

Socialt stöd i arbetet

Töres Theorell

I denna artikel belyser författaren den hälsomässiga betydelsen av sociala faktorer i arbetsmiljön. Det objektiva sociala stödet kombineras i en modell med krav och kontrollmöjlighet i arbetssituationen. I en mer kvalitativ modell kunde tydliga samvariationer med laboratoriemässigt bestämda "stressmarkörer" observeras. Resultaten visar otvetydigt på betydelsen av socialt stöd i arbetsmiljön, vilket gör att "mätning" av det sociala klimatet bör ha en given plats i arbetsmiljöarbetet.

Töres Theorell är professor vid Statens institut för psykosocial miljömedicin.

Inledning

Att socialt stöd från kamrater och överordnade på arbetsplatsen kan vara betydelsefullt för hälsan har man trott länge och det har också gjorts försök att studera denna typ av samband systematiskt. De tidiga studierna på detta område har dock inte använt begreppet socialt stöd utan i stället fokuserats på fenomen som ligger den sociala interaktionen nära. Medallies m fl klassiska studie av 10 000 tjänstemän i Israel (1) visade tex att brist på uppskattning från överordnade hade samband med förhöjt blodtryck. I studier av arbetslöshetens konsekvenser har vi sedan länge haft bevis för att förlust av den sociala interaktionen, som lönearbete tillsammans med arbetskamrater innebär, kan medföra risk för ohälsa (2, 3, 4).

Den första forskargrupp som använde begreppet socialt stöd i studier av arbetsmiljö och hälsa var House et al (5) som i sin undersökning av en gummi-fabrik i USA visade att det fanns en rad starka samband mellan det sociala stöd som deltagarna beskrev på arbetet å ena sidan och en rad kroppsliga och psykiska självrapporterade symtom å den andra. Sedan dess har en rad befolkningsstudier genomförts

som på olika sätt belyser samband mellan socialt stöd i stort och hälsa. I några av dessa har man försökt separera det sociala stödet i familjen från det på arbetet. Orth-Gomér och Johnson (6) har bla dragit slutsatsen att det sociala stödet i arbetet är särskilt viktigt för de medelålders männen.

TVÅ STUDIER KRING SOCIALT STÖD I ARBETET.

Kvantitativa aspekter

När det gäller socialt stöd i arbetet finns det, i likhet med socialt stöd i allmänhet, såväl "objektiva" som "kvalitativa" aspekter. Jag skall nu försöka att med utgångspunkt från två olika studier som jag själv varit med om att genomföra, belysa båda. Först kvantitativa aspekter – vad finns det för objektiva möjligheter att få stöd av arbetskamrater? Här kommer jag att utgå från Johnsons index för socialt stöd på arbetet (se *tabell 1*). Detta index har utarbetats med faktoranalys på basis av undersökningen om levnadsförhållanden (ULF). Johnson har sedan testat hur detta index samvarierar med olika ohälsosindikatorer (7). Mönstret var tämligen enhetligt vare sig han studerade mag-tarm-, rygg- eller hjärt-kärlsjukdom. Det sociala stödet hade betydelse för dem alla. Ett resultat visas i *tabell 2*. Här har effekten av tre olika psykosociala arbetsmiljödimensioner, nämligen krav, kontrollmöjligheter och socialt stöd, på förekomst av

Tabell 1. Frågor ingående i Johnsons index "social support at work"-tillgänglighet till socialt stöd i arbetet. (Indexet är baserat på faktoranalys av frågor ingående i Undersökningen om Levnadsförhållanden).

Har Du möjlighet i Ditt arbete att

- a) Tala med arbetskamrater under rast?
- b) Lämna arbetet för att tala med arbetskamrater?
- c) Samarbeta med arbetskamrater som en del av arbetet?
- d) Hur ofta träffar Du arbetskamrater utanför arbetet?
- e) När besökte Du senast en arbetskamrat?

Tabell 2. Den statistiska effekten av psykologiska krav, brist på kontroll och brist på stöd i arbetet på prevalens av hjärtkärlsjukdom i Undersökningen om Levnadsförhållanden enligt Johnson 1986 (7).

Faktor	Män Soc gr III	Män Soc gr I—II	Kvinnor Soc gr III	Kvinnor Soc gr I—II
Krav	1.36*	1.32*	1.21	1.14
Brist på kontroll	1.42	1.03	1.12	1.07
Brist på stöd	1.13	1.16	1.27*	1.33
Krav & brist på kontroll	3.55****	1.03	1.43	1.13
Krav & brist på stöd	1.82**	1.81**	1.68***	2.06**
Brist på kontroll & brist på stöd	1.97**	1.86*	1.86*	1.44
Krav & brist på kontroll & brist på stöd	7.22****	2.44*	2.19	1.95

* $p < .10$ *** $p < .025$

** $p < .05$ **** $p < .01$

hjärt-kärlsjukdom bedömts (på basis av ULF-intervjuer om symtom, läkarbesök m m enligt ett standardiserat förfarande).

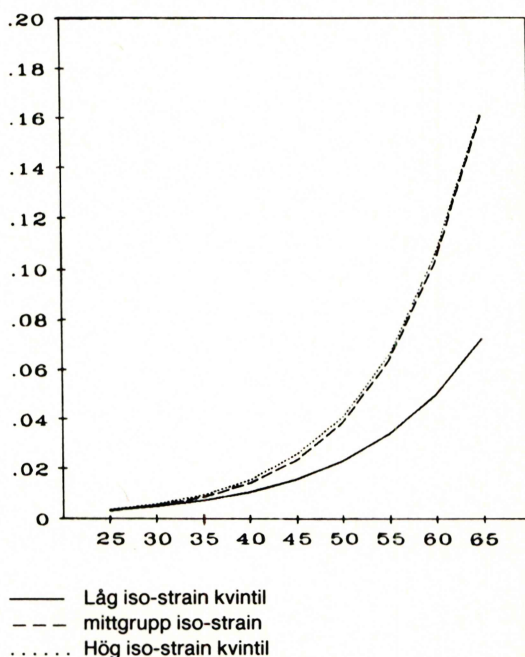
Dels har effekten av var och en av de tre dimensionerna beräknats efter ålderskorrektions och dels har effekterna av interaktionen mellan dem bestämts. För männen i socialgrupp III är sambanden starka mellan arbetsmiljövariablerna och förekomsten av hjärt-kärlsjukdom. Det är framför allt interaktionen mellan krav och kontrollmöjligheter som är betydelsefull och den statistiskt sammanvägda effekten av krav, kontrollmöjligheter och stöd är mycket kraftig. I socialgrupp I—II, såväl för männen som för kvinnorna, liksom för kvinnorna i socialgrupp III, väger det sociala stödet tungt medan krav och kontrollmöjligheter är mindre betydelsefulla.

Den teoretiska modell som Johnson använt är en utvidgad version av Karaseks krav — kontroll-modell (8). Tillägget av "objektivt" socialt stöd i arbetet till denna har redan testats också av andra författare, bl a Åstrand (9) som nyligen kunde visa att i en kohort av pappersbruksarbetare de som hade kombinationen

små kontrollmöjligheter och litet socialt stöd i arbetet, hade en ökad mortalitet under en uppföljningsperiod i jämförelse med andra. Det är uppenbart att betydelsen av de tre olika komponenterna är olika i olika grupper.

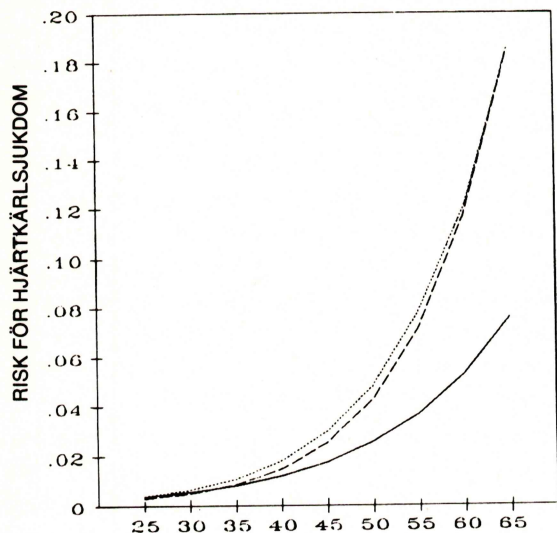
Vi har också gjort ett försök att sammanfatta den totala effekten på hjärtkärlödslighet av krav, kontrollmöjligheter och socialt stöd i arbetet. Vi har då gått till väga på det sättet att de tre indexen har standardiserats i förhållande till varandra. Därefter har vi multiplicerat dem med varandra. Vi får då en kombinerad poäng för "iso-strain" (10). Den multiplikativa modellen är mycket väsentlig. En *summering* av de tre dimensionerna skulle inte ge samma resultat eftersom multiplikationen kraftigt "favoriserar" uppkomst av höga poäng bland dem som ligger högt på alla dimensionerna. I figur 1a, 1b och 1c presenteras resultaten av våra predikationer av hjärtkärlödslighet (inkl cerebrovaskulär) under en nioårig uppföljningsperiod. Vi utgår från intervjusituationer vid uppföljningstidens start. Figurerna presenterar re-

Figur 1 A. Den kombinerade multiplikativa effekten av krav, brist på stöd och brist på kontroll i arbetet på åldersspecifik hjärtkärlödslighet under nio års uppföljning (10). Alla män.



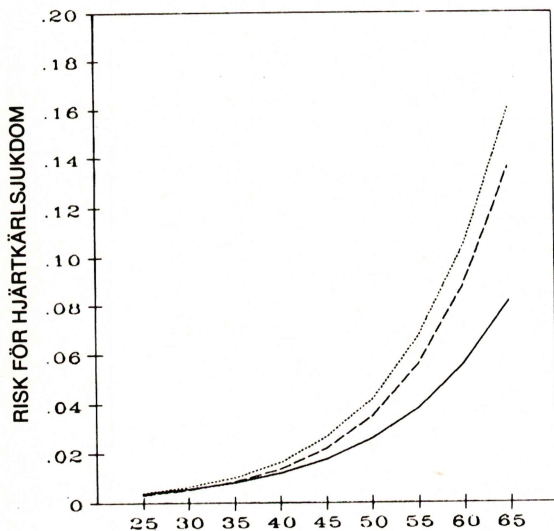
Figur 1 B. Den kombinerade multiplikativa effekten av krav, brist på stöd och brist på kontroll i arbetet på åldersspecifik hjärtkärl dödlighet under nio års uppföljning (10).

Alla män i socialgrupp III.



Figur 1 C. Den kombinerade multiplikativa effekten av krav, brist på stöd och brist på kontroll i arbetet på åldersspecifik hjärtkärl dödlighet under nio års uppföljning (10).

Alla män i socialgrupp I–II.



— Låg iso-strain kvintil
 --- mittgrupp iso-strain
 Hög iso-strain kvintil

lationen mellan ålder och dödlighet i olika grupper. Sambandet har beräknats med hjälp av en anpassning av empiriska data till en logistisk funktion. De grupper som presenteras har avgränsats med hjälp av kvintilgränser för iso-strain. Den "favoriserade" gruppen bestod av de män som befann sig i den lägsta kvintilen. De med de sämsta arbetsförhållandena bestod av män i den översta kvintilen och mellangruppen av övriga (de tre mellersta kvintilerna). Resultaten presenteras först (1a) för *alla* män i arbetsför ålder och därefter separat för männen i socialgrupp III resp I–II.

Figurerna visar att den "gynnade" gruppen dör i hjärt-kärlsjukdom betydligt *senare* än övriga – de har alltså en överlevnadsfördel. Särskilt markant är skillnaden mellan de "gynnade" och övriga i socialgrupp III. Här är skillnaden också kraftigt signifikant. För kvinnorna förelåg samma tendens som för männen i socialgrupp I–II men skillnaderna var ej signifikanta.

Kvalitativa aspekter

Det finns alltså mycket som tyder på ett "tillgänglighet" till socialt stöd, dvs det som jag kallar för ett "objektivt" stöd, har samband med inte bara sjuklighet utan också dödlighet. Hur är det då med mera "subjektiva" former av stöd? I ett par undersökningar har vi använt ett index på "positiva sociala faktorer". Detta presenteras i *tabell 3*. En faktoranalys på detta har visat att det statistiskt håller väl ihop (eigen value 3.48, eigen vectors mellan 0.30 och 0.47). Det beskriver ju framför allt det sociala "klimatet" – vad gör arbetskamraterna om man har en dålig dag t ex?

I en studie som vi nyligen slutfört på män i sex kontrasterande yrken (lastare, flygtrafikledare, flygtekniker, symfonimusiker, servitörer och läkare) har vi velat pröva de tre av Karasek ursprungligen konstruerade dimensionerna, *psykiska krav* (demands), *möjlighet påverka* (authority over decisions) och *stimulans* (intellectual discretion) jämte "positiva psykosociala faktorer". Studien var omfattande för varje försöksperson – bl a blodprover, självmätningar av blodtryck och kartläggning med formulär. Deltagarfrekvensen har därför varit ganska låg (mellan 50 och 78% i de olika yrkena). Detta har dock ingen avgörande betydelse i detta sammanhang eftersom vi ej krä-

Tabell 3. Attitydfrågor ingående i index "positiva faktorer i arbetsmiljön".

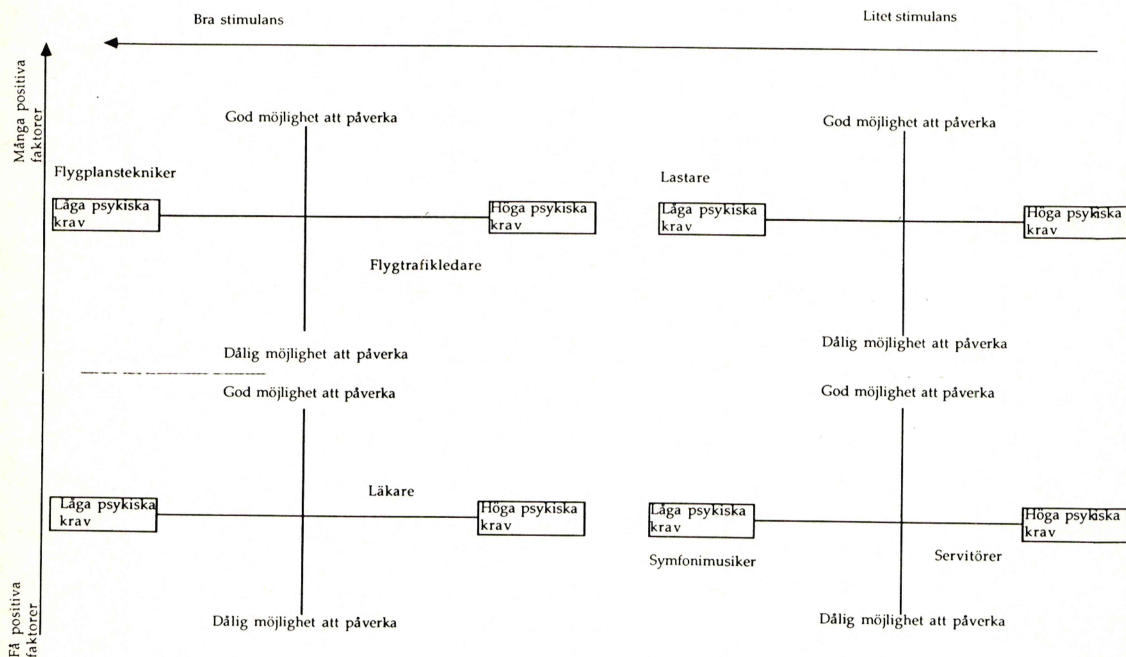
	stäm- mer helt hållet	stäm- mer ganska bra	stäm- mer inte särskilt bra	stäm- mer inte allt alls
Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats				
Det är god sammanhållning				
Mina arbetskamrater ställer upp för mig				
Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag				
Jag kommer bra överens med mina överordnande				
Jag trivs bra med mina arbetskamrater				

ver att de undersökta skall vara representativa för sin yrkesgrupp. Däremot representerar de starkt olika yrkesverksamheter, vilket är poängen med studien. En

sak av vikt för tolkningarna av resultaten var att de olika grupperna inte skilde sig när det gäller levernzymer (gamma-GT) och uppgiven alkoholkonsumtion. De resultat som skall diskuteras är alltså inte alkoholbetingade.

För alla de fyra psykosociala arbetsmiljödimensionerna fanns det signifikanta olikheter mellan grupperna, enligt variansanalys. I figur 2 presenteras vilka grupper som låg över resp under medianen för de fyra dimensionerna. Figuren har ställts upp som en karta. De två viktigaste dimensionerna är "positiva psykosociala faktorer" och "stimulans". Grupperna indelas alltefter sin position längs dessa dimensioner i "huvudgrupper" med god stimulans och många "positiva faktorer", god stimulans och få "positiva faktorer" resp liten stimulans och många "positiva faktorer" samt liten stimulans och få "positiva faktorer". Inom varje "huvudgrupp" sker dessutom en uppdelning med avseende på "krav" och "möjlighet att påverka". Härigenom får vi sexton grupper som i figuren är orienterade så, att de mest gynnade grupperna finns uppåt och till vänster och vice versa. Servitörer-

Figur 2. Sammanfattning av resultaten i ett fyrdimensionellt system med "stimulans" (x-axeln) och "positiva faktorer" (stöd, y-axeln) som primära faktorer och "krav" (x-axeln) och "möjligheter att påverka" (y-axeln) som sekundära faktorer. Grupperna har indelats vid medianen för varje dimension.



En bra kamratanda på arbetet kan vara en följd av bra arbetsorganisation och genomtänkt målformulering.

na har i alla dessa avseenden låga poäng. Detta återspeglas i undersökningen också i att de röker för mycket, har mycket mag-tarmbesvär samt låga blodvärden på cortisol och testosteron samt höga värden på blodprolactin när de kommer till arbetet. Detta tolkar vi med ledning av litteraturen som tänkbara korrelerat till ett tidigt åldrande (cortisol och testosteron) samt en känsla av maktlöshet (prolactin) (11). Av intresse är också att läkarna som rapporterar hög stimulans, höga krav och bra möjlighet att påverka men få "positiva faktorer" rapporterar många negativa emotioner i sina dagboksprotokoll samt höga cortisolvärden i blod, som ofta korrelerar just med kraftig emotionell reaktion på situationer präglade av påfrestning och olust. Kanske är det relevanta i detta fall kanske just konfrontation med lidandet som ju är ett påtagligt problem för läkarna.

I samma studie iakttog vi när vi följde individer vid upprepade tillfällen även att det genomsnittliga systoliska blodtrycket mätt vid upprepade tillfällen under arbetstid en dag varierade med de "positiva" faktorerna. Under de arbetsdagar då de positiva faktorerna minskade ökade det genomsnittliga systoliska arbetsblodtrycket och tvärtom. I genomsnitt för de studerade individerna var en ökning av en skalenhet för "positivt klimat" (skalan går från 1 till 4) associerad med en minskning av det systoliska blodtrycket under arbetstid på 6.00 mm Hg (medelfel 2.67, avvikelse från noll signifikant $p = 0.03$). Detta är en ganska måttlig effekt eftersom variationerna mellan arbetsdagarna i allmänhet var små och så stora avvikelser som en hel skalenhet var ovanliga. Men för vissa individer hade ändringar i det sociala klimatet kraftiga effekter på arbetsblodtrycket.

Slutsatser

De studier jag referat illustrerar att både objektivt och subjektivt socialt stöd i arbetet har påtagliga effekter på en rad hälsoparametrar. Det är viktigt att vi skaffar oss mera kunskaper om detta men också att vi

börjar pröva vad vi skall göra i praktiken med denna typ av kunskap. En bra kamratanda på arbetet kan vara en följd av bra arbetsorganisation och genomtänkt målformulering. Det är svårt att tro att enbart en uppmaning till människor på våra arbetsplatser att de skall stödja varandra kan bli en effektiv åtgärd i arbetet på att förbättra arbetsmiljön. Men det är uppenbart att systematisk "mätning" av det sociala klimatet måste bli en mycket viktig ingrediens i arbetsmiljöarbetet.

REFERENSER

1. Medalie J H, Kahn H A, Neufeld H N, Riss E and Gould-born M: Five-year myocardial infarction incidence. *J Chron. Dis* 26:329, 1973.
2. Brenner M H, Mooney A: Unemployment and health in the context of economic change. *Soc Sci Med.* 17:1125–1138, 1983.
3. Starrin B, Larsson G, Brenner S-O, Levi L, Pettersson I-L: Samhällsförändringar, ohälsa och dödlighet. Sverige åren 1963–1983. En makrostudie. Landstinget i Värmland, sektionen för samhällsmedicin, research rep. No 13, 1988.
4. Hammarström A, Janlert U and Theorell T: Youth unemployment and ill health. Results from a two-year follow-up study. *Soc Sci Med* 26: 1025–1033, 1988.
5. House J: Work stress and social support. Reading, Mass: Addison, Wesley, 1981.
6. Orth-Gomér K, Johnson J V: Social network interaction and mortality. AS six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chronic Dis* 1987, 40, 10, 949–957.
7. Johnson J V: The impact of workplace social job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden. Dep of Psychology Univ of Stockholm, report nr 1, 1986.
8. Karasek R A: "Job demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign." *Admin Sci Qtrly.* 24:285–307. 1979.
9. Åstrand N-E: Prediction of sick-leave, early retirement, unemployment, labour turnover and mortality in a Swedish male working population. Doctorial thesis, Univ of Lund, Malmö, 1988.
10. Johnson J, Hall E and Theorell T: The combined effects of work strain and social isolation on prevalence and mortality in cardiovascular disease. *Scand. J. Work, Environment and Health*, undertryckning 1989.
11. Theorell T, Perski A, Eneroth P, Kallner A, Ahlberg-Hultén G, Sigala F, och Söderholm M: A psychosocial and biomedical comparison between men in six service occupations – on the aging process in relation to occupation. *J Occ Med*, Submitted