

## **Faktorer för återgång till arbetet efter sjukskrivning pga stress.**

Författare: Kjell Antus

Handledare: Tohr Nilsson, överläkare Yrkesmedicinska kliniken Sundsvall

## Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
Sammanfattning .....	3
Inledning.....	3
Syfte och frågeställning.....	4
Undersökt grupp.....	4
Metod .....	5
Resultat.....	6
Diskussion .....	10
Slutsatser .....	12
Tack .....	12
Litteraturreferenser.....	12

## **Sammanfattning**

Faktorer för återgång till arbetet efter sjukskrivning pga stress. Författare: Kjell Antus  
Handledare: Tohr Nilsson. Projektarbete vid Uppsala universitets företagsläkarutbildning  
2008/2009. Långtidssjukskrivning pga stress i arbetslivet har sedan 1990-talet varit ett  
tilltagande problem. På Företaget X har sjukfrånvaron varit låg, men det har ändå förekommit  
stressrelaterad sjukskrivning. Denna har dock varit ganska kortvarig och ofta har man kunnat  
återgå till oförändrat arbete. För att undersöka om denna bild var sann och vad som gjort det  
möjligt gjordes denna undersökning. Studien bygger på en enkät där de sjukskrivna själva fått  
skatta olika faktorer betydelse för deras rehabilitering. Svaren pekar på att sjukskrivningen i  
sig, den egna motivationen och stödet från familjen, psykologsamtal och förändringar på  
arbetet samt chefens stöd har haft störst betydelse.

## **Inledning**

De senaste decennierna har ökad stress i arbetslivet och därav följande psykisk ohälsa varit i  
fokus. Andelen långtidssjukskrivna med psykiska sjukdomar har ökat under 1990-talet. Drygt  
hälften av dessa hade klart stressrelaterade symtom. (1) Sjuktalet har stigit till en nivå som  
lett fram till att genomgripande förändringar i sjukförsäkringssystemet för närvarande  
genomförs.

Min egen och även en allmän erfarenhet har varit att det i stor utsträckning har handlat om  
kvinnor i den offentliga sektorn, ofta i arbeten med människor. (2) T.ex. skola, barnomsorg,  
sjuk-och äldreomsorg. En annan erfarenhet har varit att sjukskrivningen ofta har blivit lång och  
att det många gånger varit svårt att komma tillbaka till sitt tidigare arbete. Så har en femtedel  
av de landstingsanställda som varit sjukskrivna för psykisk ohälsa i tre månader förblivit  
sjukskrivna i minst två år framöver. (3, 4)

Företaget X har sedan några år som första punkt i de övergripande arbetsmiljömålen att ingen  
medarbetare ska behöva bli sjuk av arbetsrelaterad stress. Trots det kan man notera att 4-6  
medarbetare insjuknar i arbetsrelaterad stress årligen. Anmärkningsvärt är dock att det på  
Företaget X förefaller vara en stor andel av de med stressrelaterad sjukfrånvaro som  
återkommer i arbete, både efter en relativt kort sjukskrivningstid och ofta till samma arbete.  
Det är resultat som väcker både intresse och frågor. Riskfaktorer för stressrelaterade problem  
är tidigare väl kartlagda. Likaså är hälsofrämjande och förebyggande faktorer kända. De  
översikter som publicerats avser nästan alltid försök att förebygga arbetsrelaterad stress,  
medan de vetenskapliga studierna av behandling och rehabilitering är utomordentligt få. (5-7)  
Flera studier inom området pågår dock. (8-9) Med det här projektarbetet vill jag undersöka  
vad som har haft betydelse för återgång i arbetet.

Verksamheten i Företaget X kan klassificeras som högteknologisk, kapitalintensiv industriell  
produktion. Inom denna typ av verksamhet finns ca 4 % av Sveriges arbetskraft, merparten är  
män. Den bild jag fått av sjukfrånvaron orsakad av stress i arbetet hos de anställda på  
Företaget X är:

- den förekommer trots mål om motsatsen
- den är kortare än förväntat
- många kommer tillbaka till samma arbete

## Syfte och frågeställning

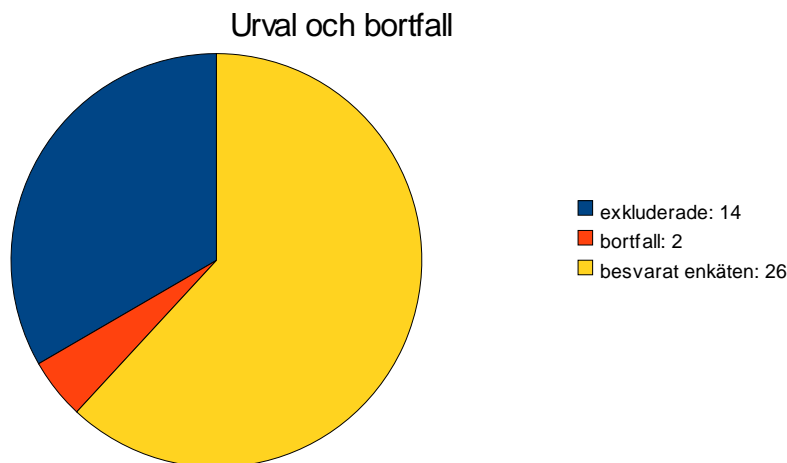
Med undersökningen vill jag dels se om den bild jag fått stämmer och dels, om så är fallet, se vilka faktorer som varit av betydelse för återgången i arbete. Frågorna kan sammanfattas till:

- vad har haft störst betydelse för sjukfrånvaron?
- vad har haft störst betydelse för rehabiliteringen?
- har sjukfrånvaron varit kort?
- har man återgått till oförändrat arbete?

## Undersökt grupp

Personalavdelningen på Företaget X tog fram en lista på de personer som varit sjukskrivna pga arbetsrelaterad stress och även en lista på de som deltagit i den stresskurs som ordnats på arbetsplatsen. Det blev sammanlagt 42 personer, alla var tjänstemän, ingen var kollektivanställd. Av dessa uppfyllde sex inte kriterierna (sjukskrivning pga stress i arbetet), fem hade gått i pension och tre arbetade inte kvar i företaget. Dessa 14 ströks från listan och kvar blev 28. Av dessa hade tre återinsjuknat varför de initialt inte tillfrågades. Av de 25 som tillfrågades om deltagande i enkäten tackade en nej.

24 individer deltog alltså i enkäten initialt. Senare bedömdes att även de som återinsjuknat var av intresse. Därför tillfrågades två av dem senare per telefon och tackade ja till att besvara enkäten. Den tredje har inte kunnat kontaktas. 26 besvarade enkäter har bearbetats. 14 exkluderades av nämnda skäl och bortfallet på två individer bedöms inte relevant för utfallet. Urval och bortfall framgår av figur 1. De 26 som besvarade enkäten kan beskrivas enligt tabell 1.



Figur 1. Urval och bortfall. Den undersökta gruppen består av de 26 individer, varav två hade återinsjuknat.

Tabell 1. Undersökt grupp, fördelad på kön och ålder.

	antal	åldersspann
män	14	34-62
kvinnor	12	34-59

## Metod

Enkäten som användes har utformats enbart för den här undersökning och bestod av 34 frågor. Några frågor gav bakgrundsinformation så som ålder, kön, arbetsuppgifter och om de hade samma arbete och samma arbetstid som före sjukskrivningen. Övriga frågor fokuserade dels på orsaken till sjukfrånvaron och dels på faktorer i rehabiliteringen. De flesta frågorna hade

fasta svarsalternativ på en skala från ”ingen betydelse” till ”mycket stor betydelse”(0-5). Oftast gavs också en möjlighet till en fri kommentar i anslutning till frågan.

Alla fick på en skala 0-5 (från ingen betydelse till mycket stor betydelse) skatta vikten de själva bedömde att några faktorer hade för deras sjukskrivning. Frågorna gällde:

- Förhållanden i familjen eller den nära kretsen.
- Uppdrag eller ansvar på fritiden (utanför arbete och familj)
- Faktorer i arbetet (över huvud taget, utan precisering)
- Mängden arbete eller krav/ansvar i arbetet
- Styrning eller brist på kontroll i arbetet
- Konflikt eller samarbetsproblem i arbetet

På samma sätt som för orsaken till sjukskrivningen fick alla på en skala 0-5 (från ingen betydelse till mycket stor betydelse) skatta betydelsen av några faktorer för deras rehabilitering.

- Behandling hos företagssköterska
- Behandling hos företagsläkare
- Behandling med läkemedel
- Sjukskrivningen i sig
- Behandling hos psykolog
- Behandling hos sjukgymnast
- Sammantaget insatserna från Företagshälsovården
- Stöd från närmsta chef
- Stöd från personalavdelningen
- Stöd från arbetskamrater
- Ändrade arbetsuppgifter
- Deltagande i företagets stressgrupp
- Andra förändringar på arbetsplatsen
- Kontakter med / stöd från Försäkringskassan
- Stöd från familj eller den nära kretsen
- Dina egna åtgärder och insatser
- Andra faktorer (utöver ovan nämnda)

Dessutom fick de frågan

- Hur de i efterhand bedömde längden på sin sjukskrivning
- Hur de vid undersökningstillfället bedömde risken att åter bli sjuk av stress

Det ställdes också två öppna frågor: ”vad var den mest avgörande faktorn till att du blev sjuk?” och ”vad bedömer du att har haft störst betydelse för din återgång i arbetet?”

Här gavs inga färdiga alternativ, utan frågorna besvarades fritt med egna ord. Om det fanns flera faktorer, vilket oftast var fallet, ombads de rangordna dem efter betydelse. Svaren var ganska varierande men har grupperats och graderats, så att första faktorn fick 3 poäng, andra 2 poäng och följande ett poäng.

Om man i figurerna 3 och 7 betraktar antal individer istället för poäng får man svaren utan värdering efter rangordningen.

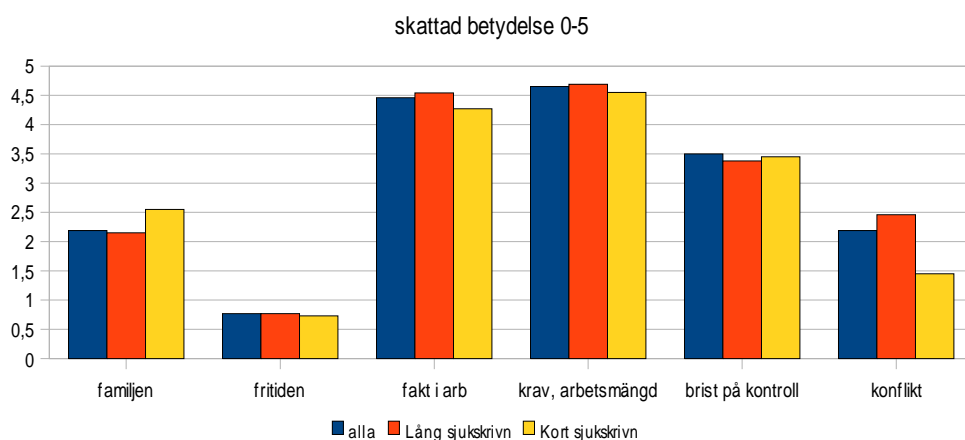
De 24 första enkäterna besvarades på särskilt avsatt arbetstid och i närvaro av en praktikant som gick utbildning i rehabiliteringsvetenskap. Detta var mycket värdefullt då eventuella oklarheter runt frågorna kunde rätas ut och det även gavs tillfälle till samtal efter besvarandet av enkäten. Dokumentationen av dessa samtal och de kommentarer som gavs efter de flesta frågorna innehåller mycket och värdefull information. I det här arbetet har dock inte den fria texten utan huvudsakligen de fasta svarsalternativen bearbetats. Materialet har kompletterats med ytterligare två enkäter som besvarats i senare skede och utan närvaro av praktikant.

Undersökningen har kompletterats med sjukskrivningsstatistik från personalavdelningen. Gruppen har delats i två delar, med kortare respektive längre sjukskrivning. Gränsen sattes till 6 månaders sjukskrivning för att få ungefär likstora grupper. Medellängden på sjukskrivningen i respektive grupp var 2,7 månader och 12 månader.

## Resultat

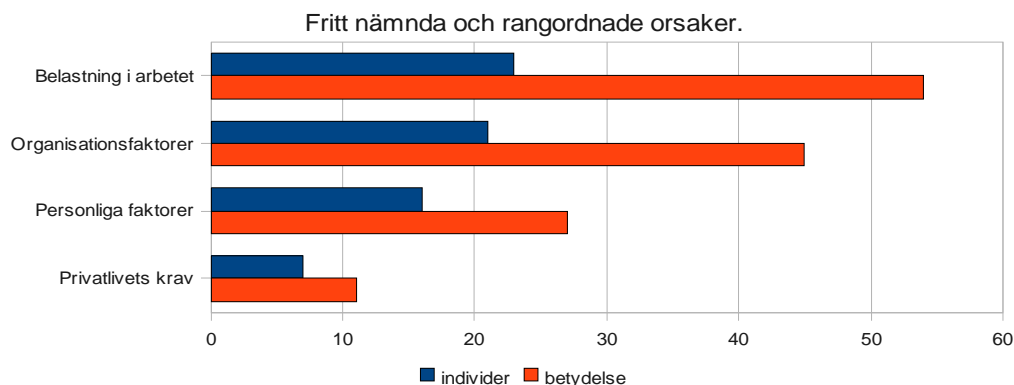
Resultatet på skattningen gällande orsak till sjukskrivningen visade att det inte var någon större skillnad mellan de med lång respektive kort sjukskrivning, förutom då det gällde ”konflikt eller samarbetsproblem”. Där såg man en övervikt bland de med längre sjukskrivning. Se figur 2. På den öppna frågan om vad som var de viktigaste orsakerna till sjukskrivningen angavs främst faktorer som kan hänföras till belastning i arbetet och organisationen på arbetet. Se figur 3.

### Orsaker till sjukskrivning



Figur 2. Orsaker till sjukskrivning, olika faktorerers skattade betydelse, 0-5. Redovisas för samtliga och uppdelat på kort (mindre än 6 månader) och lång (längre än 6 månader) sjukskrivning.

### Viktigaste orsaker till din sjukskrivning.



Figur 3. De på en öppen fråga angivna viktigaste orsakerna till sjukskrivningen. Varje individ kan ha

angivit flera faktorer. ”Individer” redovisar antalet faktorer i varje grupp, ”betydelse” tyngden utifrån rangordning.

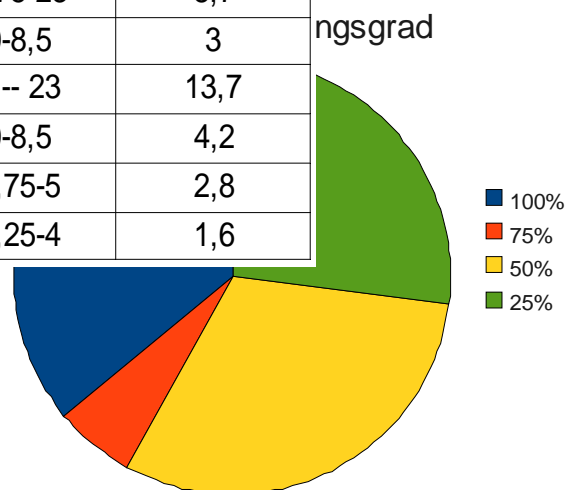
Hur såg då sjukskrivningarna ut?

För var och en av respondenterna granskades personalavdelningens frånvarostatistik. För två av dem fick vi inte fram dokumentation, men den ene uppgav själv att han varit helt sjukskriven i 6 månader och sedan gradvis under ett år återgått i arbetet och är nu frisk sedan snart 9 år. Den andre var helt sjukskriven i 4 veckor och hade nu varit frisk sedan snart 6 år. Två hade vid enkätens genomförande ännu pågående sjukskrivning sedan 4 respektive 8 månader. De återstående 24 avslutade sjukskrivningarna hade varat i genomsnitt 8 månader (0,75-23 månader). Medianvärdet för gruppen var 6 månader. I genomsnitt hade sjukskrivningen avslutats sedan 33 månader (1/2-83 månader). I tre fall förekom återfall. I två av dessa redan efter 1,5 och 2 månad, här har båda perioderna sammanräknats till en sjukskrivningsperiod. I det tredje fallet kom recidivet efter 28 månader och då har bara den senare, längre perioden medräknats.

Av all denna sjukskrivningstid var 36% heltid, 6% på  $\frac{3}{4}$ , 31% halvtid och 27% på  $\frac{1}{4}$ , se figur 4. Eftersom heltidssjukskrivning utgjort en mindre del av den totala sjukskrivningstiden granskades den för sig. Då fann man att hel sjukskrivning pågått i genomsnitt 3 månader (0 vecka – 8,5 månader). Medianvärdet var 2,25 månader. Se tabell 2.

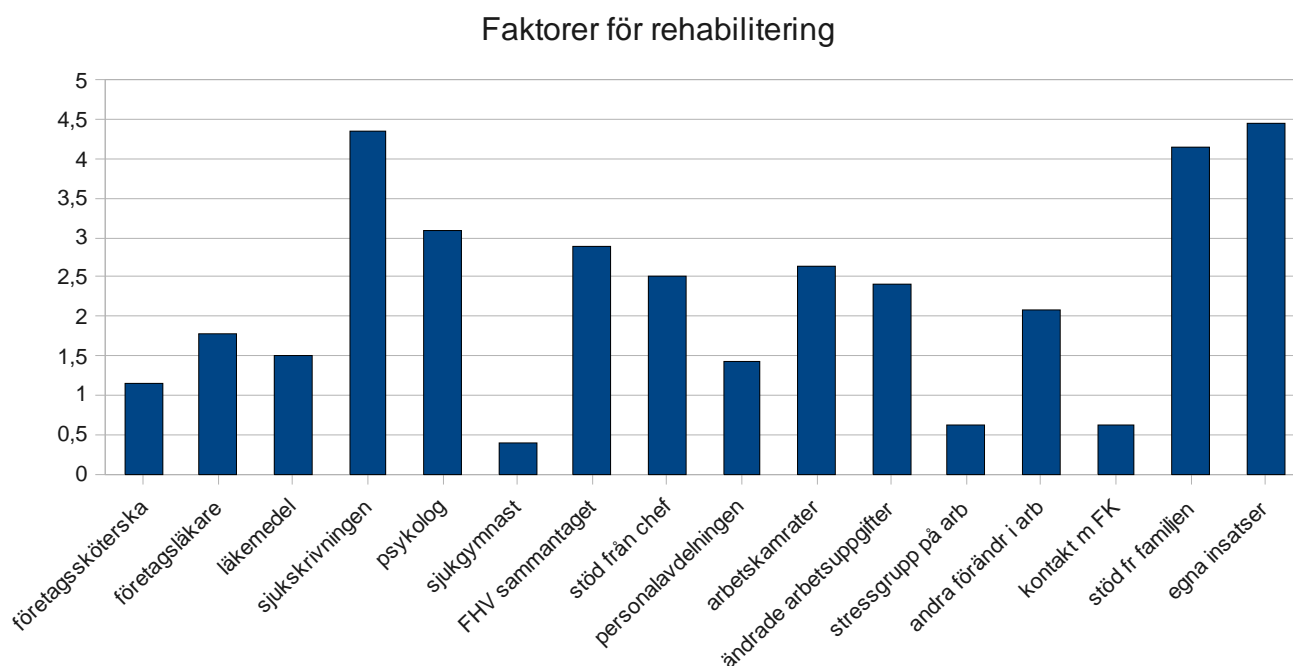
Tabell 2. Längden på sjukskrivningarna, sammantaget och på heltid.  
Samtliga och fördelat på kort och lång sjukskrivning. Tiden i månader.

	N	spann	medelvärde
Sjukskrivningstid (månader)	24	0,75-23	8,7
varav heltid		0-8,5	3
Lång sjukskrivning (>6 mån)	13	7 -- 23	13,7
varav heltid		0-8,5	4,2
Kort sjukskrivning (<6 mån)	11	0,75-5	2,8
varav heltid		0,25-4	1,6



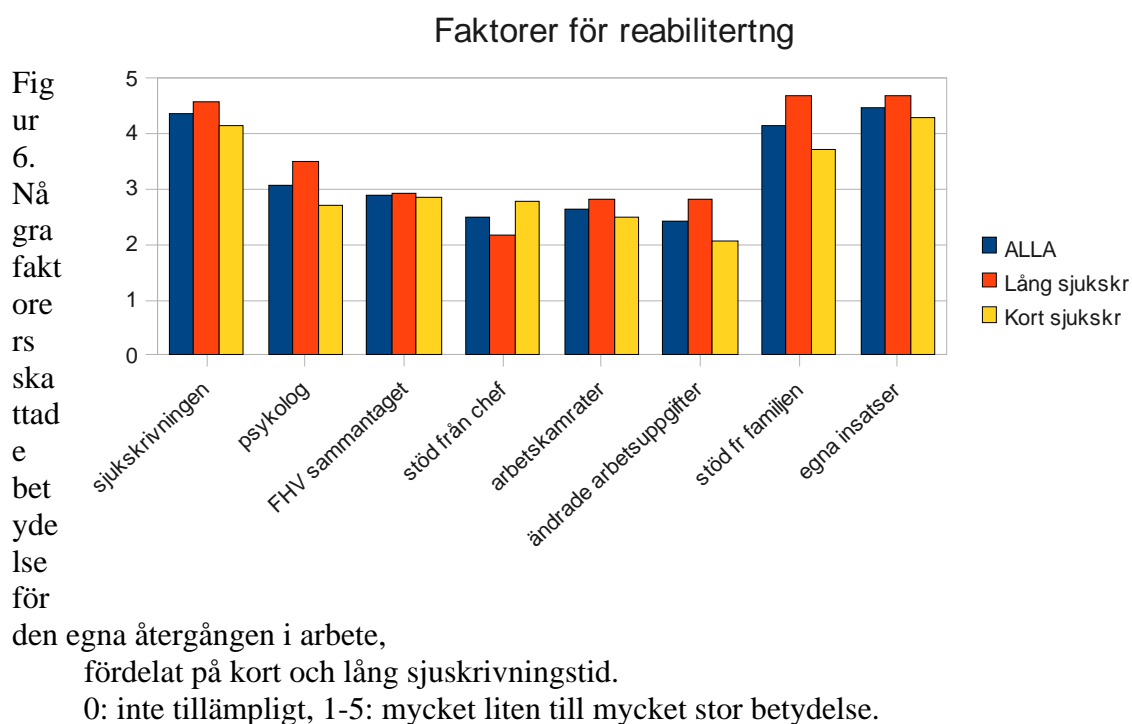
Figur 4. Sjukskrivningsgrad. De undersöktas sammanlagda sjukskrivningstid fördelad på sjukskrivningsnivå.

Faktorerna för rehabilitering var flera och skillnaderna mellan subgrupperna (kort och lång sjukskrivning, män och kvinnor) var inte stora. Därför har för tydligheten ingen uppdelning gjorts på subgrupperna i figur 5.



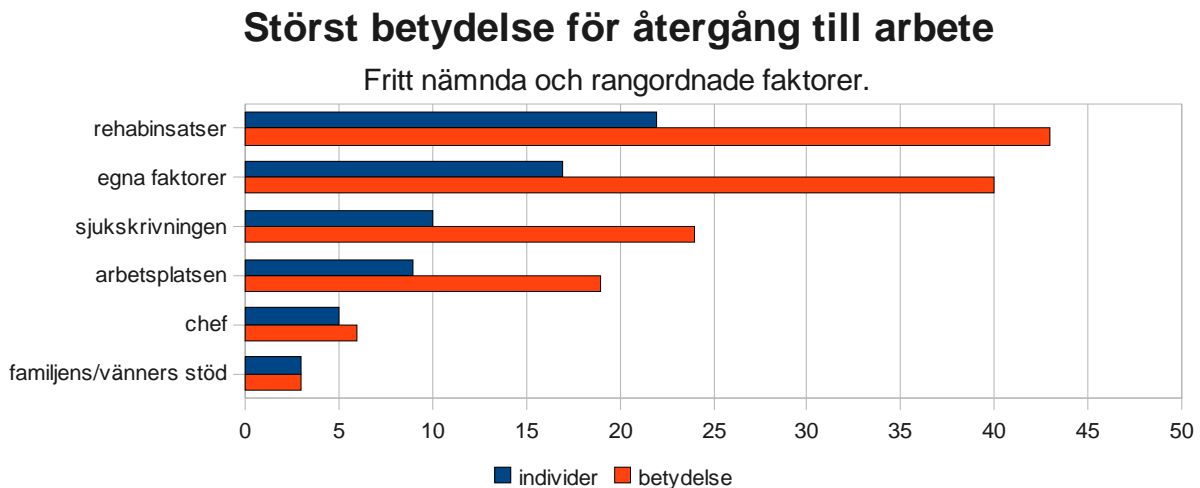
Figur 5. Olika faktors skattade betydelse för den egna återgången i arbete.  
0: inte tillämpligt, 1-5: mycket liten till mycket stor betydelse.

För de faktorer som skattats högt är det dock intressant att se om det finns någon skillnad i skattningen mellan de med lång respektive kort sjukskrivning. Dessa redovisas i figur 6. Till exempel skattades stöd från chef högre hos de med kort sjukskrivning och ändrade arbetsuppgifter högre hos de med längre sjukskrivning.



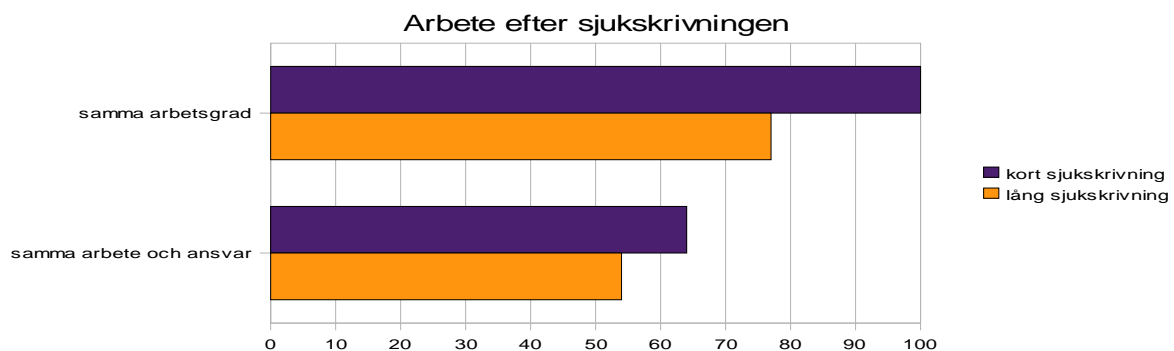


Även i svaren på den öppna frågan om vad som haft störst betydelse för återgång i arbetet framkommer samma bild. Se figur 7. Bland rehabiliteringsinsatserna framhölls ffa samtal hos psykolog och insikter av detta. Även den egna motivationen och viljan skattades högt. Sjukskrivningen var viktig för återhämtningen. Vad gäller arbetsplatsen framhölls ändrade arbetsuppgifter eller byta av arbetsplats, men också den sociala gemenskapen och känslan att vara en i teamet. En bra chef, som såg problemen och agerade värderades högt. Figur 7.



Figur 7: De på en öppen fråga angivna viktigaste orsakerna till återgång i arbete. Varje individ kan ha angivit flera faktorer. "Individer" redovisar antalet faktorer i varje grupp, "betydelse" tyngden utifrån rangordning.

88% uppgav att de efter sjukskrivningen hade oförändrad arbetsgrad och 54 % att de hade oförändrade arbetsuppgifter och ansvar. Se figur 8.



Figur 8. Arbetet efter sjukskrivningen. Hur många (i procent) som har samma arbetsgrad och samma arbetsuppgifter eller ansvar som före sjukskrivningen, uppdelat på kort och lång sjukskrivning.

## Diskussion

Undersökningen bekräftar att sjukskrivning pga stress i arbetet förekommer på företaget, trots mål om motsatsen. Men man kan konstatera att sjukskrivningen i de flesta fall var kort. Framför allt var heltidssjukskrivning begränsad, i genomsnitt till tre månader. Ofta förekom en tidig återgång i arbetet under sjukskrivning på deltid, med en total sjukskrivningstid på i medeltal åtta månader. Alla undersökta hade alltså återgått i arbete, trots att de varit

sjukskrivna för stress. Nästan 90 % hade återgått till samma arbetsgrad och drygt hälften till samma arbetsuppgifter och ansvar som före sjukskrivningen. Omvänt kan man säga att nästan hälften hade återgått till ett i något avseende förändrat arbetet. Det var de med längre sjukskrivning som i högre grad hade fått förändringar av arbete och arbetstid. Av kommentarerna till frågorna framgick att de flesta hade kvar i princip samma arbete men att en del förändringar hade skett. Det kunde t ex vara att man minskat sitt resande, att man inte hade personalansvar eller hade fått avlastning av vissa arbetsuppgifter.

De faktorer i arbetet som bedömdes ha haft störst betydelse för sjukskrivningen var ffa krav och belastning i arbetet, men också brist på kontroll, organisatoriska brister och ibland konflikter. Dessa risker kan med olika medel kartläggas och åtgärdas i förebyggande syfte. (10, 11) En studie har visat att fysisk belastning korrelerar till upplevda muskuloskelettala besvär, psykisk press associerades till trötthet och bröstsmärta, men att arbete under tidspress eller krävande tidsschema inte kunde kopplas till självrapporterad ohälsa. (12) Studier har visat att utbrändhet ökar risken för framtida ohälsa och sjukfrånvaro och att förebyggande åtgärder även är ekonomiskt lönsamt. (13, 14) Det finns grund för att tro att frågor om den upplevda belastningen är av värde för bedömningen. (15) I föreliggande studie framkommer att konflikter har haft större betydelse hos de med längre sjukskrivning.

Det var en relativt liten grupp som undersöktes och de uppgivna problemen var varierande. Generellt kan dock sägas att de enskilda medarbetarna hade hög kompetens och ofta specialiserade arbetsuppgifter. Med det följer att arbetet upplevdes engagerande och innebar stort ansvar, men också höga krav. Ofta förekom tidspress med deadlines och ofta fanns för lite tid för återhämtning.

Då man fritt angav och rangordnade vad som haft störst betydelse för återgången till arbetet angavs de givna rehabiliteringsinsatserna som det viktigaste, följt av sjukskrivning, stöd från familjen och egna insatser. De rehabiliteringsinsatser som bedömts ha haft störst betydelse är inte oväntat samtal med psykolog. Det finns få studier av rehabilitering vid arbetsrelaterad stress. I en studie har man sett positiv effekt av KBT på lätta depressiva symtom men inte funnit att det vid klinisk nivå av arbetsrelaterad stress har haft någon behandlingseffekt utöver konventionell behandling. (16, 17) De flesta i denna studie hade av naturliga skäl haft begränsad kontakt med sjukgymnast och företagssköterska. Av de egna insatserna framhölls ffa den egna viljan och motivationen, men också betydelsen av motion och återhämtning. Familjens stöd och förståelse skattades också högt. Läkarens och läkemedlens betydelse skattades ganska lågt, medan sjukskrivningen angavs som den viktigaste faktorn för återgång till arbetet. Det upplevdes både som en bekräftelse av att man mådde dåligt och blev tagen på allvar och som nödvändigt för återhämtning. De flesta bedömde i efterhand att sjukskrivningen var lagom lång eller något för kort. Ingen tyckte att den var för lång (delfråga i studien som ej redovisats i tabellform). En aktiv och meningsfull fritid är viktig för att balansera en krävande arbetssituation. (18) Av den här undersökningen förefaller det vara i rollen som sjukskrivande som företagsläkaren har sin största betydelse. Här handlar det om bekräftelse av besvären, samordning av rehabiliteringen och dosering av sjukskrivningen. Vilka insatser på arbetet har då haft betydelse? Företagets stressgrupp hamnar lågt, i nivå med kontakterna med Försäkringskassan. Även personalavdelningens stöd skattades ganska lågt.

Stöd från chefen, arbetskamraterna och ändrade arbetsuppgifter var det som skattades högt. Att chefen förstod, agerade tidigt och medverkade till en förändring var viktigt. Det sågs något tydligare hos de med kortare sjukskrivning och kanske var det också så att chefen hade bidragit till att sjukskrivningen kunnat bli kort. Ändrade arbetsuppgifter hade haft större betydelse för de med längre sjukskrivning. Stödet från arbetskamraterna och att vara en del av

teamet värderades högt. Till det som angavs vara den egna motivationen bidrog säkert flera faktorer som hör till arbetsplatsen, så som intressanta och stimulerande arbetsuppgifter, stöd från chef och arbetskamrater.

Givetvis kan man inte dra allt för långtgående slutsatser från denna undersökning. Materialet är litet och betydelsen av de exkluderade är inte undersökt. Hur skulle de som bytt arbetsgivare eller gått i pension påverkat resultatet om de deltagit?

Att jämföra med sjukskrivningar för stress inom den offentliga sektorn är inte helt rättvis. Inom denna, ffa skola, vård och omsorg, handlar det om vård- och serviceyrken där utbrändhet länge varit ett känt problem. Där är belastningen troligen mera kronisk och svårare att se och påverka, vilket kan hinna leda till svårare grad av utmattning innan åtgärder vidtas. Det kan ge försämrat kortisolsvar och försämrat arbetsminne. {Rydmark, 2006 #1} Möjligen är stressen inom tillverkningsindustrin mera tillfällig, beroende av konjunktur och orderingångar, och därför lättare att se. Organisationen och ansvarsfördelningen är troligen också tydligare inom industrin. Möjligheterna till åtgärder för att förbättra arbetssituationen inom den offentliga sektorn, där huvuddelen av stressrelaterad sjukskrivning förekommer, är också mycket begränsade. Inom kapitalintensiv tillverkningsindustri finns ofta ett samband mellan arbetsbelastning och ekonomiska resurser, medan det inom den offentliga sektorn saknas det sambandet. Det försvårar liknande adekvata åtgärder för en god arbetsmiljö, men är också en utmaning då man ser att det kan vara möjligt.

### **Slutsatser**

Sammanfattningsvis bekräftas bilden av att det är ett litet antal personer som sjukskrivits pga stress i arbetet. Deras sjukskrivning har totalt sett varit kort. Ofta har de efter en kort sjukskrivning på heltid återkommit till arbetet på deltid och efter sjukskrivningen kunnat återgå till oförändrat eller endast något förändrat arbete. Den egna viljan och familjens stöd, men också stödet från chefen har haft stor betydelse för rehabiliteringen. De mest avgörande rehabiliteringsinsatserna har varit sjukskrivningen och psykologsamtal. I flera fall, där arbetsbelastningen visat sig vara allt för hög, har man tillskapat resurser eller gjort andra avlastande förändringar. De förändringar som genomförts på arbetsplatsen tillmätts stor betydelse för möjligheten till återgång i arbetet.

### **Tack**

Jag vill tacka min handledare Tohr Nilsson, som kommit med ovärderligt stöd och uppmuntran. Ett lika stort tack vill jag rikta till Joulia Bergman som genomfört intervjuerna och bidragit med många kloka synpunkter. Slutligen vill jag tacka alla de som tålmodigt besvarat enkäten och generöst bjudit på sina erfarenheter, samt deras arbetsgivare och personalavdelning som gjort detta möjligt.

### **Litteraturreferenser**

1. *RFV analyserar 2002:4*. 2002.
2. *SOU 2002:5*. 2002.
3. Jenner H., S.I., *Perspektiv på utbrändhet – om orsaker och motkrafter*. 2003. p. sid 86.
4. Rylander G., Nathell L., Nygren Å., Åsberg M. et al. *Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa. Underlag från experter*. Socialstyrelsen, art.nr 2003-123-18.
5. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. *Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD002892. DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub2*.

6. van der Hek, H. and H.N. Plomp, *Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies*. *Occup Med (Lond)*, 1997. **47**(3): p. 133-41.
7. Åsberg M., G.K., Herlofson J., Jacobsson L., Krakau I., Nygren Å., et al.  
     , *Utmattningssyndrom – en kunskapsöversikt om stressrelaterad psykisk ohälsa.*, in *Stockholm: Socialstyrelsen; manuskript 2003*. 2003.
8. van Oostrom, S.H., et al., *Cost-effectiveness of a workplace intervention for sick-listed employees with common mental disorders: design of a randomized controlled trial*. *BMC Public Health*, 2008. **8**: p. 12.
9. van Oostrom, S.H., et al., *Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool*. *BMC Health Serv Res*, 2007. **7**: p. 127.
10. Duijts, S.F., et al., *A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence*. *J Clin Epidemiol*, 2007. **60**(11): p. 1105-15.
11. Duijts, S.F., et al., *Prediction of sickness absence: development of a screening instrument*. *Occup Environ Med*, 2006. **63**(8): p. 564-9.
12. Roelen, C.A., et al., *Perceived job demands relate to self-reported health complaints*. *Occup Med (Lond)*, 2008. **58**(1): p. 58-63.
13. Toppinen-Tanner, S., et al., *Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes*. *Behav Med*, 2005. **31**(1): p. 18-27.
14. Unger, H.P., [Work-related depression]. *Psychiatr Prax*, 2007. **34 Suppl 3**: p. S256-60.
15. Wannstrom, I., et al., *Different response alternatives in the assessment of job demands*. *Int Arch Occup Environ Health*, 2008. **81**(7): p. 813-9.
16. de Vente, W., et al., *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): p. 214-31.
17. Peterson, U., et al., *Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial*. *J Adv Nurs*, 2008. **63**(5): p. 506-16.
18. Winwood, P.C., A.B. Bakker, and A.H. Winefield, *An investigation of the role of non-work-time behavior in buffering the effects of work strain*. *J Occup Environ Med*, 2007. **49**(8): p. 862-71.
19. Rydmark, I., et al., *Neuroendocrine, cognitive and structural imaging characteristics of women on longterm sickleave with job stress-induced depression*. *Biol Psychiatry*, 2006. **60**(8): p. 867-73.