och strategin betraktas inte som effektiv över tid. Det andra alternativet innebär att förändra eller på annat sätt påverka stressorn. Speciellt effektiv kan denna strategi vara om medarbetarna själva kan delta i och utöva kontroll över förändringsprocessen. I det fall stressorn varken kan undvikas eller förändras finns ett tredje alternativ – att förändra de egna beteendemässiga, kognitiva och somatiska stressreaktioner gentemot stressorn, vilket innebär en sekundär intervention (Quillian-Wolever & Wolever, 2003).

Förutom de nyss nämnda, framstår det som om flertalet forskare anser att primära interventioner är att föredra framför sekundära och tertiära (exempelvis Mikkelsen & Gundersen, 2003; Tetrick & Campbell Quick, 2003). Den främsta anledningen till detta är att den primära interventionen går till roten av problemet och angriper därigenom de faktorer som gav upphov till stressen från början (Mikkelsen & Gundersen, 2003). Dessutom kan stress, exempelvis på grund av rädsla för att göra misstag, minskas genom att förändra organisationskulturen så att den uppmuntrar till och värderar lärande (Tetrick & Campbell Quick, 2003). Dock syftar både primära och sekundära interventioner till att förhindra eller förebygga ohälsa (Tetrick & Campbell Quick, 2003).

Vissa forskare är inte beredda att hålla med om att primära interventioner är att föredra framför sekundära. Enligt Semmer (2003) bör en intervention fokusera både på individen och på stressorerna (se även Styhre & Ingelgård, 2003). Det räcker inte med att endast fokusera på det ena, eftersom stress är komplicerat till naturen och existerar i interaktionen mellan individ och omgivning (Semmer, 2003). Därigenom bör interventionen ta hänsyn till denna interaktion. Dock menar författaren att få interventioner leder till negativa resultat, medan många leder till positiva eller inga resultat alls. Att peka ut vad det är som gör en intervention lyckad, eller att säga vad en specifik intervention kommer att leda till, är svårt, och forskningsresultaten är motstridiga (Semmer, 2003). Detta kan möjligtvis bero på den komplexa arten av en organisations-

kultur, där olika personligheter möter varandra i ett samspel av samarbete, makt och konkurrens. Det kan således vara svårt att förutse eventuella effekter i miljöer som kan skilja sig komplett åt. På detta vis antas kontexten vara en mycket viktig faktor i ett interventionsarbete.

Sekundära interventioner riktar sig ofta, som tidigare nämnt, mot att hantera och reducera stressymptom hos medarbetarna. Quillian-Wolever och Wolever (2003) menar att välfungerande copingstrategier då kan vara bland annat fysisk aktivitet, massageterapi, avslappningsmetoder och meditation. Dessa metoder brukas inom interventionen som används i organisationen som ligger till grund för denna studie. När det gäller fysisk aktivitet kan exempelvis korta promenader vara bra för att få utlopp för frustration samt för att få muskelspänningar att minska. Massage är välfungerande inte bara för muskelavslappning utan även för bland annat ökad blodcirkulation och ökat immunförsvar. Genom avslappningstekniker kan individen både lugna ner och finna balans i kroppen, vilket även meditation kan leda till. Dessutom pekar den mesta forskningen på att meditation kan förbättra hjärt-, andnings- och syreupptagningsfunktioner, höja den generella humörnivån, samt förbättra immunförsvaret, hormonnivåer och hjärnvägsaktiviteten (Murphy, 2003; Quillian-Wolever & Wolever, 2003). Dock är vissa forskare tveksamma mot meditation som copingstrategi, vilket behandlas senare i kapitlet (Kolbell, 1995; Styhre & Ingelgård, 2003). Murphy (2003) skiljer på massage som fysisk avslappning och på meditation och biofeedback som mentala processer. *Biofeedback* innebär att en person ständigt får information eller feedback angående statusen på en fysiologisk funktion, för att så småningom lära sig kontrollera den funktionens aktivitet (Murphy, 2003). Principen innebär att människor lär sig bäst då de får kontinuerlig feedback på sina prestationer. Denna metod kan liknas vid det personliga hälsoprogram (PHP) vilket många medarbetare fick genomgå inom organisationen som ligger i fokus i denna studie. PHP är i första hand en metod för att vägleda och inspirera medarbetarna till hälsobefrämjande val, och har som mål att utveckla medarbetarens resurser till att klara av krav inom och utanför arbetet. Programmet inleds med samtal kring arbete, levnadsvanor och hälsoupplevelser, och kan kompletteras med fysiologiska mätningar på exempelvis blodtryck och kondition. Efter en tid utförs samma mätningar

och jämförs med utgångsläget. Därigenom får medarbetaren feedback på sin fysiologiska status.

Som tidigare nämnts är inte alla forskare eniga när det gäller effektiviteten av exempelvis meditation som stresshantering. Bland dessa finns Styhre och Ingelgård (2003), som vill understryka effekten av *strategisk stresshantering*. Detta innebär att beteckna alla de aktiviteter inom organisationen som reducerar de negativa konsekvenserna av stress på individens hälsa samt på individernas resurser och kompetenser vilka gör medarbetarna konkurrenskraftiga. De negativa konsekvenserna av stress är i hög grad ett organisatoriskt problem, vilket kan skada just konkurrenskraftigheten. Strategisk stresshantering ses därför av författarna som ett bra sätt att minska sjukfrånvaro, utbrändhet samt hälsoproblem i allmänhet. Dock bör problemet skötas på en organisatorisk nivå, eftersom stress inte betraktas som ett komplett individuellt och personligt problem. Programmet bör därigenom fokuseras på vad individerna kan göra för att hantera ett stressfyllt arbete, och författarna önskar att organisationerna kan vidga sitt perspektiv, bort från exempelvis yoga och meditation som ofta används som stresshantering (Styhre & Ingelgård, 2003). Dessa tankegångar är likartade med de resultat som Kolbell (1995) fann i sin studie, vilken undersökte effekterna av meditation som en stresshanteringsintervention bland medarbetarna på en hjälpverksamhet för barn. Meditation kan vara en attraktiv metod för arbetsgivare att använda, eftersom den är lätt att lära, kostar lite och kan oftast utföras på arbetsplatsen utan större svårigheter (Kolbell, 1995). Författaren fann dock att meditation inte var en effektiv metod för att reducera stress. Dels tror han att detta kan bero på att förändring endast skedde på individnivå, trots att stressorerna till största del låg inom organisationen. Därför anser Kolbell (1995) att en intervention, för att bli lyckad, bör rikta sig både mot individen och mot organisationen. Dessutom ansåg medarbetarna att interventionen var ytterligare ett ansvar som skulle tillgodoses, och som tog tid från deras redan ansevärd arbetsbörda. Därigenom kan, ironiskt nog, själva interventionen som riktar sig till att minska stress, bli en stressor i sig (Kolbell, 1995). Detta är något som även Murphy (2003) varnar för. Han menar att eftersom förändring kan vara något stressfyllt i sig, kan interventionen bli ett stressmoment, speciellt för de människor som ser förändringar som något negativt. De som i stället ser förändringar som en utmaning, kan ha en positiv inställning till

interventionen. Paradoxen ligger i att denna sistnämnda typ av människa oftast är relativt bra på att hantera stress. Därigenom blir interventionen positiv för dessa, men kan innebära ännu mer stress än normalt för den förstnämnda typen (Murphy, 2003).

Att bestämma vad som gör en intervention effektiv eller inte, samt att förutspå dess effekter, framstår således som en svår uppgift. Murphy (2003) förklarar detta med att organisationen är en dynamisk enhet, och att okontrollerbara händelser ofta sker vid sidan om interventionen. Därför kan det även vara svårt att utvärdera en intervention efter att den är avslutad, eftersom det kan vara svårt att säga vad som gjorde den effektiv eller inte (Murphy, 2003).

Vikten av medarbetarnas inflytande över och medverkan i interventionsarbetet är något som tas upp av flera forskare (Bond & Bunce, 2001; Mikkelsen & Gundersen, 2003; Murphy, 2003; Quillian-Wolever & Wolever, 2003; Schabracq, 2003b). I en longitudinell, kvasiexperimentell studie utförd av Bond och Bunce (2001) användes en PAR-intervention (participative action research), vilken hade som mål att omorganisera arbetet tillsammans med medarbetarna på en arbetsplats i USA. Målet, och även hypotesen, var att denna intervention skulle minska stressrelaterade symptom, till stor del på grund av att medarbetarna hade möjlighet att påverka och utöva kontroll över processen. Interventionen var av typen primär, eftersom den riktade sig till att förändra något inom organisationen. Resultaten visade att interventionen producerade signifikanta förbättringar vad gäller mental hälsa, sjukfrånvaro och självskattad prestation. Författarna förklarar den lyckade interventionen med att formatet gjorde att medarbetarna fick ökad kontroll över sitt arbete (Bond & Bunce, 2001).

I en studie av Mikkelsen och Gundersen (2003) undersöktes effekterna av en primär intervention där medarbetarna var delaktiga i processen genom gruppaktiviteter. Interventionen, som utfördes på en postterminal i Norge, baserades dessutom på dialog mellan ledning och anställda, arbetsomorganisation samt individuellt och organisatoriskt lärande (Mikkelsen & Gundersen, 2003). Genom medarbetarnas delaktighet i interventionsprocessen förväntades arbetsrelaterad kontroll att öka. Tillvägagångssättet liknar därmed PAR-interventionen som användes av Bond och Bunce (2001). Bland annat användes seminarier med ledning och anställda som ett sätt att öka kommunikation och påverkan till förbättringar (Mikkelsen & Gundersen, 2003). Dessutom användes ett

En hälsointervention bland kundtjänstanställda

omfattande frågeformulär. Hypotesen om att interventionen skulle vara kopplad till positiva förändringar i organisatoriska arbetsegenskaper, lärandeklimat, arbetsrelaterad stress, självupplevda hälsoproblem samt arbetstillfredsställelse, kunde delvis bekräftas. Interventionen hade en positiv och varaktig effekt på lärandeklimat, men endast en begränsad positiv effekt på arbetstillfredsställelse, självupplevda hälsoproblem samt arbetsrelaterad stress. Trots att de positiva resultaten inte hade en större varaktig effekt över tid, såg författarna interventionen som lyckad. Förklaringen, enligt dem, ligger i den delaktighet som medarbetarna upplevde i interventionsprocessen (Mikkelsen & Gundersen, 2003).

De hittills givna exemplen på interventioner har varit av primär typ. Thomason och Pond III (1995) undersökte däremot effekterna av en sekundär intervention. Målet var att bekräfta eller motbevisa de positiva effekterna av SMT (stress management training), samt att kontrollera om självträning skulle påverka effekterna av denna stresshanterings- träning. Självträning innebär som oftast att registrera sitt beteende, att sätta upp mål, att utvärdera de registrerade beteendena mot målen, samt självförstärkning (Thomason & Pond III, 1995). Medarbetare från ett häkte i sydöstra USA delades slumpmässigt in i fyra grupper. Den första gruppen kallades för SMTSM, och fick träning både inom SMT och inom självträning. Den andra gruppen (SMT) fick endast träning inom SMT. Den tredje gruppen utgjordes av en placebogrupp (PD), och fick träning inom personlig utveckling, medan den fjärde gruppen (NTC) utgjordes av en kontrollgrupp där ingen träning alls gavs. Genom frågeformulär mättes medarbetarnas reaktioner till träningen samt vad de hade lärt sig. Resultaten visade en statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna. SMTSM- och SMT-grupperna hade mer positiva reaktioner gentemot träningen, och hade dessutom lärt sig mer än placebogruppen PD. Det fanns dessutom en statistiskt signifikant skillnad för SMTSM-gruppen mellan mätningarna som gjordes innan och efter interventionen, både vad gäller fysisk och psykisk hälsa. Även om det fanns liknande resultat för SMT-gruppen, nådde de inte statistisk signifikans, vilket antyder att självträning har en positiv inverkan på SMT. Författarna kom även fram till att stresshanteringsträning inte har något samband med arbetstillfredsställelse (Thomason & Pond III, 1995).

En hälsointervention bland kundtjänstanställda

I en studie av Lindquist och Cooper (1999) undersöktes effekterna av en annan sekundär intervention, i vilken livsstil och copingstrategier användes för att minska arbetsrelaterad stress. Både experimentgruppen och kontrollgruppen fyllde i frågeformulär innan och efter interventionen med frågor angående arbetsrelaterad stress, copingstrategier, livsstil och fysisk hälsa. Även fysiologiska mätningar av exempelvis blodtryck utfördes innan och efter interventionen. Interventionen utfördes under fyra veckor på en arbetsplats i Australien och innehöll workshops om stress och livsstil, stresshanteringsträning, individuella rådgivningar samt personliga hälsoplaneringar. Författarna fann inget samband mellan blodtryck och arbetsrelaterad stress, men fann däremot samband mellan arbetsrelaterad stress och livsstilsfaktorer såsom alkoholkonsumtion, motion och diet. Inga statistiskt signifikanta skillnader fanns mellan grupperna gällande arbetsrelaterad stress eller hälsa. Vid en återuppföljning 12 veckor efter interventionens slut, fann man dock en minskning i medarbetarnas självupplevda, arbetsrelaterade stressnivåer. Enligt författarna tyder resultaten på att en intervention som är baserad på en kombination av livsstil och coping kan ha liten effekt på stress och hälsa, men att interventionen trots detta kan reducera stress på en mer långvarig basis (Lindquist & Cooper, 1999).

Ett exempel på en omfattande intervention som både var primär och sekundär till naturen, ges i en longitudinell studie av Maes, Verhoeven, Kittel och Scholten (1998). Interventionen riktade sig både mot livsstil och mot organisering och innehåll av arbetet. Frågeställningarna rörde sig kring huruvida denna kombination kunde leda till ett förbättrat hälsobeteende och kvalitet i arbetet samt till ett minskande av hälsorisker, stresssymptom och sjukfrånvaro. Data samlades in med hjälp av intervjuer, frågeformulär och fysiologiska mätningar både innan interventionen och ett, två och tre år efter dess början. Själva interventionen varade således i tre år och bestod bland annat av information om och diskussioner kring livsstil, fysisk aktivitet, utbildning inom och omfattande information om hälsa, införandet av hälsosam mat, samt personliga hälsoprofiler gällande livsstil. Efter det första året fanns en förbättring i hälsorisker hos experimentgruppen, men denna skillnad försvann efter det andra året. Stresssymptom förändrades varken hos kontrollgruppen eller hos experimentgruppen under hela tiden och förblev opåverkade av interventionen. Dock fanns en signifikant ökning i upplevd

kontroll samt en signifikant minskning av sjukfrånvaron hos experimentgruppen. Författarna tror att detta beror på att interventionen snarare var fokuserad på organisationsrelaterade frågor än på individrelaterade. Därigenom kan det sägas att den primära delen av interventionen lyckades, medan den sekundära endast hade kortvariga effekter (Maes et al., 1998).

Dessa två sistnämnda studier fokuserade på livsstilsstrategier som kan liknas vid det personliga hälsoprogram (PHP) som används inom hälsointerventionen i den nuvarande studien. Resultaten står i motsättning till varandra, eftersom långvariga men inte kortvariga positiva resultat fanns i studien av Lindquist och Cooper (1999), medan de motsatta resultaten fanns av Maes med flera (1998). Resultaten exemplifierar den tidigare nämnda svårigheten med att förutse och förklara effekterna av olika interventioner.

Enligt Heaney (2003) har allt för många interventioner, trots att de varit noggrant utvecklade, misslyckats med att tillföra meningsfulla förändringar i medarbetares hälsobeteenden. Dock menar Semmer (2003) att få interventioner leder till direkt negativa resultat, samt att det aldrig kan vara dåligt att försöka förbättra hälsan hos sina medarbetare. Schabracq (2003b) förespråkar en dialog med medarbetarna om problemets natur och vad som kan göras åt det. De förslag som då kommer är viktiga, eftersom medarbetarna är experterna gällande deras egen hälsa. Att låta dem ta ansvar för sin egen hälsa ses därigenom som en bra och effektiv metod för att minska stress (Schabracq, 2003b). Sedan gäller det naturligtvis för medarbetarna att få det utrymme som behövs för förändringar och förbättringar.

Murphy (2003) menar att beslutet att driva igenom en intervention med syftet att minska stress på arbetet ofta är en konsekvens av en organisationskris av något slag, såsom hög sjukfrånvaro. Interventionen genomförs då för att reducera kostnader i stället för att maximera medarbetarnas potential och öka konkurrenskraftigheten (Murphy, 2003). Faran blir då att när exempelvis sjukfrånvaron väl har minskats och stabiliserats, ses en fortsatt intervention som onödig. Stresshantering bör därför inte endast ses som ett sätt att minska kostnader, utan även som ett sätt att behålla och förbättra hälsa och produktivitet inom organisationen (Murphy, 2003).

En hälsointervention bland kundtjänstanställda

Syfte och hypoteser

Syftet med studien är att undersöka om hälsointerventionen på telekomföretaget kan relateras till upplevd ohälsa, sjukfrånvaro samt beteenderelaterad, somatisk och kognitiv stress. Utifrån de teorier och tidigare forskning som har presenterats, har följande breda hypoteser tagits fram.

Hälsoaktiviteterna antas var och en för sig kunna predicera en lägre nivå av beteenderelaterad, somatisk och kognitiv stress, upplevd ohälsa samt sjukfrånvaro (hypotes 1). Vidare antas de som har deltagit i någon aktivitet, jämfört med dem som inte deltagit alls, vara mindre stressade i beteendemässig, somatisk och kognitiv bemärkelse, uppleva sig ha en bättre hälsa och ha färre sjukskrivningsdagar (hypotes 2). Ännu ett syfte med studien är att studera medarbetarnas uppfattningar om hälsointerventionen, i linje med Schabracqs (2003b) råd om att lyssna på och ta tillvara medarbetarnas förslag och synpunkter.

Metod

Procedur

Studien utfördes på kundtjänstavdelningarna med callcenteruppgifter vid ett svenskt telekomföretag, vilket är fördelat på olika orter över Sverige. Då det fanns ett behov av en utvärdering av hälsointerventionen, anordnades ett möte på en av orterna tillsammans med chefen för kundtjänstavdelningen samt projektledaren för hälsosatsningen. Under mötet fördes diskussioner kring hälsosatsningen samt kring den enkät som skulle tilldelas medarbetarna. Eftersom hälsoaktiviteterna skiljer sig åt från ort till ort inkluderades inte samtliga hälsoaktiviteter i enkäten. Endast de aktiviteter som förekom på flera orter inkluderades.

Information om undersökningen skickades ut till berörda chefer via företagets intranät några dagar före utskicket av själva enkäten. Därefter tilldelades enkäten samt ett följebrev ett slumpmässigt urval av medarbetarna på kundtjänstavdelningarna via e-post. Följebrevet innehöll bland annat information om undersökningen, att deltagande var

frivilligt samt att svaren skulle behandlas konfidentiellt enligt personuppgiftslagen. Genom att följa en länk i följebrevet kunde frågeformuläret fyllas i. En påminnelse skickades senare ut med syfte att höja svarsfrekvensen.

Undersökningsdeltagare

Undersökningsdeltagarna bestod av ett slumpmässigt urval medarbetare vid kundtjänst-avdelningarna. Enkäten skickades ut till sammanlagt 265 personer, varav 195 kvinnor och 70 män. Denna fördelning (74 procent kvinnor och 26 procent män) speglar till stor del den verkliga fördelningen av kvinnor och män inom kundtjänst. Av de 265 utskickade enkäterna inkom 139 svar, vilket utgör en svarsfrekvens på 52 procent.

Av de medarbetare som svarade var 78 procent kvinnor ($n = 107$) och 21 procent män ($n = 30$), med ett bortfall på en procent. Åldern varierade från 21 år till 65 år, med en medelålder på 46 år ($SD = 12.00$). Den genomsnittliga anställningstiden på företaget var 23 år ($SD = 13.46$). De flesta medarbetare var gifta eller sambo (73.4 procent). 64 procent arbetade med privata kunder och 35 procent med företagskunder (bortfall: en procent). De allra flesta, 83.5 procent, arbetade heltid.

Material

Förutom bakgrundsfrågor innehöll enkäten inledningsvis frågor kring hälsoaktiviteterna. Dessutom fanns frågor om beteendemässig, somatisk samt kognitiv stress, om allmän hälsa, sjukfrånvaro, brist på mening i arbetet, brist på kontroll i arbetet samt kvantitativa arbetskrav. Enkäten bestod av sammanlagt 54 frågor, och svaren bearbetades statistiskt i dataprogrammet SPSS 9.0 för att möjliggöra korrelations- och regressionsanalyser.

Bakgrundsfrågor: Som bakgrundsvariabler användes kön (0 = kvinna; 1 = man), ålder (kontinuerlig variabel), civilstånd (0 = gift/sambo; 1 = ensamstående), antal anställningsår inom företaget (kontinuerlig variabel), typ av kundtjänst (0 = privat; 1 = företag), samt arbetsomfattning (0 = heltid; 1 = deltid).

Hälsoaktiviteter: Deltagarna tillfrågades vilka hälsoaktiviteter de deltagit i samt omfattningen av deltagandet. Aktiviteterna utgjordes av föreläsningar, promenader,

En hälsointervention bland kundtjänstanställda

massage, yoga/qigong, meditation/avslappningsövningar, bowling, personligt hälsoprogram samt hälsofrukostar. När det gäller det personliga hälsoprogrammet fanns två svarsalternativ (0 = deltagit; 1 = ej deltagit). Gällande föreläsningar och bowling fick medarbetarna fylla i hur många gånger de deltagit i aktiviteten (kontinuerlig variabel). Beträffande promenader, massage, avslappning/meditation, yoga/qigong samt hälsofrukost fyllde medarbetarna i stället i hur många gånger per månad i genomsnitt de deltagit i aktiviteten (kontinuerlig variabel). Medarbetarna ombads även att bedöma hur givande aktiviteterna varit för dem på en fyrgradig skala från *inte alls* (0) till *mycket givande* (3), och därutöver finns alternativet *har ej deltagit* (4). Dessutom tillfrågades medarbetarna hur hälsoinspiratören, den närmaste ledaren samt kollegor har stimulerat till hälsoaktiviteter, på en fyrgradig skala från *inte alls* (0) till *mycket* (3). Slutligen ombads medarbetarna att beskriva till vilken grad hälsoaktiviteterna förbättrat kost- och motionsvanor samt mentalt och fysiskt välbefinnande på en fyrgradig skala från *inte alls* (0) till *mycket* (3). Nämnas bör att samtliga frågor kring hälsoaktiviteterna utformades tillsammans med berörda inom företaget.

Beteenderelaterad, somatisk och kognitiv stress: Frågorna är hämtade från Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ, Kristensen & Borg, 2000), och innehåller fyra frågor för varje typ av stress. Medarbetarna skulle utgå från hur de har haft det de senaste fyra veckorna. Ett exempel på en fråga inom beteenderelaterad stress är ”jag har varit lättirriterad” och svaras på genom en femgradig skala från *stämmer i hög grad* (4) till *stämmer inte alls* (0) (Cronbachs alpha = .88). Somatisk stress mättes genom frågor om exempelvis yrsel och spänningar i muskler ($\alpha = .65$), medan kognitiv stress mättes genom frågor om bland annat beslutssvårigheter och koncentrationsproblem ($\alpha = .87$). Svarsalternativen för somatisk och kognitiv stress utgjordes av en femgradig skala från *alltid* (4) till *aldrig/nästan aldrig* (0).

Ohälsa: Allmän hälsa mättes med hjälp av frågan ”Hur tycker du att din hälsa är i allmänhet?”, hämtad från COPSOQ (Kristensen & Borg, 2000). Svaren rangordnades på en femgradig skala, från *utmärkt* (0) till *dålig* (4).

En hälsointervention bland kundtjänstanställda

Sjukfrånvaro: Denna på egen hand utformade fråga lydde: ”Hur många dagar har du varit frånvarande på grund av sjukdom under 2004?” (kontinuerlig variabel).

Brist på mening: Två frågor kring arbetets mening ($\alpha = .82$) är hämtade från COPSQ (Kristensen & Borg, 2000), och ett exempel är ”känner du att du gör en viktig arbetsinsats?”. Svaren skiftade från *i mycket stor utsträckning* (0) till *i mycket liten utsträckning* (4) på en femgradig skala.

Brist på kontroll: Tre av fyra frågor ingår i den medellånga versionen av påverkan i arbetet från COPSQ (Kristensen & Borg, 2000). Ett exempel är ”Kan du påverka hur mycket arbete du blir tilldelad?”. Svartalternativen utgjordes av en femgradig skala från *i mycket stor utsträckning* (0) till *i mycket liten utsträckning* (4). Den fjärde frågan, ”Kan du på något vis påverka när du ska arbeta?” ingår i den långa versionen. Frågan kan dock slås samman med de övriga frågorna i en statistisk analys då Cronbachs alpha var högt ($\alpha = .81$) och svartalternativen var desamma. Frågan valdes ut eftersom den behandlar kontroll gällande arbetstid, vilket saknades i den medellånga versionen.

Kvantitativa arbetskrav: Kraven mättes genom fem frågor ($\alpha = .77$), hämtade från Dallner med flera (2000). Ett exempel är: ”Har du för mycket att göra?”, och svartalternativen utgjordes av en femgradig skala från *mycket sällan eller aldrig* (0) till *mycket ofta eller alltid* (4).

Resultat

För att först få en inblick i samtliga medarbetares svar på frågorna angående stress, krav samt mening och kontroll i arbetet, presenteras här en sammanställning av ofta förekommande svar. I regel upplevde medarbetarna mycket meningsfullhet i arbetet, då många kände att de gör en viktig arbetsinsats och att deras arbetsuppgifter är meningsfulla. Dock upplevde medarbetarna att de kan påverka sitt arbete ”i någon

En hälsointervention bland kundtjänstanställda

utsträckning” eller ”i liten utsträckning”, vilka var de mest förekommande svaren. Gällande kvantitativa krav svarade medarbetarna generellt att arbetet hopar sig och att de har för mycket att göra ”ibland”. Tempot ansågs vara mycket högt ”ibland”, men medarbetarna upplevde i regel inte att varken övertidsarbete eller fysisk uthållighet var kopplat till arbetet. När det gäller beteenderelaterad stress svarade cirka tre till fyra av tio ”stämmer inte alls” på frågorna om att inte orka umgås med andra, att inte ha tid för avslappning och nöjen samt att vara lättirriterad och sakna initiativkraft. Dock svarade en av tio ”stämmer ganska bra” på dessa frågor. De mest förekommande svaren var ”ibland” och ”sällan”, vilket även gäller svaren angående kognitiv stress. Drygt var tredje medarbetare svarade att de hade koncentrations- och minnessvårigheter samt svårt att fatta beslut och tänka klart ”ibland”. De somatiska stressproblemen skiljer sig relativt mycket åt. Ont i bröstet eller tryck över bröstet uppgavs som tämligen ovanligt. Knappt hälften hade ”aldrig/nästan aldrig” magont, men var fjärde uppgav svaret ”ibland”. Yrsel rapporterades med liknande siffror. Muskelspänningar var det klart mest frekventa somatiska problemet, då var tredje svarade att de har haft spänningar i olika muskler ”alltid” eller ”ofta” under de senaste fyra veckorna. Knappt en tredjedel svarade ”ibland” och drygt en tredjedel svarade ”sällan” eller ”aldrig/nästan aldrig”.

I tabell 1 presenteras resultaten av en korrelationsanalys av samtliga variabler samt dess medelvärden och standardavvikelser. Samtliga stressvariabler korrelerade starkt och signifikant med varandra, och det fanns ett signifikant positivt samband mellan upplevd ohälsa och antal sjukskrivningsdagar. Deltagande i någon av aktiviteterna korrelerade varken signifikant med antal sjukskrivningsdagar eller med kognitiv stress. Däremot fanns det ett negativt signifikant samband mellan deltagande i bowling och beteenderelaterad stress. Dessutom fanns positiva signifikanta samband för deltagande i hälsofrukost med upplevd ohälsa samt med somatisk stress.

Både upplevd ohälsa och antal sjukskrivningsdagar korrelerade dessutom positivt och signifikant med brist på mening och deltidarbete. När det gäller stressvariablerna hade beteenderelaterad stress positiva samband med kvantitativa krav, brist på kontroll och brist på mening. Dessutom fanns ett negativt samband med ålder. Både somatisk och kognitiv stress hade positiva samband med kvantitativa krav och brist på mening.

En hälsointervention bland kundtjänstanställda

Tabell 1

Medelvärden, standardavvikelser och korrelationer mellan studerade variabler.

Variabler	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. Kön	2	4	-																					
2. Ålder	46.3	12.0	-.16	-																				
3. Civilstånd	2	4	.09	-.13	-																			
4. Anställningsår	22.9	13.5	-.15	.84**	-.16	-																		
5. Kundtjänsttyp	4	5	-.16	.09	-.02	.02	-																	
6. Deltidsarbete	2	4	-.14	.01	-.01	.08	.01	-																
7. Del. PHP	2	4	-.09	-.03	-.11	.04	-.22**	.17*	-															
8. Del. föreläsningar	8	1.0	.06	.23**	-.09	.24**	.11	-.09	-.13	-														
9. Del. bowling	4	7	.08	-.02	-.01	.02	-.02	-.07	.02	.12	-													
10. Del. promenader	1.2	4.5	-.02	.20*	.01	.16	.02	-.08	.02	.11	.08	-												
11. Del. massage	7	1.2	-.15	.17*	-.02	.12	.05	-.08	-.21*	.10	.03	.48**	-											
12. Del. avsl/med.	5.8	5	-.07	.04	.07	-.02	.17	-.05	-.06	.09	.19*	.29**	.14	-										
13. Del. yoga/qigong	2	8	-.09	.17	-.10	.18*	.06	-.01	-.12	.04	-.04	.33**	.33**	-.03	-									
14. Del. hälsokost	7	1.3	-.09	.13	-.06	.14	.07	.09	.11	.15	.08	.13	-.06	-.02	.02	-								
15. Ohälsa	1.7	9	-.05	.00	-.07	.07	.05	.25**	.08	.09	-.04	.01	-.04	-.03	.02	.17*	-							
16. Antal sjukdagar	14.7	36.4	.03	.15	.04	.15	.14	.37**	.07	.01	-.12	-.09	-.04	-.05	.11	-.00	.24**	-						
17. Beteende stress	11.1	4.0	.03	-.22*	-.09	-.12	-.06	.03	.15	.00	-.17*	.00	-.01	-.11	.06	.11	.64**	.15	-					
18. Somatisk stress	11.8	3.0	-.07	-.03	-.04	.03	.05	.03	.01	.14	-.03	-.08	.06	-.01	.09	.21*	.59**	.18*	.55**	-				
19. Kognitiv stress	11.2	3.2	-.09	.04	-.11	.11	.06	.02	.04	.14	-.01	-.10	-.01	-.07	.11	.09	.57**	.27**	.66**	.69**	-			
20. Brist på mening	2.7	1.8	.01	-.27**	.03	-.25**	.15	.11	.01	.02	-.12	-.10	-.14	-.08	.01	-.08	.29**	.20*	.31**	.27**	.31**	-		
21. Brist på kontroll	9.6	3.8	-.04	-.09	-.01	-.03	.10	-.01	.06	.11	-.05	-.01	-.04	-.00	-.07	.04	.11	-.04	.21*	.08	.13	.43**	-	
22. Kvantitativa krav	7.5	3.6	.06	.06	-.23**	.08	.09	-.16	-.08	-.00	.05	.08	.14	.12	.17*	.10	.16	-.12	.20*	.24**	.20*	-.15	.10	-

Notera. $n = 139-135$. Decimalerna i tabellen har avrundats. * $p < .05$. ** $p < .01$. Kön (0 = kvinna; 1 = man); Civilstånd (0 = gift/sambo; 1 = ensamstående); Kundtjänsttyp (0 = privat; 1 = företag); Arbetsomfattning (0 = Heltid, 1 = Deltid); Deltagit i PHP (0 = har deltagit; 1 = har inte deltagit).

Hälsoaktiviteterna antogs genom hypotes 1 kunna predicera beteenderelaterad, somatisk och kognitiv stress, upplevd hälsa samt sjukfrånvaro. För att kunna predicera dessa variabler utfördes multipla regressionsanalyser med var och en av variablerna som utfallsvariabler. De hälsoaktiviteter och bakgrundsvariabler som korrelerade med någon av utfallsvariablerna i korrelationsberäkningarna inkluderades i analyserna. Brist på mening, brist på kontroll och kvantitativa krav togs med i samtliga regressionsanalyser, eftersom dessa variabler varit effektiva prediktorer av utfallsvariablerna i tidigare forskning inom samma företag (Torkelson & Muhonen, 2003). Dessutom fanns flertalet signifikanta samband i korrelationsberäkningarna mellan dessa variabler och utfallsvariablerna. Resultaten visas i tabellerna 2-6, och nämns bör att samtliga modeller var signifikanta till sin helhet ($p < .01$).

I den första regressionen, vilken demonstreras i tabell 2, predicerades beteenderelaterad stress från de tidigare nämnda variablerna samt från ålder och deltagande i bowling. Resultatet visar att samtliga variabler förutom brist på kontroll var signifikanta prediktorer. Deltagande i bowling är således relaterat till lägre beteenderelaterad stress. Dock var kvantitativa krav och brist på mening starkare prediktorer. Variablerna kunde tillsammans predicera 20 procent av variationen i utfallsvariabeln ($R^2 = .20$).

I tabell 3 visas resultaten från regressionen med somatisk stress som utfallsvariabel. Den tillagda variabeln var här deltagande i hälsofrukost, vilken var en signifikant prediktor för somatisk stress. Resultatet tyder på att deltagande i hälsofrukost är relaterat till högre somatisk stress. Även i denna analys var samtliga variabler förutom brist på kontroll signifikanta prediktorer, och de starkaste var brist på mening samt kvantitativa krav. Modellen predicerar likt den föregående modellen 20 procent av variationen i utfallsvariabeln ($R^2 = .20$).

I prediceringen av kognitiv stress, vilken presenteras i tabell 4, användes inga ytterligare variabler. Precis som i de andra modellerna var brist på kontroll ingen signifikant prediktor, medan både brist på mening och kvantitativa krav var starka sådana. Variablerna förklarade tillsammans 17 procent av variationen i utfallsvariabeln ($R^2 = .17$).

I tabell 5 presenteras prediceringen av upplevd ohälsa som utfallsvariabel. Deltagande i hälsofrukost var ingen signifikant prediktor, vilket däremot deltidsarbete var. Detta

En hälsointervention bland kundtjänstanställda

resultat tyder på att deltidsarbete är relaterat till sämre upplevd hälsa. I övrigt var tendensen densamma angående brist på mening och kvantitativa krav som starka prediktorer, medan brist på kontroll inte kunde predicera ohälsa. Den förklarade variansen var något högre än i de andra modellerna, 22 procent ($R^2 = .22$).

Slutligen predicerades antal sjukskrivningsdagar som utfallsvariabel, och resultaten visas i tabell 6. Tilläggsvariabeln deltidsarbete var den starkaste enskilda signifikanta prediktorn, vilket tyder på att deltidsarbete är relaterat till ett högre antal sjukskrivningsdagar. Därutöver var även brist på mening signifikant, medan brist på kontroll och kvantitativa krav inte hade något signifikant förklaringsvärde. Modellen predicerar 18 procent av variationen i utfallsvariabeln ($R^2 = .18$).

Sammanfattningsvis bekräftades hypotes 1 endast delvis. Deltagande i bowling är relaterat till lägre beteenderelaterad stress, vilket går i linje med hypotesen. Däremot är deltagande i hälsofrukost relaterat till högre somatisk stress, och de övriga hälsoaktiviteterna hade inga signifikanta samband med vare sig de tre stresstyperna, upplevd ohälsa eller med antal sjukskrivningsdagar. Dock agerade brist på mening som en signifikant prediktor till samtliga utfallsvariabler, vilket tyder på att brist på mening är relaterat till sämre upplevd hälsa, högre antal sjukskrivningsdagar samt till högre stressnivåer. Kvantitativa krav är relaterat till högre upplevd ohälsa och högre stressnivåer, men inte till högre antal sjukskrivningsdagar. Brist på kontroll fungerade inte som en signifikant prediktor i någon av modellerna. Brist på mening och kvantitativa krav var således bättre prediktorer av utfallsvariablerna än deltagande i hälsoaktiviteterna. Dessutom var en lägre ålder relaterat till högre beteenderelaterad stress, och deltidsarbete var relaterat både till sämre upplevd hälsa samt till högre antal sjukskrivningsdagar.

Tabell 2

Regressionsanalys för predicering av beteenderelaterad stress som utfallsvariabel (n = 137).

<i>Variabel</i>	B	SE	β
Ålder	-.06	.03	-.18*
Brist på mening	.48	.21	.22*
Brist på kontroll	.04	.10	.04
Kvantitativa krav	.28	.09	.26**
Del. bowling	-.93	.44	-.17*

* $p < .05$. ** $p < .01$. $R^2 = .20$.

Tabell 3

Regressionsanalys för predicering av somatisk stress som utfallsvariabel (n = 138).

<i>Variabel</i>	B	SE	β
Brist på mening	.62	.15	.37**
Brist på kontroll	-.10	.07	-.13
Kvantitativa krav	.25	.07	.30**
Del. hälsofrukost	.44	.18	.19*

* $p < .05$. ** $p < .01$. $R^2 = .20$.

Tabell 4

Regressionsanalys för predicering av kognitiv stress som utfallsvariabel (n = 137).

<i>Variabel</i>	B	SE	β
Brist på mening	.67	.16	.37**
Brist på kontroll	-.04	.08	-.05
Kvantitativa krav	.24	.07	.27**

* $p < .05$. ** $p < .01$. $R^2 = .17$.

Tabell 5*Regressionsanalys för predicering av upplevd ohälsa som utfallsvariabel (n = 138).*

<i>Variabel</i>	B	SE	β
Brist på mening	.18	.05	.35**
Brist på kontroll	-.02	.02	-.07
Kvantitativa krav	.06	.02	.25**
Deltidsarbete	.63	.21	.25**
Del. hälsofrukost	.09	.06	.13

* $p < .05$. ** $p < .01$. $R^2 = .22$.**Tabell 6***Regressionsanalys för predicering av antal sjukdagar som utfallsvariabel (n = 130).*

<i>Variabel</i>	B	SE	β
Brist på mening	4.09	2.04	.19*
Brist på kontroll	-1.22	.96	-.12
Kvantitativa krav	-.16	.87	-.02
Deltidsarbete	34.84	8.56	.35**

* $p < .05$. ** $p < .01$. $R^2 = .18$.

För att undersöka eventuella skillnader och samband mellan de medarbetare som deltagit ($n = 123$) och dem som inte deltagit ($n = 16$) i någon av hälsoaktiviteterna, skapades en ny variabel vid namn "deltagit" (0 = ej deltagit; 1 = deltagit). Beträffande bakgrundsvariablerna fanns ett negativt samband mellan arbetsomfattning och deltagande ($r = -.21$, $p < .05$), vilket antyder att deltagande i aktiviteterna är relaterat till heltidsarbete. I övrigt fanns inga samband mellan dem som deltagit och dem som inte deltagit gällande kön, ålder, civilstånd, typ av kundtjänstarbete eller anställningsår inom företaget. Deltagande i hälsoaktiviteter hade heller inga signifikanta samband varken med kvantitativa krav, brist på mening eller med brist på kontroll.

I hypotes 2 antogs det att medarbetarna som har deltagit i någon av aktiviteterna är mindre stressade i beteendemässig, kognitiv och somatisk bemärkelse, upplever sig ha en

bättre hälsa och har färre sjukskrivningsdagar än dem som inte har deltagit. Enligt korrelationsberäkningarna i tabell 7 fanns det inga signifikanta samband mellan någon form av stress och deltagande, och inte heller mellan deltagande och antal sjukdagar. Detta trots att medelvärdena i antal sjukskrivningsdagar under år 2004 skilde sig mycket åt mellan dem som inte deltagit ($M = 21.07$) och dem som deltagit i aktiviteterna ($M = 13.88$). Däremot fanns en svag men signifikant negativ korrelation mellan deltagande och ohälsa.

Hypotes 2 kunde således bekräftas delvis. Det fanns inga samband mellan deltagande i aktiviteterna och vare sig stressnivåer eller antal sjukskrivningsdagar. Dock fanns ett negativt signifikant samband mellan deltagande och ohälsa, vilket tyder på att deltagande i någon eller några av hälsoaktiviteterna är relaterat till en bättre upplevd hälsa.

Tabell 7

Medelvärden, standardavvikelser och korrelationer mellan studerade variabler.

<i>Variabel</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1. Deltagit	.88	.32	-					
2. Sjukdagar	14.71	36.35	-.10	-				
3. Ohälsa	1.74	.92	-.17*	.26**	-			
4. Beteende. stress	11.12	3.96	.15	-.21*	-.63**	-		
5. Somatisk stress	11.76	2.99	.01	-.21*	-.60**	.55**	-	
6. Kognitiv stress	11.16	3.22	.05	-.17	-.55**	.66**	.70**	-

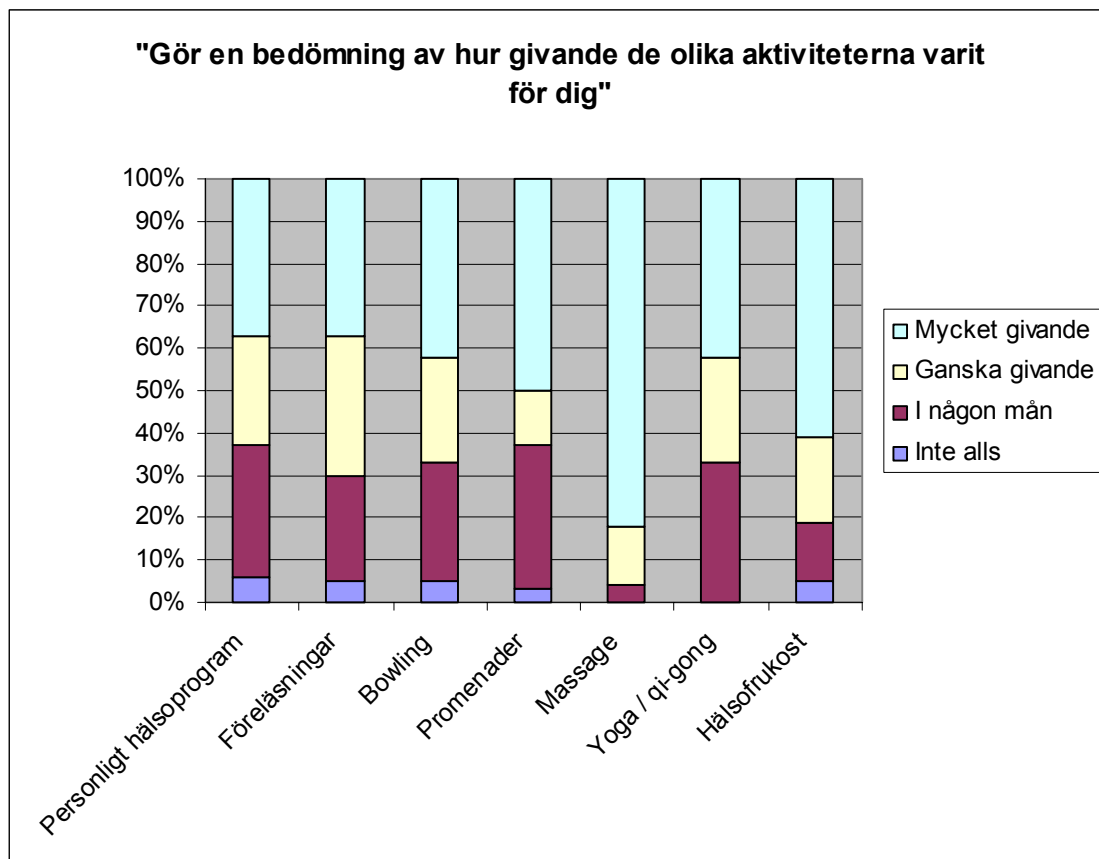
* $p < .05$. ** $p < .01$. Deltagit (0 = ej deltagit; 1 = deltagit).

Som tidigare nämnts fanns ytterligare ett syfte med studien, vilket innebar att studera medarbetarnas uppfattningar om hälsointerventionen. I figur 2 visas resultaten av hur givande de olika aktiviteterna varit för medarbetarna. Generellt sett anser medarbetarna att aktiviteterna varit mycket eller ganska givande. Den i särklass mest populära aktiviteten var massage, vilken drygt fyra av fem fann mycket givande. Ingen av medarbetarna ansåg att massage inte alls var givande, och detsamma gäller yoga och qigong. Den minst uppskattade aktiviteten bland de studerade var det personliga hälsoprogrammet. Dock ansåg de flesta att den varit givande i minst någon mån.

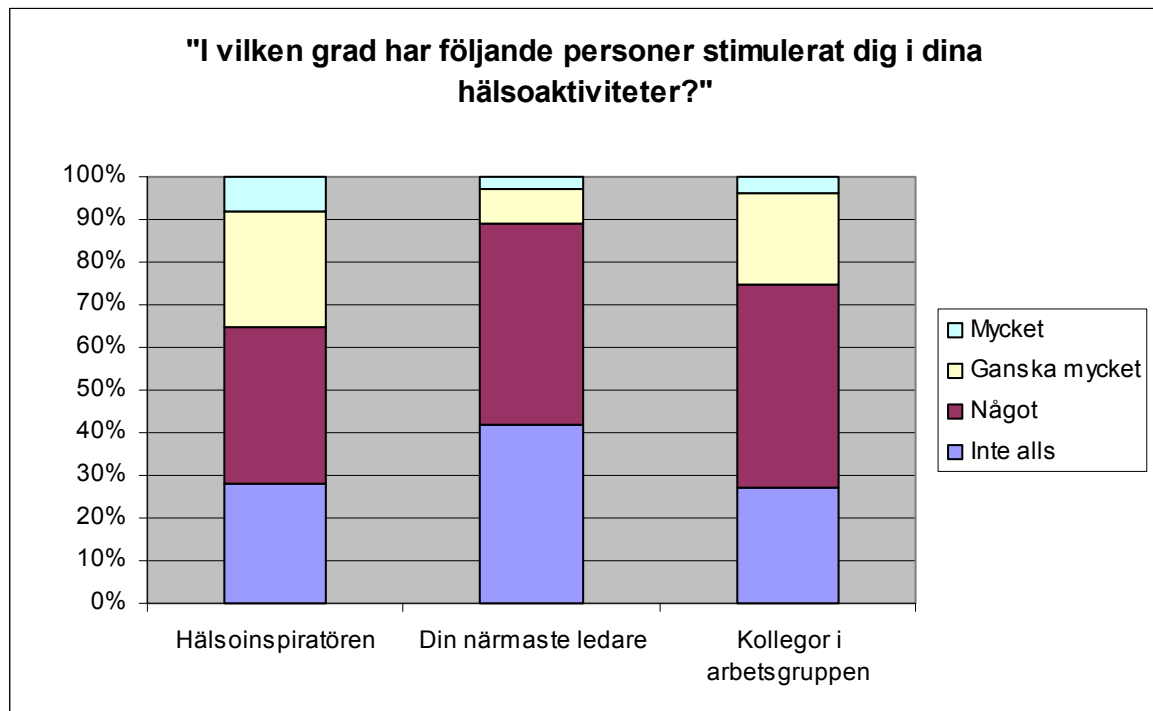
En hälsointervention bland kundtjänstanställda

I figur 3 skildras medarbetarnas uppfattningar om hur hälsoinspiratören, den närmaste ledaren samt kollegor i arbetsgruppen har stimulerat till hälsoaktiviteter. Sämst betyg fick den närmaste ledaren, som enligt 42 procent av medarbetarna inte alls stimulerat till aktiviteter. Hälsoinspiratören har betytt mest, då 35 procent svarade att denna person har stimulerat mycket eller ganska mycket till hälsoaktiviteter.

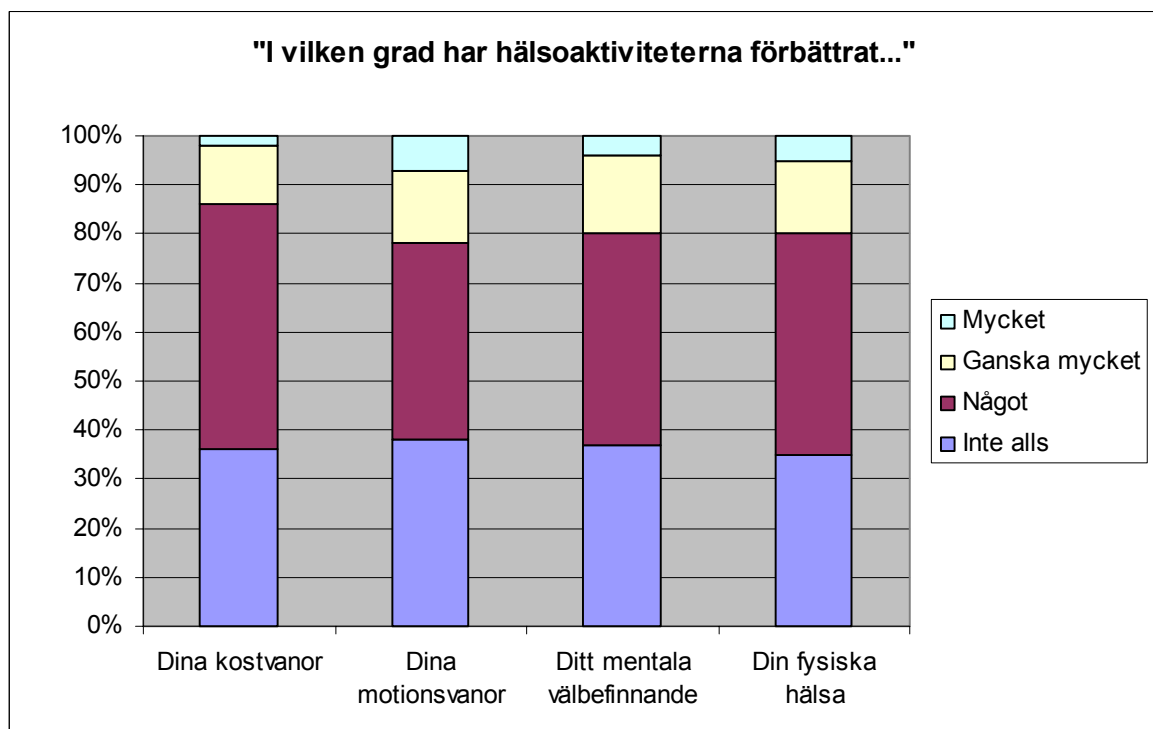
Medarbetarna fick även svara på vilka eventuella förbättringar hälsointerventionen har medfört. Resultaten, som presenteras i figur 4, visar att majoriteten anser att aktiviteterna har förbättrat kostvanor, motionsvanor, mentalt välbefinnande och fysisk hälsa i minst någon mån. Dock anser 37 procent att aktiviteterna inte alls har förbättrat dessa områden.



Figur 2. Givande aktiviteter för medarbetarna.



Figur 3. Stimulation till hälsoaktiviteter.



Figur 4. Medarbetarnas uppfattningar om förbättringar.

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka om hälsointerventionen på telekomföretaget kan relateras till upplevd ohälsa, sjukfrånvaro samt beteenderelaterad, somatisk och kognitiv stress. Ytterligare ett syfte var att sammanställa medarbetarnas uppfattningar angående hälsointerventionen. Till en början diskuteras vanligt förekommande svar från medarbetarna, och därefter diskuteras de två hypoteserna var för sig.

Till synes har en knapp majoritet av medarbetarna klarat sig någorlunda bra från stress, men det framstår som om många mår dåligt stundtals. Muskelproblem var det klart mest förekommande symptomet, då var tredje rapporterade om att de hade olika muskelspänningar ofta eller alltid. Det kan vara dubbelt problematiskt med muskelproblem, eftersom det kan uppkomma både som en reaktion på stress (Angelöw, 1994) och som en följd av själva operatörsyrket (Toomingas et al., 2003). Möjligen är det på grund av detta som massage är den mest uppskattade aktiviteten bland medarbetarna. Det upplevdes även en del brist på kontroll, och även de kvantitativa kraven upplevdes stundom som höga. Dock upplevde medarbetarna i regel mycket meningsfullhet i sitt arbete. Detta betraktas inte som underligt då den genomsnittliga anställningstiden på företaget var så pass hög som 23 år. Det kan då tänkas att meningsfullhet, eller möjligen skapandet av meningsfullhet, måste finnas för att stanna på en arbetsplats under en så lång tid.

Det antogs i den första hypotesen att hälsoaktiviteterna var och en för sig skulle predicera beteenderelaterad, somatisk och kognitiv stress, upplevd ohälsa samt sjukfrånvaro. Detta bekräftades delvis då deltagande i bowling är relaterat till lägre beteenderelaterad stress. Detta skulle kunna förklaras med att den sociala aktiviteten och den gemenskap som kan upplevas, kan bidra till att underlätta copingprocessen när det gäller beteenderelaterad stress. Resultatet gällande deltagande i bowling är dock det enda som går i linje med hypotesen. Deltagande i hälsofrukost är enligt regressionsanalyserna förknippat med högre somatisk stress, vilket motsäger hypotesen. En möjlig förklaring till detta resultat kan vara att medarbetare med hög somatisk stress deltar i hälsofrukostar. En annan förklaring kan vara att det har uppstått ett fel av typ I, vilket innebär ett statistiskt signifikant resultat som framkommit av slumpen (Aron & Aron, 2003). De

övriga hälsoaktiviteterna hade inga signifikanta samband med vare sig de tre stresstyperna, upplevd ohälsa eller med antal sjukskrivningsdagar.

Förutom bowling, var deltagande i hälsoaktiviteterna inte relaterat till lägre stressnivåer, bättre upplevd hälsa eller lägre antal sjukskrivningsdagar. Dock agerade brist på mening som en signifikant prediktor till samtliga utfallsvariabler, vilket tyder på att brist på mening är relaterat till sämre upplevd hälsa, högre antal sjukskrivningsdagar samt till högre stressnivåer. Att brist på mening har ett positivt samband med ohälsa är överensstämmande med vad Torkelson och Muhonen (2003) fann i sin studie. Det var dock något överraskande att denna variabel var så pass betydelsefull för de övriga variablerna, eftersom meningsfullhet i arbetet inte är vanligt förekommande bland tidigare studier gällande stressforskning. Möjligen kan detta bero på att stressforskning vanligtvis är av kvantitativ natur (Cox, 2000), medan meningsskapande processer skulle kunna ses som ett signum av den fenomenologiska läran.

Även kvantitativa krav var en stark prediktor av samtliga stresstyper samt av upplevd ohälsa, dock inte av antal sjukskrivningsdagar. Att kvantitativa krav kan predicera ohälsa samtidigt som de två variablerna inte hade ett signifikant samband i korrelationsanalysen, kan bero på att det var mycket nära att sambandet uppnådde signifikans ($r = .16$). Att kvantitativa krav är relaterat till högre stressnivåer och sämre hälsa är överensstämmande med tidigare forskning (Andersson, 2002; Karasek & Theorell, 1990).

I korrelationsanalysen framgick det att brist på kontroll är relaterat till en högre beteenderelaterade stress, vilket är överensstämmande med flertalet teorier och tidigare forskningsresultat (Andersson, 2002; Angelöw, 1994; Bond & Bunce, 2001; Cox, 2000; Murphy, 1988). Det ligger i motsättning till dessa resultat att somatisk och kognitiv stress inte hade något samband med brist på kontroll i denna studie. Enligt tidigare forskning borde dessutom brist på kontroll vara relaterat till ohälsa och därigenom sjukskrivningsdagar (Andersson, 2002; Angelöw, 1994; Bond & Bunce, 2001; Cox, 2000; Murphy, 1988). Detta överensstämmer inte med resultaten i denna studie, vilka egentligen pekar på att brist på kontroll inte är farligt ur hälsosynpunkt. Dessutom upplevs det att de kvantitativa kraven är relativt höga, och dessa krav i samband med brist på kontroll borde enligt Karaseks modell (1979) leda till ett högt påfrestande arbete och därmed till allvarliga hälsokonsekvenser (Karasek & Theorell, 1990). Att låg kontroll är speciellt

farlig för hälsan i kombination med höga krav (Theorell, 2003) framkommer alltså inte i denna studie. Dessutom försvann sambandet mellan brist på kontroll och beteendelaterad stress i regressionsanalysen. Faktum är att brist på kontroll inte fungerade som en signifikant prediktor i någon av modellerna. En möjlig förklaring till detta resultat kan vara det faktum att brist på kontroll och brist på mening korrelerade starkt med varandra. Därigenom kan variablerna ses som liknande och överlappande varandra. I och med detta är det möjligt att brist på mening slog ut det bidrag som brist på kontroll kunde medföra i regressionsanalyserna, som en unik variabel.

Resultaten visar även att en lägre ålder är relaterat till högre beteendelaterad stress. Möjligen kan detta bero på att en äldre, mer erfaren och självsäker person inte påverkas i samma utsträckning av stressfyllda miljöer. En annan förklaring kan vara att de yngre medarbetarna upplever högre grad av stress utanför arbetet, exempelvis vid bildandet av familj. Deltidsarbete var relaterat både till sämre upplevd hälsa och till ett högre antal sjukskrivningsdagar. Detta resultat kan bero på att medarbetare som arbetar deltid möjligen också är sjukskrivna på deltid. Därigenom kan dessa personer uppleva sig mindre friska än dem som arbetar heltid.

I hypotes 2 antogs det att de medarbetare som har deltagit i någon av aktiviteterna, jämfört med dem som inte deltagit alls, skulle vara mindre stressade i beteendemässig, kognitiv och somatisk bemärkelse, uppleva sig ha en bättre hälsa samt ha färre sjukskrivningsdagar. Denna hypotes kunde delvis bekräftas genom relationen mellan deltagande och en bättre upplevd hälsa. Resultatet kan innebära att hälsointerventionen har haft en positiv effekt på medarbetarnas upplevda hälsa. En annan förklaring kan vara att de som deltar i interventionen har ett större intresse för hälsoaktiviteter i allmänhet, och därför även lever hälsosamt utanför arbetet.

Det fanns inga signifikanta samband mellan någon form av stress och deltagande, och inte heller mellan deltagande och antal sjukdagar. Detta trots att medelvärdena i antal sjukskrivningsdagar under år 2004 skilde sig mycket åt mellan dem som inte deltagit och dem som deltagit i aktiviteterna. Möjligen nåddes inga signifikanta resultat eftersom antalet som inte deltagit var litet (12 procent) i förhållande till dem som hade deltagit (88 procent). Dessutom kan dessa resultat ifrågasättas då en person som endast deltagit i en aktivitet vid något tillfälle räknas som deltagande. Därigenom kan det finnas en stor

varians mellan dem som tillhör kategorin ”deltagit”. Därtill menar Murphy (2003) att det kan vara svårare att finna en minskning i stressymptom från en relativt ”normal” nivå än att finna en minskning från mycket höga nivåer ned till en normal nivå.

Både hypotes 1 och 2 fokuserar på hälsointerventionens inverkan på medarbetarnas hälsa, men båda kunde bekräftas endast delvis. Det som stöder hypoteserna är att deltagande i bowling är relaterat till lägre beteenderelaterad stress, samt att deltagande i någon av aktiviteterna är relaterat till en bättre upplevd hälsa. Dock kan det vara missvisande att påstå att denna sekundära intervention har producerat positiva effekter på medarbetarnas hälsa. Dels kan detta bero på att något annat än interventionen har gett positiva hälsoeffekter (Murphy, 2003). Det blir dessutom svårt att utvärdera förhållandet mellan orsak och verkan på grund av studiens tvärsnittsdesign. Att studier har denna typ av metodologiska brister är relativt vanligt inom interventionsforskning (Nielsen et al., 2002). Att samtidigt inkludera det mångfacetterade stressbegreppet i en interventionsstudie kan komplicera metodiken ytterligare (Styhre & Ingelgård, 2003).

Det visade sig i studien att brist på mening och kvantitativa krav var bättre prediktorer av stress, ohälsa och sjukdagar än vad deltagande i hälsoaktiviteterna var. Brist på mening var den variabel som var mest betydelsefull för de andra variablerna. Förmodligen blir det svårt att inkludera meningsskapande i någon typ av intervention, eftersom det är en komplicerad och emotionell process (Nelson & Simmons, 2003). Kvantitativa krav, däremot, upplevs genom perceptionen av hög arbetsbelastning på arbetet. Därigenom skulle denna stresskälla kunna hanteras genom en primär intervention. Därför hade interventionen möjligen lett till bättre resultat i fall den hade kombinerats med en primär intervention (Kolbell, 1995; Quillian-Wolever & Wolever, 2003; Styhre & Ingelgård, 2003). På så sätt hade det organisatoriska problem som sjukskrivning är kunnat hanteras på såväl organisatorisk som individuell nivå (Quillian-Wolever & Wolever, 2003). Gällande den sekundära interventionen hade det förmodligen varit givande att i hälsoaktiviteterna inkludera stresshanteringsträning i samband med självträning, vilket enligt tidigare forskning gett goda resultat (Thomason & Pond III, 1995).

Trots att hälsointerventionen i denna studie inte visat sig ha någon större inverkan på medarbetarnas hälsa, menar Semmer (2003) att få interventioner leder till direkt negativa

resultat. Dessutom menar författaren att det aldrig kan ses som negativt att försöka förbättra hälsan hos sina medarbetare. I linje med Schabracqs (2003b) råd om att lyssna på och ta tillvara medarbetarnas förslag och synpunkter gjordes en sammanställning av medarbetarnas uppfattningar om hälsointerventionen. Resultaten pekar på att medarbetarna generellt sett har funnit hälsoaktiviteterna givande, samt att de har upplevt förbättringar inom kostvanor, motionsvanor, mentalt välbefinnande och fysisk hälsa i minst någon mån. Även om det finns många som inte har påverkats i någon större utsträckning av hälsoaktiviteterna, har åtminstone lika många upplevt någon typ av förändring.

Studien har vissa begränsningar, bland dessa finns dess tvärsnittsdesign. Därigenom blir det svårare att få svar på sambandet mellan orsak och verkan. Interventionen hade inte nått sitt slut vid tidpunkten för denna studie, och därför innebär det ytterligare svårigheter att studera dess konsekvenser. Det hade varit att föredra att utföra upprepade mätningar, både innan, under och efter interventionens slut för att kunna jämföra skillnader. Korrelationsberäkningarna i denna studie var många, vilket skulle kunna medföra fel av typ I. Hade svarsfrekvensen varit högre, är det även möjligt att fler resultat hade uppnått signifikans. Exempelvis hade förmodligen relationen mellan deltagande i PHP och beteenderelaterad stress ($r = .15$) nått signifikans i det fall att svarsfrekvensen varit högre. En annan av studiens brister var att inte samtliga hälsoaktiviteter undersöktes. Detta var i princip omöjligt eftersom de skilde sig mycket åt från ort till ort. Dessutom behöver inte exempelvis massage på en av orterna innebära samma sak som massage på en annan ort. Till studiens styrkor hör att telekomföretaget tog initiativ för studiens utförande, och dessutom valdes urvalet slumpmässigt ut.

Framtida forskning behöver gå djupare i att utröna effekterna av hälsointerventioner. En longitudinell studie hade varit att föredra, där flertalet variabler vilka kan påverka förändringar undersöks. Det hade även varit intressant att vidare utforska betydelsen av meningsfullhet i arbetet och dess koppling till stress och hälsa. Denna studie utgick framför allt från forskning som hade bedrivits utanför Sverige, helt enkelt beroende på bristen av svenska studier. Därför hade det även varit givande med en fördjupad svensk interventionsforskning.

En hälsointervention bland kundtjänstanställda

Sammanfattningsvis kan det sägas att hälsointerventionen är relaterad till vissa positiva aspekter, då deltagande i bowling predicerar lägre beteenderelaterad stress, och då deltagande i någon av aktiviteterna är relaterat till en bättre upplevd hälsa. Dock visade sig interventionen inte ha någon inverkan på vare sig antal sjukskrivningsdagar eller på somatisk och kognitiv stress. Medarbetarnas generella upplevelser av interventionen var emellertid positiva, speciellt gällande massage. Således kan det sägas att så länge hälsointerventionen pågår, ger det något till medarbetarna, om än inte till alla. Dessutom kan det tänkas att de positiva effekterna av hälsointerventionen uppstår först efter en tid, vilket har visat sig i tidigare studier (Lindquist & Cooper, 1999). Att kombinera den sekundära interventionen med en primär intervention hade möjligen gett fler positiva resultat, eftersom problem såsom sjukskrivning därmed kan angripas på både individuell och organisatorisk nivå (Quillian-Wolever & Wolever, 2003). Den primära interventionen skulle exempelvis kunna innebära att identifiera den externa stressorn och därefter utföra förändringar i arbetsförhållandena (Murphy, 2003). Därtill hade det troligtvis varit positivt att utforma denna intervention i samråd med medarbetarna, speciellt i samband med identifierandet av stressorn. På så vis hade känslan av egenkontroll haft goda möjligheter att öka bland medarbetarna, vilket i sin tur kan leda till en bättre hälsa enligt tidigare forskning (Muhonen & Torkelson, 2003).

Referenser

- Andersson, S. I. (2002). *Hälsopsykologi – en introduktion*. Lund: Sanitas.
- Angelöw, B. (1994). *Träna mentalt och förbättra ditt liv*. Norge: Månocket.
- Aron, A., & Aron, E. N. (2003, tredje utgåvan). *Statistics for psychology*. USA: Prentice Hall.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2001). Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 290-302.
- Cox, T. (2000). *Research on work-related stress*. Belgien: European Agency for safety and health at work.
- Dallner, M., Lindström, K., Elo, A-L., Skogstad, A., Gamberale, F., Hottinen, V., Knardahl, S., & Ørhede, E. (2000). Användarmanual för QPSNordic. Nordiska Ministerrådet: Arbetslivsrapport nr. 2000:19, Arbetslivsinstitutet.
- Heaney, C. A. (2003). Worksite health interventions: Targets for change and strategies for attaining them. I J. Campbell Quick, & L. E. Tetrick (red.), *Handbook of occupational health psychology* (s. 305-324). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Jones, F., & Fletcher, B. C. (2003). Job control, physical health and psychological well-being. I M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (red.), *The handbook of work & health psychology* (s. 121-142). England: John Wiley & Sons.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: The implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kolbell, M. R. (1995). When relaxation is not enough. I L. R. Murphy, J. J. Jr. Hurrell, S. L. Sauter, & G. Puryear Keita (red.), *Job stress interventions* (s. 31-43). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kristensen, T. S., & Borg, V. (2000). Copenhagen Psychosocial Questionnaire. <http://www.ami.dk>, 2004-12-16.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lidwall, U., & Skogman Thoursie, P. (2001). Sickness absence during the last decades. I S. Marklund (red.), *Worklife and health in Sweden 2000* (s. 81-100). Stockholm: National Institute for Working Life.
- Lindquist, T. L., & Cooper, C. L. (1999). Using lifestyle and coping to reduce job stress and improve health in "at risk" office workers. *Stress Medicine, 15*(3), 143-152.
- Maes, S., Verhoeven, C., Kittel, F., & Scholten, H. (1998). Effects of a Dutch work-site wellness-health program: The Brabantia project. *American Journal of Public Health, 88*(7), 1037-1041.
- Mikkelsen, A., & Gundersen, M. (2003). The effect of a participatory organizational intervention on work environment, job stress, and subjective health complaints. *International Journal of Stress Management, 10*(2), 91-110.
- Muhonen, T., & Torkelson, E. (2003). The demand-control-support model and health among women and men in similar occupations. *Journal of Behavioral Medicine, 26*(6), 601-613.
- Murphy, L. R. (1988). Workplace interventions for stress reduction and prevention. I C. L. Cooper, & R. Payne (red.), *Causes, coping & consequences of stress at work* (s. 301-339). Chichester: John Wiley & Sons.
- Murphy, L. R. (2003). Stress management at work: Secondary prevention of stress. I M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (red.), *The handbook of work & health psychology* (s. 533-548). England: John Wiley & Sons.
- Nelson, D. L., & Simmons, B. L. (2003). Health psychology and work stress: A more positive approach. I J. Campbell Quick, & L. E. Tetrick (red.), *Handbook of occupational health psychology* (s. 97-120). USA: American Psychological Association.
- Nielsen, M. L., Kristensen, T. S., & Smith-Hansen, L. (2002). The intervention project on absence and well-being (IPAW): Design and results from the baseline of a 5-year study. *Work & Stress, 16*(3), 191-206.

- Quillian-Wolever, R. E., & Wolever, M. E. (2003). Stress management at work. I J. Campbell Quick, & L. E. Tetrick (red.), *Handbook of occupational health psychology* (s. 355-375). USA: American Psychological Association.
- Schabracq, M. J. (2003a). Everyday well-being and stress in work and organisations. I M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (red.), *The handbook of work & health psychology* (s. 9-36). England: John Wiley & Sons.
- Schabracq, M. J. (2003b). What an organisation can do about its employees' well-being and health: An overview. I M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (red.), *The handbook of work & health psychology* (s. 585-600). England: John Wiley & Sons.
- Semmer, N. K. (2003). Job stress interventions and organization of work. I J. Campbell Quick, & L. E. Tetrick (red.), *Handbook of occupational health psychology* (s. 325-354). USA: American Psychological Association.
- Shirom, A. (2003). The effects of work stress on health. I M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (red.), *The handbook of work & health psychology* (s. 63-82). England: John Wiley & Sons.
- Statistiska centralbyrån (n.d.). Hämtad den 16:e december, 2004, från <http://www.scb.se>.
- Styhre, A., & Ingelgård, A. (2003). Dealing with organizational stress: toward a strategic stress management perspective. Rapport nr 2003:6, Arbetslivsinstitutet.
- Tetrick, L. E., & Campbell Quick, J. (2003). Prevention at work: Public health in occupational settings. I J. Campbell Quick, & L. E. Tetrick (red.), *Handbook of occupational health psychology* (s. 3-18). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Theorell, T. (2003). To be able to exert control over one's own situation: A necessary condition for coping with stressors. I J. Campbell Quick, & L. E. Tetrick (red.), *Handbook of occupational health psychology* (s. 201-220). USA: American Psychological Association.
- Thomason, J. A., & Pond III, S. B. (1995). Effects of instruction on stress management skills and self-management skills among blue-collar employees. I L. R. Murphy, J. J. Jr. Hurrell, S. L. Sauter, & G. Puryear Keita (red.), *Job stress interventions* (s. 7-20). Washington, D.C.: American Psychological Association.

En hälsointervention bland kundtjänstanställda

- Toomingas, A., Hagman, M., Hansson Risberg, E., & Norman, K. (2003).
Arbetsförhållanden och hälsa vid ett urval av callcenterföretag i Sverige.
Arbetslivsrapport nr 2003:10, Arbetslivsinstitutet.
- Torkelson, E., & Muhonen, T. (2003). Stress and health among women and men in a Swedish telecom company. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(2), 171-186.
- Torkelson, E., & Muhonen, T. (2004, november). *Presentation of a health and gender project focusing on the collective aspects of stress and coping at work*. Presenterat vid Proceedings of the 6th European Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology, Oporto, Portugal.
- WHO (1948). About WHO. <http://www.who.int/about/en/>, 2004-12-16.