

Arbetsplatsen – fokus för interventioner vid utbrändhet

För att främja återgång i arbete efter sjukskrivning behöver de faktorer som orsakade stressen förändras. I det har chefer och arbetsledning en viktig roll. Att hjälpa dem att utveckla ett gott ledarskap kan vara en preventiv åtgärd.

CHRISTER SANDAHL, professor, Medical Management Centrum, Karolinska institutet, Stockholm; gästprofessor, Lunds universitet

christer.sandahl@ki.se
BJÖRN KARLSON, professor, institutionen för psykologi, Lunds universitet

Utbrändhet har föreslagits vara en konsekvens av lång tids obalans mellan en persons förmåga och förväntningar och arbetets karakteristika. Några huvudsakliga sådana karakteristika som lyfts fram av Maslach et al [1] är de som är mest studerade när det gäller samband mellan arbete och ohälsa, nämligen alltför höga krav, bristfällig kontroll, bristande gemenskap och stöd, bristfällig belöning (i vid bemärkelse), orättvisa och värderingskonflikter. Om en problematisk obalans mellan individen och arbetet som föregick sjukskrivningen kvarstår vid återkomsten till arbetet vidmakthålls den stressande situationen.

Det goda arbetet

Betydelsen av rättvisa och upplevelsen av meningsfullhet har lyfts fram som centrala faktorer för motivation för att arbeta (se t ex Jaques [2] och Sandahl et al [3]). I en nyligen publicerad avhandling lyfts existentiella aspekter, t ex upplevelsen av arbetets meningsfullhet, fram som särskilt betydelsefulla vid stressrelaterad ohälsa [4].

I en annan studie från sjukvården, där man analyserade en arbetsplats som uppfattades ha mycket god arbetsmiljö [5], bekräftades delvis denna hypotes. Man fann att den positiva arbetsmiljön kunde sammanfattas under fyra punkter: adekvata resurser och begriplig struktur, gemensam upplevelse av meningsfullhet, tillit och delat ansvar i arbetsgruppen samt pålitliga, rättvisa, förutsägbara, engagerade och omtänksamma chefer. Det tycktes finnas en gemensam upplevelse av att den vision man hade för verksamheten förverkligades i det dagliga arbetet. Man var helt enkelt stolt över att göra ett bra arbete. Även om det många gånger var stressigt hade man tillräcklig kontroll över sin arbetssituation, och arbetet blev belönande i sig självt. Man upplevde en form av positiv stress, som tolererades just på grund av att arbetet i sig kändes me-



Foto: Colourbox

Hur chefer utövar sitt ledarskap har stor betydelse för medarbetarnas hälsa och är därmed en viktig arbetsmiljöfaktor.

ningsfullt och viktigt. På denna arbetsplats var cheferna nyckelpersoner i att initiera och driva förändringar som ledde fram till det positiva arbetsklimatet och den höga kvaliteten i arbetet. När arbetsgruppen sedan hade utvecklats till en hög grad av ansvarstagande och självständighet blev chefernas betydelse däremot mindre i det interna arbetet.

Chefers betydelse för medarbetarnas hälsa

Det är ett rimligt antagande att chefers sätt att leda har betydelse för medarbetarnas välmående. Forskningen om relationen mellan chefsbeteende och medarbetarhälsa är inte omfattande, men det finns stöd för hypotesen att chefers sätt att vara är ytterligare en faktor av betydelse för stressrelaterad ohälsa. I en svensk avhandling sammanfattade Nyberg [6] sin egen och andras forskning i några huvudrubriker (Fakta 1) (I en av studierna påvisades samband med dödlighet i hjärt-kärlsjukdom.)

Hälsofrämjande ledarskap tycks handla om tydlighet vad gäller uppdraget i stort, roller och uppgifter för den enskilde medarbetaren, samtidigt som man behöver visa omtanke och

■ sammanfattat

Det finns anledning att anta att en arbetssituation som man finner meningsfull och som innebär ett tydligt uppdrag minskar risken för ohälsa.

Hur arbetet utformas är en fråga för ledningen, som också kan vara en utsatt position. Som chef eller arbetsledare kan man behöva stöd – inte bara i svåra personalärenden i samband med sjukskrivning utan också för att hantera den komplexa chefsrollen över huvud taget.

Hur chefer utövar sitt ledarskap har sannolikt större betydelse för medarbetarnas hälsa än vad tidigare forskning visat och är därmed ytterligare en viktig arbetsmiljöfaktor.

Arbetsmiljö- och hälsoenkäter har använts med framgång för att identifiera och ge stöd till personer som befinner sig i riskzonen för stressrelaterad ohälsa.

I samband med sjukskrivning finns det forskningsstöd för att göra tidiga insatser. De bör innefatta såväl behandling (gärna i grupp) som åtgärder på arbetsplatsen för att underlätta återgången till arbetet.

I ett heltäckande system för interventioner på arbetsplatsen bör man även se till att den högsta ledningen är involverad och, inte minst, att den får ta del av systematiska utvärderingar som innefattar såväl hälsoaspekter som ekonomiska investeringskalkyler.

■ fakta 1. Ledarskap och medarbetares välmående

Ledarskap som är förknippat med god hälsa hos medarbetare

- Ger medel så att man kan genomföra arbetet (information, mandat och tydlighet)
- Uppmuntrar att man deltar i utvecklingen av arbetsplatsen
- Ger stöd
- Inspirerar

- Visar integritet (rättvisa)
- Integrerar medarbetarna så att man kan arbeta bra tillsammans

Ledarskap som är förknippat med dålig hälsa hos medarbetarna

- Auktoritärt beteende
- Tvingar sin åsikt på andra
- Agerar oäkta
- Ovänligt
- Drar sig undan

vara lyhörd. Att vara chef innebär att man har ett relationsintensivt arbete, där medarbetare och överordnade (och inte minst chefen själv) har höga förväntningar som man sällan kan leva upp till. Det innebär en utsatthet som gör att många tvivlar på sin kompetens att leda, samtidigt som man oftast känner sig säker i sakfrågorna. I andra relationstunga arbeten, tex i läraryrket eller bland psykoterapeuter, är det en självklarhet att man då och då behöver ge sig tid för handledning eller reflektion, inte bara över vad man gör utan framför allt över hur man gör.

Chefsutveckling som prevention

Även chefer behöver tillfällen för lärande och utveckling av den egna rollen, inte enbart för medarbetarnas skull utan även för sin egen hälsa. Det är numera vanligt att man erbjuder chefer stöd i form av kurser, mentorer eller coaching. Det finns emellertid förvånansvärt få studier där man utvärderat dessa interventioner [7]. I några svenska fall har man kunnat demonstrera positiva effekter av sk dialog- eller backstagegrupper för chefer i termer av ökat självförtroende och handlingskraft i chefsrollen [8, 9]. I en studie fann man även ett positivt samband med dialoggrupper för läkare och deras upplevelse av sin psykosociala arbetsmiljö [10]. Gemensamt för de metoder som utvärderats i ovan nämnda studier är att fokus ligger på verkliga problem och dilemman som de deltagande presenterar samt att metoderna är manualbaserade (i engelsk litteratur refereras till »action-reflection-learning« eller »inquiry based methods«).

För närvarande pågår en större randomiserad studie där vi vill undersöka om chefsutbildningar av detta slag också får effekt i organisationen vad avser psykosocial arbetsmiljö och medarbetarhälsa [11]. Det finns några få tidigare studier som antyder att det kan finnas ett sådant samband [12, 13]. Om det kan beläggas med ytterligare empiri kan det finnas fog att betrakta chefsutveckling som förebyggande av arbetsrelaterad ohälsa. Med tanke på den relativt entydiga bilden av vilka chefsbeteenden som bidrar till bättre hälsa bland personalen finns det dock all anledning att se chefsurval, framför allt bortgallring av dem med negativa ledarbeteenden, som en preventiv åtgärd [14].

Hälsoenkäter som sekundärprevention

I en omfattande genomgång av forskningen på området menar Goetzel et al [15] att en hörnsten i hälsofrämjande insatser på arbetet är kartläggning av behoven. Även arbetsmiljö- och hälsoenkäter kan med andra ord ses som förebyggande interventioner. Det finns många exempel på enkäter av detta slag, dock mer sällan med en systematisk hälsoansats. Ett undantag är AHA-metodiken [16]. Den har utvecklats och utvärde-

rats inom forskningsprojektet »Arbete och hälsa inom process- och verkstadsindustrin« (AHA-projektet). Utvecklingen avseende den totala sjukfrånvaron på de deltagande företagen visar, jämfört med den privata sektorn totalt i Sverige, att tre av fyra företag minskade sin sjukfrånvaro under uppföljningsperioden 2000–2003 [15]. Förutom detta utvärderingsarbete har ett utvecklingsarbete genomförts med fokus på att pröva alternativa svarsformat och associerade hälsofrågor. I en enkät återfinns t ex en tydligare depressionsmodul [17] och frågor om prestationsbaserad självkänsla [18]. En webbaserad version, webb-QPS (Questionnaire for psychological and social factors at work), med sådan utformning har prövats i större skala vid ett svenskt universitetssjukhus [19].

Det tycks vara så att riktade insatser som engagerar de anställda genom feedback och individuellt anpassade förslag på åtgärder ger störst kostnadseffektivitet [15]. Via webben är det enkelt att genomföra upprepade mätningar inom en grupp eller organisation. De upprepade mätningarna kan vara riktade till antingen specifika undergrupper som t ex uppvisar vissa symtom eller till hela gruppen eller organisationen. I det ovan nämnda exemplet gavs omedelbar feedback till riskgrupper som, beroende på problematik, erbjöds kurser i stresshantering, mindfulness, sömn, motion och kost eller kontakt med företagshälsovården. Denna form av sekundärprevention förutsätter chefers engagemang och medverkan för att fungera eftersom man kan behöva uppmuntra sin personal, särskilt dem med riskbeteenden, att svara på enkäten och inte minst att acceptera de erbjudanden om stöd som ges.

Även program för vad som i Sverige kommit att kallas för personstöd (employee assistance program) ligger i detta härad. I denna form av intervention erbjuds anställda med personliga och/eller arbetsrelaterade bekymmer att ringa en rådgivare när som helst på dygnet, 365 dagar om året. Ibland leder telefonkontakten vidare till ett personligt möte för fortsatta konsultationer [20].

Interventioner för att främja återgång i arbete

Chefer kan även behöva engagera sig i dem som är sjukskrivna. Som framgår av övriga bidrag till detta tema i Läkartidning finns det ingen omfattande evidens för någon specifik behandlingsmetod vid utbrändhet eller utmattningssyndrom. Några få undersökningar har fokuserat på återgång i arbete efter enbart individbehandling. De flesta av dem har tillämpat någon behandling baserad på principer från kognitiv beteendeterapi (KBT). Syftet har ofta varit att förbättra individens förmåga att hantera stress. Dessa behandlingsprogram, om än med olika intensitet, duration och innehåll, har inte visat bättre effekter än de kontrollgrupper som använts [21-25].

I en ännu inte publicerad kontrollerad studie [26] jämfördes individuell arbetsinriktad coaching i kombination med psykoterapi i grupp med psykoterapi i grupp utan coaching. Den individuella coachingen som genomfördes av välutbildade och erfarna psykologer och socionomer gav ingen mereffekt jämfört med bara psykoterapi. Resultaten var jämförbara med dem som erhöles i en annan kontrollerad studie [27], där två former av korttidsterapi i grupp (kognitiv respektive fokuserad psykodynamisk) jämfördes med individuellt stöd. I bägge studierna fann man att två tredjedelar av patienterna arbetade halvtid eller mer vid ettårsuppföljningen, och ca 70 procent uppvisade en kliniskt betydelsefull förbättring avseende depression, men man fann inga som helst skillnader mellan metoderna.

Dessa resultat ger anledning att noga utvärdera de ekonomiska prioriteringar – utan särskild vetenskaplig förankring

»Omfattande forskning visar att gruppterapi är en kostnadseffektiv och evidensbaserad terapiform ... men som är uppseendeväckande underutnyttjad i Sverige.«

– som görs av politiker, inte minst mot bakgrund av en nyligen genomförd miljardsatsning på mer eller mindre seriös coaching för sjukskrivna och arbetslösa. Vilka effekter hade man kunnat uppnå med samma ekonomiska satsning på t ex välutbildade gruppterapeuter? Omfattande forskning visar att gruppterapi är en kostnadseffektiv och evidensbaserad terapiform [28] men som är uppseendeväckande underutnyttjad i Sverige.

Både arbetsmiljö och behandling/rehabilitering

Även om forskningen tycks visa att man med behandling och psykoterapi kan förbättra den sjukskrivnes förmåga att hantera stress i allmänhet, så är det otillräckligt för en stor del av patienterna för att möjliggöra en hållbar återgång i arbete. Det kan därtill krävas adekvata förändringar i den sjukskrivnes arbetsituation för att underlätta eller möjliggöra en hållbar arbetsåtergång. Den sjukskrivnes arbetsledare kan här spela en viktig roll. Bristfällig kontakt mellan de två har visats bidra till långa sjukskrivningar [29] och på motsvarande sätt kan förbättrad kontakt antas ha betydelse för att underlätta återvändandet till arbetet. Mot denna bakgrund finns det anledning att undersöka systematiska interventioner som omfattar både arbetsmiljö och behandling/rehabilitering. Det finns dock inte mer än ett fåtal fackgranskade och internationellt publicerade vetenskapliga artiklar som studerat sådana interventioner med arbetsåtergång som utfallsmått.

En av de få studier av interventioner riktade mot arbetsplatsen och förändring av arbetssituationen gjordes i Holland med en grupp egenföretagare (mestadels bönder) som nyligen sjukskrivits för stressrelaterade problem [30]. De slumpades till en av tre grupper: KBT-behandling med en utbildad psykoterapeut, kombinerad intervention med en sk arbetsexpert eller en kontrollgrupp som fick två korta samtal med en allmänläkare. Den kombinerade behandlingen bestod i en enklare och kortare KBT-baserad stresshanteringskurs med arbetsexperten och en genomgång av arbetssituationen följt av rådgivning om hur denna skulle kunna förändras för att minska stressorer genom att t ex minska arbetsbelastningen eller få bättre kontroll över arbetet.

I både KBT och kombinerad intervention uppmuntrades gradvis arbetsåtergång. Det visade sig att de som deltog i den kombinerade interventionen, som involverade förändringar i arbetssituationen, kom fullt tillbaka i arbete nära sju månader tidigare än deltagarna i KBT- och kontrollgrupperna. De två senare skilde sig däremot inte åt. Den kombinerade interventionen gav även snabbare partiell återgång i arbete. Eftersom det i det här fallet handlade om egenföretagare var naturligtvis motivationen att komma tillbaka hög. I den ovan refererade svenska studien som handlade om patienter med långvarig sjukskrivning handlade coachningen ofta om att hitta ett helt nytt arbete, antingen hos den gamla arbetsgivaren eller hos en ny. Denna komplicerade situation kan delvis förklara skillnaden i resultat.

Gradvis återgång i arbete har i litteraturen antagits kunna vara en framgångsrik väg tillbaka till arbete efter längre sjukskrivning [30]. Det kan t ex bidra till att etablera en daglig arbetsrytm, successivt återskapa en känsla av kontroll och bemästrande och innebära ett förnyat engagemang i arbetet och

arbetskamraterna. Det finns flera skäl som talar för att interventioner syftande till förändringar på arbetsplatsen och i den sjukskrivnes arbetsituation är en lovande väg för att underlätta återgång i arbete efter sjukskrivning för stressrelaterad psykisk ohälsa. Då behöver man inte heller starta den mycket osäkra processen att finna ett nytt arbete.

En utvärderad systematisk metod använd i ett projekt

Vid Arbets- och miljömedicin i Lund inleddes i slutet av 2003 utvecklingen av en arbetsmetod i syfte att underlätta arbetsåtergång efter sjukskrivning med stressdiagnos genom att i relativt tidigt skede intervensera på arbetsplatsen [31]. Bakgrunden var den snabba och omfattande ökningen av långa sjukskrivningar med stressrelaterade diagnoser som då pågått ett antal år och som ofta ledde till utslagning från arbetsmarknaden. Kunskapsläget om det som senare kom att kallas utmattningssyndrom var bristfälligt, och få modeller för rehabilitering fanns utvecklade och utvärderade. Ofta upphörde kontakten mellan patienten och arbetsplatsen mer eller mindre vid sjukskrivning på grund av utmattning. Arbetsplatsen anpassade sig successivt till situationen, och för den sjukskrivne skedde ingen planering för återgång i arbete.

Grundidén bakom interventionen var att i relativt tidigt skede av sjukskrivningen få igång en dialog mellan den sjukskrivne och arbetsplatsen. Mer specifikt avsågs närmsta arbetsledare. Denne förväntades både ha bäst kännedom om hur arbetsituationen varit före sjukskrivningen och ha bäst möjlighet att i den vardagliga kontakten bidra till och följa arbetsåtergången. Teoretiskt fanns tanken att den obalans som föreslagits kunna orsaka utbrändhet skulle kunna tillämpas som en modell för att återskapa eller öka balansen mellan personen och jobbet.

Balansperspektivet bedömdes kunna vara ett fruktbart och konstruktivt sätt att se på den uppkomna situationen och att ha som utgångspunkt för förändring. Det minskar risken för ensidiga positioner om huruvida orsakerna ligger hos arbetet eller individen liksom vilken av dessa som behöver förändras. Sådana läsnings kan vara defensiva och destruktiva och dölja känslor av t ex misslyckande och skam hos den sjukskrivne eller skuld hos arbetsledaren. Detta kan hindra en dialog riktad framåt och mot lösningar av situationen, vilket kan involvera förändringar både av arbetet och hos individen.

Projektets genomförande och resultat

Projektet genomfördes i samarbete med Försäkringskassan (FK). Var fjortonde dag tog de fram nya sjukfall som uppfyllde kriterierna: personerna skulle ha anställning, vara sjukskrivna minst halvtid i 2–6 månader från att tidigare ha varit väsentligen friska och ha en stressdiagnos (F.43 utom PTSD), som bedömdes vara huvudsakligen orsakad av arbetsstressorer (dock ej mobbning eller svårartade konflikter). De utvalda personerna informerades i ett brev om projektet och kontaktades en vecka senare på telefon för inbjudan. Interventionen hade ett tydligt syfte, flöde och struktur, vilket patienterna informerades väl om i förväg.

De som tackade ja bjöds in till en första screeningintervju med huvudfokus på arbetssituationen och dess relation till sjukskrivningen. Om inga hinder för deltagande framkom genomgick patienterna en heldags undersökning på kliniken av en specialistläkare, en psykolog och en socionom. Patienterna hade dessförinnan tagit en uppsättning labbprov och besvarat ett antal formulär, så ett bra underlag fanns om dem då de kom för undersökning.

Så långt var det hela inte särskilt unikt. Det som följde därpå skiljer sig dock från hur flertalet dittills hade arbetat. Da-

gen avslutades med en intervju med patienten om vad han eller hon såg som väsentliga förändringar som behövde ske för att kunna återgå till arbetet på ett hållbart sätt. Med patientens samtycke åkte därefter en teammedlem ut till arbetsplatsen för att intervjua arbetsledaren om samma sak, dvs hur denne såg på orsakerna till sjukskrivningen, men framför allt vilka förändringar denne ansåg krävdes för en hållbar arbetsåtergång.

Teamet hade därefter två bilder av situationen och dess lösning: patientens och arbetsledarens. Det som betraktades som kärnan i interventionen var att två teammedlemmar nu träffade arbetsledaren och patienten tillsammans på arbetsplatsen för att stimulera till en dialog om hur man nu skulle gå vidare för att underlätta arbetsåtergång. Då tanken var att de två eventuellt skilda bilderna av situationen skulle konvergera eller närma sig varandra, kallades dialogen för »konvergenssamtal«. Samtalen varade typiskt i en och en halv timma och var som regel mycket konstruktiva. De resulterade ofta i ömsesidig förståelse och överenskommelser om förändringar på såväl kort som längre sikt. På kort sikt kunde det handla om minskad arbetsbelastning, individuell behandling och gradvis arbetsåtergång. För att denna skulle bli långsiktigt hållbar kunde diskussionen också röra förändringar i arbetsinnehåll, roller, ökad kommunikation med och stöd från arbetsledaren, hjälp med prioriteringar, utbildning eller beredskap vid eventuella nya problem.

Som ett ytterligare stöd för att förebygga återfall gavs några veckor senare för mindre grupper av patienter en halv studie-dag om arbetsrelaterad stress och utmattning med kortare föreläsningmoment och gruppdiskussioner med teman som tex hur man kan identifiera och hantera tecken på risk för nyinsjuknande. På liknande sätt erbjöds de aktuella arbetsledarna en halv studiedag på liknande tema men mer föreläsningssinriktat. För att få en kunskaps-spridning på arbetsplatserna fick de också ta med kollegor.

För att utvärdera effekten på arbetsåtergång matchades interventionsgruppen (n=74) utifrån kön, ålder, sjukskrivningslängd och -omfattning med en lika stor kontrollgrupp av personer som tackat nej till deltagande utan att ange något speciellt skäl till det. Gruppernas återgång i arbete följdes

med registerdata från Försäkringskassan i 1,5 år efter konvergenssamtalet. I interventionsgruppen ökade andelen personer som återgick i arbete i någon grad närmast linjärt under denna tid tills ca 90 procent hade återgått i arbete. I kontrollgruppen återgick ca 70 procent. Runt 60 procent i båda grupperna återgick helt i arbete, men i interventionsgruppen återgick flera på deltid, medan detta knappt förekom alls i kontrollgruppen, där alltså tre av tio inte alls kom tillbaka i arbete, mot en av tio i interventionsgruppen.

Resultaten får betraktas som lyckade i jämförelse med andra svenska studier med individriktad rehabilitering där andelen som återgått i arbete oftast legat kring 40–50 procent. Även kontrollgruppen hade alltså i denna studie en god andel åter i arbete. Ingen av de två grupperna erbjöds inom projektet någon behandling i övrigt utan enbart det som sedvanligt fanns tillgängligt i samhället.

Arbetsmetoden kallas numera ADA

Arbetsmetoden, som numera kallas ADA (arbetsplatsdialog för arbetsåtergång), har börjat tillämpas på flera företagshälsovårder liksom en enkät (LUCIE; Lund University checklist for incipient exhaustion) som utvecklades i anslutning till projektet och som syftar till att enkelt upptäcka tidiga tecken på begynnande utmattningsreaktioner. Om dessa tecken upptäcks i tid kan ADA-metodiken tillämpas redan då det bedöms finnas risk för sjukskrivning i syfte att förebygga sådan.

I studien gjordes även några intressanta iakttagelser som knyter an till diskussionen i början av denna artikel om chefers egna behov liksom deras betydelse för medarbetares hälsa. I samband med intervjuerna av cheferna om åtgärder kring patienter ville många ta tillfället i akt att även mer allmänt vilja diskutera frågor som de funderade över kring arbetsrehabilitering och förebyggande av stressproblem, vilket tyder på ett upplevt behov av sådant stöd i chefsrollen. Vidare framkom i enkäten QPS, som patienterna besvarade, att de upplevt rollkonflikt som ett av de mer betydande problemen i sin arbetssituation, dvs en brist på just den tydlighet i roller och uppgifter som ett hälsofrämjande ledarskap bör sträva efter.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Maslach C, Leiter MP: The truth about burnout. San Francisco: Jossey Bass; 1997.
- Jaques E. Requisite organization: a total system for effective managerial organization and managerial leadership for the 21st century. Arlington: Cason Hall & Co; 2006.
- Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur och Kultur; 2010.
- Melder C. Vilsenhetens epidemiologi. En religionspsykologisk studie i existentiell hälsa. Acta Universitatis Upsaliensis, Psychologia et Sociologica Religionum 25; 2011.
- Johansson G, Sandahl C, Andershed B. Authentic and congruent leadership providing excellent work environment in palliative care. Leadersh Health Serv. Under publ 2011.
- Nyberg A. The impact of managerial leadership on stress and health among employees [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 2009.
- Collins DB, Holton EF. The effectiveness of managerial leadership development programs: a meta-analysis of studies from 1982–2001. Human Resource Development Quarterly. 2004;15:217–48.
- Bergman D, Fransson Sellgren S, Wahlström R, Sandahl C. Healthcare leadership – impact of short-term intensive and long-term less intensive training programs. Leadersh Health Serv. 2009;22: 161–75.
- Bergman D, Arnetz B, Wahlström R, Sandahl C. Effects of dialogue groups on physicians work environment. J Health Organ Manag. 2007;27:27–38.
- Theorell T, Emdad R, Arnetz B, Weingarten AM. Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. Psychosom Med. 2001;63:724–33.
- Romanowska J, Larsson G, Eriksson M, Wikström BM, Westerlund H, Theorell T. Health effects on leaders and co-workers of an art-based leadership development program. Psychother Psychosom. 2011;80:78–87.
- Goetzl RZ, Ozminkowski RJ. The health cost benefits of work site health-promotion programs. Ann Rev Publ Health. 2008;29:303–23.
- Jensen I, Nygren Å. Arbete och hälsa i process och verkstadsindustrin för 2000-talet (AHA-studien). DNR AF-04:99. Stockholm: AFA Försäkring; 2004.
- Selvik R, Stephenson D, Plaza C, Sugden B. EAP impact on work, relationships and health outcomes. Journal of Employee Assistance. 2004;34(2):18–22.
- de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. J Occup Health Psychol. 2008;13(3):214–31.
- Heiden M, Lyskov E, Nakata M, Sahlin K, Sahlin T, Barnekow-Bergkvist M. Evaluation of cognitive behavioural training and physical activity for patients with stress-related illnesses: a randomized controlled study. J Rehabil Med. 2007;39(5):366–73.
- van der Klink JJ, Blonk RW, Sche-ne AH, van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. Occup Environ Med. 2003;60(6):429–37.
- Sandahl C, Lundberg UE, Lindgren A, Rylander G, Herlofson J, Nygren Å, et al. Two forms of group therapy and individual treatment of work related depression. A one year follow-up study. Int J Group Psychother. Under publ 2011.
- Piper WE. Underutilization of short-term group therapy: enigmatic or understandable? Psychotherapy Research. 2008;18: 127–38.
- Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. Occup Environ Med. 2004;61(10):817–23.