



UPPSALA
UNIVERSITET

Utvärdering av stresshanteringsgrupper vid inbyggd
företagshälsovård i Skellefteå kommun, en jämförelse mellan
två interventionsgrupper

Ingemar Markström
företagsläkare
Kommunhälsan
Skellefteå kommun
e-post ingemar.markstrom@skelleftea.se

Handledare
Docent, överläkare Lisbeth Slunga Järholm, Arbets- och Beteendemedicinskt Centrum,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2010-2011

1. INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Innehållsförteckning	sid 2.
2.Sammanfattning	sid 3
3.Inledning	sid 3
4.Syfte och frågeställningar	sid 4
5.Undersökt grupp	sid 5
6.Metod	sid 7
7.Resultat	sid 8
8.Diskussion	sid10
9.Slutsatser	sid11
10.Rekommendation	sid11
11.Litteraturreferenser	sid12

2. SAMMANFATTNING

Stressrelaterad psykisk ohälsa har ökat lavinartat i vårt samhälle sista årtiondena. Ett flertal behandlingsmetoder och terapier används idag i stressreducerande syfte, Yoga, Qi-gong, avslappningstekniker och olika psykoterapeutiska tekniker. Meta-analyser över stressreducerande interventionsstudier i vetenskapliga tidskrifter visar att Kognitiv beteendeterapi (KBT) ger bäst effekt initialt och över tid, även andra terapier har positiv effekt men inte lika uttalad.

På den inbyggda företagshälsovården Kommunhälsan i Skellefteå har de senaste tre åren stresshanteringskurser anordnats. Femton grupper har hållits sedan starten och projektarbetet har försökt utvärdera nio av dessa där det varit samma terapeuter. Varje stresshanteringsgrupp har erhållit behandling i tjugo veckor med en tvåtimmars träff per vecka. Deltagarna har sedan erhållit hemuppgifter mellan gruppträffarna. Gruppdeltagarna har också träffat terapeuten fem gånger för individuell terapi under behandlingens gång. De två metoderna som använts är Mental träning och klassisk KBT.

Studiens syfte har varit att utvärdera om behandlingen i stresshanteringsgrupperna lett till förbättringar med avseende på självskattade stressrelaterade psykiska symtom. Vidare har det undersökts vilken av de tillgängliga metoderna som varit effektivast.

Resultaten visar att både Mental träning och KBT hade reducerande effekt på stressrelaterade psykiska symtom vilka mättes genom självskattningsskalorna SMBQ-Global, BDI-II och BAI. När behandlingarna sedan jämfördes så hade Mental träning klart bättre effekt än KBT. Alla resultat var signifikanta, både i och mellan grupperna. Resultaten indikerar att metoden Mental träning är att föredra för anställda i Skellefteå Kommun med stressrelaterad psykisk ohälsa och att stressreducerande gruppterapi har, på gruppnivå, positiv effekt.

3. INLEDNING

Stressrelaterade sjukdomar och psykiska besvär har ökat kraftigt i vårt samhälle de senaste två decennierna till följd av, bland annat, ökade krav i arbetslivet. Arbetet har med tiden tenderat att gå från manuellt arbete till mer intellektuella uppgifter på arbetsplatserna. Kliniska studier har visat att arbetsförhållandena är orsaken till minst 50 % av affektiva sjukdomar i samhället (16).

Den lavinartade ökningen av stressrelaterad psykisk ohälsa började 1997 och pågick till fram till och med 2007 (1). Statistik visar att anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress toppar listan för vanligaste diagnoserna i pågående sjukfall i vårt land (5).

På slutet av 1960-talet introducerades uttrycket "burnout" av psykologen Maslach, hon definierar uttrycket som ett syndrom med tre dimensioner: emotionell utmattning, förlust av empati och en subjektiv försämring av arbetsprestation (10). Ursprungligen beskrevs "burnout" som ett tillstånd med huvudsakligen en fysisk och psykisk utmattning som företrädesvis sågs hos vårdpersonal och personer som arbetar med människor. Den uppfattningen har emellertid ändrats över tid och Maslach och medarbetare definierar numera "burnout" som ett tillstånd som uppstår i interaktionen individ-arbete, det vill säga, en kris i relationen till det egna arbetet. Psykologen Christina Maslach har genom sitt vetenskapliga arbete bidragit till termens spridning i världen. Personer som sedan utvecklat burnout-begreppet är Schaufeli (14) och Melamed (12).

I Sverige skapades begreppet Utmattningssyndrom i och med att Socialstyrelsen 2003 kom med skriften Utmattningssyndrom, Stressrelaterad psykisk ohälsa (16).

Från sjukvårdens sida har olika metoder för att reducera negativa effekter av stress införts men för närvarande är det oklart vilka eller vilken behandlingsmetod som är effektivast att förhindra ohälsa p.g.a stress och/eller förbättra individernas kliniska tillstånd vid stressrelaterad psykisk ohälsa. Ett flertal studier har genomförts med målsättningen att fastställa vilken behandlingsmetod som ger bäst resultat i rehabiliteringen av stressrelaterad psykisk ohälsa. I en översiktsartikel av Richardson (13) framhålls att flera stressreducerande metoder såsom avslappning, mindfulness, Qi-gong har effekt, men blygsam sådan vid stress i arbetslivet. Kognitiv beteendeterapi framhålls här som effektivast men dyrast.

Skellefteå Kommuns företagshälsovård Kommunhälsan levererar företagshälsovård till kommunens cirka 8000 anställda. På enheten finns 22 anställda inom personalkategorierna läkare, sjuksköterskor, undersköterska, personalvetare, psykolog, undersköterska, samt administrativ personal. Kommunhälsan arbetar främst med rehabilitering, arbetsmiljöarbete och lagstadgade kontroller. Skellefteå Kommun erbjuder och tillhandahåller genom den inbyggda företagshälsovården Kommunhälsan stresshanteringskurser för de anställda som är i riskzonen för, eller som drabbats av, stressrelaterad psykisk ohälsa. På grund av det då höga ohälsotalet i 2007 avsattes det medel från kommunens personalnämnd för framtida grupprehabiliteringsinsatser i ett försök att minska ohälsotalet. Initiativ togs från Kommunhälsan och redan 2008 startades en friskvårdssatsning på gruppbasis. Samma år startades också den första kommunala stresshanteringsinsatsen i grupp på försök. Stresshanteringskurser med två olika terapimetoder har nu i tre år anordnats i Kommunhälsans regi varför man ville göra en utvärdering av insatsen, dels för egen kvalitetskontroll och dels som återkoppling till Skellefteå kommuns personalnämnd som stått för medlen för insatsen.

4. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien har varit att utvärdera stresshanteringskurser vid Skellefteå kommuns inbyggda företagshälsovård Kommunhälsan och att jämföra effekten mellan två terapimetoder, dels Mental träning och dels Kognitiv beteendeterapi.

Frågeställningarna har varit;

- Förbättras kursdeltagarna efter genomgången kurs med avseende på självskattade stressymtom?
- Vilken av metoderna är effektivast att förbättra kursdeltagarnas självskattade hälsa?

5. UNDERSÖKT GRUPP

Då företagshälsovården tidigare inte hade någon anställd psykolog fick insatsen som KBT-terapeut på gruppbasis inhandlas från lokal privat psykologaktör. Sedan nuvarande rehabiliteringskoordinatör anställdes så har 13 stresshanteringsgrupper startats och avslutats. Från och med stresshanteringsgrupp tre som startade 090319 och framgent så har bara två terapeuter engagerats. Sista grupp som utvärderats avslutades 110330, totalt i utvärderingen ingår nio grupper, tre med Mental träning och sex med KBT som metodik.

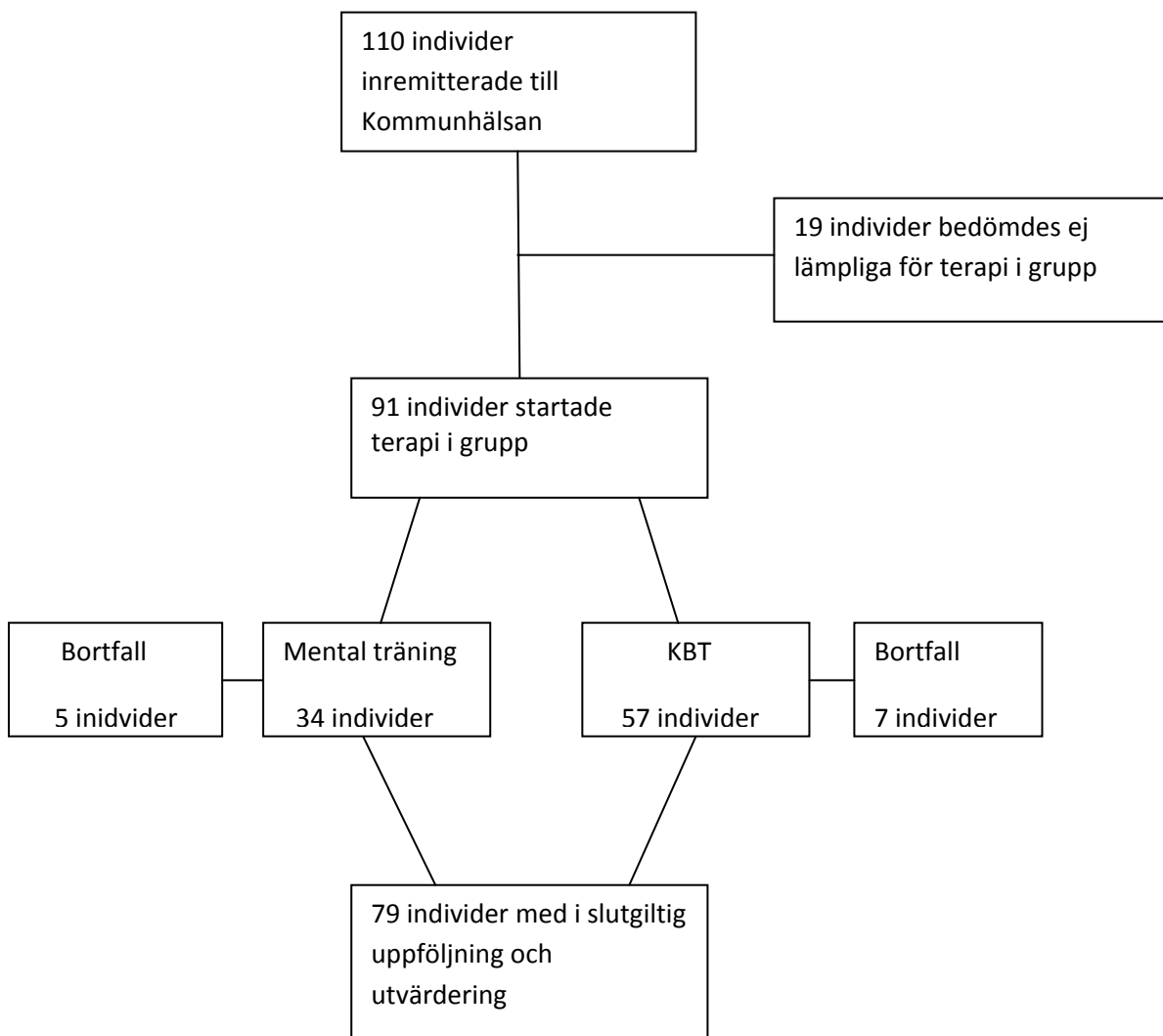
Det två undersökta grupperna bestod av kommunalt anställd personal som genom sina chefer remitterades till stresshantering vid Kommunhälsan. Individerna remitterades när misstänkt stressrelaterad psykisk ohälsa förelåg eller vid risk för sådan. Även individer med overt utmattningssyndrom remitterades till Kommunhälsan. Individerna genomgick en klinisk bedömning och samtal med Kommunhälsans rehabiliteringskoordinatör och placerades därefter konsekutivt i, för tillfället, ledig aktuell grupp. Varje grupp har fyllts och sedan har kurs startats. De två terapeuterna använde olika behandlingsmetoder; den ena Mental träning och den andra klassisk KBT. Rehabkoordinatören är utbildad sjukgymnast och har också tjänstgjort som sådan tidigare. Rehabkoordinatören har tidigare tjänstgjort inom Primärvården i Skellefteå men arbetar nu sedan tre år på Kommunhälsan. Koordinatören har fullföljt följande kurser; Stressutbildning 20 poäng, KBT-utbildning 220 timmar, Koordination av sjukskrivningsprocessen, vilket inbegriper utbildning i SASSAM och kurs i screening av risk för långtidssjukskrivning. Vidare har rehabiliteringskoordinatören varit projektledare i samverkansprojekt med Hälsocentraler, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i Skellefteå. En del av individerna har träffat läkare innan kursen men det har inte varit obligat. I studien, som till sin karaktär varit retrospektiv, har diagnos satts av författaren genom journalgenomgång av individernas journaler på Kommunhälsan. Samtliga individer i grupperna har haft sjukdom av psykiatrisk art. Författaren är leg läkare och specialistkompetent i allmän internmedicin, allmänmedicin och rehabiliteringsmedicin. Författaren har vidare tjänstgjort på psykiatrisk klinik i ett år som läkare.

Koordinatören har vid sin bedömning tagit hänsyn till om deltagande i stresshanteringen för varje individ varit rätt insats vid rätt tidpunkt? Är patienten eller riskerar patienten att drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa? Bör deltagaren invänta förbättring av exempelvis medicinering och vila innan deltagande i grupperna blir aktuellt. Sjukskrivning har inte varit något krav för deltagande.

Kriterier för deltagande; stressreaktion som påverkar arbetet enligt chef eller medarbetare, vilket kan ha framkommit i medarbetarsamtal. Vidare var också förekomst av prestationsångest och kontrollbehov andra parametrar som medförde inklusion.

Exklusionskriterier för deltagande; patient som är i alltför dåligt psykiskt skick för deltagande, ej lämplig för behandling i grupp eller lider av ätstörning.

Totalt remitterades 110 individer av sina chefer till Kommunhälsan för stressrelaterad psykisk ohälsa (Figur 1) 19 individer (18 %) avböjdes på grund av att de för tillfället bedömdes olämpliga för terapi i grupp, för att de behövde individuell terapi eller kontakt med psykiatrin.



Figur 1. Antal individer i studien.

Fem individer från Mental träningsgruppen och sju individer från KBT-gruppen dvs totalt 12 individer (11 %) föll bort. Den vanligaste bortfallsorsaken har varit att individen bara fyllde i självskattingsformuläret vid ett tillfälle och inte vid två.

6. METOD

Interventioner

Gruppernas storlek har varierat mellan åtta och tolv individer, medianvärde; tio deltagare.

Mental träning innebär systematisk träning av gruppdeltagarnas tankeverksamhet. Grundläggande i den mentala träningen är avslappning och meditationsmetoder som gör individer mer mottagliga för positiva budskap, individerna coachas mot bestämda mål. Gruppdeltagarna erhåller bland annat en avslappnings-CD som skall avlyssnas dagligen i hemmet. I det avslappnade tillståndet kan den mentala träningen ge upphov till skapande av en beredskap för verkliga förbättringar i livet. Terapeuten i studien är Certifierad Mental Coach på Scandinaviska Ledarhögskolan i Örebro

Kognitiv beteendeterapi är ett samlingsnamn för evidensbaserade former av psykoterapi med utgångspunkt i kognitiv terapi och inlärningsterapi. KBT har nått särskilt goda resultat på vanliga ångesttillstånd, till exempel fobier, paniksyndrom, tvångssyndrom och på förstämningssyndrom, dit depression räknas. KBT-terapeuten i studien är Fil Mag i psykologi, Leg KBT-terapeut och psykoterapihandledare. Terapeuten har lång erfarenhet med psykoterapeutiskt arbete både enskilt och i grupp (9).

En av skillnaderna mellan metoderna är att Mental träning innehåller avslappningstekniker som central ingrediens i behandlingen. Klassisk KBT innehåller insatser som påverkar deltagarnas tankar och beteenden.

De två terapeuterna ledde behandlingsgrupperna under 20 veckor. Grupperna samlades en gång per vecka för terapi i grupp, de erhöll också hemuppgifter att utföra till nästa träff. Vid fem tillfällen träffade också terapeuterna individerna individuellt för att förstärka den terapeutiska effekten.

Kostanden för grupperna var, för kommunen, i huvudsak lika cirka 25 000 kronor per deltagare.

Utfallsvariabler

I undersökningen användes självskattningsformulär som deltagarna fyllde i dels innan behandlingens start och dels efter genomgångna 20 behandlingsveckor. Följande självskattningsinstrument användes i undersökningen; SMBQ (Shirom-Melamed Burnout

Questionnaire) , BDI-II (Beck Depression Inventory, version II) och BAI (Beck Anxiety Inventory).

SMBQ

SMBQ är ett skattningsformulär som innehåller 22 påståenden som besvaras på en sjugradig skala och mäter fyra dimensioner av utbrändhet nämligen känslomässig/fysisk trötthet, håglöshet, spändhet och mental trötthet. Dimensionerna kan jämföras var för sig och som ett generellt medelvärde (SMBQ-Global). Gränsvärdet för SMBQ-Global ligger mellan 3,75 och 4,0 (6). Ett högre värde indikerar en högre nivå av utbrändhet. Författaren har i detta projektarbete valt att endast redovisa SMBQ-Globalresultaten. Skälet till att SMBQ valdes är att det är ett validerat och i forskningsvärlden väl använt instrument att mäta utbrändhet (11,12,15).

BDI-II

BDI-II är ett självskattningsinstrument som avser att mäta grad av depression hos vuxna och ungdomar, instrumentet är validerat och välanvänt bland forskare (3,4). Formuläret för BDI-II består av 21 påståenden där individerna fick skatta sin upplevelse av depressionssymtom under de senaste två veckorna. Skattningen gjordes på en fyrgradig skala där 0 poäng innebär att personen inte känt av symtomet under de senaste två veckorna och 4 poäng står för att personen har känt av symtomet väldigt mycket under samma period. Maximal poäng är 63, 0 – 9 poäng minimal depression, 10 – 16 poäng lindrig depression, 17 – 29 poäng måttlig depression, 30 – 63 poäng svår depression.

BAI

BAI består av 21 frågor om hur personen har mått senaste veckan uttryckt som vanliga ångestsymtom som domning, värmevallningar eller rädsla av att något skall hända. Varje fråga kan ges 0 till 3 poäng uttryckt som, inte alls, lite, delvis eller mycket. Maximalt kan personen skatta 63 poäng. 0 – 7 poäng minimal ångest, 8 – 15 poäng mild ångest, 16 – 25 poäng moderat ångest och 26 – 63 poäng svår ångest (2). Kvinnor med ångestsjukdomar tenderar att skatta 4 poäng högre än män i motsvarande situation.

Statistik

Wilcoxon signed rank sum test användes för att testa förändring inom varje grupp för de tre skattningsskalorna SMBQ, BAI och BDI-II.

Dessutom beräknades för samtliga individer förändringen mellan före och efter behandlingen på varje skattningsskala. För att testa om förändringen skilde sig åt mellan grupperna användes Mann-Whitney U test. Signifikansnivån var 0.05.

7. RESULTAT

Ålder och åldersspridning skilde sig inte mellan undersökningsgrupperna. En övervägande majoritet var kvinnor och det vanligast civilståndet i bägge grupperna var gifta eller samboende (Tabell 1).

Andelen sjukskrivna skilde sig mellan de två grupperna, i Mental träningsgruppen var 18 % och i KBT-gruppen 33 % sjukskrivna de vanligaste huvuddiagnoserna i grupperna var stressreaktioner och utmattningssyndrom.

Närvarofrekvensen på gruppträffarna har varit hög, över 90 % i samtliga grupper.

Tabell 1. Socialdemografiska data för deltagare i stresshanteringsgrupper.

	Mental träning	KBT
	n=34	n=57
ÅLDER (medelvärde±SD)	42±8	42±9
KÖN		
Kvinna	32 (94 %)	54 (95 %)
CIVILSTÅND		
Ensamstående	5 (15 %)	12 (21 %)
Gift/sambo	29 (85 %)	45 (79 %)
UTBILDNING		
Grundskola	1 (3 %)	10 (17 %)
Gymnasium	16 (47 %)	21 (37 %)
Universitet	17 (52 %)	26 (46 %)
SJUKSKRIVNA		
Ja	6 (18 %)	19 (33 %)
DIAGNOSER		
Stressreaktion	14 (41 %)	30 (52 %)
Utmattningssyndrom	13 (38 %)	21 (37 %)
Depression	7 (21 %)	6 (11 %)

Tabell 2. Självskattade psykiska besvär före och efter Mental träning respektive KBT.

	Mental träning	KBT
	n=34	n=57
SMBQ Global		
Före behandling	4.5	4.4
Efter behandling	2.6	4.0
BDI-II		
Före behandling	16.6	15.1
Efter behandling	7.4	9.4

BAI		
Före behandling	20.3	20.0
Efter behandling	4.8	11.2

Tabell 3. Förändring av SMBQ Global, BDI-II och BAI (efter-före behandling för Mental träning (MT) och KBT).

Test	Metod	Minimum	Median	Maximum	Inom grupp, p-värde	Mellan grupp, p-värde
SMBQ	MT	-4.2	-1.8	0.6	<0.001	
	KBT	-3.5	-0.3	1.5	0.003	<0.001
BDI-II	MT	-45.0	-16.0	-3.0	<0.001	
	KBT	-31.0	-7.0	9.0	<0.001	<0.001
BAI	MT	-34.0	-11.0	7.0	<0.001	
	KBT	-26.0	-4.0	17.0	<0.001	0.014

Wilcoxon signed rank sum test användes för att påvisa av förändring inom varje behandlingsgrupp och Mann-Whitney test av skillnad mellan grupper.

Alla grupper minskade sina nivåer av utbrändhet, depression och ångest signifikant (Tabell 3). Gruppen som erhöll Mental träning minskade sina symtom signifikant mer än gruppen som fick KBT-terapi

8. DISKUSSION

Undersökningens syfte var att undersöka om individerna förbättrades efter genomgången kurs med avseende på självskattade stressymtom, resultaten visar på att så var fallet. På gruppnivå förbättrades alla med avseende på de tre parametrarna SMBQ Global, BDI-II och BAI, av de två olika behandlingarna Mental träning och KBT. Förbättringarna var alla statistiskt signifikanta, det vill säga att sannolikheten att det var slumpen som orsakade skillnaden är mindre än 1:20 ($p < 0.05$). Syftet med undersökningen var vidare också att utvärdera vilken av metoderna Mental träning och KBT som var effektivast. Resultaten visar att Mental träning var signifikant bättre.

Resultaten förvånar då tidigare gjorda meta-analyser indikerat att kognitiva beteendetekniker har haft bäst effekt över tid. Andra stressreducerande tekniker såsom multimodal terapi (utan KBT) och avslappningstekniker har också haft positiv effekt på stress men inte i samma omfattning som KBT (17).

En svaghet i studien är att det inte finns någon kontrollgrupp, vi vet alltså inte om deltagarna skulle ha förbättrats spontant utan behandling. Det finns många både etiska och metodologiska problem med att försöka inrätta kontrollgrupper. Något egentlig och tydlig randomisering utfördes inte heller när deltagarna erhöll sina platser i grupperna, men ett visst slumpmoment har ändå förelegat då deltagarna konsekutivt placerades i den grupp som var aktuell/ledig för tillfället. Viss risk kan ändå ha funnits här för systematisk bias.

I denna studie var behandlingseffekterna påtagligt stora i båda undersökningsgrupperna. Drygt 80 % av individerna hade utbildning från gymnasium eller universitet, vilket kan vara en av orsakerna till att, i stort sett, samtliga förbättrades. Tidigare studier har visat att effekten av stressintervention förbättras med hög utbildning (13,17).

Effekten av Mental träning var, i denna undersökning, signifikant bättre än för KBT. Teoribildningen för Mental träning är, enligt min uppfattning, inte lika tydlig som för KBT. Mental träning, kan möjligen beskrivas som en sorts beteendeterapi med kognitiva och emotionella inslag, vidare anses avslappning vara av central betydelse i behandlingen. Deltagarna ”coachas” under behandlingen och ansvaret för behandlingen läggs aldrig på gruppleadaren utan bOLLAS hela tiden tillbaka till individen. Enligt min kännedom finns inte några randomiserade kontrollerade studier på Mental träning.

Orsaker till påvisade skillnader mellan metoderna kan också ha varit personliga faktorer hos terapeuterna och i interaktionen mellan individerna. Det är känt att den ”terapeutiska alliansen”, det vill säga den relation som byggs upp mellan patient och terapeut är av största betydelse för resultatet, större än val av terapimetod (8). En förklaring till KBT-gruppens sämre resultat kan ha varit att antalet sjukskrivna var betydligt större i KBT-gruppen med (33%) jämfört med Mental tränings-gruppen (18%). De två undersökningsgrupperna hade visserligen rätt jämförbara utgångsvärden i självskattad psykisk ohälsa, men det är ändå möjligt att KBT-gruppen hade ett sämre utgångsvärde jämfört med Mental träningsgruppen.

Denna undersökning var ganska liten (34 + 57 patienter), den var inte heller kontrollerad eller randomiserad, vilket innebär att det är svårt att dra några långtgående slutsatser. Resultaten är samtidigt mycket intressanta, särskilt den goda effekten av Mental träning, varför det finns anledning att gå vidare med större och randomiserade studier.

Det är också angeläget att få kunskap om långtidseffekter av dessa metoder.

9. SLUTSATSER

Anställda i Skellefteå kommun, som remitterats till Kommunhälsan p.g.a. stressrelaterade psykiska besvär, uppvisade tydliga förbättringar av psykisk hälsa efter deltagande i stresshantering genom Mental träning eller KBT.

Resultaten var signifikant bättre i för den grupp som erhöll Mental träning jämfört med KBT.

Kontrollerade studier behövs för att bekräfta ev. skillnader mellan behandlingarna.

10. REKOMMENDATION

Kommunhälsan kan fortsätta med stresshanteringskurser för anställda med stressrelaterad psykisk ohälsa och vara förvissad över att behandlingen har positiv effekt.

Mental träning är möjlig att föredra framför klassisk KBT.

11. LITTERATURREFERENSER

1. Arbetskraftsundersökningarna. SCB. 2009.
2. Beck AT, Epstein N, Brow G, Steer R A. An inventory for measuring clinical anxiety; psychometric properties. (1988) *J Consult Clin Psychol*, 56:893-897.
3. Beck AT, Steer RA and Brown GK (1996) *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
4. Beck A T, Ward C H, Mendelson M, Mock J, & Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*: 4, 561–571.
5. Försäkringskassan. Pågående sjukfall för vanligaste diagnoser. 2009
6. Glise K et al. Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of sickness absence among human service workers. *Int Arch Occup Environ Health* (2010) 83:511-520.
7. Grossi G, Perski A, Blomkvist V, Evengård B, Orth-Gomér K. Physiological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research* 2003; 55: 309-316.
8. Johansson H. *Therapeutic alliance in general psychiatric care*. Lund: Institutionen för psykologi, Lunds universitet; 2006.
9. Kåberg.A. *Kbt i praktiken* (2006) Isbn 97891271089.
10. Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout inventory*. Research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
11. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behav med* 1992; 18:53-60.
12. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated cortisol levels. *J Psychosom Res* 1999; 6: 591-598.
13. Richardsson K M et al. Effects of Occupational Stress Managements Intervention Programs; A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psykologi*. 2008. Vol 13, no 1,69-93.
14. Schaufeli WB. Efficacy or inefficacy, that's the question: burnout and work engagement, and their relationships with efficacy. *Anxiety Stress Coping* (2007) jun; 20(2): 177-96

15. Shirom A, Westman M, Shamai O, Carel RS. The effect of work overload and burnout on cholesterol and triglyceride levels: the moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. *J Occup Health Psychol* 1997; 2: 275-588.
16. Utmattningssyndrom, stressrelaterad psykisk ohälsa. Socialstyrelsen 2003.
17. Van der Klink Jac J L et al. The Benefits of interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*, Vol 91 (2001) No 2.