

Ledarskap för hälsa och välbefinnande

LEDARSKAP FÖR HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE
Regeringsuppdrag att sammanställa kunskap om faktorer som skapar
friska och välmående arbetsplatser A2018/01349/ARM
KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNING 2020:6
ISBN 978-91-985961-3-7

Myndigheten för arbetsmiljökunskap
Box 6051, 800 06 Gävle
Telefon: 026-14 84 00, E-post: info@mynak.se
www.mynak.se

Ledarskap för hälsa och välbefinnande

Förord

I juni 2018 gav regeringen i uppdrag till Myndigheten för arbetsmiljökunskap att sammanställa kunskap om faktorer som skapar friska och välmående arbetsplatser (A2018/01349/ARM). Enligt uppdraget skulle ett särskilt fokus ligga på den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. För att genomföra regeringsuppdraget gav myndigheten i uppdrag till ett antal forskare från olika universitet och högskolor att ta fram kunskapssammanställningar inom fyra områden: fysisk arbetsmiljö, ledarskap, organisering av arbetet samt psykosocial arbetsmiljö.

I denna rapport presenterar vi kunskapssammanställningen inom området ledarskap. Sammanställningen är framtagen av biträdande professor Andreas Wallo och filosofiedoktor Daniel Lundqvist vid Linköpings universitet. Docent Susanne Tafvelin vid Umeå universitet, har på myndighetens uppdrag kvalitetsgranskat kunskapssammanställningen och bibliotekarie Malin Almstedt Jansson vid Högskolan i Gävle och Maivor Hallén bibliotekschef vid Lunds tekniska Högskola, Lunds universitet har bistått våra externa experter med att identifiera och ta fram vetenskapliga underlag till kunskapssammanställningen.

Kunskapssammanställningen om ledarskap för hälsa och välbefinnande visar att det finns samband mellan ledarskapsbeteenden och individers hälsa och välbefinnande på en arbetsplats. Framförallt lyfts transformativt ledarskap fram, det vill säga ett visionärt och inspiratoriskt ledarskap som tar hänsyn till medarbetarnas behov, som särskilt gynnsamt för medarbetares välbefinnande. Sammanställningen visar även samband mellan ett s.k. stödjande ledarskap och arbetstillfredsställelse, mening i arbetet, välbefinnande, och livskvalitet. Vidare pekas faktorer som bidrar till en frisk och välmående arbetsplats ut, såsom meningsfullt arbete, socialt stöd, samarbete, (avsaknad av) rollkonflikt, individens tilltro till sig själv samt gruppens tilltro till sig själv, arbetsplatsens innovationsklimat samt (avsaknad av) konflikt mellan arbete och privatliv. Samtidigt betonas att vad som är en hälsofrämjande relation mellan chefer och medarbetare kan skilja sig åt beroende på situationen.

Författarna till kunskapssammanställningen har själva valt sina teoretiska och metodologiska utgångspunkter och är ansvariga för resultaten och slutsatserna som presenteras i kunskapssammanställningen.

Jag vill rikta ett stort tack till såväl våra externa forskare och kvalitetsgranskare som medarbetare på myndigheten som bidragit till att ta fram denna värdefulla kunskapssammanställning.

Kunskapssammanställningen publiceras på myndighetens webbplats och i serien Kunskapssammanställningar.

Gävle, februari 2020



Nader Ahmadi
Generaldirektör

Mynak-modellen

Som stöd för forskarnas arbete med kunskapssammanställningen har myndigheten tagit fram ett system för systematiska litteratursammanställningar inom sitt ansvarsområde. Den innehåller systematik i förberedelser, litteratursökning, relevansbedömning, kvalitetssäkring och presentation av studier och resultat. Härutöver ingår också myndighetens processledning och biblioteksstöd vid en högskola eller ett universitet samt extern kvalitetsgranskning.

Vid Myndigheten har Nadja Grees, till en början, och sedan Annette Nylund varit ansvarig processledare för att ta fram kunskapssammanställningen. Susanne Lind har administrerat processen och ett team av kommunikatörer, Pernilla Bjarne, Sverre Lundqvist, Liv Nilsson, Joakim Silfverberg och Camilla Wengelin, har ansvarat för arbetet med hantering av text, layout och tillgänglighet samt planering av webinarier och podcastsändning.

Sammanfattning

I denna rapport presenteras en kunskapssammanställning som inriktats mot forskning som undersöker ledarskapets betydelse för medarbetares hälsa och välbefinnande. Kunskapssammanställningen har genomförts inom ramen för ett regeringsuppdrag till Myndigheten för arbetsmiljökunskap med syfte att sammanställa kunskap om faktorer som skapar friska och välmående arbetsplatser (dnr A2018/01349/ARM). Syftet med studien är att sammanställa forskningsbaserad kunskap om vilka ledarskapsbeteenden som kan bidra till hälsa på arbetsplatsen. Detta syfte har brutits ned i tre frågeställningar: Vilka teoretiska utgångspunkter gällande ledarskap och/eller chefskap finns i empiriska artiklar om ledarskap som främjar hälsa och välbefinnande? Hur har detta ledarskap studerats från ett metodologiskt perspektiv och i vilka kontexter har det studerats? Vilka direkta och indirekta ledarskapsbeteenden som främjar hälsa kan identifieras i tidigare forskning?

Det systematiska arbetet med kunskapssammanställningen har följt den så kallade Mynakmodellen. Inledningsvis tydliggjordes översiktens innehåll, fokus och avgränsningar på basis av studiens syfte och frågeställningar. Därefter formulerades kriterier för vilka studier som skulle inkluderas respektive exkluderas i sökning och granskning. Inklusionskriterierna var att studierna skulle ha fokus på arbetslivs- och arbetsplatskontexter, skulle vara utförda i en nordisk kontext, skulle undersöka ledarskap i termer av stilar, beteenden, roller och liknande begrepp eller synonymer samt att studierna skulle fokusera på relationen mellan ledarskap och anställdas hälsa och välbefinnande på arbetsplatsen. Ytterligare avgränsningar som fastställdes var att studierna skulle vara vetenskapliga artiklar i internationella (akademiska) tidskrifter med granskningsförfarande (eng. peer-reviewed), att de skulle vara publicerade mellan 2009 och 2019 samt att de skulle vara skrivna på engelska och innehålla empiriskt material. Exklusionskriterierna bestod av att

inte ta med studier som a) enbart fokuserade på andra kontexter än arbetslivet, till exempel skola och utbildning (till exempel studier av relationer mellan lärare och elever), b) enbart var genomförda i en utomnordisk kontext, c) enbart fokuserade på indirekt ledarskap, d) enbart fokuserade på destruktivt ledarskap, e) enbart fokuserade på ohälsa. Vidare bestämdes att studier skulle exkluderas om de f) inte byggde på empiriskt material (som till exempel litteraturoversikter, metaanalyser, konceptuella artiklar, eller motsvarande), g) var litteratur som inte publicerats i vetenskapliga, akademiska tidskrifter (som till exempel rapporter, böcker och bokkapitel), h) var skrivna på andra språk än engelska.

Sökningarna har huvudsakligen genomförts i databasen Scopus. Databasen Web of Science användes som komplementdatabas. Scopus genererade 2463 träffar och Web of Science genererade 1499 träffar. Efter att dubletter tagits bort kvarstod 2859 unika studier vilka därefter sållades utifrån titel och abstract. Totalt var det 491 studier som ansågs kräva fulltext för att avgöra om studien uppfyllde uppställda inklusionskriterier. Efter att fulltexterna hämtats in påbörjades relevansgranskningen utifrån studiens inklusionskriterier. 37 studier uppfyllde samtliga relevansbedömningspunkter. Dessa studier genomgick en kvalitetsbedömning utifrån vedertagna protokoll för kvantitativa och kvalitativa studier. Av totalt 31 kvalitetsgranskade kvantitativa studier bedömdes 28 studier ha hög eller medelhög kvalitet. Av totalt sex kvalitetsgranskade studier bedömdes fem kvalitetsgranskade kvalitativa studier ha hög eller medelhög kvalitet. Totalt har således 33 studier ingått i granskningen. De inkluderade kvantitativa studierna har analyserats utifrån det som kallas narrativ sammanställning och de kvalitativa studierna har analyserats utifrån en konventionell innehållsanalys.

Sammanfattningsvis visar studierna som ingår i kunskapssammanställningen att ledarskap är relaterat till medarbetares hälsa och välbefinnande. Nästan alla kvantitativa studier visar att det finns ett samband mellan ledarskap och hälsorelaterade utfall om inga andra faktorer vägs in. Då det är många olika typer av utfall som används i studierna är det svårt att ge en tydlig och enhetlig bild, men framförallt har så kallat transformativt ledarskap och stödjande ledarskap samband till anställdas hälsa och välbefinnande, särskilt i relation till de arbetsrelaterade hälsoutfallen, som till exempel arbetstillfredsställelse och arbetsengagemang. I de kvalitativa studierna betonas framförallt ett relationsorienterat och demokratiskt ledarskap, vilket kännetecknas av en ledare som motiverar och inspirerar sina medarbetare, är tillgänglig och lyssnar på sina medarbetare och som samtidigt har förtroende för sina medarbetares förmågor och ger dem ansvar, utrymme och medbestämmande. Vad de kvalitativa studierna pekar på som viktiga beteenden är också till stora delar aspekter som återfinns i ledarskapsteorierna och de skalor om ledarskap som används på området. Dessa båda metoder ger alltså tillsammans en klarare bild över vilka slags ledarskapsbeteenden som främjar hälsa.

Studierna framhåller också indirekt ledarskap som något som påverkar medarbetarnas hälsa och välbefinnande. Sammantaget pekar studierna ut flera olika slags faktorer som ledarskapet verkar genom. En faktor handlar om själva uppgifterna och förutsättningarna som ges för att utföra dessa. En annan faktor handlar om det sociala klimatet och miljön på arbetsplatsen eller i organisationen. En tredje faktor handlar om individen och dennes inställning till arbetet och den fjärde faktorn handlar om hälsofrämjande aktiviteter och insatser. Här är det svårt att säga att någon särskild ledarstil i relation till något särskilt hälsoutfall skulle vara ”bättre”

eller ”sämre”. Transformativt ledarskap är det ledarskap som undersökts mest och är också det ledarskap som flest studier finner verkar genom andra faktorer i arbetsmiljön.

Utifrån arbetet med sammanställningen har ett antal kunskapsluckor identifierats. Fältet domineras av kvantitativa studier som utgår från abstrakta ledarskapsteorier utvecklade i en nordamerikansk kontext. Dessa studier konstaterar förekomster av samband mellan ledarskap och hälsa, men de säger lite om hur ledarskapet utförs i praktiken, på vilket sätt ledarskapet påverkar hälsan och hur de förutsättningar som råder i den nordiska arbetsmarknadsregimen påverkar ledarskapets utövande. Vidare saknas kunskap om den organisatoriska kontextens betydelse för ledarskapet och vilka roller som medarbetarna själva spelar när ledarskapet utövas. Sammantaget finns det behov av teoretiskt och metodologiskt mångsidiga, longitudinella studier som jämför olika kontexter och som samlar data om hur ledarskapet utförs, till exempel genom observationer.

Utifrån kunskapssammanställningen presenteras också några allmänna råd för den som arbetar med att främja medarbetares hälsa och välbefinnande i organisationer. Här poängteras att ledarskapet är ett situationsberoende fenomen och att det inte går att hitta ett ledarskap som fungerar överallt. Detta innebär att de ledarbeteenden som i forskning identifierats som främjande av hälsa och välbefinnande, som till exempel att vara tillgänglig, visionär, inspirerande och inkluderande, kan ses som goda källor till inspiration, men att de behöver anpassas till de förutsättningar som råder i den specifika kontexten. Förutom ledarens beteenden i relationen till medarbetarna visar forskningen också att ett indirekt ledarskap är betydelsefullt för att till exempel bygga en kultur och miljö som främjar hälsa.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
Bakgrund	1
Rapportens syfte och frågeställningar	1
Metod och avgränsningar	1
Rapportens disposition	2
2. Teorier och teoretiska begrepp	3
Definitioner av ledarskap	3
Teorier om ledarstilar	4
Hälsa och välbefinnande	7
Ledarskap för hälsa och välbefinnande i arbetslivet	9
3. Resultat	11
Övergripande information om ingående studier	11
Fördjupad beskrivning av ingående kvantitativa studier	13
Fördjupad beskrivning av ingående kvalitativa studier	23
4. Diskussion	29
Sammanfattning av huvudresultat	29
Värdering av underlaget	29
Några metodologiska svårigheter med kunskaps-sammanställningen	32
Kunskapsluckor	33
Allmänna råd	34
5. Slutsatser	35
Referenser	37
Bilaga 1 – Metod	43
Urval av studier	43
Sökstrategi	44
Screening på titel och abstract	44
Relevansbedömning av fulltexter	45
Kvalitetsbedömning	46
Bearbetning och analys	47

1. Inledning

I denna rapport presenteras en kunskaps-sammanställning som inriktats mot empirisk forskning som undersöker ledarskapets betydelse för medarbetares hälsa och välbefinnande. Kunskapssammanställningen har genomförts inom ramen för ett regeringsuppdrag till Myndigheten för arbetsmiljökunskap med syfte att sammanställa kunskap om faktorer som skapar friska och välmående arbetsplatser (Regeringsbeslut, A2018/01349/ARM).

Bakgrund

I en ekonomi som kännetecknas av globalisering, snabba organisatoriska förändringar och ökad konkurrens mellan företag och organisationer, rör sig arbetsmarknaden mot större flexibilitet och begränsad förutsägbarhet. För individer är detta en förskjutning som orsakar osäkerhet, instabilitet och försämrade psykosociala arbetsvillkor. Det finns flera skäl att tro att försämrade arbetsvillkor är en av de främsta bidragande faktorerna till en mer omfattande ohälsa både i Sverige och i andra europeiska länder (Arbetsmiljöverket, 2016, 2018; Nieuwenhuijsen m.fl., 2010; Vingård, 2015). Detta är problematiskt, inte bara för individers hälsa och välbefinnande, utan också för organisationers långsiktiga konkurrenskraft och resultat. Det riskerar även att få allvarliga konsekvenser på samhällsnivå.

Enligt Regeringen är det avgörande att öka den vetenskapliga kunskapen om och förståelsen för de ofta komplexa sambanden mellan arbetsmiljö och hälsa för att kunna uppnå en positiv utveckling inom området och nå en låg sjukfrånvaro. Den kunskap som tillförs genom forskning är viktig för att tidigt identifiera möjligheter och risker på arbetsmiljöområdet och för att kunna stärka förmågan att vidta relevanta åtgärder. Regeringen har därför uppdragit åt Myndigheten för arbetsmiljökunskap att sammanställa kunskap om faktorer som

skapar friska och välmående arbetsplatser (Regeringsbeslut, A2018/01349/ARM). I denna kunskapssammanställning tas som utgångspunkt att chefers ledarskap kan relateras till medarbetares hälsa och välbefinnande (Inceoglu m.fl., 2018; Kuoppala m.fl., 2008; Skakon m.fl., 2010). I denna kunskapssammanställning fokuseras särskilt konstruktivt ledarskap i termer av ledares stilar och beteenden och hur detta ledarskap påverkar positiv hälsa och välbefinnande hos anställda. Sammanställningen inriktas mot forskning i en nordisk arbetslivskontext (Visser, 2009).

Rapportens syfte och frågeställningar

Med utgångspunkt i ovanstående bakgrund är syftet med denna rapport att sammanställa forskningsbaserad kunskap om vilka ledarskapsbeteenden som kan bidra till hälsa på arbetsplatsen. Detta syfte har brutits ner i följande frågeställningar:

- Vilka teoretiska utgångspunkter gällande ledarskap och/eller chefskap finns i empiriska studier om ledarskap för hälsa och välbefinnande?
- Hur har ledarskap för hälsa och välbefinnande studerats ur ett metodologiskt perspektiv och i vilka kontexter har det studerats?
- Vilka direkta och indirekta ledarskapsbeteenden som främjar hälsa kan identifieras i tidigare forskning?

Metod och avgränsningar

Det systematiska arbetet med kunskapssammanställningen har följt den så kallade Mynakmodellen (den fullständiga redogörelsen för metoden presenteras i Bilaga 1). Inledningsvis tydliggjordes översiktens innehåll, fokus och

avgränsningar på basis av studiens syfte och frågeställningar. Därefter formulerades kriterier för vilka studier som skulle inkluderas respektive exkluderas i sökning och granskning. Inklusionskriterierna var att studierna skulle ha fokus på arbetslivs- och arbetsplatskontexter, vara utförda i en nordisk kontext, undersöka ledarskap i termer av stilar, beteenden, roller och liknande begrepp eller synonymer samt att studierna skulle fokusera på relationen mellan ledarskap och anställdas hälsa och välbefinnande på arbetsplatsen (friskfaktorer). Ytterligare avgränsningar som fastställdes var att studierna skulle vara vetenskapliga artiklar i internationella (akademiska) tidskrifter med granskningsförfarande (eng. peer-reviewed), att de skulle vara publicerade mellan 2009 och 2019 samt att de skulle vara skrivna på engelska och innehålla empiriskt material. Exklusionskriterier bestod i att utesluta studier som a) enbart fokuserade på andra kontexter än arbetslivet, som till exempel skola och utbildning (till exempel studier av relationer mellan lärare och elever), b) enbart var genomförda i en utomnordisk kontext, c) enbart fokuserade indirekt ledarskap, d) enbart fokuserade destruktivt ledarskap, e) enbart fokuserade på ohälsa. Vidare bestämdes att studier skulle exkluderas om de f) inte byggde på empiriskt material (som till exempel litteraturöversikter, metaanalyser, konceptuella artiklar, viewpoints” eller motsvarande), g) var litteratur som inte publicerats i vetenskapliga, akademiska tidskrifter (till exempel rapporter, böcker, bokkapitel) och h) var skrivna på andra språk än engelska.

Sökningarna genomfördes i databaserna Scopus och Web of Science och resulterade i 2859 unika studier. Dessa sållades utifrån titel och abstract och därefter valdes 491 studier ut för relevansgranskning med utgångspunkt i kunskapssammanställningens inklusionskriterier. 37 studier uppfyllde

samtliga relevansbedömningspunkter. Dessa studier genomgick en kvalitetsbedömning utifrån vedertagna protokoll för kvantitativa och kvalitativa studier. Av totalt 31 kvalitetsgranskade kvantitativa studier bedömdes 28 studier ha hög eller medelhög kvalitet. Av totalt sex kvalitetsgranskade kvalitativa studier bedömdes fem studier ha hög eller medelhög kvalitet. Totalt har således 33 studier ingått i granskningen. De inkluderade kvantitativa studierna har analyserats utifrån det som kallas narrativ sammanställning och de kvalitativa studierna har analyserats utifrån en konventionell innehållsanalys.

Rapportens disposition

Rapporten består av fem kapitel. I kapitel 1 presenteras bakgrunden i termer av det uppdrag som legat till grund för rapporten samt rapportens syfte och frågeställningar. I kapitel 2 presenteras en beskrivning av de teorier och teoretiska begrepp som är vanligt förekommande i modern forskning om ledarskap och hälsa. Här beskrivs också särskilt de teorier som används i de studier som granskats i rapporten. I kapitel 3 redogörs för resultaten av kunskapssammanställningen. Här presenteras de granskade studiernas kännetecken i termer av teoretiska utgångspunkter och metoder. Vidare presenteras och analyseras också de resultat som de granskade studierna har lett till. I kapitel 4 diskuteras och värderas resultaten. Denna diskussion mynnar ut i ett antal identifierade kunskapsluckor samt allmänna råd. I kapitel 5 presenteras rapportens slutsatser. Den metod som använts i arbetet med kunskapssammanställningen finns i Bilaga 1. Här redogörs för sökprotokollet, relevans- och kvalitetsbedömning samt analys av inkluderade studier.

2. Teorier och teoretiska begrepp

I detta avsnitt ges en övergripande beskrivning av begrepp och teorier som rör ledarskap och hälsa samt ledarskap för hälsa och välbefinnande. Här presenteras kortfattat kunskapsläget och centrala begrepp som förekommer i rapporten. Vidare redogörs också för de teorier och begrepp som används i kunskaps-sammanställningens artiklar. Denna bakgrund är viktig för att förstå resultatkapitlet där teorier som används i de granskade studierna inte presenteras i detalj. Särskilt utrymme ges åt teorin om transformativt och transaktionellt ledarskap eftersom den används i flest granskade studier.

Definitioner av ledarskap

Ledarskap är ett fenomen som studerats flitigt genom åren och som en följd av att kunskapen vuxit fram har också synen på vad ledarskap innebär förändrats. I den tidiga ledarskapsforskningen försökte man identifiera vilka personliga egenskaper som avgör om någon är lämpad att bli ledare, men genom åren har fokus skiftat till att i stället förstå vad ledare gör, exempelvis i termer av deras ledarstilar och roller, men också till att studera hur ledarskap formas av olika situationer och kontexter (House & Aditya, 1997; Yukl, 2013). På grund av att synen på ledarskap förändrats anses begreppet ibland vara svårt att förstå (Alvesson & Sveningsson, 2003), men detta kan också bero på att ledarskap i sig är ett komplext fenomen som inte enkelt låter sig förklaras med generella teorier. Det finns dock några drag som ofta återkommer när ledarskap ska definieras. Ett sådant är att ledarskap handlar om påverkan i riktning mot att uppnå ett visst mål. Detta kan ses som kärnan i de flesta definitioner av ledarskap, men sedan kan de skilja sig åt beroende på vem som utövar påverkan, vilket syftet med påverkan är, hur påverkan utförs och vad re-

sultatet av påverkan blir (Yukl, 2013). Vidare är ett återkommande drag i definitionerna att ledarskap är beroende av och bör anpassas till omgivande kontexter och situationer (Hersey & Blanchard, 1969). För även om en ledare har möjligheter att själv välja sitt ledarskap sker dessa val inom ramen för ett antal begränsningar och krav (Stewart, 1982).

Vidare är det vanligt att det omväxlande talas om chefskap och ledarskap. Detta ses som naturligt eftersom dessa begrepp i hög grad är sammanvävda och svåra att särskilja i praktiken (Alvesson m.fl., 2015). Samtidigt kan det vara värdefullt att begreppsmässigt skilja mellan chefskap och ledarskap. I denna rapport förstås chefer och ledare som olika, men komplementära roller eller funktioner (Mintzberg, 2009). Att vara chef innebär enligt Mintzberg att ansvara för en hel organisation eller en del av en organisation. Chefskapet utförs i flera olika roller eller funktioner, varav ledarskap är en sådan vid sidan av en rad andra roller (ledarskap finns dock alltid med i de andra rollerna). Det som är utmärkande för ledarskapsrollen är att skapa förutsättningar för medarbetarna att göra sitt arbete på ett bra sätt, vilket bland annat innebär att inspirera, uppmuntra och ge stöd för utveckling av kompetens (Mintzberg, 2009). För en chef är det fullt möjligt att arbeta mer med uppgifter som typiskt kan kopplas till chefskap, men endast i begränsad utsträckning medvetet utöva ett ledarskap. Omvänt kan man ha ett stort intresse för ledarskapsuppgifter och samtidigt tona ned chefskapet. Det går naturligtvis också att vara en ledare utan att inneha en formell chefsposition.

Ytterligare en distinktion som kan göras är att ledarskap kan ske både direkt och indirekt (G. Larsson m.fl., 2017). Det direkta ledarskapet avser de ledarstilar, beteenden och roller som chefer använder sig av i mötet med den som blir ledd. Det indirekta ledarskapet handlar i stället om att leda genom att bygga

strukturer och kulturer som påverkar medarbetarna, exempelvis genom att skapa formella program, styrsystem och strukturformer som påverkar de anställdas attityder, kompetens, beteenden och prestationer (Yukl & Lepsinger, 2004). Direkta och indirekta former av ledarskap utesluter inte varandra. Tvärtom förstärker de varandras effekter om de kombineras på ett lämpligt sätt (Yukl, 2013).

Teorier om ledarstilar

I grunden kan forskning om ledarskap sägas handla om vilken ledarstil som är mest effektiv och vad som utmärker en framgångsrik ledare. Det finns väldigt många teorier som erbjuder olika typer av kännetecken på effektivt ledarskap. I detta avsnitt presenterar vi översiktligt några av de teorier som haft stort genomslag i forskningen och som också förekommer i de artiklar som ingår i kunskapssammanställningen. För den som är intresserad av att läsa mer om teorierna och om andra teorier rekommenderas översikter av Yukl (2013) och Northouse (2015).

Intresset för att studera ledares beteenden och stilar har sin grund i ett misslyckande att identifiera vilka personliga egenskaper som leder till ett gott ledarskap (House & Aditya, 1997). Det gick helt enkelt inte att vetenskapligt belägga att det skulle finnas en uppsättning personliga egenskaper som gör att vissa föds till ledare (Stogdill, 1948, 1974). Personlighetsdrag kan visserligen påverka en individs potential att bli ledare (Judge m.fl., 2002), men detta innebär inte att vissa individer är förutbestämda att bli ledare (Fiedler, 1996; Yukl & Lepsinger, 2004). Från 1950-talet och framåt började forskare därför studera vad ledare gör i stället för vilka de är. En tidig teori som fortfarande ofta återkommer i forskningsstudier är den att ledarbeteenden går att indela i två huvudtyper beroende på om ledaren är fokuserad på uppgiften eller på relationerna till medarbetarna (House & Aditya, 1997). På engelska kallas dessa två inriktningar vanligen ”Task-oriented leadership” och

”Relations-oriented leadership”. Den uppgiftsinriktade ledaren intresserade sig för tekniska aspekter av produktionen, medan den relationsinriktade ledaren koncentrerade sig på medarbetarnas önskemål och behov (Nilsson m.fl., 2018). Från att det ursprungligen var frågan om ”antingen eller” utvecklades teorin till att se de båda dimensionerna som komplementära. Exempelvis utvecklade Blake och Mouton (1964) en tvådimensionell rutnätsmodell i vilken det var möjligt att få höga poäng på båda dimensionerna. Den tidiga beteendeforskningen har dock kritiserats eftersom metaanalyser av studier endast funnit svaga samband mellan effektivt ledarskap och metakategorier som till exempel uppgiftsinriktning och relationsinriktning (Yukl, 2013).

Uppdelningen mellan uppgifts- och relationsorienterat ledarskap stod sig en bit in på 1990-talet då ytterligare en kategori lades till i form av förändringsorienterat ledarskap (eng. ”Change-oriented leadership”), (Ekvall & Arvonen, 1991; Yukl m.fl., 2002). Detta skedde som ett svar på ett ökat förändringstryck under slutet av 1900-talet och föreställningen om att det är ledares ansvar att hantera dessa förändringar och leda olika former av utvecklingsprocesser. Den mest välkända teorin som tog fasta på förändringsdimensionen är den så kallade ”Full Range of Leadership Model” (FRLM) som utvecklades av Bass i mitten av 1980-talet (Bass, 1985) och som idag är den överlägset mest refererade ledarskapsteorin i forskningsstudier. Teorin består av tre typer av ledarstilar: transformativt ledarskap, transaktionellt ledarskap och låt-gå-ledarskap. Grundtanken i Bass teori är att det inte räcker med ett ledarskap som enbart baseras på olika typer av utbyten (transaktioner) mellan ledare och medarbetare, exempelvis lön, för att möta krav på förändring och utveckling. I stället krävs ett visionärt ledarskap som skapar en mening med förändringar (transformationer) och som får medarbetarna att dela organisationens värderingar och att prestera mer än vad de själva tror är möjligt (Bass, 1985; Bass & Riggio, 2006). Det transformativa ledarskapet består av fyra ledarbeteenden:

1) idealiserad påverkan (eng. idealized influence, charisma) – det vill säga att ledaren ska vara visionär och använda karisma för att vinna medarbetarnas förtroende och få dem att vilja efterlikna ledaren 2) inspirerande motivation (eng. inspirational motivation) – det vill säga att ledaren ska inspirera medarbetarna att prestera på en nivå som är högre än vad de själva tror är möjligt 3) intellektuell stimulans (eng. intellectual stimulation) det vill säga att ledaren ska stimulera medarbetarnas intellekt och kreativa förmågor 4) individuell omsorg (eng. individualized consideration) – det vill säga att ledaren ska se och coacha varje individ (Bass & Riggio, 2006). Det transaktionella ledarskapet består av tre ledarbeteenden: 1) villkorad belöning (eng. contingent reward) – det vill säga att ledaren ska belöna medarbetarna för att få dem att prestera 2) leda genom att aktivt söka avvikelser (eng. active management-by-exception) – det vill säga att ledaren aktivt ska övervaka och direkt vidta korrigerande åtgärder och 3) leda genom att passivt hantera avvikelser (eng. passive management-by-exception) – det vill säga att ledaren ska hantera misstag och problem först efter att de uppstått. I Bass tappning av FRLM är det transformativa ledarskapet det mest aktiva och det lyfts också fram som mest effektivt i de flesta kontexter och situationer (Bass & Riggio, 2006). Det transaktionella ledarskapet framhålls som ett sätt att tillfredsställa de anställdas kortsiktiga behov av olika former av utbyten och instruktioner och detta ledarskap ses vanligen som mindre aktivt och effektivt. Vidare ingår i teorin också ett icke-ledarskap, som kallas laissez faire (låt-gå), vilket ses som ofrånkomligt, men inte eftersträvansvärt. Låt-gå-ledaren kännetecknas snarast av bristande engagemang och en ovilja till att fatta beslut (Bass & Riggio, 2006). Sammantaget har teorin och det tillhörande instrumentet för att mäta ledarskap ”Multifactor Leadership Questionnaire” (Avolio m.fl., 1999) fått mycket stor spridning i forskningen. Det är därför inte helt överraskande att det också finns en omfattande kritik mot teorin. Metodologiskt finns kritik mot att faktorerna

överlappar varandra och andra forskare har haft problem med att replikera indelningen i de nio faktorerna (Knippenberg & Sitkin, 2013; Tafvelin, 2013; Yukl, 1999). Vidare tar kritiker också upp att den transformativa ledaren framhålls som en hjälte som själv löser alla problem och att medarbetarnas och kontextens betydelse inte är tydliga i teorin (Yukl, 1999). Avslutningsvis har kritik också riktats mot att det transaktionella ledarskapet i vissa studier inte ses som lika viktigt som det transformativa ledarskapet. Exempelvis pekar Vera och Crossan (2004) på att det i vissa situationer och kontexter kan det vara fördelaktigt med ett transformativt ledarskap, medan det i andra är bättre med ett transaktionellt ledarskap och Breevaart m.fl. (2014) visar att vissa transaktionella ledarbeteenden kan stimulera arbetsengagemang.

På senare år har en ny inriktning i ledarskapsforskningen fått stort genomslag. Denna inriktning fokuserar visserligen också på att identifiera det bästa ledarskapet för dagens föränderliga omvärld och organisationer, men inte primärt utifrån frågor om effektivitet och lönsamhet. I stället kretsar intresset kring ett ledarskap som bygger på etik, moral och goda värderingar. Inriktningen består egentligen av flera olika teorier, men den mest framträdande är troligen teorin om autentiskt ledarskap (Gardner m.fl., 2011) som i sig är en vidareutveckling av FRLM och den uppdelning som Bass gjorde mellan autentiska transformativa ledare och pseudo-transformativa ledare (Bass & Steidlmeier, 1999). Det finns idag flera varianter av autentiskt ledarskap som skiljer sig åt beroende på om autenticitet ses som ett personlighetsdrag hos ledaren eller som en interaktionsprocess vilken också involverar medarbetarna (Northouse, 2015). Den variant som ligger närmast den ovan beskrivna vidareutvecklingen av transformativt ledarskap har framförallt utvecklats av Bass kollega Avolio (se till exempel Avolio & Gardner, 2005). I denna version definieras autentiskt ledarskap som mönster av transparenta och etiska ledarbeteenden som uppmuntrar till öppenhet, informationsdelning och involvering av

medarbetarna (Avolio m.fl., 2009). Trots att det finns olika varianter av autentiskt ledarskap tycks några aspekter vara gemensamma. Enligt Avolio m.fl. (2009) finns det fyra komponenter som återkommer i definitioner:

- 1) genomtänkta beslut (eng. balanced process-ing) – det vill säga att ledaren objektivt analyserar relevanta fakta innan ett beslut fattas
- 2) moraliska värden (eng. internalized moral perspective) – det vill säga att ledarens beteende självregleras genom interna moraliska normer
- 3) öppenhet och transparens (eng. relational transparency) – det vill säga att ledaren visar sitt autentiska jag genom att öppet dela information och (för situationen lämpliga) känslor och
- 4) självmedvetenhet (eng. self-awareness) – det vill säga att ledaren uppvisar en förståelse för sina styrkor och svagheter. Autentiskt ledarskap är ännu en relativt ung inriktning och kräver mer forskning för att etablera sig inom området. Northouse (2015) pekar också på att flera av dess komponenter inte är tillräckligt utvecklade samt att det är oklart om och på vilket sätt autentiskt ledarskap bidrar till positiva effekter på organisationsnivå.

Ytterligare en teori som bygger på etik kallas ”Servant Leadership”, vilket närmast kan översättas som tjänande ledarskap. Begreppet myntades av Greenleaf i en essä från 1970 (Spears, 1995). Greenleaf argumenterade för att ledarens främsta ansvar är att tjäna medarbetarna genom att vårda och försvara dem samt ge dem självbestämmande (Yukl, 2013). Ett centralt mål för den tjänande ledaren är att skapa hälsosamma organisationer som främjar individens utveckling, stärker organisationens prestationer och slutligen också har en positiv påverkan på samhället. Enligt Spears (1995) finns det tio beteenden i Greenleafs texter som är centrala för utvecklingen av konceptet. Exempelvis ska ledaren lyssna på medarbetarnas åsikter, visa empati för medarbetarnas situation, visa förmåga att hjälpa medarbetarna att bli hela samt visa engagemang för deras andliga utveckling. Spears vidareutvecklade dock inte dessa kategorier till en teoretisk modell, utan såg dem snarare som ett heuristiskt ramverk. Det är först i början av 2000-talet

som andra forskare har påbörjat utvecklingen från löst kopplade begrepp och kategorier till en mer sammanhållen teori (van Dierendonck, 2011).

De olika formerna av etik och moralbaserat ledarskap som till exempel autentiskt ledarskap och tjänande ledarskap har också blivit kritiserade. Exempelvis pekar Alvesson (2019) på att inriktningen på ledarens moraliska ställningstaganden ofta har en starkt religiös överton. Ford och Harding (2011) konstaterar att det inte finns något utrymme i dessa teorier för självreflektion som kan avslöja sådant som inte är positivt. Ledaren tillåts med andra ord inte att ha någon mörk sida. Vidare riktas idag allt oftare också kritik mot att dessa teorier, tillsammans med FRLM tenderar att vara alltför ledarcentrerade och därmed inte i tillräckligt hög utsträckning inkluderar medarbetarnas betydelse för ledarskapet. Denna kritik har lett fram till ett växande intresse för mer relationsbaserade studier (Denis m.fl., 2012) som utgår ifrån att det också krävs ett medarbetarskap för att ett ledarskap ska fungera (Tengblad, 2003). Den relationsteori som har haft störst genomslag kallas ”Leader-Member Exchange Theory” (LMX). Den lanserades av Dansereau, Graen och Haga (1975) samt Graen och Cashman (1975) och har utvecklats av Graen och Uhl-Bien (Graen & Uhl-Bien, 1995). I LMX förstås ledarskap som en utbytesprocess mellan ledare och medarbetare i vad som brukar benämnas dyadiska relationer. Grundtanken inom teorin är att kvaliteten på relationen skapar utfall på individ-, grupp- och organisationsnivå. Relationerna mellan ledare och medarbetare beskrivs som ett antal relationer som kan indelas i två huvudgrupper: innegrupp och utegrupp. I innegruppen är relationerna mellan ledare och medarbetare nära och medarbetarna får mycket information, omtanke och har stora möjligheter att påverka. I utegruppen baseras relationerna i hög grad på den formella arbetsbeskrivningen och medarbetare i denna grupp interagerar mindre med ledaren och är inte lika delaktiga i beslutsfattande. Då studier har pekat på att medlemmar i innegruppen presterar bra, har

låg frånvaro och uppvisar större engagemang jämfört med medlemmar i utegruppen har slutsatsen dragits att ledaren bör arbeta för att involvera så många medarbetare som möjligt i innegruppen (Northouse, 2015). Graen och Uhl-Bien (1995) beskriver rörelsen från utegruppen till innegruppen som en process i tre faser: främlingsfasen, bekantskapsfasen och partnerskapsfasen. I främlingsfasen byggs relationen upp och medarbetaren försöker hitta sin roll gentemot ledaren. Bekantskapsfasen kännetecknas av att rollerna börjar etableras och utbytet med ledaren blir mer frekvent och av högre kvalitet. I den sista fasen ingår medarbetare och ledare ett moget partnerskap och utbytet är av hög kvalitet och sker ömsesidigt. LMX-teorin kan användas som ett analysverktyg för att hjälpa ledaren att förstå hur relationerna till olika medarbetare ser ut. När det gäller de mer normativa inslagen i teorin har dock kritik framförts mot att uppmuntrande av inne- och utegrupper riskerar att skapa ojämlika och orättvisa förhållanden på arbetsplatsen (Northouse, 2015). Vidare har teorin kritiserats för att inte förklara hur utbytesrelationerna utvecklas över tid och hur de påverkar varandra (Yukl, 2013) samt att kopplingen mellan LMX och organisatoriska utfall är otydlig (Avolio m.fl., 2009) och att teorin inte tar hänsyn till bredare sociala sammanhang (Hogg m.fl., 2005).

Hälsa och välbefinnande

På samma sätt som begreppet ledarskap är komplext och svårdefinierat är också begreppen hälsa och välbefinnande komplexa. Dels finns det en vardaglig förståelse för begreppen där hälsa och välbefinnande förstås som ”friskhet” eller att ”man mår bra”. Ibland kan man även tala om välmående som en mer övergripande term. Men det finns även mer akademiska och teoretiska förståelser för begreppen där dessa fylls med olika innehåll beroende på teoretiskt perspektiv. Här bör en åtskillnad göras mellan å ena sidan vad hälsa och välbefinnande är för något och å andra

sidan hur hälsa och välbefinnande mäts eller hur kunskap nås om dem.

Vad gäller begreppens innebörd går det att övergripande tala om två olika perspektiv: ett biomedicinskt perspektiv och ett humanistiskt perspektiv (Medin & Alexanderson, 2000). Inom respektive perspektiv finns flera olika teoribildningar, men förenklat kan man säga att i det biomedicinska perspektivet definieras en persons hälsa av dennes sjukdomar. Om en person har en diagnostiserbar sjukdom har personen inte hälsa, det vill säga att hälsa är frånvaro av sjukdom. Detta perspektiv har kritiserats av det humanistiska perspektivet för att vara förenklat och för fokuserat på fysiska manifestationer av sjukdom utan tillräcklig hänsyn till individens omgivning. I ett humanistiskt perspektiv särskiljs i stället begreppen hälsa och sjukdom och de betraktas inte som varandras motpoler utan som olika saker. Det medför att ur detta perspektiv kan en individ ha hälsa även vid sjukdom, om personen ändå kan nå sina mål i livet eller själva upplever välbefinnande.

Begreppen hälsa och välbefinnande används ibland som vore de samma sak, medan andra särskiljer begreppen. Ofta hänvisas till Världshälsoorganisationens klassiska beskrivning att hälsa består av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande (WHO, 1948). Andra menar i stället att hälsa bidrar till välbefinnande (Medin & Alexanderson, 2000). Ibland beskrivs välbefinnande som en allmän ”må bra”-känsla medan andra menar att välbefinnande består av flera olika aspekter som tillsammans utgör välbefinnande. Vad dessa aspekter är skiljer sig, men flera betonar tillfredsställelse med arbete och med livet (Cotton & Hart, 2003; Danna & Griffin, 1999; Horn m.fl., 2004), känslan av energi, lycka, glädje (Cotton & Hart, 2003; Horn m.fl., 2004; Van De Voorde m.fl., 2012) och hälsa eller frånvaro av ohälsa och stress (Cotton & Hart, 2003; Danna & Griffin, 1999; Horn m.fl., 2004; Van De Voorde m.fl., 2012).

Den teoretiska komplexitet som råder kring hälsa och välbefinnande gör att det är svårt att operationalisera och mäta dessa begrepp. Forskning om hälsa i arbetslivet har pågått i

mer än hundra år, även om det är först efter andra världskriget som forskningen har intensifierats (Aronsson, 1988). Detta hänger naturligtvis också samman med trender i samhället och nya principer för organisering. Flertalet instrument har utvecklats för att mäta allt från generell upplevelse av hälsa eller välbefinnande till förekomst om specifika symptom. Fokus i sådana instrument kan till exempel ligga på individens upplevelse av sitt allmäntillstånd, stress, besvär, åkommor, funktionsförmågor, välbefinnande, lycka och känslor, socialt samspel och så vidare. Forskning om hälsa och välbefinnande fokuserar alltså vanligtvis på att mäta dimensioner av, förutsättningar för, indikatorer på eller symptom på hälsa eller välbefinnande (Brülde & Tengland, 2003; McDowell, 2006). Det är dock ovanligt att forskning tydligt specificerar vilket teoretiskt hälsoperspektiv som används. I stället kan detta i bästa fall skyntas i argument och val av instrument för att mäta hälsa.

Gällande just operationaliseringen och mätningen av hälsa och välbefinnande, kan en särskiljning göras mellan om fokus ligger på besvär, stress och åkommor, eller om fokus snarare ligger på positiva yttringar (Antonovsky, 1996; Schaufeli, 2004). Med bas i det västerländska medicinska tänkandet har forskning om hälsa i arbetslivet traditionellt fokuserat på patogener och ohälsa, det vill säga risker och orsaker i arbetslivet som kan göra att människor far illa eller mår dåligt. Detta traditionella fokus på vad som orsakar besvär och åkommor i arbetslivet och därmed ökar risken för ohälsa har varit och är fortfarande det dominerande perspektivet. Sedan några decennier har det patogena fokuset dock utmanats, eller kanske snarare kompletterats, av ett fokus på salutogener och hälsa, det vill säga möjligheter och orsaker som främjar hälsa. Med inspiration från Antonovsky är grundtanken att det inte är tillräckligt att enbart leta efter och förhindra risker för ohälsa, utan att faktorer som kan främja hälsa också måste tillhandahållas och förstärkas. Ett sätt att mäta hälsa är således att undersöka förekomst av besvär och åkommor (patogent fokus), men

att mäta hälsa med fokus på positiva aspekter (salutogent fokus) är inte lika enkelt.

I studierna som ingår i den här kunskaps-sammanställningen används flera olika typer av mått på hälsa och välbefinnande, men det gemensamma är att alla försöker fånga dessa positiva, salutogena aspekter av hälsa och inte förekomsten av ohälsa. I vissa studier görs en teoretisk koppling och försök att fånga hälsa och välbefinnande i sin helhet, medan andra endast har en eller ett fåtal centrala aspekter som indikatorer på hälsa och välbefinnande, till exempel arbetstillfredsställelse. I vissa fokuseras arbetsrelaterade indikatorer, som till exempel arbetstillfredsställelse men även arbetsengagemang (eng. work engagement) används som ett mått på arbetsrelaterat välbefinnande, då det är kopplat till hög aktivitet och arbetsglädje och hävdas vara motpolen till utbrändhet (González-Romá m.fl., 2006). Andra fokuserar på hälsa och välbefinnande mer generellt, som till exempel livskvalitet men även KASAM, eller känsla av sammanhang, vilket är ett begrepp som beskriver en individuell inställning till och resurs för att hantera livshändelser och upprätthålla hälsa (Antonovsky, 1996).

På grund av den komplexitet som råder kring begreppen hälsa och välbefinnande, och relationen dem emellan, och eftersom studierna som ingår i sammanställningen mäter olika indikatorer på dessa begrepp, väljer vi att benämna dessa som hälsorelaterade utfall. Med det menar vi att det som undersöks handlar om och fångar in relevanta delar av hälsa och välbefinnande, men det är sällan begreppen i sin helhet (och därmed inte samma sak som hälsa och välbefinnande). Vi använder även begreppen hälsa och välbefinnande som en mer övergripande term för forskningsområdet.

Ledarskap för hälsa och välbefinnande i arbetslivet

Ledarskap som främjar anställdas hälsa och välbefinnande kan ges olika innebörd (Eriksson, 2011). Det kan handla om ledare som genom sina beteenden och ledarstil främjar hälsa och välbefinnande hos medarbetare. Det kan också handla om ledare som ordnar och uppmontrar olika typer av hälsofrämjande aktiviteter (till exempel deltagande i friskvårdsaktiviteter). Vidare kan det även handla om ledare som skapar hälsofrämjande arbetsmiljöer (till exempel genom hur arbetet organiseras). Denna distinktion följer det som i föregående avsnitt beskrivs som direkt och indirekt ledarskap, där den första innebörden är mer direkt, medan de två senare är mer indirekta.

Studier av ledarskap för hälsa i arbetslivet där fokus ligger på det första synsättet på ledarskap för hälsa och välbefinnande brukar ofta beskrivas som ett relativt nytt forskningsfält (Nyberg, 2008, 2009). Ledarskapets betydelse har undersökts under flera decennier, men oftast i relation till resultat, effektivitet eller produktivitet. Även utfall som arbetstillfredsställelse har emellanåt undersökts (se till exempel Gerstener och Days (1997) litteraturöversikt över betydelsen av LMX där hälso-perspektiv endast representeras av arbetstillfredsställelse). Den mer tydliga kopplingen till och inramningen av hälsa och hälso-perspektiv är dock nyare och något som växer fram omkring millennieskiftet (Nyberg, 2008, 2009). Tre litteraturöversikter publiceras på engelska år 2005, 2008 och 2010 och det är framförallt några år efter dessa som antalet studier inom området börjar öka i antal. I den första litteraturöversikten (Nyberg m.fl., 2005) konstateras att fältet är spretigt med olika ledarskapsteorier och olika perspektiv på hälsa, men den visar att det finns en relation mellan ledarskap och hälsa även om den är förhållandevis svag och att ledarskap sannolikt har en större betydelse indirekt via andra arbetsvillkor. Den andra översikten (Kuoppala m.fl., 2008) hade en bredare ingång och undersökte ledarskap i relation till välbefinnande, prestation, hälsa

och arbetsförmåga – totalt 109 granskade artiklar, medan den senare översikten (Skakon m.fl., 2010) hade en mer avgränsad ingång till enbart stress och välbefinnande – totalt 49 granskade artiklar. Sinsemellan har de gått igenom litteratur mellan 1970 fram till juli 2009. Båda visar att majoriteten av studierna är tvärsnittsstudier, ofta publicerade efter 2000, att det finns ett samband mellan ledarstilar och olika hälsorelaterade utfall, och båda påtalar behovet av fler longitudinella studier av god kvalitet. Skakon tar även upp behovet av fler kvalitativa studier, användning av standardiserade instrument och ökad förståelse för processen mellan ledarskap och hälsa (alltså inte bara fokus på hur stark relationen är utan även varför eller på vilket sätt ledarskapet har betydelse).

De senaste åren har fler litteraturöversikter och metaanalyser publicerats som granskar relationen mellan ledarens beteenden eller stilar och anställdas hälsa och välbefinnande. I en litteraturöversikt granskar Arnold (2017) transformativt ledarskap i relation till anställdas positiva eller negativa välbefinnande. Litteraturen spänner mellan januari 1980 till december 2015 och totalt granskas 40 artiklar. Slutsatsen är att transformativt ledarskap är kopplat till anställdas välbefinnande, direkt eller indirekt via andra faktorer. I en metaanalys (Harms m.fl., 2017) granskas transformativt ledarskap, LMX och missbrukande ledarskap (en form av destruktivt ledarskap) i relation till anställdas stress och utbrändhet. Resultaten visade att transformativt ledarskap och LMX minskade stress och utbrändhet hos anställda, medan missbrukande ledarskap ökade detta. Underlaget för analysen sträckte sig mellan 1982 till 2016 och totalt ingick 162 artiklar. I en annan metaanalys granskar Montano m.fl. (2017) ledarskap i relation till anställdas mentala hälsa. Litteraturen spänner mellan januari 2000 och augusti 2014 och omfattar totalt 144 granskade artiklar. Resultaten visar att transformativt ledarskap, hög grad av uppgifts- och relationsinriktat ledarskap liksom god kvalitet i interaktionen mellan ledare och anställd är kopplat till anställdas mentala

hälsa, medan destruktivt ledarskap är kopplat till ohälsa. I den senaste litteraturöversikten (Inceoglu m.fl., 2018) undersöktes positiva ledarskapsbeteenden och ledarskapsstilar i relation till anställdas välbefinnande, men omfattade endast empiriska studier som också undersökte den indirekta betydelsen av ledarskapet via andra faktorer, det vill säga studier som inkluderade mediatorer. Den litteratur som granskades sträckte sig fram till februari 2017 och bestod av 71 granskade artiklar. Deras granskning visar att det ofta är positiva former av välbefinnande som undersöks, särskilt med mentalt eller emotionellt fokus och i mindre utsträckning fysiskt välbefinnande. I litteraturöversikten delar de in mediatorerna i fem olika kategorier och visar att socialkognitiva (till exempel upplevd kompetens), motiverande (till exempel beslutsutrymme) och relationella (till exempel socialt stöd) undersökts mest, medan emotionella (till exempel tillfredsställelse) och identifikationsmediatorer (till exempel identifiering med organisationen) undersökts i mindre utsträckning. De finner en ganska splittrad bild i materialet, men visar att det främst är förändringsorienterat ledarskap (till exempel transformativt ledarskap) som undersökts i relation till anställdas

välbefinnande (till exempel arbetstillfredsställelse) och att denna relation medieras av socialkognitiva eller relationella mediatorer.

Gemensamt för tidigare litteraturöversikter och metaanalyser är att de efterfrågar fler longitudinella studier med god kvalitet och med data från flera olika källor samt att processen för hur ledarskapet verkar (mediatorer) och kontextens roll (som till exempel moderatorer) för relationen mellan ledarskap och välbefinnande behöver studeras mer. Arnold (2017), Harms m.fl. (2017) och Inceoglu m.fl. (2018) tar även upp att hälsa och välbefinnande är flerdimensionella begrepp och studier behöver tydliggöra att måtten som används inte fångar alla dimensioner (bara för att ledarskap är kopplat till ett visst mått betyder det inte att det är kopplat till hela fenomenet och att olika beteenden kan vara kopplade till olika dimensioner av hälsa eller välbefinnande). Arnold (2017) som specifikt granskat transformativt ledarskap menar att de fyra transformativa ledarbeteendena behöver studeras mer. Arnold (2017) och Inceoglu m.fl. (2018) framhåller även att mer komplexa modeller behövs för att förstå relationen mellan ledarskap och anställdas hälsa, både på kort och på lång sikt.

3. Resultat

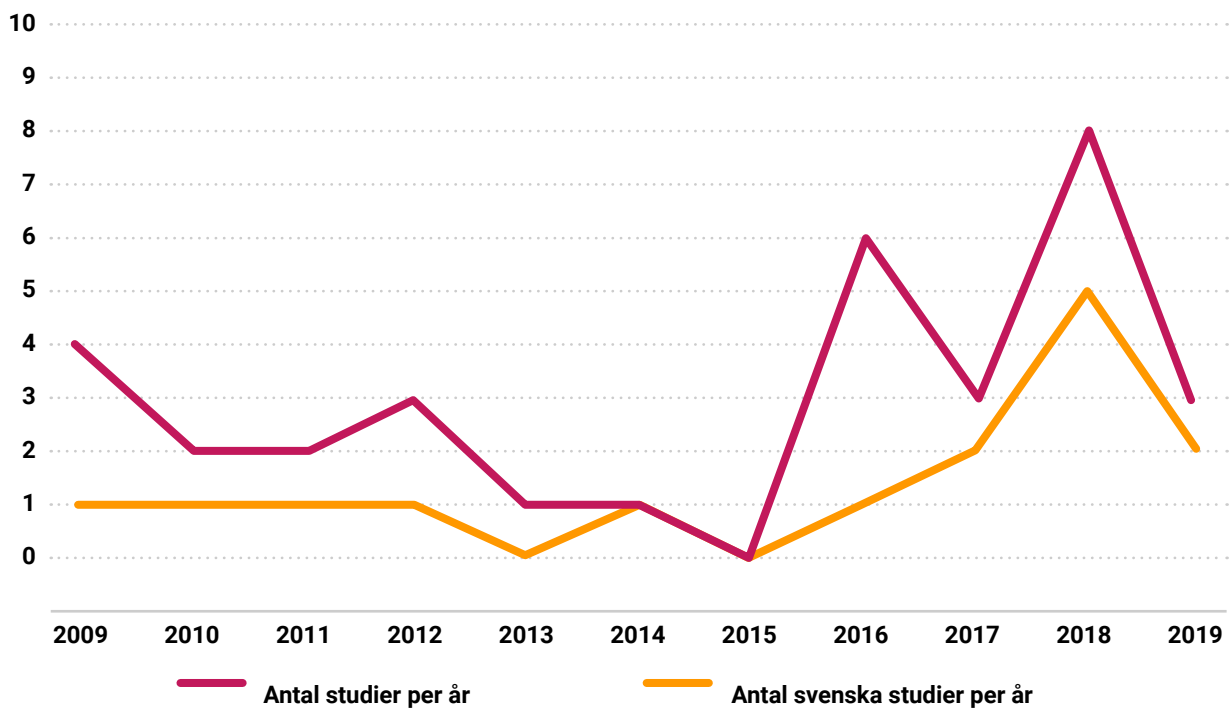
I detta kapitel beskrivs de studier som ingår i denna kunskapssammanställning och det resultat de visar. Inledningsvis ges övergripande information om studierna och därefter presenteras en djupare beskrivning av deras rön. Här redovisas först studier baserade på en kvantitativ ansats och sedan studier baserade på en kvalitativ ansats. Den fördjupade beskrivningen av de kvantitativa studierna struktureras utifrån den ledarskapsteori eller det ledarskapsperspektiv som använts i studierna. Den fördjupade beskrivningen av de kvalitativa studierna struktureras utifrån induktivt genererade kategorier. Den metod som använts för att samla in och analysera materialet beskrivs utförligt i Bilaga 1.

Övergripande information om ingående studier

I denna kunskapssammanställning ingår 33 studier som uppfyllt de inklusionskriterier som ställts upp, det vill säga vetenskapligt granskade artiklar med empiriskt material från en nordisk kontext. Studierna är alla publicerade mellan åren 2009 och 2019 (se figur 1), där flest studier är publicerade 2018. Överlag följer den svenska publiceringen den totala trenden förutom år 2016.

I tabell 1 redovisas de tidskrifter där kunskapssammanställningens studier är publicerade. Här framgår att studierna är publicerade i 24 olika tidskrifter. Endast tre tidskrifter har tre publikationer.

Figur 1: Antal publicerade studier per år (totalt och antal svenska studier)



Tabell 1: Antal publikationer per tidskrift

Tidskrift	Antal
Applied Psychology-Health and Well Being	1
Burnout Research	1
European Journal of Work and Organizational Psychology	1
Health Promotion International	1
International Journal of Disability Management	1
International Journal of Nursing Studies	1
International Journal of Workplace Health Management	3
International maritime health	1
Journal of Advanced Nursing	1
Journal of Leadership & Organizational Studies	2
Journal of Management and Organization	1
Journal of Managerial Psychology	1
Journal of Nursing Management	1
Journal of Occupational and Environmental Medicine	1
Journal of Occupational and Organizational Psychology	1
Leadership & Organization Development Journal	1
Leadership Quarterly	1
PLoS ONE	2
Safety Science	1
Scandinavian Journal of Public Health	1
Society Health & Vulnerability	1
Stress and Health	2
Work	3
Work and Stress	3
Totalt	33

Tabell 2: Antal publikationer per land och genomförd design

Ansats	Design	Sverige	Danmark	Finland	Norge	Totalt
Kvantitativ	Longitudinell	5	6	1	1	13
	Tvårsnitt	7	3	4	1	15
Kvalitativ	Tvårsnitt	3	1	0	1	5
Totalt		15	10	5	3	33

Detta kan ses som en indikation på spridningen inom fältet. Noteras bör dock att detta endast rör studier som ingår i denna kunskapssammanställning, det vill säga studier som undersöker konstruktivt eller positivt ledarskap och dess relation till positiv hälsa och välbefinnande hos medarbetare i en nordisk kontext och med en hög eller medelhög kvalitet. Det kan mycket väl vara så att flertalet av tidskrifterna har publicerat studier som inte ingår i denna sammanställning, till exempel om fokus är på ohälsa och stress.

Den geografiska avgränsning som gjordes för kunskapssammanställningen var att data skulle ha samlats in inom ramen för en nordisk kontext. Som tabell 2 visar är flest studier genomförda i Sverige och ingen studie är genomförd på Island. Det bör dock förtydligas att fyra studier är genomförda i flera länder. Två av de studier som står som svenska innefattar också data från Norge, en studie från Danmark innefattar också material från Storbritannien samt en av studierna som kommer från Finland innefattar material från flera europeiska länder. Tabell 2 ger därför endast en ungefärlig bild av spridningen mellan länderna.

Fördjupad beskrivning av ingående kvantitativa studier

Nedan presenteras de kvantitativa studier som ingår i kunskapssammanställningen alltefter vilket ledarskapsperspektiv som används och undersöks i respektive studie. Totalt är det flera olika ledarskapsteorier och ledarskapsperspektiv som undersöks och dessa har sorterats

in under åtta olika rubriker. På samma sätt är det flera olika typer av hälsorelaterade utfall som undersökts, där de vanligaste mäter allmänt hälsotillstånd, välbefinnande eller arbetstillfredsställelse. I avsnittet presenteras först vilka ledarskapsteorier som har samband med vilket hälsoutfall, därefter ges en övergripande sammanfattning av vad de kvantitativa studierna visar i sin helhet. I de fall en studie undersöker flera olika ledarskapsteorier presenteras studien under flera rubriker.

Transformativt ledarskap

Transformativt ledarskap är en av beteendestilarna i den så kallade "Full-Range of Leadership Model", tillsammans med transaktionellt ledarskap och laissez-faire (Bass & Riggio, 2006). Enligt teorin består transformativt ledarskap av fyra ledarstilar, som till exempel fokus på vision och inspiration, visa hänsyn till medarbetarnas behov (se kapitel 2). Elva studier i kunskapssammanställningen utgår från transformativt ledarskap som ledarskapsperspektiv. Av dessa är tre från Sverige, fem från Danmark, två från Finland och en internationell studie med data bland annat från Finland och Norge (se tabell 3). Sex av studierna är av longitudinell design medan fem är av tvärsnittsdesign. Ingen av studierna använder sig av hela teorin, utan mäter enbart transformativt ledarskap. Ingen studie undersöker heller de olika ledarbeteendena utan enbart transformativt ledarskap som en sammanslagen variabel. Dessa studier visar att det finns samband mellan transformativt ledarskap och medarbetarnas egenskattade välbefinnande (Holten m.fl., 2018; K. Nielsen & Daniels, 2012; Perko m.fl., 2016),

Tabell 3: Transformativt ledarskap och hälsorelaterat utfall

Referens	Land	Design	Samband bivariat	Samband slutmodell	Mediering	Population
Holten m.fl. (2018)	Danmark	Longitudinell	Ja	Ja	Ej undersökt	2947 anställda i 35 kommuner. 92 % kvinnor.
Lundmark m.fl. (2017)	Sverige	Tvärsnitt	Ja, delvis	Nej	Ja	180 tjänstemän i en organisation. 59 % kvinnor.
Mauno m.fl. (2016)	Finland	Tvärsnitt	Ja	Ja	Ej undersökt	3466 sjuksköterskor i Finland. 89 % kvinnor.
Munir m.fl. (2012)	Danmark	Longitudinell	Ja	Ja, delvis	Ja	188 anställda inom offentlig äldreomsorg. 93 % kvinnor.
K. Nielsen & Daniels (2012)	Danmark	Tvärsnitt	Ja	Ja, delvis	Ja	425 anställda inom offentlig äldreomsorg samt privat bokföringsföretag. 72 % kvinnor.
K. Nielsen & Munir (2009)	Danmark	Longitudinell	Ja	Ja, delvis	Ja	188 anställda inom offentlig äldreomsorg. 93 % kvinnor.
K. Nielsen m.fl. (2009)	Danmark	Tvärsnitt	Ja	Ja, delvis	Ja	274 anställda inom offentlig äldreomsorg. 91 % kvinnor.
Perko m.fl. (2016)	Finland	Longitudinell	Ja	Ja	Ej undersökt	262 anställda i offentlig sektor. 88 % kvinnor.
Tafvelin, Hasson, m.fl. (2019)	Sverige	Longitudinell	Ej redovisat	Ja	Ej undersökt	211 anställda i skogsföretag. 18 % kvinnor.
Tafvelin m.fl. (2011)	Sverige	Longitudinell	Ja	Nej	Ja	158 slumpmässigt utvalda anställda i kommunal social service. 79 % kvinnor.
van Dick m.fl. (2018)	FI/NO/EU	Tvärsnitt	Ja	Ja	Ej undersökt	5290 anställda i 20 länder. 53 % kvinnor.

arbetstillfredsställelse (Holten m.fl., 2018; Munir m.fl., 2012; K. Nielsen m.fl., 2009; Tafvelin, Hasson, m.fl., 2019; van Dick m.fl., 2018) och arbetsengagemang (Mauno m.fl., 2016). Sex studier fann inte statistiskt signifikanta samband mellan transformativt ledarskap och hälsa (Holten m.fl., 2018; Lundmark m.fl., 2017), välbefinnande (Munir m.fl., 2012; K. Nielsen m.fl., 2009; Tafvelin m.fl., 2011), arbetstillfredsställelse (K. Nielsen & Daniels, 2012) och arbetsförmåga (Lundmark m.fl., 2017).

Studierna har framförallt genomförts i offentlig sektor, särskilt inom äldreomsorgen, med ett kvinnodominerat underlag. En studie är gjord i en mansdominerad organisation (skogsindustrin), en i en jämställd tjänstemannaorganisation och en studie är genomförd i flera

olika länder med en jämn könsfördelning. De flesta studier har ett underlag på omkring 200 deltagare, men tre studier har ett underlag på flera tusen deltagare.

I flera av studierna undersöks även om andra faktorer medierar relationen mellan ledarskap och hälsoutfall, det vill säga om ledarskap även har en indirekt betydelse. Dessa studier visar att faktorer som innovationsklimat (Tafvelin m.fl., 2011), interventionsledarskap (Lundmark m.fl., 2017), konflikt mellan arbete och privatliv (Munir m.fl., 2012), meningsfullt arbete (K. Nielsen & Daniels, 2012), socialt stöd (K. Nielsen & Daniels, 2012), samarbete (K. Nielsen & Daniels, 2012), rollkonflikt (K. Nielsen & Daniels, 2012), individens tilltro till sig själv (eng. self-efficacy) (K. Nielsen

m.fl., 2009; K. Nielsen & Munir, 2009) samt gruppens tilltro sig själv (eng. team efficacy) (K. Nielsen m.fl., 2009) medierar relationen. En studie finner även att relationen mellan transformativt ledarskap och välbefinnande medieras vid en tidpunkt men inte vid en annan (K. Nielsen & Munir, 2009). Med andra ord visar dessa studier att transformativt ledarskap inte har någon direkt betydelse för medarbetarnas välbefinnande, utan att ledarskap snarare har betydelse för andra faktorer i arbetsmiljön som i sin tur har betydelse för de anställdas hälsa och välbefinnande.

Etik- och moralbaserat ledarskap

Autentiskt respektive tjänande ledarskap är två ledarskapsteorier som handlar om vikten av etik- och moralbaserat ledarskap (Avolio & Gardner, 2005; Northouse, 2015; Spears, 1995). Tre studier i kunskapssammanställningen använder sig av autentisk ledarskapsteori, där en studie är från Finland, en från Norge och en internationell med data bland annat från Finland och Norge (se tabell 4). Av dessa är en longitudinell och två är av tvärsnittsdesign. En studie från Finland använder sig av teorin om tjänande ledarskap. Studien är av longitudinell design men relationen mellan ledarskap och hälsa testas enbart tvärsnittligt. Både autentiskt ledarskap och tjänande ledarskap

består av underdimensioner, men ingen av studierna använder sig av dessa underdimensioner. Sammantaget visar studierna att det finns samband mellan autentiskt ledarskap och välbefinnande (Perko m.fl., 2016) och arbetstillfredsställelse (van Dick m.fl., 2018). En studie visar inget samband för hela den undersökta gruppen men finner samband mellan autentiskt ledarskap och arbetstillfredsställelse för en undergrupp (M. B. Nielsen m.fl., 2013). Studien om tjänande ledarskap visar att det finns samband mellan denna ledarskapsteori och arbetsengagemang (eng. work engagement) samt livstillfredsställelse (Upadyaya m.fl., 2016).

Studierna är genomförda i olika typer av kontexter med en studie från kvinnodominerad offentlig sektor, en studie från mansdominerad sjöbesättning (M. B. Nielsen m.fl., 2013) och en studie är genomförd i flera olika länder med en jämn könsfördelning. Studien om tjänande ledarskap är genomförd i tre organisationer med en jämn könsfördelning. Studierna har ganska många deltagare, där enbart en studie har färre än 400 deltagare. Samtliga studier undersöker enbart den direkta relationen mellan ledarskap och välbefinnande och eventuella indirekta effekter (så kallade mediatorer) av ledarskapet undersöks inte.

Tabell 4: Etik- och moralbaserat ledarskap och hälsorelaterat utfall

Referens	Land	Design	Samband bivariat	Samband slutmodell	Mediering	Population
Autentiskt						
M. B. Nielsen, Bergheim, m.fl. (2013)	Norge	Tvärsnitt	Ja	Ja, delvis	Ej undersökt	464 sjömän. 1 % kvinnor.
Perko m.fl. (2016)	Finland	Longitudinell	Ja, delvis	Ja	Ej undersökt	262 anställda i offentlig sektor. 88 % kvinnor.
van Dick m.fl. (2018)	FI/NO/EU	Tvärsnitt	Ja	Ja	Ej undersökt	5290 anställda i 20 länder. 53 % kvinnor.
Tjänande						
Upadyaya m.fl. (2016)	Finland	Tvärsnitt (Longitudinell)	Ja	Ja	Ej undersökt	1415 anställda i tre organisationer. 59 % kvinnor.

Uppgifts- och relationsorienterat ledarskap samt LMX

Uppgifts- och relationsorienterat ledarskap är en teoribildning som växte fram under 1950-talet och fokuserar på två olika stilar: grad av fokus på uppgiften och strukturen för måluppfyllnad eller fokus på människorna och gruppen som skulle genomföra uppgiften (Blake & Mouton, 1964; House & Aditya, 1997). Varje ledare kan således klassas i olika kombinationer av dessa två beteendestilar. LMX är en teoribildning som växte fram under 1970-talet i ett försök att fokusera mindre på ledarens beteenden och mer på relationen mellan ledare och följare och det utbyte som sker i denna relation (Graen & Uhl-Bien, 1995).

I den här kunskapssammanställningen är det en studie som använder sig av uppgifts- och relationsorienterad ledarskapsteori och en studie som använder sig av LMX (se tabell 5). I studien om uppgifts- och relationsorienterat ledarskap undersöks kombinationer av ledarstilarna (hög-hög, hög-låg, låg-hög och låg-låg) mot välbefinnande i termer av KASAM och finner inget statistiskt signifikant samband (Svensson m.fl., 2018). Undersökningen är genomförd med en tvärsnittsdesign på en myndighet med jämn könsfördelning bland undersökningdeltagarna. Studien som använder LMX-teorin är en internationell studie med data från bland annat Finland och Norge och är genomförd med ungefär 5300 deltagare och med jämn könsfördelning (van Dick m.fl., 2018). Studien är av tvärsnittsdesign och visar att det finns ett samband mellan LMX och

arbetstillfredsställelse. Ingen av studierna undersöker eventuella medierande faktorer utan enbart den direkta relationen mellan ledarskap och hälsorelaterat utfall.

Stödjande ledarskap

Sju studier i den här kunskapssammanställningen har använt eller bygger på två breda undersökningsinstrument som mäter en rad olika psykosociala arbetsmiljöfaktorer; QPS Nordic (Lindström & Nordic Council of Ministers, 2000) respektive COPSOQ (Berthelsen, 2014). Det ledarskap som mäts i dessa båda instrument är inte regelrätta teoribildningar om ledarskap, utan snarare empiriskt framtagna frågor av relevans för medarbetares hälsa och välbefinnande. Dessa mäter bland annat aspekter som rättvisa, uppmärksamhet och stöd. Av dessa sju studier är fyra från Sverige, två från Danmark och en från Norge (se tabell 6). Fyra studier är av longitudinell design och tre är av tvärsnittsdesign. En studie särskiljer mellan stödjande och utvecklingsorienterat ledarskap (Ljungblad m.fl., 2014), övriga studier använder sig av en sammanslagen ledarskapsvariabel. Dessa studier visar att det finns ett samband mellan stödjande ledarskap och arbetstillfredsställelse (Berthelsen m.fl., 2018), mening i arbetet (Clausen & Borg, 2011), välbefinnande (Finne m.fl., 2016) och livskvalitet (Lohela m.fl., 2009). Tre studier fann inte statistiskt signifikanta samband mellan stödjande ledarskap och mental hälsa (Burr m.fl., 2010), vitalitet (Burr m.fl., 2010), självskattad hälsa

Tabell 5: Uppgifts- och relationsorienterat ledarskap, LMX och hälsorelaterat utfall

Referens	Land	Design	Samband bivariat	Samband slutmodell	Mediering	Population
Uppgift /relation						
Svensson m.fl. (2018)	Sverige	Tvärsnitt	Ej redovisat	Nej	Ej undersökt	502 anställda vid en myndighet. 39 % kvinnor.
LMX						
van Dick m.fl. (2018)	FI/NO/EU	Tvärsnitt	Ja	Ja	Ej undersökt	5290 anställda i 20 länder. 53 % kvinnor.

Tabell 6: Stödande ledarskap och hälsorelaterat utfall

Referens	Land	Design	Samband bivariat	Samband slutmodell	Mediering	Population
Berthelsen m.fl. (2018)	Sverige	Tvärsnitt	Ja	Ja, delvis	Ja, delvis	1345 anställda inom tandvård i 4 regioner. 90 % kvinnor.
Burr m.fl. (2010)	Danmark	Longitudinell	Ej redovisat	Nej	Ej undersökt	3552 slumpmässigt valda anställda ur befolkningen. Könsfördelning anges ej.
Clausen & Borg (2011)	Danmark	Longitudinell	Ja	Ja	Ej undersökt	6299 anställda inom offentlig äldreomsorg i 35 kommuner. 96 % kvinnor.
Finne m.fl. (2016)	Norge	Longitudinell	Ja	Ja	Ej undersökt	4158 anställda i 63 organisationer. 60 % kvinnor.
Hagqvist m.fl. (2018)	Sverige	Tvärsnitt	Ja	Nej	Ej undersökt	379 anställda i kommuner och landsting. 82 % kvinnor.
Ljungblad m.fl. (2014)	Sverige	Tvärsnitt	Ja (på 1 av 4 frågor)	Nej	Ja	Anställda i 60 slumpmässigt valda kommuner. 93 % kvinnor.
Lohela m.fl. (2009)	Sverige	Longitudinell	Ej redovisat	Ja	Ej undersökt	1212 anställda i fyra organisationer. 14 % kvinnor.

Referens	Land	Design	Skillnad t1-t2	Skillnad mot kontrollgrupp	Population
Hansen m.fl. (2016)	SV/NO	Kvasi	I ledarskap hos norska deltagare, ej hos svenska och ej i hälsa	Nej	179 anställda i 34 småföretag. Könsfördelning anges ej.

(Hagqvist m.fl., 2018; Ljungblad m.fl., 2014) och välbefinnande (Hagqvist m.fl., 2018). En studie är oklar över sambandet mellan stödande ledarskap och arbetsförmåga (Berthelsen m.fl., 2018). Fyra av studierna är genomförda i vårdorganisationer med en överrepresentation av kvinnor, en studie är genomförd i fyra organisationer med överrepresentation av män, en är genomförd i 63 organisationer med jämn könsfördelning och

en studie ger ingen information om kontext eller könsfördelning bland respondenterna. Studierna har ganska många deltagare, där enbart en studie har färre än 1000 deltagare. Två studier undersöker även om det finns en indirekt relation mellan ledarskap och hälso-utfall. En studie visar att ledarskap medieras av stödande klimat och hälsofrämjande aktiviteter (Ljungblad m.fl., 2014), medan en annan visar att arbetstillfredsställelse medieras

av interpersonella (till exempel socialt stöd) och uppgiftsrelaterade (till exempel inflytande) resurser samt att relationen mellan ledarskap och arbetsförmåga medieras av arbetstillfredsställelse, interpersonella och uppgiftsrelaterade resurser (Berthelsen m.fl., 2018).

En studie rapporterar även resultatet av en kvasi-experimentell ledarskapsintervention utförd i Sverige och Norge med 179 deltagare från 34 olika småföretag (Hansen m.fl., 2016). Interventionen gick ut på att öka ledarens kunskap om hälsofrämjande ledarskap. Studien mätte bland annat ledarskap och hälsa före och efter interventionen och resultatet visade att ledarskapet skattades statistiskt signifikant högre efter interventionen för gruppen i Norge, men inte i Sverige. Resultatet visade även att hälsa inte skilde sig statistiskt signifikant före och efter interventionen. Inga statistiskt signifikanta skillnader fanns mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp.

Interventionsledarskap

Fyra av studierna i kunskapssammanställningen undersöker ett ledarskap som kan kallas interventionsledarskap (se tabell 7). Detta är ingen utvecklad teori om ledarskap, utan handlar snarare om hur ledaren agerar och ger stöd åt en pågående intervention. En studie (K. Nielsen & Randall, 2009) har en utvecklad skala med flera frågor om detta som används

också i en annan studie (Lundmark m.fl., 2017). Den tredje studien utgår från transformativt ledarskap men riktar frågorna till just den specifika interventionen (Lundmark m.fl., 2018) och den fjärde studien frågar om i vilken utsträckning ledaren uppmuntrar interventionen (Tafvelin, von Thiele Schwarz, m.fl., 2019). Av studierna är tre från Sverige och en från Danmark och tre har longitudinell design och en har tvärsnittsdesign. En studie finner att ledarskap har en statistiskt signifikant relation till hälsa och till arbetsförmåga (Lundmark m.fl., 2017), medan övriga inte finner statistiskt signifikanta relationer. Studierna undersöker också den indirekta relationen och två studier finner att sambandet medieras av andra faktorer som till exempel delaktighet (Tafvelin, von Thiele Schwarz, m.fl., 2019) och meningsfullt arbete, rolltydighet och socialt stöd (K. Nielsen & Randall, 2009). Två studier finner att interventionsinriktat ledarskap inte har någon relation till arbetstillfredsställelse (Lundmark m.fl., 2018) eller arbetsförmåga (Tafvelin, von Thiele Schwarz, m.fl., 2019) varken direkt eller indirekt. En studie undersöker även reciproka samband, det vill säga huruvida medarbetarnas arbetstillfredsställelse eller arbetsförmåga har samband med senare utövat interventionsledarskap och visar att sådana samband inte finns (Tafvelin, von Thiele Schwarz, m.fl., 2019). Två av studierna är gjorda inom omsorg med

Tabell 7: Interventionsledarskap och hälsorelaterat utfall

Referens	Land	Design	Samband bivariat	Samband slutmodell	Mediering	Population
Lundmark m.fl. (2017)	Sverige	Longitudinell	Ja	Ja	Nej	180 tjänstemän i en organisation. 59 % kvinnor.
Lundmark m.fl. (2018)	Sverige	Tvärsnitt	Ja	Nej	Nej	90 anställda i en industriorganisation. 24 % kvinnor.
K. Nielsen & Randall (2009)	Danmark	Longitudinell	Ja	Nej	Ja	188 anställda inom äldreomsorg i två organisationer. 93 % kvinnor.
Tafvelin, von Thiele Schwarz, m.fl. (2019)	Sverige	Longitudinell	Ja	Nej	Ja	159 anställda vid sjukhus. 94 % kvinnor.

en överrepresentation av kvinnor, en inom industri med överrepresentation av män, en är genomförd i en tjänstemannaorganisation med jämn könsfördelning och studierna har alla färre än 200 undersökningsdeltagare.

Andra ledarskapsbeteenden

Fyra studier i kunskapssammanställningen har använt ledarskapsperspektiv som inte tydligt kan placeras under övriga rubriker (se tabell 8). En studie från Sverige (med data också från Finland och Tyskland) undersöker vad de kallar för uppmärksamt ledarskap (eng. ”attentive”) och handlar om den generella atmosfären, idéutveckling, uppskattning och rättvisa (Westerlund m.fl., 2010). I en studie från Danmark (med data också från Storbritannien) undersöker de hälso- och säkerhetsfrämjande ledarskap, det vill säga ledarskap som rör hälsa och säkerhetsfrågor (K. Nielsen m.fl., 2019). I en studie från Finland undersöks välvilligt ledarskap (eng. ”benevolent”) som handlar om hur ledaren visar omtanke och välvilja mot medarbetarna (Nie & Lämsä, 2018). I en internationell studie med data bland annat från Finland och Norge undersöks identitetsledarskap som handlar om hur ledaren formar tillhörighet och identitet (van Dick m.fl., 2018). Samtliga studier visar att det finns ett statistiskt signifikant samband mellan ledarskap och självskattad hälsa (K. Nielsen m.fl., 2019; Westerlund m.fl., 2010) och arbetstillfreds-

ställelse (Nie & Lämsä, 2018; van Dick m.fl., 2018). Tre av studierna är genomförda med deltagare från olika organisationer där en har en överrepresentation av män, medan två har en jämn könsfördelning. En studie är genomförd i ett skogsföretag där könsfördelningen varierar beroende på anställning (mansdominans bland kollektivanställda och jämn könsfördelning bland tjänstemän). Samtliga studier är genomförda med tvärsnittsdesign. En studie undersöker och visar att ledarskap också är indirekt relaterat till självskattad hälsa, det vill säga att ledarskap har ett direkt samband liksom att ledarskap har betydelse för medarbetares hälsa genom att minska upplevelsen av att vara isolerad/ensam (K. Nielsen m.fl., 2019).

Sammanfattning av ingående kvantitativa studier

För att sammanfatta de kvantitativa studierna som ingår i kunskapssammanställningen, utgörs det mest välanvända och undersökta ledarskapsmättet av transformativt ledarskap följt av stödjande ledarskap. Den äldre modellen som undersöker uppgifts- och relationsorienterat ledarskap undersöks endast i en studie. Teorier som till exempel tjänande ledarskap eller autentiskt ledarskap har använts i lägre utsträckning. Sju av elva studier finner samband mellan transformativt ledarskap och hälsorelaterade utfall, där fem av dessa är longitudinella. Fyra av sju studier finner samband mellan

Tabell 8: Andra ledarskapsbeteenden och hälsorelaterat utfall

Referens	Land	Design	Samband bivariat	Samband slutmodell	Mediering	Population
Nie & Lämsä (2018)	Finland	Tvärsnitt	Ja	Ja	Ej undersökt	117 anställda. 41 % kvinnor.
K. Nielsen m.fl. (2019)	DK/UK	Tvärsnitt	Ja	Ja	Ja, delvis	734 anställda i 11 organisationer. 4 % kvinnor.
van Dick m.fl. (2018)	FI/NO/EU	Tvärsnitt	Ja	Ja	Ej undersökt	5290 anställda i 20 länder. 53 % kvinnor.
Westerlund m.fl. (2010)	Sverige	Tvärsnitt	Ja	Ja	Ej undersökt	12622 (varav 10384 i SV och FI) anställda i ett skogsföretag. Ca 14 % kvinnor bland kollektivanställda, 40-50 % kvinnor bland tjänstemän.

stödande ledarskap och hälsorelaterade utfall, där tre är longitudinella. Även om det är färre som undersöker autentiskt ledarskap, tjänande ledarskap eller LMX finner dessa statistiskt signifikanta samband. Det mest undersökta hälsorelaterade utfallsmåttet är arbetstillfredsställelse följt av välbefinnande. Sju av elva studier finner ett samband mellan ledarskap och arbetstillfredsställelse där fyra av dessa är longitudinella, liksom att sex av nio undersökningar finner samband till välbefinnande där tre av dessa är longitudinella. Även om det är färre som undersöker arbetsengagemang, livskvalitet eller meningsfullhet finner samtliga studier som undersöker något av dessa mått statistiskt signifikanta samband.

I tabellerna 9 och 10 redovisas alla samband mellan ledarskap och hälsoutfall för respektive artikel. I tabell 10 redovisas även de mediatorer som använts. Eftersom transformativt ledarskap och stödande ledarskap har använts i fler studier är det flera olika utfallsmått som används. Samtidigt är det också tydligt att även om samma ledarskapsperspektiv använts är det en stor spridning på de hälsorelaterade utfallen. Till exempel har stödande ledarskap använts i relation till flera olika slags hälsorelaterade utfall, som till exempel mening i arbetet, välbefinnande, livskvalitet och arbetstillfredsställelse. Tabellerna tydliggör också att oavsett ledarskapsperspektiv tycks arbetstillfredsställelse vara ett utfall som flest hittar samband till. Liknande resultat framkommer gällande arbetsengagemang, livskvalitet och meningsfullhet där alla som använder utfallsmåttet finner statistiskt signifikanta samband, även om dessa är väldigt få till antalet.

Om vi tänker oss att hälsa och välbefinnande är multidimensionella fenomen där de olika skalorna fångar olika aspekter eller dimensioner av fenomenen, är det tydligt att ledarskap tycks ha ”påverkan” på arbetsrelaterade aspekter och i mindre utsträckning på generella aspekter.

Notera dock att denna kunskapssammanställning endast undersöker konstruktivt ledarskap relativt positiv hälsa och välbefinnande. Huruvida en ledare har betydelse för om individen mår dåligt, känner sig stressad och dylikt ligger utanför ramen för kunskapssammanställningens fokusområde och är därmed inte något som kan besvaras av de granskade studierna.

I tabell 9 redovisas de 15 studier som endast undersöker den direkta relationen liksom den studie som utvärderat resultatet av en intervention. I tabell 10 redovisas de tolv studier där medierande faktorer uttryckligen undersökts. Av 19 undersökta samband där medierande faktorer inkluderats är det 16 samband som visar mediering, en visar på ingen mediering samt två som varken visar samband mellan ledarskap och hälsoutfall eller mediatorer. En studie är även oklar om huruvida medierande faktorer undersökts (i förhållande till den specifika relationen mellan ledarskap och hälsoutfall). De mediatorer som använts varierar, men utgör ofta olika typer av sociala arbetsvillkor (till exempel ett stödande klimat), uppgiftsrelaterade arbetsvillkor (till exempel inflytande), individens attityd och inställning (till exempel arbetstillfredsställelse, meningsfullhet och självförtroende) samt hälsofrämjande aktiviteter och insatser (till exempel hälsokontroll). Notera att arbetstillfredsställelse liksom meningsfullhet av andra betraktas som aspekter av välbefinnande, det vill säga relationen mellan ledarskap och hälsorelaterat utfall medieras av andra aspekter av hälsorelaterade utfall (vilket gäller fem undersökta samband).

Tabell 9: Sammanfattande beskrivning över undersökta samband utan medierande faktorer

Referens	Ledarskap	Hälsa	Samband bivariat	Samband justerat	Mediator
Sambandsstudier					
Burr m.fl. (2010)	Stödjande	Mental hälsa	Ej redovisat	Nej	-
Burr m.fl. (2010)	Stödjande	Vitalitet	Ej redovisat	Nej	-
Clausen & Borg (2011)	Stödjande	Mening i arbetet	Ja	Ja	-
Finne m.fl. (2016)	Stödjande	Välbefinnande	Ja	Ja	-
Hagqvist m.fl. (2018)	Stödjande	Hälsa	Ja	Nej	-
Hagqvist m.fl. (2018)	Stödjande	Välbefinnande	Ja	Nej	-
Holten m.fl. (2018)	Transformativt	Välbefinnande	Ja	Ja, för en undergr	-
Holten m.fl. (2018)	Transformativt	Hälsa	Ja	Nej	-
Holten m.fl. (2018)	Transformativt	Arbetsstillfredsställelse	Ja	Ja, för en undergr	-
Lohela m.fl. (2009)	Stödjande	Livskvalitet	Ej redovisat	Ja	-
Mauno m.fl. (2016)	Transformativt	Arbetsengagemang	Ja	Ja	-
Nie & Lämsä (2018)	Benevolent	Arbetsstillfredsställelse	Ja	Ja	-
M. B. Nielsen, Bergheim, & Eid (2013)	Autentiskt	Arbetsstillfredsställelse	Ja	Ja, för en undergr	-
Perko m.fl. (2016)	Transformativt	Välbefinnande	Ja	Ja	-
Perko m.fl. (2016)	Autentiskt	Välbefinnande	Ja	Ja	-
Svensson m.fl. (2018)	Uppgift/relation	KASAM	Ej redovisat	Nej	-
Tafvelin, Hasson, m.fl. (2019)	Transformativt	Arbetsstillfredsställelse	Ej redovisat	Ja	-
Upadyaya m.fl. (2016)	Tjänande	Arbetsengagemang	Ja	Ja	-
Upadyaya m.fl. (2016)	Tjänande	Livstillfredsställelse	Ja	Ja	-
van Dick m.fl. (2018)	Transformativt	Arbetsstillfredsställelse	Ja	Ja	-
van Dick m.fl. (2018)	LMX	Arbetsstillfredsställelse	Ja	Ja	-
van Dick m.fl. (2018)	Autentiskt	Arbetsstillfredsställelse	Ja	Ja	-
van Dick m.fl. (2018)	Annat (Identitet)	Arbetsstillfredsställelse	Ja	Ja	-
Westerlund m.fl. (2010)	Annat (Uppmärksamhet)	Hälsa	Ja	Ja	-
Interventionsstudie					
Hansen m.fl. (2016)	Stödjande	Hälsa	Ej redovisat	-	-

Tabell 10: Sammanfattande beskrivning över undersökta samband med medierande faktorer

Referens	Ledarskap	Hälsa	Samband bivariat	Samband justerat	Mediator
Berthelsen m.fl. (2018)	Stödjande	Arbetsförmåga	Ja	Oklart	Medierat av: Interpersonella resurser. Uppgiftsresurser. Arbetstillfredsställelse.
Berthelsen m.fl. (2018)	Stödjande	Arbetstillfredsställelse	Ja	Ja	Medierat av: Interpersonella resurser. Uppgiftsresurser.
Ljungblad m.fl. (2014)	Stödjande	Hälsa	Ja (på 1 av 4 frågor)	Nej	Medierat av: Socialt klimat. Hälsöfrämjande aktiviteter.
Lundmark m.fl. (2017)	Transformativt	Hälsa	Ja	Nej	Medierat av: Interventionsledarskap.
Lundmark m.fl. (2017)	Transformativt	Arbetsförmåga	Nej	Nej	Medierat av: Interventionsledarskap.
Lundmark m.fl. (2017)	Interventions	Hälsa	Ja	Ja	Oklart
Lundmark m.fl. (2017)	Interventions	Arbetsförmåga	Ja	Ja	Oklart
Lundmark m.fl. (2018)	Interventions	Arbetsengagemang	Ja	Nej	Ingen mediering
Munir m.fl. (2012)	Transformativt	Välbefinnande	Ja	Nej	Medierat av: Konflikter mellan arbete och privatliv.
Munir m.fl. (2012)	Transformativt	Arbetstillfredsställelse	Ja	Ja	Ingen mediering
K. Nielsen m.fl. (2019)	Annat (Hälsa- och säkerhet)	Hälsa	Ja	Ja	Medierat (förstärker) av: Avsaknad av isolation/ ensamhet.
K. Nielsen & Daniels (2012)	Transformativt	Välbefinnande	Ja	Ja	Medierat av: Meningsfullt arbete. Rollkonflikt.
K. Nielsen & Daniels (2012)	Transformativt	Arbetstillfredsställelse	Ja	Nej	Medierat av: Meningsfullt arbete. Socialt stöd. Samarbete. Rollkonflikt.
K. Nielsen & Munir (2009)	Transformativt	Välbefinnande.	Ja	Ja, tvärsnitt	Medierat vid en tidpunkt av: Självförmåga.
K. Nielsen m.fl. (2009)	Transformativt	Välbefinnande	Ja	Nej	Medierat av: Självförmåga. Gruppörmåga.
K. Nielsen m.fl. (2009)	Transformativt	Arbetstillfredsställelse	Ja	Ja	Medierat av: Gruppörmåga.
K. Nielsen & Randall (2009)	Interventions	Välbefinnande	Ja	Nej	Medierat av: Arbetsvillkor (meningsfullhet, rolltydlighet, socialt stöd).
K. Nielsen & Randall (2009)	Interventions	Arbetstillfredsställelse	Ja	Nej	Medierat av: Arbetsvillkor (meningsfullhet, rolltydlighet, socialt stöd).
Tafvelin m.fl. (2011)	Transformativt	Välbefinnande	Ja	Nej	Medierat av: Innovationsklimat.
Tafvelin, von Thiele Schwarz, m.fl. (2019)	Interventions	Arbetstillfredsställelse	Ja	Nej	Medierat av: Delaktighet.
Tafvelin, von Thiele Schwarz, m.fl. (2019)	Interventions	Arbetsförmåga	Ja	Nej	Ingen mediering

Fördjupad beskrivning av ingående kvalitativa studier

I detta avsnitt presenteras de kvalitativa studier som ingår i kunskapssammanställningen. Det är bara fem studier som mötte inklusionskriterierna och som passerade kvalitetsbedömningen. Dessa studier är väldigt olika i sin inriktning och deras syften är inte alltid huvudsakligen att uttala sig om relationen mellan å ena sidan ledarskap och å andra sidan hälsa och välbefinnande, utan i vissa av artiklarna är detta snarare en aspekt av resultaten (till exempel Lundqvist m.fl., 2012; Schön Persson m.fl., 2018).

När det gäller kvalitativa studiers potentiella räckvidd är det viktigt att komma ihåg att det inte handlar om en statistisk generalisering likt en sådan som görs i kvantitativa undersökningar utan snarare om så kallad analytisk generalisering, det vill säga att utvidga och generalisera teorier (Yin, 2014) eller generalisering via kontextlikhet (S. Larsson, 2009). Därmed bör de kvalitativa studierna i denna kunskapssammanställning inte enbart förstås som ett komplement till de kvantitativa

studierna utan som att de står på egna ben.

Studierna presenteras i form av en översiktlig tabell (tabell 11), en sammanfattning av respektive studie samt en jämförande analys av mönster i resultaten.

Sammanfattning av de kvalitativa studierna

I den första inkluderade studien (Landstad m.fl., 2017) studeras hur chefer i företag med färre än 20 anställda ser på hälsofrämjande ledning. Totalt studeras 18 företag på landsbygden i Sverige och Norge genom intervjuer med chefer (10 svenska och 8 norska). Studien bygger inte på någon uttalad ledarskapsteori, men transformativt ledarskap refereras till som främjande för hälsa. I studien används i stället begreppet ”Workplace Health Management”, vilket definieras dels som en uppsättning ledarskapsbeteenden som kontinuerligt interagerar med arbetsmiljön för att utforma en miljö som förbättrar anställdas hälsa, dels som en medveten integration av alla företagsprocesser i syfte att upprätthålla och främja personalens hälsa och välbefinnande.

Tabell 11: Översikt kvalitativa studier

Författare och årtal	Land och jurisdiktion	Fokus	Metod och urval
Landstad m.fl. (2017)	Sverige och Norge, småföretag på landsbygden	Studera hur chefer i småföretag ser på hälsofrämjande ledning.	Intervjuer med chefer i 18 företag
Lundqvist m.fl. (2012)	Sverige, tillverkande industri	Undersöka förhållandet mellan chefers ledarskap och deras hälsa.	Intervjuer med chefer på olika nivåer
Poulsen & Ibsen (2017)	Danmark, data/IT, ingenjörskonsult, managementkonsult, tillverkande industri	Undersöka hur chefer säkerställer både anställdas välbefinnande och organisatoriska prestationer över geografiska och tidsmässiga avstånd.	Fallstudier baserat på intervjuer med chefer och medarbetare i fyra branscher.
Schön Persson m.fl. (2018)	Sverige, kommunal sjukvårdsverksamhet	Få bättre förståelse för positiva relationer mellan anställda och chefer inom kommunal sjukvård.	Intervjuer med chefer och medarbetare
Skarholt m.fl. (2016)	Norge, olja och gas, bygg, städ, sjukvård	Studera vad ledare gör som främjar hälsa på arbetsplatsen	Intervjuer med chefer och medarbetare samt mötesobservationer

Resultaten visar att respondenterna framhåller betydelsen av den psykosociala arbetsmiljön för att främja medarbetarnas hälsa och välbefinnande. Viktiga komponenter i arbetsmiljön är lojalitet, humor, förtroende, säkerhet och handlingsutrymme. När det gäller chefernas ledarskap kategoriseras detta som relationsorienterat med fokus på participation och kommunikation. De intervjuade cheferna framhåller också vikten av att medarbetarna själva tar ansvar för sin hälsa och sitt välbefinnande, till exempel genom att själva anpassa sina arbetsplatser för god ergonomi. Vidare framkommer också att cheferna försöker möta förfrågningar om fysisk aktivitet under eller utanför arbetet och ibland betalar de för friskvårdstjänster för anställda. Då studien enbart bygger på intervjuer med cheferna och det inte finns något mått för hälsorelaterat utfall går det inte att utifrån studien säga något om den faktiska relationen mellan ledarskapet och medarbetarnas hälsa och välbefinnande. Vad gäller generaliserbarhet av resultaten betonar författarna att denna begränsas av att studien är genomförd i en särskild geografisk kontext i Sverige och Norge. Resultaten kan vara överförbara till chefer i liknande kontexter.

I studien av Lundqvist m.fl. (2012) är syftet att studera chefernas egen hälsa. Huvudfokus är därmed inte vad cheferna gör för att främja medarbetares hälsa och välbefinnande, utan detta är en del som framkommer i resultatet. Studien bygger på semi-strukturerade intervjuer med 42 chefer i ett stort industriföretag i Sverige (15 kvinnor och 27 män). I studien används ingen ledarskapsteori som utgångspunkt. Det finns inte heller en uttalad teori om hälsa och/eller välbefinnande. Det resultatet visar, och som författarna också framhåller i sina slutsatser, är att chefers ledarskap påverkas i hög grad av deras egen hälsa. Av särskild relevans för denna rapport är också att cheferna upplever sig bättre på att främja och intressera sig för sina medarbetares hälsa och välbefinnande när de själva upplever god hälsa. Det framgår dock inte av studien om detta är en upplevelse som delas av samtliga respondenter i studien, eller endast av ett

fåtal/enstaka. Eftersom studien fokuserar på chefens egen hälsa finns inte något utfallsmått för medarbetarnas hälsa. Resultaten och slutsatsen skall därför förstås i ljuset av respondenternas upplevelser av relationen mellan ledarskap och välbefinnande och inte som ett samband. När det gäller övriga begränsningar med studien pekar författarna på att resultatens generaliserbarhet begränsas av att data endast samlats in i en organisation.

Poulsen och Ibsens (2017) studie syftar till att undersöka hälsa och välbefinnande hos medarbetare som arbetar på distans. Utgångspunkten tas i vilka praktiker som cheferna ägnar sig åt för att säkerställa dels medarbetarnas hälsa och välbefinnande, dels organisatorisk framgång (eng. "organizational performance"). Studien bygger på fallstudier av fyra danska organisationer där 17 semistrukturerade intervjuer gjorts med chefer och medarbetare. Det finns ingen uttalad ledarskapsteori som styrkt analysarbetet i studien, men i genomgången av tidigare forskning framhålls transformativt ledarskap som ett positivt ledarskap. I studien används en definition av välbefinnande som inkluderar både fysisk och psykisk arbetsmiljö. Resultaten visar att kontakten mellan chef och medarbetare är viktig för välbefinnande. De intervjuade medarbetarna pekar på att regelbundna besök från chefen på den arbetsplats där medarbetaren sitter är särskilt viktigt i samband med arbete på distans. Detta då det gör att chefen med egna ögon kan se hur medarbetarna mår. De intervjuade cheferna poängterade att de använder återkommande enkäter, så kallade "pulsningar", för att säkerställa medarbetarnas välbefinnande. Vidare visar resultaten att en ledarstil som bygger på förtroende, delegering och möjligheter till autonomi är betydelsefull för välbefinnande. Respondenterna pekar dock också på att olika personer behöver olika ledarstilar. När det gäller räckvidden i studiens resultat bör det understrykas att detta gäller medarbetare och chefer som verkar på distans från varandra. Detta gör att resultaten inte nödvändigtvis är generella för alla sorters arbetsrelationer. Författarna betonar själva också att det finns

metodologiska begränsningar i studien i så måtto att den bygger på fallstudier med ett fåtal respondenter och att alla organisationer kommer från Danmark. Vidare är det bitvis svårt att urskilja hur de aktiviteter och förmågor som lyfts fram som viktiga hos chefer kopplar till utfallsmåttet medarbetares hälsa och organisatorisk framgång då dessa inte skiljs tydligt åt i resultat och diskussion.

I studien av Schön Persson m.fl. (2018) fokuseras betydelsen av relationen mellan chefer och medarbetare för medarbetarnas hälsa och välbefinnande. Studien utfördes inom svensk kommunal sjukvård och omfattade 27 intervjuer med både anställda och chefer vid ett äldreboende (25 kvinnor och två män). I studien används ingen specifik ledarskapsteori. När det gäller hälsa utgår författarna från ett salutogent perspektiv. I resultaten ligger fokus på hur relationen mellan chef och medarbetare ska vara för att medarbetaren ska göra ett bra jobb och detta antas sedan leda till hälsa och välbefinnande, men här finns inget tydligt utfallsmått så författarna kan inte veta om så är fallet. De beteenden hos chefen som författarna identifierar som viktiga för att främja hälsa är bland annat att bekräfta de anställda och involvera dem i beslut. Enligt Schön Persson m.fl. är detta också något som ger chefen tillfredsställelse och befrämjar dennes egen arbetssituation. Vidare pekar författarna på att en hälsofrämjande relation mellan chefer och medarbetare kan skilja sig åt beroende på situationen. I vissa fall är det gynnsamt med en asymmetrisk relation där chefen står utanför gruppen och i andra fall är det gynnsamt med en symmetrisk relation där chefen mer är en i gänget. Enligt författarna är en balans mellan asymmetriska och symmetriska relationer viktig att uppnå och att både chefer och medarbetare är tydliga med vilka förväntningar som finns på relationen. Vad gäller studiens begränsningar betonar författarna att det är en svaghet att de inte fokuserat på strukturella och organisatoriska aspekters betydelse för relationerna. De framhåller dock ändå att studiens resultat troligen är generaliserbara till andra kontexter än svenska

sjukvårdsorganisationer då relationer är centrala oavsett yrkeskategorier och kulturer.

I den femte och sista inkluderade studien (Skarholt m.fl., 2016) är syftet att studera hälsofrämjande ledarskap, det vill säga vad ledare gör som främjar hälsa på arbetsplatsen. Studien bygger på 65 intervjuer insamlade i fyra fallstudier från olika sektorer i Norge. I olje- och gasindustrin genomfördes 14 intervjuer (9 medarbetare och 5 ledare). I byggnadsindustrin genomfördes 21 intervjuer (14 medarbetare och 7 ledare). I hälsosektorn genomfördes 16 intervjuer (8 sköterskor och 2 läkare vid ett universitetssjukhus samt 3 sköterskor och 3 ledare i omsorgssektorn i en kommun). I städindustrin genomfördes 12 intervjuer (9 städare och 3 ledare) i ett stort internationellt städföretag. Vid sidan av intervjuerna genomfördes också observationer vid olika möten på de olika arbetsplatserna. Teoretiskt bygger studien på transformativt ledarskap och hälsofrämjande ledarskap samt ett salutogent perspektiv på hälsa. I resultaten framkommer att ett hälsofrämjande ledarskap inte ser likadant ut i de fyra fallstudierna på grund av skillnader i kontextuella faktorer som till exempel struktur, kultur och arbetets natur. Dock identifierar författarna några återkommande kännetecken som de ser som generiska för ett hälsofrämjande ledarskap. Ett hälsofrämjande ledarskap kännetecknas av att vara ”hands-on”, tillgängligt, stödjande, inkluderande och demokratiskt. Författarna argumenterar för att hälsofrämjande ledare prioriterar att leda och spendera tiden med sina medarbetare i stället för att verka genom system och procedurer. De skriver att denna ledarstil är transformativ då det handlar om att leda genom värderingar som inspirerar och motiverar medarbetarna. Författarna påstår också att resultatet av ett sådant ledarskap är ökad produktivitet och en vinn-vinn-situation för både ledarna och de anställda, men då studien inte har studerat några hälsorelaterade utfall är detta inget som beläggs av resultaten i studien. Författarna lyfter inte själva fram några begränsningar med sin studie, men de påpekar att de studerat norska arbetsplatser och

att ledarskapet där är influerat av skandinaviska ledarskapspraktiker. De hälsofrämjande ledaregenskaperna som identifieras i studien kan alltså vara lättare att utveckla i skandinaviska länder som påverkas av demokratiska arbetsprocesser.

Övergripande mönster i de kvalitativa studierna

När de inkluderade kvalitativa studierna överblickas framträder några gemensamma mönster. Till att börja med är det tydligt att en gemensam utgångspunkt för samtliga studier är att ledarskapet antas ha en positiv påverkan för medarbetares hälsa och välbefinnande. Detta är i sig inte överraskande, men det som är slående är att bara en av studierna ställt frågor till medarbetare om hur de upplever sin hälsa (Poulsen & Ipsen, 2017). Det är med andra ord omöjligt för författarna av övriga studier att uttala sig om huruvida de ledarbeteenden som identifieras faktiskt påverkar hälsan och välbefinnandet hos de anställda. Vidare är det ingen av studierna som utgår från en specifik ledarskapsteori. Transformativt ledarskap nämns visserligen i tre av studierna (Landstad m.fl., 2017; Poulsen & Ipsen, 2017; Skarholt m.fl., 2016), men har inte använts i datainsamling eller analys.

När det gäller mönster i respondenternas syn på ledarskap som främjar hälsa och välbefinnande kan fyra övergripande kategorier skönjas i de inkluderade studiernas resultat: 1) direkt ledarskap, 2) indirekt ledarskap, 3) ömsesidig påverkan och 4) ledarskap som anpassas till situationen (se tabell 12).

Den första kategorien handlar om det mer direkta ledarskapet i termer av hur ledaren/chefen agerar i relationen till medarbetarna. En gemensam beteckning på detta ledarskap är relationsorienterat och kommunikativt, men det går också att urskilja fyra underkategorier. För det första poängterar flera författare att ledarskapet ska bygga på tillgänglighet och närhet, det vill säga att ledare ska vara ”hands-on” och tillbringa tiden med medarbetarna i stället för att verka genom system och procedurer (Lundqvist m.fl., 2012; Poulsen &

Ipsen, 2017; Skarholt m.fl., 2016). För det andra är det viktigt att ledaren visar förtroende för medarbetarna genom att delegera uppgifter och ansvarsområden samt att ge medarbetarna autonomi i arbetet (Landstad m.fl., 2017; Lundqvist m.fl., 2012; Poulsen & Ipsen, 2017). För det tredje betonas participation i betydelsen att ledaren involverar de anställda i beslutsfattande och problemlösning, agerar demokratiskt och inkluderande samt bekräftar medarbetarna (Landstad m.fl., 2017; Lundqvist m.fl., 2012; Schön Persson m.fl., 2018; Skarholt m.fl., 2016). För det fjärde framhålls att ledaren inspirerar och motiverar medarbetarna, till exempel genom att leda genom värderingar (Lundqvist m.fl., 2012; Skarholt m.fl., 2016).

Den andra kategorien handlar om ledarens sätt att påverka medarbetares hälsa och välbefinnande genom ett indirekt ledarskap. I detta avseende finns två huvudsakliga inriktningar. Det ena är att verka för en bra och säker fysisk och psykosocial arbetsmiljö präglad av lojalitet, förtroende, tillit och glädje (Landstad m.fl., 2017; Skarholt m.fl., 2016). Det andra är att möjliggöra insatser som kan främja medarbetares hälsa och välbefinnande som till exempel att bekosta friskvårdsaktiviteter, att säkerställa att det finns variation i arbetsuppgifter för att minska fysisk belastning, att göra ergonomiska anpassningar i arbetet samt att samla in data om medarbetarnas hälsa genom enkäter (Landstad m.fl., 2017; Poulsen & Ipsen, 2017; Skarholt m.fl., 2016).

Den tredje kategorien handlar om ömsesidig påverkan vilket innebär att ledarskap som främjar medarbetares hälsa och välbefinnande också påverkar chefen positivt. Enligt Schön Persson m.fl. (2018) kan chefer främja medarbetares hälsa genom att bekräfta dem och involvera dem i beslut, vilket i sin tur också ger chefen större tillfredsställelse och därmed främjar dennes arbetssituation. På samma tema visar Lundqvist m.fl. (2012) i sin studie att en chef som upplever god hälsa är mer intresserad av medarbetarnas hälsa och välbefinnande. Vidare konstaterar Landstad m.fl. (2017) att chefen behöver vara en förebild och leva som hen lär.

Den fjärde kategorien handlar om att det inte tycks finnas något enskilt enhetligt svar på frågan om vad ett ledarskap för hälsa och välbefinnande innebär eftersom detta till stor del beror på i vilken situation och kontext det utövas. I studien av Skarholt m.fl. (2016) diskuteras att ett hälsofrämjande ledarskap inte ser likadant ut i fallstudierna på grund av skillnader i kontextuella faktorer som till exempel struktur, kultur och arbetets natur. Enligt Schön Persson m.fl. (2018) kan vad som kännetecknar en hälsofrämjande relation

mellan chefer och medarbetare skilja sig åt beroende på situationen där chefen i vissa fall behöver stå utanför gruppen och andra vara mer involverad och en i gänget. Även i studien av Poulsen och Ibsen (2017) poängteras att olika personer behöver olika ledarstilar. Med andra ord är det viktigt att komma ihåg att ledarskap inte är envägsprocess utan att det också, som Landstad m.fl. (2017) konstaterar, är viktigt att medarbetarna också tar ett eget ansvar för sin hälsa och sitt välbefinnande.

Tabell 12: Sammanfattning kvalitativa studier

Kategori	Beskrivning	Exempel	Referens
Direkt ledarskap	<ul style="list-style-type: none"> • Vara tillgänglig och nära • Skapa förtroende och autonomi, delegera • Involvera, inkludera • Inspirera, motivera 	"Hands-on", besöka medarbetarna regelbundet, låta medarbetarna fatta beslut, inkludera, leda genom värderingar för att inspirera och motivera.	Landstad m.fl. (2017) Lundqvist m.fl. (2012) Poulsen & Ibsen (2017) Schön Persson m.fl. (2018) Skarholt m.fl. (2016)
Indirekt ledarskap	Skapa en bra och säker fysisk och psykosocial arbetsmiljö samt möjliggöra insatser som kan främja hälsa	Lojalitet, förtroende, tillit och glädje Friskvårdsaktiviteter, variation i arbetsuppgifter, ergonomiska anpassningar i arbetet.	Landstad m.fl. (2017) Poulsen & Ibsen (2017) Skarholt m.fl. (2016)
Ömsesidig påverkan	Ledarskap som främjar medarbetares hälsa påverkar också chefen positivt	Att främja hälsa ger chefen tillfredsställelse och en chef som känner god hälsa är mer intresserad av medarbetarnas hälsa.	Landstad m.fl. (2017) Lundqvist m.fl. (2012) Schön Persson m.fl. (2018)
Ledarskap som anpassas till situationen	Ledarskap för hälsa och välbefinnande är kontext och situationsberoende	Ledarskapet anpassas till kontextuella faktorer och till individernas olika behov.	Landstad m.fl. (2017) Poulsen & Ibsen (2017) Schön Persson m.fl. (2018) Skarholt m.fl. (2016)

4. Diskussion

I detta kapitel diskuteras det underlag som genererats genom granskningen av tidigare forskningsstudier. Inledningsvis sammanfattas huvudresultaten, därefter görs en värdering och problematisering av studierna samt av kunskapssammanställningen och slutligen presenteras identifierade kunskapsluckor samt allmänna råd till läsaren.

Sammanfattning av huvudresultat

Sammanfattningsvis visar studierna som ingår i denna kunskapssammanställning att ledarskap är relaterat till medarbetares hälsa och välbefinnande. Nästan alla kvantitativa studier visar att det finns ett samband mellan ledarskap och hälsorelaterade utfall om inga andra faktorer vägs in. Då det är många olika typer av utfall som används i studierna är det svårt att ge en tydlig och enhetlig bild, men framförallt har så kallat transformativt ledarskap och stödjande ledarskap samband till anställdas hälsa och välbefinnande, särskilt i relation till de arbetsrelaterade hälsoutfallen, som till exempel arbetstillfredsställelse och arbetsengagemang. I de kvalitativa studierna betonas framförallt ett relationsorienterat och demokratiskt ledarskap, vilket kännetecknas av en ledare som motiverar och inspirerar sina medarbetare, är tillgänglig och lyssnar på sina medarbetare och som samtidigt visar förtroende för sina medarbetares förmågor genom att ge dem ansvar, utrymme och medbestämmande. Vad de kvalitativa studierna pekar på som hälsofrämjande beteenden hos ledare och chefer är också till stora delar aspekter som återfinns i ledarskapsteorierna och de skalor för ledarskap som används i de kvantitativa studierna. Dessa båda metoderna ger alltså tillsammans en klarare bild av vilka slags ledarskapsbeteenden som är hälsofrämjande.

Studierna lyfter också fram indirekt

ledarskap som relaterat till medarbetarnas hälsa och välbefinnande. Sammantaget pekar alla studierna ut flera olika slags faktorer som ledarskapet verkar ”genom”. I de kvantitativa studierna lyfts fyra olika slags faktorer (mediatorer) fram: En faktor handlar om själva uppgifterna och förutsättningarna som ges kring dessa. En annan faktor handlar om det sociala klimatet och miljön på arbetsplatsen eller i organisationen. En tredje faktor handlar om individen och dennes inställning till sitt arbete och den fjärde faktorn handlar om hälsofrämjande aktiviteter och insatser. I de kvalitativa studierna pekas liknande faktorer ut, särskilt sådana som rör förutsättningarna för att genomföra arbetsuppgifterna, det sociala klimatet liksom hälsofrämjande aktiviteter och insatser. Gällande det indirekta ledarskapet är det svårt att säga att någon särskild ledarstil i relation till något särskilt hälsoutfall skulle vara ”bättre” eller ”sämre”. Transformativt ledarskap är det ledarskap som undersökts mest och som också flest studier hittar medierande faktorer för. Sammantaget är alltså transformativt ledarskap ett ledarskap som flera studier finner har direkt samband till anställdas hälsa och välbefinnande, framförallt arbetsrelaterad, och som har ett indirekt samband till anställdas hälsa och välbefinnande genom andra faktorer.

Värdering av underlaget

I detta avsnitt diskuteras och problematiseras resultaten av de granskade studierna. Detta mynnar ut i en övergripande värdering av artiklarna och vad de tillsammans säger om ledarskapets relation till hälsa och välbefinnande på arbetsplatsen.

Till att börja med kan det konstateras att det så kallade transformativa ledarskapet tycks åtnjuta en särställning inom fältet. Detta ledarskap är i flera studier både en utgångspunkt

och ett resultat när det gäller ledarskapets direkta och indirekta betydelse för medarbetarnas hälsa och välbefinnande. Här finns dock en rad problem med de granskade studierna. För det första är det problematiskt att de kvantitativa studierna undersöker det transformativa ledarskapet som en övergripande stil utan att bryta ned den i dess fyra ledarbeteenden (se kapitel 2). För det andra är det också problematiskt att studierna inte undersöker det transformativa ledarskapet i relation till hela teorin, den så kallade ”Full Range of Leadership Model” (FRLM) där också transaktionellt ledarskap och *laissez faire* ingår. Detta trots att teorins upphovsman kallar det för en komplett teori (Bass & Riggio, 2006) och andra forskare (Vera & Crossan, 2004) snarare visat att en kombination av transformativa och transaktionella beteenden kan vara att föredra. Detta teoretiska urval kan ifrågasättas eftersom forskarna undersöker enskilda stilar utan en tydlig teoretisk förankring om deras inbördes relation (se även Arnold, 2017). För det tredje är det också viktigt att notera att det i de flesta av studierna saknas kritik mot FRLM. Här har tidigare forskning visat på metodologiska brister och det finns också kritik mot att teorin sätter ledaren på piedestal och inte uppmärksammar betydelsen av medarbetarnas roll som medskapare av ledarskap (Alvesson, 2019; Knippenberg & Sitkin, 2013; Yukl, 1999).

En konsekvens av att flera av studierna utgår från breda teorier, som till exempel FRLM, är att det utifrån studiernas resultat är mycket svårt att utläsa vad det är i ledarskapet som främjar hälsa och vad en chef eller ledare faktiskt ska göra. Det är med andra ord svårt att överföra resultaten från de kvantitativa studierna till praktiskt handlande, eftersom de undersökta teorierna är så abstrakta. Här kan vi se att de kvalitativa studiernas resultat kompletterar de kvantitativa studierna och förtydligar mer precisa beteenden. De kvalitativa studierna har dock andra brister, framförallt vad gäller räckvidden i resultaten. Visserligen kommer beskrivningarna av ledarskapet närmare verkligheten i termer av hur det utövas, men samtidigt

kan vi ifrågasätta vilken betydelse som kan ges till ett fåtal respondenters upplevelser av sina respektive organisationer. Det finns också anledning att iaktta försiktighet vad gäller de kvalitativa studier som uttalar sig om vad som är ett ledarskap som främjar medarbetare hälsa och välbefinnande. Dessa studier har nämligen inte har studerat själva utfallet i termer av om medarbetarnas hälsa faktiskt har påverkats av ledarskapet.

De sammanvägda resultaten från både de kvantitativa och de kvalitativa studierna är intressanta i relation till vad ledare faktiskt kan göra för att främja medarbetarnas hälsa. När det gäller det direkta ledarskapet handlar ett övergripande mönster i studierna om att en ledare som försöker främja medarbetarnas hälsa och välbefinnande ställs inför en balansakt. Ledare förväntas både finnas till hands och ge aktiv hjälp och stöd åt de anställda men samtidigt också vara tillräckligt distanserad för att ge utrymme, mandat och inte lägga sig i. Svårigheten med detta ligger i att olika individer, uppgifter eller verksamheter kan medföra olika krav på vad denna balansakt innebär och vad som är ”lagom”. Hur mycket närvaro och stöd respektive utrymme och mandat en medarbetare behöver kan skilja sig mellan olika individer, men kan också skilja sig för samma individ mellan olika typer av uppgifter. Här behöver en ledare vara lyhörd och flexibel och anpassa sitt ledarskap utifrån de behov som finns. Behovet av ledarskap som anpassas till rådande situationer är ett tema som främst framhålls i de kvalitativa studierna. Här är återigen ett problem med de kvantitativa studierna att dessa inte är tillräckligt fördjupade. Det skulle kunna vara så att vissa ledarbeteenden är viktiga under vissa situationer, medan andra är viktigare under andra situationer. Detsamma gäller det indirekta ledarskapet. I den här kunskapssammanställningen undersöktes den indirekta betydelsen av ledarskap uttryckligen i 19 samband, varav 16 hittade att relationen mellan ledarskap och hälsoutfall medierades av andra faktorer. Också i de kvalitativa studierna betonades det indirekta ledarskapet med liknande faktorer som i de kvantitativa studierna. Dessa

faktorer berörde arbetsuppgifterna och förutsättningarna som ges för att genomföra dem, men även det sociala klimatet och miljön på arbetsplatsen eller i organisationen. Ytterligare berördes individen och dennes inställning till arbetet och tro på sig själv liksom deltagande i hälsofrämjande aktiviteter och insatser. Dessa faktorer ligger också i linje med faktorer som tidigare litteraturöversikter identifierat som motiverande, relationella och socialkognitiva (Inceoglu m.fl., 2018). Resultaten från den här kunskapssammanställningen tillsammans med tidigare litteraturöversikter visar således att ledarskap har betydelse för hälsa och välbefinnande hos anställda, men framförallt via andra faktorer i arbetsmiljön eller hos individen. Här är det naturligtvis viktigt att nämna att den här kunskapsöversikten studerat konstruktiva ledarskapsteorier och deras relation till hälsa och välbefinnande. Destruktiva former av ledarskap eller ohälsa har inte undersökts. Det skulle kunna vara så att det är vissa ledarbeteenden som är direkt relaterade och andra som är indirekt relaterade till hälsa och välbefinnande, men detta är inte tillräckligt utforskat eftersom det är ovanligt att flera ledarstilar eller ledarbeteenden undersöks samtidigt. En viss inblick ges i de studier där olika hälsoutfall använts i relation till mediatorer. I vissa studier, till exempel Munir m.fl. (2012), är transformativt ledarskap direkt relaterat till arbetstillfredsställelse, medan relationen till välbefinnande medieras. Det skulle kunna vara så att kopplingen helt enkelt ser olika ut beroende på vad som mäts. Detta är också något som tidigare litteraturöversikter påtalat (Arnold, 2017; Harms m.fl., 2017; Inceoglu m.fl., 2018).

Ett ledarskap för hälsa och välbefinnande som är lyhört och anpassat ställer stora krav på ledaren. Därför är det viktigt att också ledaren ges förutsättningar att kunna utöva ett gott ledarskap. Här handlar det om organisatoriskt praktiska förutsättningar, som till exempel tid, resurser, antal underställda men även sociala förutsättningar och möjligheter till stöd. Något som framkommer främst i de kvalitativa studierna, men som också undersöks i en av de kvantitativa studierna

(Tafvelin, von Thiele Schwarz, m.fl., 2019) rör ömsesidigheten mellan chef och medarbetare. Här pekar de kvalitativa studierna på att medarbetarnas reaktioner på ledarskapsutövningen i termer av hälsa och välbefinnande har betydelse för chefens hälsa, välbefinnande och senare ledarskapsutövning. Den typen av positiva och stärkande spiraler som nämns i några av de kvalitativa studierna återfinns i annan tidigare forskning (se till exempel van Dierendonck, Haynes, Borrill, & Stride, 2004). Resultaten från den kvantitativa studien (Tafvelin, von Thiele Schwarz, m.fl., 2019) stödjer dock inte detta eftersom medarbetarnas arbetstillfredsställelse eller arbetsförmåga inte hade något samband med senare utövning av interventionsorienterat ledarskap. Också här är det naturligtvis tänkbart att sådana reciproka samband kan skilja sig mellan olika typer av ledarbeteenden.

Ytterligare en aspekt att problematisera rör kontextens betydelse för relationen mellan ledarskap och hälsa. Att studera mellanliggande faktorer som till exempel mediatorer är visserligen ett steg i en contextualisering av fenomenet, men sammantaget är den kontextuella inramningen ändå tämligen outvecklad i de inkluderade studierna, särskilt i de kvantitativa studierna. Detta problem tas också upp i tidigare litteraturöversikter (Arnold, 2017; Harms m.fl., 2017; Inceoglu m.fl., 2018; Kuoppala m.fl., 2008; Montano m.fl., 2017; Skakon m.fl., 2010). Det är få studier som belyser kontextens betydelse i relationen mellan ledarskap och hälsa, exempelvis i termer av vilka förutsättningar cheferna har för att utöva sitt ledarskap. För att chefen eller ledaren ska kunna vara tillgänglig för sina medarbetare, vilket är en bärande idé i såväl teorier som till exempel FRLM och LMX som i de granskade studiernas resultat, krävs exempelvis personalgrupper av rimlig storlek, ekonomiska resurser och geografisk närhet. Kontextens frånvaro i studierna blir problematisk eftersom det unika i studiematerialet inte analyseras eller problematiseras och kunskapen om hur organisatoriska (till exempel arbetsmiljöpolicier) eller nationella faktorer (till exempel den

svenska modellen, MBL, arbetsmiljöföreskrifter) formar relationen osynliggörs. Här finns således en risk att alltför stort fokus läggs på den enskilde ledaren i form av dennes ledarskap, när det i själva verket bör handla om att göra förändringar i organisationsstrukturen. Vidare är de flesta ledarskapsteorier som används i studierna utvecklade i en nordamerikansk kontext, men de appliceras tämligen okritiskt som en universell ”best practice” i en nordisk kontext. Risken för teoretisk reproduktion blir därmed överhängande, det vill säga att nordamerikanska teorier bekräftas i en nordisk kontext därför att det unika i den nordiska kontexten inte vägs in. Ett sådant exempel är att få studier diskuterar innebörden av den population varifrån data kommer. Som resultatet av granskningen visar är materialet i många av studierna hämtat från omsorgssektorn och respondenterna i studien är övervägande kvinnor. Här finns alltså risk att kontexten färgar resultaten.

Avslutningsvis kan vi också konstatera att det som lyfts fram som ett ledarskap som främjar hälsa är väldigt likt den samtida bilden av vad som är ett gott ledarskap i allmänhet. Transformativt liksom stödjande ledarskap har till exempel betonats som centrala för andra typer av utfall som till exempel produktivitet. Det tycks alltså inte finnas något påtagligt unikt drag eller någon unik stil som bara främjar hälsa och välbefinnande.

Några metodologiska svårigheter med kunskaps-sammanställningen

För att öka transparensen i denna kunskaps-sammanställning och ge en så rättvis och objektiv bild som möjligt för läsaren, vill vi kommentera några svårigheter med att göra den här typen av sammanställningar och att jämföra studier med varandra. Begrepp som hälsa och välbefinnande liksom ledarskap, är teoretiskt komplexa och svåra att operationalisera. Detta har medfört att de olika studierna har närmat sig området från olika

perspektiv och använt flera olika begrepp och instrument. Vi har försökt tydliggöra vad det är författarna undersökt, men även i de fall ledarskapet eller hälsoutfallet som undersökts på ytan ser ut att utgöra eller mäta samma sak (till exempel transformativt ledarskap eller arbetstillfredsställelse) kan dessa ges olika innebörd eller mätas med olika instrument. Det finns alltså en risk att de fångar in eller mäter olika aspekter av fenomenet i fråga.

Vidare har alla kvantitativa studier som ingår i kunskaps-sammanställningen fokuserat på relationen mellan ledarskap och hälsoutfall, men utifrån olika frågeställningar. Det medför att studiernas slutmodeller kan se olika ut där några justerar för olika bakgrundsfaktorer och flera andra arbetsmiljöfaktorer, medan andra endast justerar för ett fåtal faktorer, som till exempel kön och ålder. I vissa studier testas också flera olika ledarstilar. Därför redovisas både bivariata samband (utan justering för andra faktorer) och justerade samband för att ge läsaren en tydligare och mer rättvis bild.

Studierna som ingår i kunskaps-sammanställningen skiljer sig även åt vad gäller antalet deltagare som ingår i analysen. Som exempel kan nämnas att en studie bygger på material från över 12 000 deltagare, medan det i en annan studie endast ingår strax över 100 deltagare. Detta har betydelse för undersökningarnas möjligheter att hitta statistiskt signifikanta samband. Är det många deltagare är det lättare att hitta ett statistiskt signifikant samband även om detta samband är svagt. I vissa studier redovisas samband som är väldigt låga, men som ändå är statistiskt signifikanta, sannolikt eftersom det är flera tusen deltagare. Sambandet för de flesta studier ligger dock på omkring 0,15 till 0,25, vilket innebär att ledarskap förklarar ungefär 2 till 6 procent av anställdas hälsa och välbefinnande.

Sökningarna genomfördes i två databaser: Scopus och Web of Science. Dessa är båda breda databaser och täcker in de flesta vetenskapliga tidskrifter av bättre kvalitet med artiklar som är peer-review-granskade. Det är möjligt att ytterligare databaser hade kunnat generera någon ytterligare artikel, men vi tror

ändå att nuvarande sökstrategi fångat in de flesta studier av relevans för området.

I rapporten redovisas en studie som interventionsstudie, men det är i själva verket fler studier som baseras på material från interventioner. Dock återfinns ingen tydlig kontrollgrupp i studierna och fokus handlar mer om ledarskapets betydelse för bland annat hälsoutfallet och mindre om att utvärdera interventionen. Vi har därför valt att presentera dem som sambandsstudier.

Kunskapsluckor

Mot bakgrund av den föregående diskussionen och värderingen av det samlade underlaget har vi kunnat identifiera ett antal kunskapsluckor i den befintliga forskningen. Fältet växer sett till antal studier som publiceras, men det tillförs relativt lite ny kunskap från de senast tillkomna studierna. Detta kan bero på att det finns en homogenitet när det gäller vilka metoder och teorier som använts samt vilka branscher som studerats.

Om vi börjar med kunskapsluckor som har att göra med vilka metoder som använts kan vi konstatera att dominansen av kvantitativa studier gjort att vi vet en hel del om själva förekomsten av ett ledarskap för hälsa och välbefinnande, men ganska lite om vad det innebär i det dagliga arbetet. Förenklat sagt vet vi att ett transformativt ledarskap är gynnsamt för medarbetares hälsa, men inte hur en chef faktiskt utför ett sådant ledarskap i praktiken. För att få kunskap om det utövade ledarskapet behövs därför en annan typ av datainsamling, exempelvis genom att observera chefer och medarbetare i det dagliga arbetet. Inom chefsarbetsforskningen finns flera väl genomförda studier som bygger på skuggningar i fältet, observationer av möten och kontextuella intervjuer (Mintzberg, 2009; Tengblad, 2012). Med sådana metoder skulle det vara möjligt att komma närmare in på det utövade ledarskapet. Vidare skulle det vara lämpligt med fallstudier för att motverka den brist på kontextualisering som kännetecknar

flera av de granskade studierna. En fördel med fallstudier är att det blir naturligt att fånga in ledarskapet i sitt sammanhang, det vill säga att skapa rika beskrivningar av hur omgivande faktorer påverkar chefers och ledares möjligheter att utöva sitt ledarskap. Den kunskap som kan skapas genom fallstudier kan sedan verifieras genom kvantitativt inriktade undersökningar. Ytterligare en kunskapslucka som har att göra med metod är att vi inte vet speciellt mycket om hur ledarskapet påverkar medarbetarnas hälsa och välbefinnande och hur detta förändras i ett längre perspektiv. Här finns således behov av longitudinella flermetodologiska studier för att studera på vilket sätt ledarskapet påverkar medarbetarnas hälsa och välbefinnande och om detta kan förändras över tid. Detta är inte något unikt fynd i den här kunskapssammanställningen då liknande brister har identifierats och möjliga åtgärder har presenterats i samtliga tidigare litteraturoversikter (Arnold, 2017; Harms m.fl., 2017; Inceoglu m.fl., 2018; Kuoppala m.fl., 2008; Montano m.fl., 2017; Nyberg m.fl., 2005; Skakon m.fl., 2010).

När det gäller teoretiska luckor har vi tidigare i kapitlet diskuterat att ett litet antal teorier fått en väldigt stor betydelse i fältet. Överlag sker också väldigt liten problematisering av dessa teorier, utan de används på ett ganska mekaniskt och okritiskt sätt, ofta inte ens i sin helhet. Här finns således ett behov av kunskap som ifrågasätter teorier som till exempel transformativt ledarskap och dess bitvis ganska ensidiga fokus på ledaren. Till exempel skulle teorier om medarbetarskap och medledarskap kunna bidra med ny förståelse för hur ledarskapet skapas och vidmakthålls. Med utgångspunkt i teorier om genus, mångfald och jämlikhet kan vi troligen också upptäcka fler aspekter av relationen mellan ledare och medarbetare, vilket skulle bidra till en mer nyanserad bild av ett ledarskap som främjar hälsa.

Avslutningsvis ser vi också kunskapsluckor som kommer av att många av studierna bygger på material som samlats in i väldigt specifika kontexter, det vill säga inom offentlig sektor och särskilt inom omsorgsarbete.

Här finns behov av bredare, jämförande studier, där flera typer av branscher och storlekar på organisationer finns representerade för att identifiera gemensamma drag och kontextuella skillnader.

Allmänna råd

Vad kan då den som arbetar med att främja medarbetares hälsa och välbefinnande i organisationer ha för nytta av denna kunskapssammanställning? Utifrån de granskade artiklarna, tidigare kunskapsöversikter och de teorier om ledarskap och hälsa som presenteras i rapporten går det faktiskt att identifiera några potentiella implikationer för exempelvis chefer och ledare.

För det första kan det vara viktigt att tänka på att ledarskap är ett situationsberoende fenomen som utvecklas på olika sätt beroende på vilka individer som är inblandade samt de olika förutsättningar som råder i den givna kontexten. Detta innebär att det inte finns ett ”bästa” ledarskap som fungerar lika bra överallt. Det går därför inte att enkelt ta en ledarskapsteori och försöka omsätta den i praktiken som så kallad ”best practice”, utan det krävs att en hel del anpassningar görs utifrån de villkor som råder i den befintliga kontexten.

Inom den granskade forskningen finns det dock en slags samsyn vad gäller övergripande direkta ledarbeteenden som tycks passa bra för att främja hälsa och välbefinnande. Dessa beteenden handlar exempelvis om att själv vara en förebild för medarbetarna när det gäller arbetet och hälsa, men också att inspirera och motivera dem i deras arbete.

Det är också viktigt att stimulera medarbetarnas personliga utveckling. Vidare är det också viktigt att finnas tillgänglig, men också att visa förtroende och ge medarbetarna handlingsutrymme och mandat. Då det kan vara svårt att hitta balansen mellan att vara både närvarande och stödjande, men samtidigt också ge utrymme och ansvar är det viktigt att ledare och medarbetare har en kontinuerlig dialog om förväntningar på ledarskapet så att ledaren kan anpassa det till medarbetarnas och organisationens behov. En medarbetare som gärna vill ha utrymme kan vid förändrade uppgifter behöva en mer närvarande ledare. Detta kräver ett flexibelt ledarskap som anpassas till rådande situationer och kontexter.

Vidare är det också viktigt att påpeka att det har visat sig svårt att i forskning fånga in exakt hur de ovan beskrivna ledarbeteendena faktiskt påverkar medarbetarnas hälsa och välbefinnande. Snarare pekar forskningen många gånger på betydelsen av det indirekta ledarskapet, exempelvis genom att bygga en kultur och miljö som främjar hälsa. Hur en sådan kultur/miljö ser ut beror på flera faktorer som till exempel handlingsutrymme, resurser, uppdrag, kompetens och så vidare. Ett råd är att diskutera vad hälsa innebär på er arbetsplats och vilka förväntningar som finns på ledare och kollegor i detta avseende.

Avslutningsvis är det också värt att notera att det också är viktigt att ledaren eller chefen ges förutsättningar och stöd för att kunna utöva ett ledarskap som främjar hälsa och välbefinnande. Det krävs exempelvis resurser, lagom stora personalgrupper och ett medarbetarskap som klarar av att möta ledarskapet på ett konstruktivt sätt.

5. Slutsatser

Syftet med denna rapport har varit att sammanställa forskningsbaserad kunskap om vilka ledarskapsbeteenden som kan bidra till hälsa på arbetsplatsen. I arbetet med rapporten har följande tre frågeställningar varit vägledande:

- Vilka teoretiska utgångspunkter gällande ledarskap och/eller chefskap finns i empiriska studier om ledarskap för hälsa och välbefinnande?
- Hur har ledarskap för hälsa och välbefinnande studerats ur ett metodologiskt perspektiv och i vilka kontexter har det studerats?
- Vilka direkta och indirekta ledarskapsbeteenden som främjar hälsa kan identifieras i tidigare forskning?

Kunskapssammanställningen har specifikt fokuserat på empiriska studier som studerat hur konstruktiva ledarbeteenden är kopplade till anställdas hälsa och välbefinnande i en nordisk arbetslivskontext. De 33 studier som har analyserats har använt olika ledarskapsteorier, men det är tydligt att Full Range of Leadership-modellen dominerar fältet men enbart med en av modellens tre stilar – transformativt ledarskap. Även mer stödjande ledarbeteenden utan tydlig ledarskapsteori undersöks. Studierna bygger främst på två olika datainsamlingsmetoder: enkäter besvarade av medarbetare eller intervjuer med chefer och medarbetare. Av dessa 33 studier bygger 13 studier på datainsamling vid flera tidpunkter (det vill säga en longitudinell design).

Den samlade bilden av dessa studier visar att ledarskapet har betydelse för anställdas hälsa och välbefinnande och att detta framförallt sker via andra faktorer i arbetsmiljön. Ledarbeteenden som handlar om att vara förebild, inspirera, motivera och stimulera och samtidigt se och stödja varje medarbetare (så kallat transformativt ledarskap) lyfts fram som betydelsefulla, liksom att ledaren är tillgänglig och samtidigt visar förtroende för medarbetaren och ger utrymme och mandat. Ledaren behöver vara flexibel och anpassa sitt ledarskap beroende på situation och medarbetarnas behov. Resultaten tyder på att det indirekta ledarskapet verkar genom flera olika faktorer i arbetsmiljön som till exempel de arbetsuppgifter och förutsättningar som finns för att genomföra dem, hur det sociala klimatet ser ut i organisationen eller på arbetsplatsen, individens egen inställning och tro på sig själv liksom deltagande i hälsofrämjande aktiviteter och insatser.

Kunskapssammanställningen visar även att mer forskning på området behövs. För att få ökad förståelse för relationen mellan ledarskap och hälsa och välbefinnande och hur ett sådant ledarskap utövas i praktiken behöver kontextens betydelse studeras mera och olika typer av specifika ledarbeteenden jämföras. Det behövs fler longitudinella studier som använder och kombinerar material från olika källor och applicerar olika teoretiska perspektiv.

Referenser

De studier som ingår i kunskapssammanställningens analys är markerade med *.

- Alvesson, M. (2019). Waiting for Godot: Eight major problems in the odd field of leadership studies. *Leadership*, 15(1), 27–43. <https://doi.org/10.1177/1742715017736707>
- Alvesson, M., Jonsson, A., Sveningsson, S., & Wenglén, R. (2015). När ledarskapet krackelerar: Insikter från den inte så lätta praktiken. *Studentlitteratur*.
- Alvesson, M., & Sveningsson, S. (2003). The great disappearing act: Difficulties in doing “leadership”. *The Leadership Quarterly*, 14(3), 359–381. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(03\)00031-6](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(03)00031-6)
- Andersen, J. H., Malmros, P., Ebbelhoej, N. E., Flachs, E. M., Bengtson, E., & Bonde, J. P. (2019). Systematic literature review on the effects of occupational safety and health (OSH) interventions at the workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(2), 103–113. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3775>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arbetsmiljöverket. (2016). Kvinnors och mäns arbetsvillkor. Betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall. (Kunskapssammanställning 2016:2).
- Arbetsmiljöverket. (2018). Arbetsorsakade besvär 2018 (Arbetsmiljöstatistik Rapport 2018:3).
- Arnold, K. A. (2017). Transformational leadership and employee psychological well-being: A review and directions for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 381–393. <https://doi.org/10.1037/ocp0000062>
- Aronsson, G. (1988). *Arbetspsykologi: Stress och kvalifikationsperspektiv*. Studentlitteratur.
- Avolio, B. J., Bass, B. M., & Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(4), 441.
- Avolio, B. J., & Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 315–338. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.001>
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current Theories, Research, and Future Directions. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 421–449. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163621>
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press ; Collier Macmillan.
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership* (2nd ed). L. Erlbaum Associates.
- Bass, B. M., & Steidlmeier, P. (1999). Ethics, character, and authentic transformational leadership behavior. *The Leadership Quarterly*, 10(2), 181–217. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(99\)00016-8](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(99)00016-8)
- Berthelsen, H. (2014). COPSOQ II – en uppdatering och språklig validering av den svenska versionen av en enkät för kartläggning av den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatser. Stressforskningsinstitutet.
- * Berthelsen, H., Hakanen, J. J., & Westerlund, H. (2018). Copenhagen psychosocial questionnaire—A validation study using the job demand-resources model. *PLoS ONE*, 13(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196450>

- Blake, R. R., & Mouton, J. S. (1964). *The Managerial Grid*. Gulf Publ. Co.
- Breevaart, K., Bakker, A., Hetland, J., Demerouti, E., Olsen, O. K., & Espevik, R. (2014). Daily transactional and transformational leadership and daily employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87(1), 138–157. <https://doi.org/10.1111/joop.12041>
- Brülde, B., & Tengland, P.-A. (2003). *Hälsa och sjukdom: En begreppslig utredning*. Studentlitteratur.
- * Burr, H., Albertsen, K., Rugulies, R., & Hannerz, H. (2010). Do dimensions from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict vitality and mental health over and above the job strain and effort-reward imbalance models? *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(SUPPL. 3), 59–68. <https://doi.org/10.1177/1403494809353436>
- * Clausen, T., & Borg, V. (2011). Job demands, job resources and meaning at work. *Journal of Managerial Psychology*, 26(8), 665–681. <https://doi.org/10.1108/02683941111181761>
- Cotton, P., & Hart, P. M. (2003). Occupational Wellbeing and Performance: A Review of Organisational Health Research. *Australian Psychologist*, 38(2), 118–127. <https://doi.org/10.1080/00050060310001707117>
- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and Well-Being in the Workplace: A Review and Synthesis of the Literature. *Journal of Management*, 25(3), 357–384. <https://doi.org/10.1177/014920639902500305>
- Dansereau, F., Graen, G., & Haga, W. (1975). A Vertical Dyad Linkage Approach to Leadership within Formal Organizations A Longitudinal Investigation of the Role Making Process. *Organizational Behavior and Human Performance*, 13, 46–78.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Sergi, V. (2012). Leadership in the Plural. *The Academy of Management Annals*, 6(1), 211–283. <https://doi.org/10.1080/19416520.2012.667612>
- Ekvall, G., & Arvonen, J. (1991). Change-centered leadership: An extension of the two-dimensional model. *Scandinavian Journal of Management*, 7(1), 17–26. [https://doi.org/10.1016/0956-5221\(91\)90024-U](https://doi.org/10.1016/0956-5221(91)90024-U)
- Eriksson, A. (2011). *Health-Promoting Leadership: [Doktorsavhandling]*. Nordic School of Public Health.
- Fiedler, F. E. (1996). Research on Leadership Selection and Training: One View of the Future. *Administrative Science Quarterly*, 41(2), 241. <https://doi.org/10.2307/2393716>
- * Finne, L. B., Christensen, J. O., & Knardahl, S. (2016). Psychological and social work factors as predictors of mental distress and positive affect: A prospective, Multilevel study. *PLoS ONE*, 11(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152220>
- Ford, J., & Harding, N. (2011). The impossibility of the 'true self' of authentic leadership. *Leadership*, 7(4), 463–479. <https://doi.org/10.1177/1742715011416894>
- Gardner, W. L., Cogliser, C. C., Davis, K. M., & Dickens, M. P. (2011). Authentic leadership: A review of the literature and research agenda. *The Leadership Quarterly*, 22(6), 1120–1145. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2011.09.007>
- Gerstner, C. R., & Day, D. V. (1997). Meta-Analytic review of leader–member exchange theory: Correlates and construct issues. *Journal of Applied Psychology*, 82(6), 827–844. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.82.6.827>
- González-Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68(1), 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2005.01.003>
- Graen, G. B., & Cashman, J. F. (1975). A role-making model of leadership in formal organizations: A development approach. In H. G. Hunt & L. L. Larson (Eds.), *Leadership frontiers* (pp. 143–166). Kent State University Press.

- Graen, G. B., & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. *The Leadership Quarterly*, 6(2), 219–247. [https://doi.org/10.1016/1048-9843\(95\)90036-5](https://doi.org/10.1016/1048-9843(95)90036-5)
- * Hagqvist, E., Vinberg, S., Landstad, B. J., & Nordenmark, M. (2018). Is the gap between experienced working conditions and the perceived importance of these conditions related to subjective health? *International Journal of Workplace Health Management*, 11(1), 2–15. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-08-2017-0067>
- * Hansen, E., Landstad, B. J., Gundersen, K. T., & Vinberg, S. (2016). Leader-Based Workplace Health Interventions—A Before-After Study in Norwegian and Swedish Small-Scale Enterprises. *International Journal of Disability Management*, 11. <https://doi.org/10.1017/idm.2016.5>
- Harms, P. D., Credé, M., Tynan, M., Leon, M., & Jeung, W. (2017). Leadership and stress: A meta-analytic review. *The Leadership Quarterly*, 28(1), 178–194. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2016.10.006>
- Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1969). *Management of organizational behavior: Utilizing human resources*. Prentice-Hall.
- Hogg, M. A., Martin, R., Epitropaki, O., Mankad, A., Svensson, A., & Weeden, K. (2005). Effective Leadership in Salient Groups: Revisiting Leader-Member Exchange Theory From the Perspective of the Social Identity Theory of Leadership. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(7), 991–1004. <https://doi.org/10.1177/0146167204273098>
- * Holten, A. L., Bollingtoft, A., Carneiro, I. G., & Borg, V. (2018). A within-country study of leadership perceptions and outcomes across native and immigrant employees: Questioning the universality of transformational leadership. *Journal of Management and Organization*, 24(1), 145–162. <https://doi.org/10.1017/jmo.2017.2>
- Horn, J. E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2004). The structure of occupational well-being: A study among Dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(3), 365–375. <https://doi.org/10.1348/0963179041752718>
- House, R. J., & Aditya, R. (1997). The Social Scientific Study of Leadership: Quo Vadis? *Journal of Management*, 23(3), 409–473.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Inceoglu, I., Thomas, G., Chu, C., Plans, D., & Gerbasi, A. (2018). Leadership behavior and employee well-being: An integrated review and a future research agenda. *Leadership Quarterly*, 29(1), 179–202. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2017.12.006>
- Judge, T. A., Bono, J. E., Ilies, R., & Gerhardt, M. W. (2002). Personality and leadership: A qualitative and quantitative review. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 765–780. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.765>
- Knippenberg, D. van, & Sitkin, S. B. (2013). A Critical Assessment of Charismatic—Transformational Leadership Research: Back to the Drawing Board? *The Academy of Management Annals*, 7(1), 1–60. <https://doi.org/10.1080/19416520.2013.759433>
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, Job Well-Being, and Health Effects—A Systematic Review and a Meta-Analysis: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8), 904–915. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31817e918d>
- * Landstad, B. J., Hedlund, M., & Vinberg, S. (2017). How managers of small-scale enterprises can create a health promoting corporate culture. *International Journal of Workplace Health Management*, 10(3), 228–248. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-07-2016-0047>

- Larsson, G., Lundin, J., & Zander, A. (2017). Ledarskapsmodellen: Konsten att matcha individuella och organisatoriska förutsättningar.
- Larsson, S. (2009). A pluralist view of generalization in qualitative research. *International Journal of Research & Method in Education*, 32(1), 25–38. <https://doi.org/10.1080/17437270902759931>
- Lindström, K., & Nordic Council of Ministers. (2000). User's guide for the QPSNordic: General Nordic questionnaire for psychological and social factors at work. Nordic Council of Ministers.
- * Ljungblad, C., Granström, F., Dellve, L., & Åkerlind, I. (2014). Workplace health promotion and working conditions as determinants of employee health. *International Journal of Workplace Health Management*, 7(2), 89–104. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-02-2013-0003>
- * Lohela, M., Björklund, C., Vingård, E., Hagberg, J., & Jensen, I. (2009). Does a change in psychosocial work factors lead to a change in employee health? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(2), 195–203. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318192bd2c>
- * Lundmark, R., Hasson, H., von Thiele Schwarz, U., Hasson, D., & Tafvelin, S. (2017). Leading for change: Line managers' influence on the outcomes of an occupational health intervention. *Work and Stress*, 31(3), 276–296. <https://doi.org/10.1080/02678373.2017.1308446>
- * Lundmark, R., von Thiele Schwarz, U., Hasson, H., Stenling, A., & Tafvelin, S. (2018). Making it fit: Associations of line managers' behaviours with the outcomes of an organizational-level intervention. *Stress and Health*, 34(1), 163–174. <https://doi.org/10.1002/smi.2770>
- * Lundqvist, D., Fogelberg Eriksson, A., & Ekberg, K. (2012). Exploring the relationship between managers' leadership and their health. *Work*, 42(3), 419–427. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1395>
- * Mauno, S., Ruokolainen, M., Kinnunen, U., & De Bloom, J. (2016). Emotional labour and work engagement among nurses: Examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 1169–1181. <https://doi.org/10.1111/jan.12906>
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (3rd ed). Oxford University Press.
- Medin, J., & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsöfrämjande: En litteraturstudie*. Studentlitteratur.
- Mintzberg, H. (2009). *Managing*. Financial Times Prentice Hall.
- Montano, D., Reeske, A., Franke, F., & Hüffmeier, J. (2017). Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 38(3), 327–350. <https://doi.org/10.1002/job.2124>
- * Munir, F., Nielsen, K., Garde, A. H., Albertsen, K., & Carneiro, I. G. (2012). Mediating the effects of work-life conflict between transformational leadership and health-care workers' job satisfaction and psychological wellbeing. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 512–521. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01308.x>
- * Nie, D., & Lämsä, A. M. (2018). Chinese immigrants' occupational well-being in Finland: The role of paternalistic leadership. *Leadership and Organization Development Journal*, 39(3), 340–352. <https://doi.org/10.1108/LODJ-05-2017-0144>
- * Nielsen, K., & Daniels, K. (2012). Does shared and differentiated transformational leadership predict followers' working conditions and well-being? *Leadership Quarterly*, 23(3), 383–397. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2011.09.001>
- * Nielsen, K., Daniels, K., Nayani, R., Donaldson-Feilder, E., & Lewis, R. (2019). Out of mind, out of sight? Leading distributed workers to ensure health and safety. *Work and Stress*, 33(2), 173–191. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1509402>

- * Nielsen, K., & Munir, F. (2009). How do transformational leaders influence followers' affective well-being? Exploring the mediating role of self-efficacy. *Work and Stress*, 23(4), 313–329. <https://doi.org/10.1080/02678370903385106>
- * Nielsen, K., & Randall, R. (2009). Managers' Active Support when Implementing Teams: The Impact on Employee Well-Being. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 374–390. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01016.x>
- * Nielsen, K., Yarker, J., Randall, R., & Munir, F. (2009). The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(9), 1236–1244. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.001>
- * Nielsen, M. B., Bergheim, K., & Eid, J. (2013). Relationships between work environment factors and workers' well-being in the maritime industry. *International Maritime Health*, 64(2), 80–88.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*, 60(4), 277–286. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq081>
- Nilsson, P., Wallo, A., Rönqvist, D., & Davidson, B. (2018). Human resource development: Att utveckla individer, grupper och organisationer. Studentlitteratur.
- Northouse, P. G. (2015). *Leadership: Theory and practice (Seventh Edition)*. SAGE Publications, Inc.
- Nyberg, A. (2008). Det goda chefskapet. Organisatorisk effektivitet och anställdas hälsa. En kunskapsöversikt. In *Chefskapets former och resultat*. VINNOVA.
- Nyberg, A. (2009). The impact of managerial leadership on stress and health among employees.
- Nyberg, A., Bernin, P., & Theorell, T. (2005). The impact of leadership on the health of subordinates (1:2005; SALTSA). National Institute for Working Life.
- * Perko, K., Kinnunen, U., Tolvanen, A., & Feldt, T. (2016). Investigating occupational well-being and leadership from a person-centred longitudinal approach: Congruence of well-being and perceived leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25(1), 105–119. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2015.1011136>

Bilaga 1 – Metod

I denna bilaga ges en fördjupad beskrivning av tillvägagångssättet vid framtagningen av denna kunskapssammanställning. Arbetet har följt Mynakmodellen. Avsikten är att lägga fram denna beskrivning förhållandevis kronologiskt så att läsaren ska få en uppfattning av processen i sin helhet. Inledningsvis beskrivs hur kunskapssammanställningens fokusområde har utarbetats och därmed hur urvalet av studier och inklusionskriterier har bestämts. Efter detta beskrivs sökstrategierna liksom hur den första screeningen av studierna genomfördes. Därefter beskrivs hur relevansbedömningen av fulltexter samt kvalitetsgranskningen av de studier som bedömdes relevanta gick till.

Urval av studier

Vid starten av denna kunskapssammanställning tydliggjordes sammanställningens innehåll, fokus och avgränsningar på basis av PEO-modellen (People, Exposure, Outcome). PEO-modellen användes för att tydliggöra fokus på innehållet i studierna som ligger till grund för denna kunskapssammanställning (se tabell 13) liksom för att tydliggöra vilket typ av innehåll och studier som inte skulle fokuseras (se tabell 14).

Inklusionskriterier för kunskapssammanställningen utarbetades tillsammans av författarna och representanter från Myndigheten för arbetsmiljökunskap (bibliotekarie och processledare) och bestod i att studierna skulle:

- a) ha fokus på arbetslivs- och arbetsplatskontexter
- a) vara utförda i en nordisk kontext
- a) undersöka ledarskap i termer av stilar, beteenden, roller och liknande begrepp eller synonymer i relation till
- a) anställdas hälsa och välbefinnande (friskfaktorer).

För att säkerställa att underlaget till kunskapssammanställningen var vetenskapligt och empiriskt grundade samt för att få en rimlig mängd studier att hantera under avsatt tidsperiod har ytterligare avgränsningar valts i termer av att studierna skulle vara:

- e) vetenskapliga artiklar i internationella (akademiska) tidskrifter med granskningsförfarande
- e) att de skulle vara publicerade eller ”in press” mellan 2009 och 2019
- e) samt att de skulle vara skrivna på engelska och
- e) innehålla empiriskt material.

Avgränsning till den nordiska kontexten gjordes dels för att begränsa omfattningen av litteratur i relation till de tidsramar som fanns till förfogande, dels för att kunskapssammanställningen ska utmytna i råd och den kulturella och geografiska närhet som de nordiska länderna representerar ger sannolikt mer överförbara resultat jämfört med studier genomförda i mer avlägsna länder. Det specifika tidsspännet valdes dels med avseende på mängden litteratur, dels då detta tidsspänn sammanfaller med de tidigare systematiska litteraturöversikterna inom området som vi kände till vid projektstarten (Kuoppala m.fl., 2008; Skakon m.fl., 2010). Då dessa redan systematiskt gått igenom studier från 1970 till juli 2009 ansågs ett förlängt tidsspänn endast sammanfalla med dessa översikter. Ytterligare litteraturöversikter kändes ej till vid projektets start men har införlivats i rapporten. Dock har alla senare översikter gjort avgränsningar på olika sätt – endast studier med en viss design, vissa skalor, vissa tidskrifter och så vidare och ingen har tagit med kvalitativa studier. Av den här kunskapssammanställningens 33 studier är det endast sex studier som överlappar tidigare litteraturöversikter.

Exklusionskriterier utarbetades samtidigt som

Tabell 13: Inklusionskriterier i PEO-modellen

People	Exposure	Outcome
Studier med fokus på arbetslivs- och arbetsplatskontexter.	Ledarskap i termer av stilar, beteenden, roller och liknande begrepp/synonymer.	Anställdas hälsa och välbefinnande (friskfaktorer).
Studier genomförda i en nordisk kontext.		

Tabell 14: Exklusionskriterier i PEO-modellen

People	Exposure	Outcome
Studier med enbart fokus på andra kontexter än arbetslivet, till exempel skola och utbildning.	Indirekt ledarskap	Studier som enbart fokuserar på ohälsa.
Studier genomförda i en utomnordisk kontext.	Destruktivt ledarskap	

ovan nämnda inklusionskriterier och bestod i att studierna skulle exkluderas om de a) enbart fokuserade på andra kontexter än arbetslivet, som till exempel skola och utbildning (till exempel studier av relationer mellan lärare och elever), b) enbart var genomförda i en utomnordisk kontext, c) enbart fokuserade indirekt ledarskap, d) enbart fokuserade destruktivt ledarskap och e) enbart fokuserade på ohälsa. Vidare bestämdes att studier skulle exkluderas om de f) inte byggde på empiriskt material (som till exempel litteraturöversikter, metaanalyser, konceptuella artiklar, ”viewpoints” eller motsvarande), g) var litteratur som inte publicerats i vetenskapliga, akademiska tidskrifter (som till exempel rapporter, böcker, bokkapitel, doktors- eller licentiatavhandlingar) och h) var skrivna på andra språk än engelska.

Sökstrategi

Efter att inklusions- och exklusionskriterier hade fastställts, identifierade författarna till denna kunskapssammanställning tio studier som uppfyller inklusionskriterierna och som de själva använt i andra arbeten. Dessa tio studier användes av bibliotekarien för att generera lämpliga söktermer, men också för att validera de senare sökningarna och säkerställa att

alla tio studier återfanns i sökresultaten. De initiala söktermerna togs fram på basis av de tio identifierade artiklarna, men även på basis av författarnas tidigare erfarenheter inom forskningsfältet. De slutgiltiga söktermerna fastställdes genom diskussioner mellan författarna, bibliotekarie och processledare från Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Sökningarna genomfördes huvudsakligen i databasen Scopus. Databasen Web of Science användes som komplementdatabas (se tabell 15). Scopus genererade 2463 träffar och Web of Science genererade 1499 träffar. Efter borttagning av dubletter kvarstod 2859 unika studier. Bibliotekarien för projektet genomförde samtliga sökningar i juni 2019 och levererade titel och abstract på samtliga träffar via programvaran Rayyan.

Screening på titel och abstract

Författarna läste igenom samtliga titlar och/eller sammanfattningar (abstract) på samtliga träffar med hjälp av programvaran Rayyan. Alla träffar markerades med antingen inkludera, exkludera eller kanske (se tabell 16). De studier som markerades med ”kanske” samt de studier där olika bedömningar gjordes lästes av båda författarna och diskuterades

Tabell 15: Sökningens olika steg, söksträng och antal träffar

Scopus	1	Ledarskap	TITLE-ABS-KEY (leadership) OR TITLE-ABS-KEY ("Leader* behavior*") OR TITLE-ABS-KEY ("Leader* style*") OR TITLE-ABS-KEY ("Leader* skills") OR TITLE-ABS-KEY ("Supervisor* behavior*") OR TITLE-ABS-KEY ("Leader-member exchange") OR TITLE-ABS-KEY ("Manager* behavior*")	177 015
	2	Hälsa	TITLE-ABS-KEY ("Well being" OR Wellbeing) OR TITLE-ABS-KEY (Health W/O (work* OR employ* OR occupational OR subordinate)) OR TITLE-ABS-KEY (healthy PRE/O (employee* OR work*))	295 830
	3		1 AND 2 (10 standardartiklar)	4 632
	4		3 AND Filters activated: Språk: English Publication type: Article År: 2009 och framåt	2 463
Web of Science	1	Ledarskap	TS= (leadership) OR TS= ("Leader* behavior*") OR TS= ("Leader* style*") OR TS= ("Leader* skills") OR TS= ("Supervisor* behavior*") OR TS= ("Leader-member exchange") OR TS= ("Manager* behavior*")	99 347
	2	Hälsa	TS= ("Well being" OR Wellbeing) OR TS= (Health NEAR/O (work* OR employ* OR occupational OR subordinate)) OR TS= ("Healthy employee*") OR TS= ("Healthy work*")	141 067
	3		1 AND 2 (8 standardartiklar)	2 058
	4		3 AND Filters activated: Språk: English Publication type: Article År: 2009 och framåt	1 499
Gemensam	5		Scopus steg 4 AND Web of Science steg 4	2859

tills enighet om ett gemensamt beslut nåddes. Vid bedömningen försökte författarna avgöra huruvida studien ifråga empiriskt undersökte relationen mellan ledarskap å ena sidan och hälsa och välbefinnande å andra sidan. Ingen hänsyn togs i detta skede till huruvida studien undersökte konstruktivt ledarskap och positiv hälsa och välbefinnande. I de fall det var svårt att avgöra detta markerades studien med kanske. I gruppen kanske markerades även studier som var litteraturöversikter och konceptuella papper liksom studier där inget abstract syntes. Totalt var det 491 studier (studier markerade med Inkludera, Kanske – Svåra, Kanske – Ofullständig information) som

ansågs kräva fulltext för att avgöra om studien uppfyllde uppställda inklusionskriterier.

Relevansbedömning av fulltexter

Efter att fulltexterna hämtats in påbörjades relevansgranskningen. I samtliga inhämtade fulltexter identifierades om de uppfyllde de inklusionskriterier som ställts upp. Varje studie bedömdes därmed huruvida de 1) var skrivna på engelska 2) behandlade empiriskt material 3) mätte eller behandlade välbefinnande eller hälsa och inte (enbart) ohälsa, besvär, åkommor eller

Tabell 16: Antal studier vid screening

Bedömning	Antal studier		
Inkludera	367		
Exkludera	2290		
Kanske	204	med följande markeringar:	
		Svåra att bedöma	112
		Litteraturoversikter/konceptuella studier	78
		Ofullständig information	14
Totalt	2859		204

dylika negativa/patogena indikatorer 4) mätte eller behandlade konstruktivt ledarskap och inte (enbart) destruktivt ledarskap, det vill säga studierna mäter inte ledarskap som handlar om missbrukande, utnyttjande, manipulerande, eller dylika ledarskapsbeteenden 5) att det empiriska materialet åtminstone delvis var inhämtat i en nordisk kontext samt 6) att relationen mellan konstruktivt ledarskap och hälsa och välbefinnande åtminstone delvis behandlades. Studier som inkluderade både positiva och negativa (salutogena och patogena) indikatorer för hälsa och välbefinnande inkluderades, men enbart de positiva står i fokus i denna kunskapssammanställning. Exempelvis kan en studie undersöka ledarskap i förhållande till arbetstillfredsställelse och upplevd stress och då med fokus på relationen ledarskap-arbetstillfredsställelse. I vissa av de kvalitativa studierna var inte relationen mellan ledarskap och hälsa huvudfokus men studier där resultaten ändå i någon mån behandlar denna relation har bedömts som relevanta. I tabell 17 beskrivs översiktligt hur många studier som exkluderades av de olika anledningarna. Då positiv hälsa och positivt välbefinnande är komplexa begrepp och kan fyllas med olika innehåll valdes att inkludera studierna såvida det inte uppenbart handlade om patogener och om författarna till studien själva också beskrev utfallet som välbefinnande eller hälsa. Efter att samtliga inhämtade fulltexter relevansgranskats var det 37 studier som uppfyllde samtliga ovan-

stående relevansbedömningspunkter.

Kvalitetsbedömning

Båda författarna genomförde kvalitetsbedömningen av samtliga studier som bedömts relevanta för kunskapssammanställningen. Ett bedömningsprotokoll användes för studier med kvantitativ metodansats och ett annat bedömningsprotokoll användes för studier med kvalitativ metodansats.

Studier med en kvantitativ ansats kvalitetsbedömdes med ett protokoll framtaget av Tompa (Tompa m.fl., 2007, 2016) och som har använts i flera tidigare litteraturoversikter, såväl svenska (Ståhl, 2016) som internationella (Andersen m.fl., 2019). Protokollet består av tio frågor där varje fråga bedöms och får mellan 1 och 5 poäng. Ett exempel på fråga är: "Är resultatet justerat för viktiga påverkande faktorer?" I enlighet med bedömningsprotokollet bedömdes studier med 35 poäng eller mer som hög kvalitet, 25 till 34 poäng bedömdes som medelhög kvalitet och 24 poäng eller lägre bedömdes som låg kvalitet. I enlighet med bedömningsprotokollet och tidigare litteraturoversikter inkluderades endast studier av hög eller medelhög kvalitet i denna kunskapssammanställning. Av totalt 31 kvalitetsgranskade kvantitativa studier, bedömdes 28 studier ha hög eller medelhög kvalitet.

De studier som baseras på kvalitativa data

Tabell 17: Antal exkluderade studier och skäl till exkludering

Exkluderade	Antal studier	Skäl till exklusion	
Exkluderade på titel eller abstract:	2290		
Exkluderade pga litteraturoversikt:	78		
Exkluderade på relevans:	454	Exkluderade pga fokus på ohälsa eller destruktivt ledarskap	128
		Exkluderade pga utomnordisk kontext	186
		Exkluderade på grund av avsaknad av empiriskt material (konceptuella)	19
		Var inte skrivna på engelska	1
		Exkluderade pga bokkapitel	14
		Fel fokus (till exempel ej ledarskap, ledares hälsa) eller kontext	77
		Dubbletter	2
		Undersöker ej relationen ledarskap-hälsa	27
Exkluderade på kvalitet:	4		
Totalt antal exkluderade:	2826		

bedömdes med en granskningsmall som utvecklats av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2017). SBU:s granskningsmall består av fem rubriker: syfte, urval, datainsamling, analys samt resultat. Var och en av dessa rubriker har frågor som ska besvaras i kvalitetsbedömningen. Under rubriken syfte finns till exempel frågan ”Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?”. Frågorna besvaras med ja, nej, oklart eller ej tillämpligt. Efter en sammanvägning bedömdes om den granskade artikeln hade hög, medelhög eller låg kvalitet. Studier med hög och medelhög kvalitet inkluderades. Av total sex kvalitetsgranskade kvalitativa studier bedömdes fem studier ha hög eller medelhög kvalitet. Totalt har således 33 studier ingått i granskningen. Figur 2 ger en översiktlig bild av processens olika steg.

I samband med kvalitetsbedömningen gjordes också en bedömning av eventuella intressekonflikter som kan ha uppstått på grund av hur de inkluderade studierna finansierats. I de fall

som finansiär angetts har det uteslutande gällt statliga forskningsråd eller intern finansiering från de universitet/högskolor där forskarna varit verksamma. Inga intressekonflikter framkom.

Bearbetning och analys

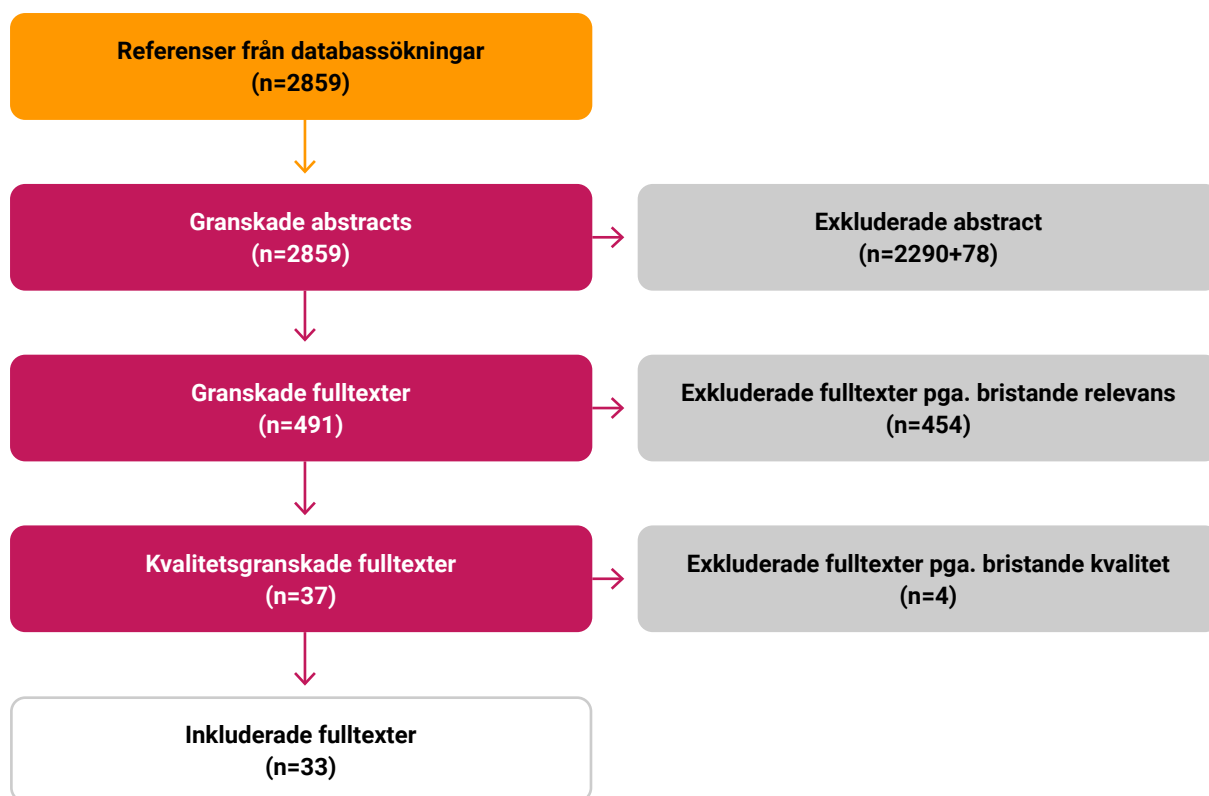
De kvantitativa studier som bedömdes ha hög eller medelhög kvalitet gick vidare till analys. I analysen lästes samtliga studier igenom och tabeller med central information om studien där de med relevans för den här kunskaps-sammanställning sammanställdes. Sådan central information innefattar vilket land som studien genomfördes i, på vilken population, hur ledarskap mättes, hur hälsorelaterade utfall mättes, hur sambanden såg ut mellan ledarskap och hälsorelaterat utfall, bivariat och i slutmodellen justerat för andra faktorer liksom om eventuella mediatorer undersöktes. Detta beskrivs i kunskapssammanställningens resultatdel och det är utifrån denna beskriv-

ning som slutsatser dras. Förfarandet kallas för narrativ sammanställning (SBU, 2017).

Analysen av de kvalitativa artiklarna gjordes i fyra steg. I steg 1 lästes artiklarna samtidigt med en bedömning av relevans och kvalitet. Utifrån denna läsning skapades den första översiktliga bilden av innehållet. I steg 2 genomfördes en läsning utifrån deskriptiva kategorier som syftade till att samla in grundläggande information om artiklarna, som till exempel tidskrift, land, syfte, frågeställningar, teoretiska utgångspunkter och metod med mera. I steg 3 vidtog en induktiv konventionell innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005) av

artiklarnas resultat. Resultat, diskussion och slutsatser lästes igenom och utifrån läsningen skapades preliminära kategorier från varje artikel. I detta steg gjordes en sammanfattning av respektive artikel med fokus på resultatens innehåll och giltighet. I steg 4 diskuterade författarna förhållandena mellan de preliminära kategorierna, vilket ledde till identifiering av fyra övergripande kategorier som i någon mån berörs i flera av de inkluderade artiklarna: 1) direkt ledarskap 2) indirekt ledarskap 3) ömsesidig påverkan och 4) situationsanpassat ledarskap.

Figur 2: Flödesschema över hur många artiklar som gått genom under processens olika steg.



Förteckning över samtliga exkluderade studier återfinns på mynak.se i anslutning till denna rapport.



Myndigheten för
arbetsmiljökunskap

www.mynak.se

ISBN 978-91-985961-3-7