

Effekten af et multidisciplinært stressbehandlingsprogram

- erfaringer fra en stressklinik

Bo Netterstrøm

Formålet med undersøgelsen var at udvikle et flerstrengt stresshåndteringsprogram for langvarigt stressede brugbart fx i almen lægepraksis. Fra november 2002 og to år frem henvistes 73 personer i den erhvervsaktive alder til projektet. 63 af disse gennemførte et fire måneders program bestående af stresshåndteringsamtaler, instruktion i afslapningsøvelser og motion og evt. arbejdspladskontakt eller henvisning til psykiatrisk vurdering. 34 patienter med lignende symptom-billede henvist til Arbejdsmedicinsk Klinik behandlede som vanligt og udgjorde kontrolgruppe mht. arbejdsmarkedstilknytning og stresssymptomer. Alle blev fulgt op efter et og to år.

Signifikant flere projektdeltagere end i kontroller var i arbejde efter fire måneder. Dette var mest udtalt for kvinderne. Efter et og to år var 83 % i arbejde i interventionsgruppen, hvilket også gjaldt kontrolgruppen efter to år. Prævalensen af stresssymptomer og mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred var ikke signifikant forskellig grupperne i mellem og faldt signifikant i opfølgingsperioden. For depression bedømt ud fra MDI-skalaen var prævalensen signifikant lavere blandt stresspatienterne (4 %) sammenlignet med kontrollerne (40 %) efter et år.

Undersøgelsen tyder på, at anvendelse af stresshåndteringsprogrammet var mere effektivt end sædvanlig behandling med hensyn til at få sygemeldte stressede tilbage i arbejde. Genvinding af arbejdsevne og symptombedring tager mange måneder.

Siden 1976, hvor jeg første gang stødte på begrebet stress som sygdomsudløsende faktor, har det slået mig, hvor vanskeligt stillet den stressramte var behandlingsmæssigt.

Dengang var hovedformålet med den indsats, arbejdsmedicinere, psykologer og andre gjorde på området, dels at forebygge stress på arbejdspladsen, dels at overbevise det øvrige behandlingssamfund om, at stress var af stor betydning for det sygdomspanorama, der efterhånden udviklede sig i det moderne samfund i takt med, at produktionsforhold og arbejdets karakter ændrede sig. Der var

ikke megen hjælp at hente for den stressede eller dennes behandler i litteraturen. Ofte blev den stressedes symptomer klassificeret som psykiatrisk sygdom eller som såkaldt somatisering, da grundlaget eller årsagen til symptomerne ikke kunne stadfæstes ved en sædvanlig lægelig undersøgelse.

Ideen til Stressklinikken udviklede sig langsomt i lyset af de tiltagende mange patienter, der blev henvist til Arbejdsmedicinsk Klinik i Hillerød med stress som hovedproblem. Oftest fik disse personer kun et par samtaler i løbet af et par måneder, da kli-

nikkens kapacitet ikke rakte til mere. Der er oftest tale om mennesker, der har været erhvervsaktive i mange år, oftest i samme virksomhed. Typiske eksempler er ansatte inden for IT branchen, som den ene yderlighed, hvor uklare arbejdsopgaver og dårlig ledelse er hovedproblemet og ansatte inden for sundhedssektoren, hvor følelsesmæssige belastninger er dominerende. Den manglende tid til kerneydelsen pga. administrative opgaver får ofte denne gruppe til at føle sig belastede.

Vi blev også inspireret af to succesfulde forløb. Det første forløb drejede sig om en 50-årig kvindelig receptionist, som var blevet sygemeldt via sin læge. På det tidspunkt følte hun sig alment udtrættet på grund af stor arbejdsbelastning og havde svært ved at se, hvordan hun skulle kunne vende tilbage til arbejdet igen. Hun gennemgik herefter et fire måneders forløb med fysisk træning i form af svømning, samtaler om hendes situation og herefter en gradvis tilbagevenden til arbejdet ved brug af deltidssygemelding, hvor forsikringsselskabet kompenserede for lønnedgangen. Efter 8 måneder kunne receptionisten melde tilbage, at hun nu havde det fint og arbejdede fuldtids.

Det andet forløb drejede sig om en kommunalt ansat ingeniør, der i tiltagende grad følte sig marginaliseret på sin arbejdsplads og frygtede firing. Efter en kort samtale på Arbejdsmedicinsk Klinik fik han en ny tid en måned senere og fik som 'hjemmeopgave' at læse *Klar besked om stress*. Ved den næste samtale fremstod han fuldstændigt afklaret, idet han havde identificeret de belastninger, der gjorde hans dagligdag så grå.

Stressklinikken blev etableret i november 2002. Den teoretiske basis var min bog *Stress på arbejdspladsen*, der netop var blevet publiceret (Netterstrøm 2002a).

Formålet var todelt. Dels kunne et behandlingskoncept afprøves, dels kunne målinger af fysiologiske markører bidrage til øget vi-

den om, hvad der karakteriserer langvarige stresstilstande.

Forud for etablering af Stressklinikken aflagde vi studiebesøg på Stressmottagningen i Stockholm (Perski 2004) for at høre om denne institutions erfaringer gennem to år. Stressmottagningen baserer sin aktivitet på forsikringsselskaber, der henviser langtidssygemeldte til klinikken. Et forløb kostede typisk 25.000 kr. og indbefattede flere måneders behandling af læger, psykologer og andre, ofte i grupper.

Desuden vurderede vi adskillige publicerede opgørelser om effekten af intervention over for arbejdsbetinget stress. (Bellarosa et al. 1997; Reynolds 2000; Edwards et al. 2003; Hurrell et al. 1996; Lusk 1997; Murphy 1996; van der Hek et al. 1997; Arthur 2005)

Disse viste en vis effekt af kognitiv adfærdsterapi og af flerstrengt intervention, men kun beskeden effekt af afslapningsteknikker alene. Programmer, der udelukkende anvendte organisationsændringer som instrument, havde ikke signifikant effekt. Symptomer og oplevet arbejdstilfredshed var de hyppigst anvendte effektmål.

På denne baggrund besluttede vi, at Stressklinikken behandlingsprogram skulle være flerstrengt og så enkelt, at erfaringerne med det fuldt udviklede program også kunne anvendes uden for sygehusregi med anvendelsen af færrest mulige resurser.

Projektet blev forelagt Den Regionale Videnskabetiske Komité, der vurderede projektet som værende et kvalitetsudviklingsprojekt, der ikke hørte under komitéens regi.

De resultater, der beskrives her, drejer sig om de første tre års aktivitet.

Anvendte metoder

Programmet

Udformningen af programmet var som nævnt baseret på tidligere kliniske erfaringer

beskrevet i bogform (Netterstrøm 2002a). Det blev fra starten understreget over for deltagerne i programmet, at der ikke var tale om psykoterapi eller anden form for gængs psykologisk og psykiatrisk behandling, men alene en rådgivning om, hvorledes deltagerne kunne bringes ud af en belastnings-tilstand og således komme til at fungere i deres dagligdag. Ved egentlig sygdom måtte vi henvise til speciallæge ekspertise.

Programmet havde fire omdrejningspunkter.

1. Bibringe deltageren en forståelse for, hvad en belastningstilstand, som den foreliggende var. Dette ville blandt andet sige, at deltageren blev gjort bekendt med, at tilstanden var forbigående og havde en god prognose uden øget risiko for tilbagefald, hvis behandlingsplanen fulgtes, men at behandlingsforløbet ville tage flere måneder.

2 Ændring af de belastninger, der havde ført til det nuværende dårlige funktionsniveau hos deltageren ved fx:

- Skift af arbejdsplads
- Ændring af arbejdsopgaver
- Konfliktløsning
- Nedsat arbejdstid
- Sygemelding, evt. deltids

3. Styrkelse af modstandskraften over for stress.

Deltageren opfordredes til at påbegynde regelmæssig motion for derved at træne de fysiologiske stressreaktioner og for samtidig at øge velværet. Konditest ved start og efter fire måneder skulle øge deltagerens motivation herfor.

Inddragelse af det sociale netværk i processen. Oftest var der tale om ægtefællen, som deltageren opfordredes til at diskutere både behandlingsforløbet med og mulige aflastende foranstaltninger,

som familien kunne bidrage med. Som en vigtig del af dette punkt fik deltageren tilsendt sin opdaterede 'journal' efter hver samtale som led i programmet.

Endelig opfordredes deltageren til på arbejdspladsen klart at melde ud, hvorledes deltageren oplevede den situation, der var opstået, og som havde givet anledning til behandlingsforløbet.

4. Håndtering af dagligdagens fortrædeligheder.

Gennem samtalerne fik deltageren mulighed for at få redskaber til, hvorledes hun kunne håndtere de mindre stressprovokerende faktorer som trafikken, børns adfærd mv. kunne medføre. Indførelse i afslapningsteknikker og vejrtrækningsøvelser indgik også i dette punkt.

Programmets gennemførelse

Målgruppen for Stressklinikken aktivitet var erhvervsaktive mennesker med en arbejdsrelateret længerevarende belastningstilstand. Information om Stressklinikken blev givet til dagspressen, og der oprettedes en hjemmeside (www.stressklinik.dk), hvor behandlingsprogrammet, henvisningsvejledning og gode råd vedrørende stress kunne findes. Behandlingen blev i hvert tilfælde betalt af henviser. Det kunne være et forsikringselskab, en virksomhed, kommune eller i enkelte tilfælde personen selv. Efter modtagelse af henvisningen blev denne vurderet med henblik på, om der var indikation for at lade deltageren komme til forsamtale. Herefter fremsendtes en kontrakt til henviser og efter modtagelsen af denne i underskrevet stand, tilsendtes deltageren en tid til forsamtale. Evt. blev der indhentet yderligere oplysninger. Enkelte henvisninger (mindre end fem) blev afvist på grund af manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, eller fordi henvisningens ordlyd ikke klart definerede arbejdsrelaterede belastningsårsager.

Ved forsamlingen, der varede 1-1½ time, blev det vurderet, om der var en realistisk mulighed for, at deltageren kunne få noget ud af et forløb ved Stressklinikken. Ved svær depression, eller hvor der allerede var tale om et parallelt behandlingsforløb, blev vi enige med deltageren om at henvise vedkommende til psykiatrisk behandling eller i andet regi.

I forløbet indgik følgende:

Sygehistorien

Deltagerne udfyldte hjemme følgende skemaer før forsamlingen:

- Basisskema vedrørende sociale forhold, motionsvaner og helbredsoplysninger
 - Stressklinikens trivselsskema, baseret på et spørgeskema vedr. stresssymptomer udviklet af Arbejdsmiljøinstituttet (www.ami.dk) og SF-36s generelle del for selv-vurderet helbred
- WHO's depressionsskema MDI (Bech et al. 2001; Olsen et al. 2003).

Disse blev gennemgået med deltageren ved forsamlingen. Ud fra WHO's depressionsskema MDI blev tilstedeværelsen af en eventuel depression vurderet. Ved score på over 21 blev deltageren henvist til Stressklinikens psykiatriske konsulent professor Per Bech, der sammen med deltageren aftalte det videre forløb i psykiatrisk regi.

Trivsels- og depressionsskemaet blev udfyldt igen efter fire måneder og efter et og to år.

Klinisk undersøgelse

Afhængig af sygehistorien foretoges klinisk lægelig undersøgelse af deltageren evt. suppleret med parakliniske serologiske prøver, røntgenundersøgelser eller yderligere udredning ved organspecialist.

Stresshåndteringsamtaler

I løbet af fire måneder havde hver deltager mindst fire samtaler af 1–2 timers varighed, hvor vi forsøgte at bibringe vedkommende en forståelse af stressudløsende faktorer, egen belastningstilstand og handlemuligheder i forhold til arbejde og privatliv. Deltagerne fik mellem hver samtale hjemmeopgaver, der fx bestod i udarbejdelse af kalender for opgaver det næste halve år, prioritering af forestående opgaver eller nedskrivning af stressende begivenheder, alt såvel arbejdsmæssigt som privat. Hjemmeopgaverne blev så diskuteret efterfølgende ved den næste samtale.

Afslapningsøvelser

I samtalerne fremhævede vi betydningen af evnen til at kunne slappe af. Deltageren fik udleveret en CD med et afslapningsprogram på 15 minutter og blev opfordret til at gennemgå det dagligt i forløbsperioden. CD'en er udviklet af Center for Stress (www.Center-for-stress.dk). Enkelte blev også instrueret i vejtrækningsøvelser til brug ved panikudløsende situationer.

Motion

Deltagerne blev opfordret til at påbegynde motionsaktivitet efter eget valg mindst to gange ugentligt. For at vurdere effekten af denne konditionsforøgende aktivitet blev deltagerens blodtryk samt vedkommendes maksimale iltoptagelse på ergometercykel (konditest) målt ved programforløbets start og efter fire måneder. Undersøgelsen blev foretaget af Klinisk fysiologisk afdeling, Hillerød Sygehus.

Stressmanual

Deltageren fik udleveret bogen *Stress*, der er udgivet af Danmarks Radio i serien *Lægens*

bord (Netterstrøm 2002b). Formålet var, at deltageren skulle bruge den til at fastholde den information, der blev givet ved konsultationerne.

Arbejdspladskontakt

I forløbet kunne det være hensigtsmæssigt at tage kontakt til deltagerens arbejdsplads, hvis der var behov for justering af arbejdsopgaver eller ansvarsområde (Netterstrøm 2004a). Kontakten skete kun i samarbejde med deltageren og med dennes accept. Typisk blev der afholdt et eller flere møder med deltagelse af deltageren, dennes arbejdsleder og forfatteren, hvorunder rammerne for en ændret opgavefordeling på arbejdspladsen blev fastlagt.

Undersøgelsens design

Undersøgelsen var et prospektivt forløbsstudie, hvor effekten af programmet blev sammenlignet tilsvarende data hos en kontrolgruppe. Data blev indsamlet ved baseline efter fire måneder, et og to år. Uafhængig variabel var således deltagelse i programmet eller deltagelse i kontrolgruppen, mens afhængige variable var spørgeskemabaserede data om symptomer og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Kontrolgruppe

Som kontrolgruppe anvendte vi 34 personer, som var blevet henvist af egen læge til Arbejdsmedicinsk klinik i perioden 01.01.04 til 30.09.04 med stressrelateret problematik. Disse fik udleveret de samme spørgeskemaer som patienter på Stressklinikken. De fik to lægesamtaler med fire måneders mellemrum og blev kontaktet per brev et år og to år efter første konsultation for at få vurderet arbejdsmarkedstilknytning og symptomer. Af de 34 lykkedes det at få data ved et og to års opfølgningen for alle mht.

arbejdsmarkedstilknytning, men kun for 28 mht. spørgeskemadata.

Databehandling

Spørgeskemadata fra de fire evalueringsrunder (baseline, 4 mdr., 1 år og 2 år) blev indtastet i SPSS og for hver variabel konstrueredes et index, idet hver svarmulighed tillagdes en værdi. Ved analyser af disse data anvendtes t-test til at teste forskel mellem deltagere og kontrolgruppe. Ved diskrete variable anvendtes chi²-tests.

Endvidere foretoges beregninger af odds ratio (OR) for tilbagevenden til arbejde for deltagerne i forhold til kontrolgruppen, dels ukorrigerede OR dels korrigeret for relevante konfoundere.

Resultater

73 personer blev henvist og havde derved mulighed for at gennemføre et forløb af fire måneders varighed med efterfølgende evaluering efter et og to år i perioden november 2002 til november 2004. 63 af disse gennemførte forløbet, selvom syn ikke mødte til et års evaluering. Data vedrørende deres beskæftigelsessituation blev dog indhentet telefonisk eller per mail. Knap halvdelen af de 63, der gennemførte, var henvist fra deres arbejdsplads, som også betalte for forløbet. Knap 30 % henvistes af forsikrings-selskab, mens resten enten var selvbetalere eller henvist fra deres bopælskommunes dagpengeafdeling. For tre af de ti oprindeligt henviste aftaltes det ved forsamlingen, at behandlingen burde foregå i andet regi, og kun to af de henviste gennemførte ikke forløbet de første fire måneder. Fem blev henvist uden, at der blev skrevet kontrakt, hvorfor de ikke blev tilbudt et forløb. Det gennemsnitlige antal samtaler for de 63, der gennemførte forløbet i fire måneder, var seks. Enkeltes forløb blev udstrakt et par måneder yderligere.

Kontrolgruppen havde en større andel af kvinder (77 % mod 53 %) (Tabel 1). Der var færre ledere blandt de stressbehandlede, men aldersgennemsnit og score for depression og selvvruderet helbred var ens i de to grupper. 52 % af de stressbehandlede var sygemeldt ved start på behandlingen (baseline) ikke signifikant forskellig fra de 48 % af kontrollerne.

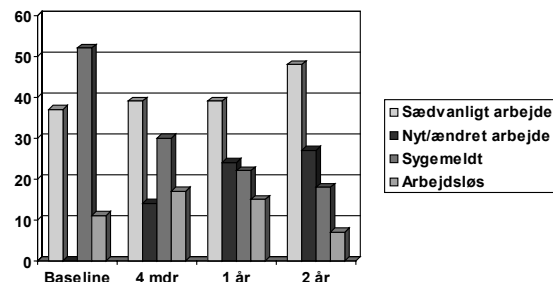
Tabel 1. Baseline data for interventionsgruppe og kontroller

	Interventionsgruppe	Kontroller
N	63	34
Kvinder	52,4 %	76,5
Alder, mean år	44,5	45,0
Depressionsscore > 21	60,3 %	61,8 %
Selvvruderet helbred som Godt	53,3 %	55,9 %
Ledere	17,2 %	32,2 %

Alle havde en sygehistorie med mere end et halvt års belastningstilstand. For 43 % af de henviste var rollekonflikt på arbejdspladsen den vigtigste belastning. 23 % havde lang arbejdstid og 15 % konflikt med overordnede som dominerende belastning. 6 % havde oplevet mobning, og hos det samme antal var belastningen af overvejende privat karakter.

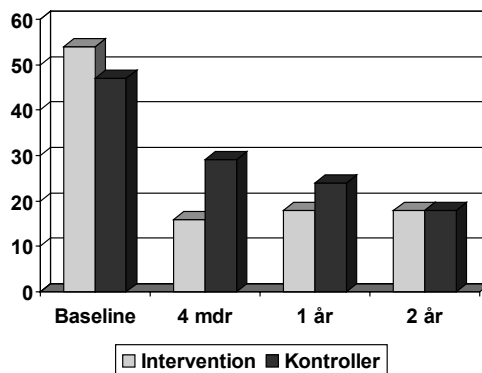
Figur 1 viser andelen af personer i arbejde ved baseline efter fire måneder, et og to år. Det ses, at antallet af sygemeldte faldt line-

Figur 1.



ært fra 51 % til 17 % i løbet af de to år, og at dette især var forårsaget af skift til nyt arbejde eller ændrede arbejdsforhold. I figur 2 er vist udviklingen i tilbagevenden til arbejdsmarkedet i de to grupper. Forskellen efter fire måneder er signifikant. I tabel 2 er odds ratio for tilbagevenden til arbejde udregnet for interventionsgruppen med kontrolgruppen som reference. Det ses at chancen for at vende tilbage til arbejdsmarkedet i løbet af de første fire måneder var 5-6 gange større i interventionsgruppen end i kontrolgrup-

Figur 2.



Tabel 2. Odds ratio for tilbagevenden til arbejde for deltagere i interventionen sammenlignet med kontroller

Opfølgningstid	Rå odds ratio	Justeret for Alder og køn	Justeret for alder, køn, og depressionssymptomer ved baseline	Justeret for alder, køn, depressionssymptomer og stilling ved baseline
4 mdr.	5,4 (1,5-19,5)	5,4 (1,3-21,8)	5,1 (1,2-21,2)	6,2 (1,2-32,4)
1 år	2,2 (0,6-7,5)	1,3 (0,3-6,0)	1,5 (0,3-7,0)	0,7 (0,1-4-7)
2 år	1,7 (0,5-6,7)	0,9 (0,2-4,9)	1,2 (0,2-6,7)	1,6 (0,2-14,8)

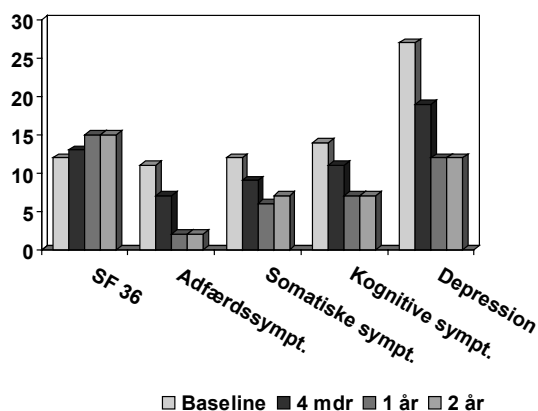
Tabel 3. Sygemeldte ved baseline og odds ratio for tilbagevenden til arbejde kontrolleret for interventionen

	Intervention N =34	Kontrol N =16	OR 4 mdr.	OR 1 år	OR 2år
Alder < 50 år	71,6	50,0	3,1 (0,8-12,1)	17,7 (3,0-102)	38,9 (4,4-344)
Mand	38,2	18,7	0,6 (0,2-8,0)	0,7 (0,1-1,7)	3,9 (0,3- 50)
Lav depressionsscore	35,3	37,5	1,2 (0,3-5,0)	0,5 (0,1-2,8)	0,5 (0,1-4,1)
Stilling					
FTF	50,0	12,5	0,6 (0,1-4,9)	0,8 (0,1-7,4)	15,8 (0,6-437)
AC	11,8	18,8	1,2 (0,1-10,8)	0,3 (0,1-2,4)	6,3 (0,2-191)
Leder	5,9	37,5	0,7 (0,1-7,7)	2,8 (0,2-58,5)	60,8 (1,3-2900)
LO	32,3	31,3	1	1	1

pen. Justering for relevante konfoundere ændrede kun estimerne ubetydeligt. Efter et og to år var der imidlertid ikke signifikant forskel på grupperne. Man kan sige at tilbagevenden til arbejdsmarkedet gik hurtigere i interventionsgruppen. I tabel 3 er vist betydningen af alder, køn, grad af depression og stilling for tilbagevenden til arbejdsmarkedet blandt de sygemeldte. Alder betyder først noget efter et år, hvorimod køn og depressionsscore ikke er signifikante faktorer. Derimod øger det at være leder klart chancen for tilbagevenden i løbet af to år.

Figur 3 viser udviklingen i symptomer på stress over tid. Det vigtige her er konstateringen af, at symptomernes hyppighed først ser ud til at være stationær efter et år.

Figur 3.



Diskussion

Undersøgelsen tyder således på

- 1) at det er muligt at hæve hastigheden af 'tilbage til arbejde' raten ved anvendelse af stressprogrammets elementer
- 2) at effekten indsætter gradvist og tager mange måneder
- 3) at stressprogrammet ikke påvirker arbejdsmarkedstilknytningen på længere sigt (efter 1-2 år).

De stressbehandlede personer anførte ved et års opfølgningen, at blot det at deltage i programmet med deraf følgende følelse af kompetent opbakning var en væsentlig hjælp til den egenaktivitet, der skulle til for at vende tilbage til arbejdet. Endvidere angav mange, at motionen havde givet dem et øget velvære, der stimulerede til en øget egenaktivitet. Der var i gennemsnit tale om en 10 % forøgelse af konditionen, hvilket imidlertid dækker over, at de med den laveste kondition forbedrede deres kondition. En væsentlig grund til succesraten er imidlertid, at halvdelen af de stressbehandlede personer var henvist af deres arbejdsplads, hvilket gjorde kontakten til arbejdspladsen og ændring af arbejdsforholdene for den enkelte nemmere.

Ændringen i retning af, at både de stressbehandlede personer og kontroller havde færre symptomer efter et år, kunne tyde på, at alene tiden har en vis effekt. Væsentligt

er det også at notere, at symptomforbedringen ved fire måneders opfølgningen endnu ikke var tilendebragt. Anvendelse af en kontrolgruppe i nærværende type undersøgelse er vanskelig, da der blandt kontrollerne var flere, der havde søgt anden behandling i opfølgningsperioden. Tilsvarende erfaringer har man gjort ved Stressmottagningen i Stockholm (Perski & Grossi 2004).

Dette betyder, at nærværende stressprogramms effekt skal vurderes i forhold til anden gængs behandling hos psykiater, psykolog og andre. Dette kan også forklare de manglende forskelle mht. stresssymptomforbedring mellem de to grupper. Vi har imidlertid ikke valide data vedrørende dette forhold.

Både de stressbehandlede personer og kontrolgruppen havde svære symptomer ved baseline, men var en heterogen gruppe af såvel udtalt depressive som hyperaktive med vanskeligheder med at kunne slappe af. Det var ikke muligt i dette pilotstudie at foretage en regelret klinisk psykiatrisk eller personlighedsmæssig vurdering af deltagerne og derfor ikke muligt at vurdere, om effekten af programmet var afhængig af det kliniske billede ved baseline. Fælles for alle var en længerevarende tilstand af belastning oplevet som hidrørende fra især arbejdssituationen, men hos de fleste også problemer i privatlivet enten som følge af arbejdsbelastningen eller som en del af deres samlede belastning. De stressramte personer ser således ud til i høj grad at kunne hjælpes til et fornyet arbejdsliv med kun få stresssymptomer ved en relativ simpel intervention.

Det tidsmæssige forbrug anvendt i dette pilotstudium på mellem fire og otte timer per deltager ligger umiddelbart over, hvad patienter kan forvente i almen lægepraksis. Imidlertid ligger der i tidsforbruget orientering om projektet, indhentning af lægelige og personlige oplysninger, som normalt allerede findes hos patientens egen læge, og andre tidsrøvende foranstaltninger tilknyt-

tet et videnskabeligt projekt. Det vigtigste ved undersøgelsen var dog også at afprøve programmet og justere det på en måde, så programmets elementer kunne beskrives til brug for andre. I almen praksis vil vores anbefaling være at afsætte en halv time 4-6 gange i løbet af en 3-4 måneders periode til den svært stressede patient. Inden for denne tidsramme kan man nå at anvende de fleste af det afprøvede stresshåndteringsprogramms elementer. Frem for evt. fuldtidssygemelding bør man overveje deltidssygemelding, da denne sygemeldingsform nedsætter risikoen for fyring, afdramatiserer sygdomsforløbet og letter tilbagevenden til arbejdet. Vigtigheden af identifikation af belastningsfaktorer og den gode prognose bør understreges over for patienten. Aktivering af den stressede patient ved hjemmeopgaver og motion mellem konsultationerne er også vigtig. Den mindre stressede patient, der endnu ikke har brug for sygemelding, vil kræve betydeligt færre resurser.

Tidligere undersøgelser af effekten af stresshåndteringsprogrammer har bortset fra Stressmottagningen i Stockholm været baseret på undersøgelser på arbejdspladser (Bellarosa et al. 1997; Reynolds 2000; Edwards et al. 2003; Hurrell et al. 1996; Lusk 1997; Murphy 1996; van der Hek et al. 1997). Dette forhold gør disse undersøgelser kvalitativt forskellige fra nærværende, idet arbejdspladskontakten i disse undersøgelser per definition var meget tættere. Stressmottagningen har endnu ikke publiceret data vedrørende tilbagevenden til arbejdet. Kun en hollandsk undersøgelse fra postvæsenet har resultater, der er sammenlignelige og i øvrigt i overensstemmelse med nærværende.

Skal vi indføre stressklinikker som tilbud til stressramte?

Resultaterne af denne undersøgelse kunne give anledning til en diskussion om indfø-

relse af stressklinikker andre steder som led i et behandlingstilbud til befolkningen. Som nævnt indledningsvist blev Stressklinikken i Hillerød oprettet som et forsøgsprojekt med henblik på at udvikle et behandlingskoncept. Det oprindelige behandlingskoncept udviklede sig i løbet af det første år, idet det viste sig, at behandlingsvarigheden måtte forlænges i de fleste tilfælde fra tre til mindst fire måneder, oftest længere. Desuden viste det sig at de elementer, der oprindeligt indgik i konceptet, anvendtes i meget varierende grad afhængig af deltagerens tilstand og de belastningsfaktorer, den enkelte deltager var udsat for. Man kan sige, at behandlingen i højere grad individualiseredes end oprindeligt tænkt. Dette stiller store krav til behandleren, krav om indsigt i såvel sygdoms- som psykologiske mekanismer hos denne gruppe af stressramte, som bedst betegnes som værende i en belastningstilstand med varierende grader af depressive symptomer. Denne situation taler for, at det tilbud, der skal gives stressramte, skal findes på en højt specialiseret enhed.

På den anden side var der i hele konceptet tale om indtægtsdækket virksomhed, som medførte, at det blev en yderst selekteret gruppe, der fik tilbudt behandlingen. Deltagerne var karakteriseret af et meget langvarigt forløb med symptomer forud for behandlingen og var på sin vis privilligerede ved enten at have en arbejdsgiver, der ville betale for behandlingen, en forsikringsordning eller en dagpengeafdeling, der vurderede det samme. Imidlertid adskilte de sig ikke væsentligt fra kontrolgruppen med henblik på symptomer.

Det er vigtigt i denne sammenhæng at være opmærksom på, at stress ikke gøres til et sygdomsfænomen, der kun kan behandles på specialklinikker. Befolkningen som helhed bør vide, hvad stress er, og hvordan

det håndteres som en af livets mange tilskikkelser. Det er også vigtigt at påpege, at virksomhederne har et stort ansvar for at forebygge stress bl.a. ved en god arbejdstilrettelæggelse og indførelse af en stress eller trivselspolitik med henblik på forebyggelse.

Det ideelle koncept for et tilbud om behandling af stress må derfor nok være flerdelt:

1. Lettere tilfælde af stress, der blot medfører moderat funktionsnedsættelse i dagligdagen, skal opfanges af den enkeltes daglige leder på arbejdspladsen. Lederen bør ved en eller flere samtaler med medarbejderen få justeret arbejdsopgaver og andre stressorer på arbejdspladsen på et tidligt tidspunkt, så stressstanden hæves.
2. Er dette ikke muligt bør virksomheden som led i sin stress- eller trivselspolitik kunne henvise til relevant psykolog eller anden behandler med tæt kontakt til virksomheden med henblik på ændring i den stressramtes arbejdsforhold.
3. I sværere tilfælde, hvor overvejelser om andre mulige årsager til medarbejderens nedsatte funktionsniveau bliver aktuelle, er en lægefaglig vurdering nødvendig. Denne bør finde sted hos medarbejderens egen læge, der jo ofte har kendskab til andre forhold af betydning for medarbejderen. Den praktiserende læge kan ofte selv bidrage ved behandlingen efter Stressklinikken's retningslinier, beskrevet i netop publicerede erfaringer herfra (Netterstrøm 2007). Det er vigtigt, at sygdomssymptomgivende stress behandles seriøst. Stressklinikken's resultater er netop et bud på, hvordan dette kan gøres blandt de praktiserende læger og andre seriøse behandlere.

REFERENCER

- Arthur, A.R. (2005): When stress is mental illness: A study of anxiety and depression in employees who use occupational stress counselling schemes, i *Stress and Health*, 21, 273-80.
- Bech, P. m.fl. (2001): The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity, i *Journal of Affective Disorders*, 66, 2-3, 159-164.
- Bellarosa, C. & P.Y. Chen (1997): The effectiveness and practicality of occupational stress management interventions – a survey of subject matter expert opinions, i *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 3, 247-262.
- Edwards, D. & P. Burnard (2003): A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses, i *Journal for Advanced Nursing*, 42, 2, 169-200.
- Hurrell, J.J. Jr. & L.R. Murphy (1996): Occupational stress intervention, i *American Journal of Industrial Medicine*, 29, 4, 338-341.
- Lusk, S.L. (1997): Health effects of stress management in the worksite, i *Journal of the American Association of Occupational Health Nursing*, 45, 3, 149-152.
- Murphy, L.R. (1996): Stress management in work settings – a critical review of the health effects, i *American Journal of Health Promotion*, 11, 2, 112-135.
- Netterstrøm, B. (2002a): *Stress på arbejdspladsen*, København, Hans Reitzels Forlag.
- Netterstrøm, B. (2002b): *Stress*, København, DR Multimedie.
- Netterstrøm, B. (2007): *Stresshåndtering*, København, Hans Reitzels Forlag.
- Olsen, L.R. m.fl. (2003): The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states, i *Psychological Medicine*, 33, 351-356.
- Perski, A. (2004): Rehabilitation of stress-related diseases goes on different phases and is often long-lasting, i *Lakartidningen*, 101, 14, 1292-1294.
- Perski, A & G. Grossi (2004): Behandling av långtidssukskrivna patienter med stressdiagnoser, i *Lakartidningen*, 101, 14, 1295-1299.
- Reynolds, S. (2000): Interventions: what works, what doesn't?, i *Occupational Medicine*, 50, 315-9.
- van der Hek, H. & H.N. Plomp (1997): Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies, i *Occupational Medicine*, 47, 3, 133-141.
- www.Center-for-stress.dk
www.stressklinik.dk

Bo Netterstrøm, dr.med. er administrerende overlæge på Stressklinikken ved Arbejdsmedicinsk Klinik, Hillerød Sygehus.
e-mail: bone@noh.regionh.dk