

Forskningstræning Hold 49

Egen Læges Rolle ved Arbejdsrelateret Stress

Et mixed method litteraturstudie



Forskningstræningshold 49

Anders Bohn Hjorth, cand. med.

Charlotte Fauerholdt, cand. med.

Randi Kræmmer Nielsen, cand. med.

Vejleder: Annemette Bondo Lind, cand. psych., ph.d.

Indhold

Forskningstræningshold 49	1
Indhold	2
Indledning	3
Baggrund	3
Resultater	6
Tabel 1 Overblik over inkluderet litteratur	6
Glasscock et al. 2018: Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample (1)	7
Willert et al. 2011: Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work - results from a randomized wait-list controlled trial (2)	8
Netterstrøm et al. 2010: Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A nonrandomized controlled study from a stress clinic (4)	9
Dalgaard et al. 2017: Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention (7)	10
Wieke de Vente et al. 2008: Individual and Group Cognitive-Behavioral Treatment for Work-Related Stress Complaints and Sickness Absence: A Randomized Controlled Trial (3)	10
Arends et al. 2012: Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders (6)	12
Clason van de Leur et al. 2020 Standardized multimodal intervention for stress-induced exhaustion disorder: an open trial in a clinical setting (5)	13
Interview med Morten Vejs Willert, Cand. Psych, PhD	14
PSS (perceived stress scale)	15
Diskussion	16
Konklusion	19
Vores opgave som praktiserende læge/kliniske implikationer	20
Referencer	21
Appendix A	23
Appendix B	25

Indledning

Stress er en tilstand uden en ICD10-diagnose, og som ikke er klart defineret. Man kan tale om kortvarig stress, som kan være hensigtsmæssig. Her ser vi på en langvarig stresstilstand, som fører den ramte til sin praktiserende læge, og som kan have negative konsekvenser for hans/hendes helbred og for tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Man kan tale om stress, når mængden af belastninger og krav fra omgivelserne overstiger personens ressourcer (10). Belastninger og krav kan komme fra uddannelse, familie og arbejde mv. Vi vil i denne opgave fortrinsvis fokusere på arbejdsbetinget stress, omend tilstanden for den enkelte kan være mere kompleks.

Stress er kendetegnet ved et højt adrenalin- og cortisol-niveau og sætter kroppen i øget beredskab. Den ramte oplever det gerne som en tilstand af anspændthed og ulyst. Tilstanden giver over længere tid øget risiko for blandt andet depression og hjerte kar-sygdom. (9) Udover risici og påvirket livskvalitet for patienten, giver det anledning til sygefravær og store udgifter på samfundsniveau.

Stress er et tiltagende problem. Af Sundhedsstyrelsens rapport Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017 fremgår det, at 25,1% af alle danskere har angivet et højt stressniveau i 2017, mod 20,8% i 2010 (11)

Egen læge har en vigtig rolle for den stressede patient. Adgangen er fri og hurtig, og det er ved den praktiserende læge en sygemelding skal attesteres. Herudover har den praktiserende læge til opgave at rådgive patienten og at adskille tilstanden for behandlingskrævende depression og angst. Nogle vil også tilbyde samtalebehandling og rådgive om andre behandlingsformer, herunder fx. mindfulness, psykologbehandling og yoga.

Baggrund

Langvarig stress, som vi kigger på i denne opgave, er et betydeligt folkesundhedsproblem og et stigende problem i Danmark.

Psykisk belastende arbejdsmiljø er en betydelig stressbelastning for den erhvervsaktive befolkning. Det er anslået at psykisk arbejdsbelastning er årsag til tab i danskernes middellevetid på 6-7 måneder samt en markant reduktion i kvalitetsjusterede leveår. Hertil kommer 30000 hospitalsindlæggelse, en halv million kontakter til praktiserende læger, en million fraværsdage på arbejdet pga. sygdom, næsten 3000 helbredsbedingede førtidspensionister årligt og ca. 855 millioner kr. i merforbrug i sundhedsvæsenet som følge af arbejdsbelastning. (9)

Stress-begrebet anvendes bredt i hverdagslivet og blandt kollegaer og i videnskabelige sammenhænge. Da der er en bred anvendelse af ordet, har det medført uklarhed af definitionen.

De psykiske symptomer på stress er karakteriseret ved depressive, emotionelle, adfærdsmæssige eller angstprægede symptomer samt anspændthed, ulyst og tab af oplevelsen af selvkontrol. Det forudsættes, at de uspecifikke symptomer ikke optræder som led i klinisk depression, angstlidelse, funktionel sygdom, misbrugsproblemer, personlighedsforstyrrelse eller somatisk sygdom (8) Ofte sker der forvirring omkring begrebet, idet stress forveksles med travlhed. Travlhed kan være en stressor, men er ikke det samme som stress.

Oftentimes skelner man heller ikke mellem kortvarig og langvarig stress. Kortvarig stress som reaktion er ofte både en hensigtsmæssig og naturlig reaktion. Langvarig stress kan derimod have alvorlige konsekvenser både af social, psykologisk og helbredsmæssig art.

Stress har negativ indvirkning på den ramtes velbefindende og livskvalitet. Stress øger ligeledes risikoen for udvikling af hjertekarsygdom, apopleksi, infektionssygdomme, depression samt dårlig søvnkvalitet. Det er stadig til debat om stress påvirker risikoen for at udvikle kræftsygdomme.(9)

Formål

Vi ønsker at belyse, hvad vi som læger i almen praksis bedst kan iværksætte over for vores stressede patient. Vi vil undersøge, om der i litteraturen er god evidens for at tilbyde/anbefale samtaleterapi mod stress. Vi vil inddrage et interview med Morten Vejs Willert, som er psykolog og forsker på Arbejdsmedicinsk klinik i Aarhus, og som har speciale i psykisk arbejdsmiljø og stress. Vi vil således forankre viden fra forskningen i det lokalmiljø, som vi praktiserer i. Vi vil forsøge at gøre den operationel og diskutere hvilken tilgang til behandling og sygemelding, der er den mest meningsfulde.

Metode

Vores opgave er et "Mixed Method" litteraturstudie. Vi kombinerer litteraturgennemgang med et interview med en ekspert på området, Morten Willert, Cand Psych, Ph D, som både forsker i og arbejder med stressramte ved arbejdsmedicinsk klinik, Aarhus Universitetshospital.

Litteratursøgning

Den 09.02.2021 foretog vi en søgning på Pubmed databasen med følgende søgeord:

```
((("General Practice"[Mesh]) OR ("General Practitioners"[Mesh]) OR "General practi**") AND (("Occupational Stress"[Mesh]) OR ("Stress, Psychological"[MAJR]) OR stress)) AND ("Physician-Patient Relations"[MAJR])
```

Herfra fandt vi ved gennemgang af titler og abstracts relevante artikler og via disse artiklers referencer kom vi ved "snowball metoden" frem til adskillige studier, der i store træk beskæftiger sig med emnet.

Vi prioriterede danske og nordeuropæiske studier for at holde så høj en generaliserbarhed i forhold til vores målpopulation som muligt. Forskellige forhold på arbejdsmarkedet såsom lovgivning, sygedagpengesystem og A-kassesystem kan tænkes at influere på sygdommens forløb - især når det gælder genoptagelse af arbejde (RTW). Vi inkluderede 1 svensk og 1 hollandsk studie foruden 1 review, hvor hovedparten af studierne var hollandske. Vores vurdering var, at Holland og Sverige ligner Danmark tilstrækkeligt på de ovennævnte arbejdsmarkedsrelaterede forhold. Desuden vurderer vi at disse lande har sammenlignelige sundhedsvæsener i helhed og almen praksis i særdeleshed.

Eksklusionskriterier var:

- Udgivelsesår før år 2000
- Sprog andet end dansk og engelsk
- Studiepopulation uden for Nordeuropa
- Studiepopulation begrænset til specifikke erhverv
- Diagnose depression eller angst

Efter gennemgang valgte vi at inkludere 7 artikler. Herudover blev vi af vores ekspert, Morten Willert, gjort opmærksom på et Cochrane review (6) samt pjecerne "Efter Stress" og "Er din medarbejder stressramt?", der finder anvendelse ved de arbejdsmedicinske klinikker i Herning og Aarhus (12,15). Der var flere studier, der med rette kunne være inkluderet, men omfanget af opgaven ville være blevet for stort, hvorfor de blev valgt fra.

Resultater

Tabel 1. Overblik over inkluderet litteratur

Forfatter / år	Setting	N	Design	Resultater.	Styrker+ / Svagheder	Konklusion
Glasscock 2018 (1)	Arb.med. PT henvist fra AP. DK Herning	N=137	prospektivt RCT med intervention bestående af psykologbehandling og arbejdspladsintervention.	Bedring i PSS efter 4 mdr i I grp. Ingen forskel efter 10 mdr. Ej hurtigere RTW	+RCT +Kombineret intervention - C søger anden behandling	Hurtigere bedring i I grp. Ingen effekt på RTW.. God naturlig bedring over tid
Jakob Clason van de Leur 2020 (5)	Stresscenter. PT henvist fra AP og andre. Sverige Stockholm	N = 390	Open Clinical Trial 12 mdr follow up. Interventionsprogram med outcome: arbejdstid (0-100%) og psykometrisk test	Bedring i både psykometriske scores og arbejdstid ved 6 og 12 mdr	- Ny diagn SED og ny ej valideret test KEDS - Ingen kontrolgruppe - Tillader psyk. komorbiditet - Ressourcekrævende intervention	Indikation af effekt af behandling. Behov for RCT og vurdering af delelementer af behandlingen -hvad virker.
Willert 2011 (2)	Arb. Med PT henvist fra AP, DK Aarhus	N = 102	Prospektivt RCT. Venteliste vs. problemorienteret terapi 16, 32, 48 ugers follow up Intervention bestående af psykologbehandling +arbejdspladsintervention	Signifikant lavere sygefravær ved 16 uger i I grp.	+RCT +Kombineret intervention -Nocebo-effekt af venteliste -C søger anden behandling (44%)	Reduktion i selvrapporeret sygefravær i I grp. Indikation af reduceret langtidssygefravær i I grp med tidlig intervention.
Netterstrøm 2010 (4)	Arb.med. PT henvist fra job og kommune. DK Hillerød	N = 97	Prospektivt non-randomiseret kontrolleret studie, 4 mdr, 1 år 2 år followup	Signifikant hurtigere RTW i I grp efter 4 mdr. Ingen signifikant forskel efter 1 og 2 år	Ej randomiseret NI=63 NC=34 C søger anden behandling	Behandlingsprogrammet giver hurtigere RTW og kan anvendes i AP
Dalgaard 2017 (7)	Arb. Med henvist fra kommune DK Herning	N = 163	Prospektivt 3 armet RCT 2 C grp og 1 I grp. CBT + arb.pladsinterventiion vs klinisk vurdering vs ingen behandling/vurdering, Follow up 16 og 44 uger	Signifikant hurtigere (4uger) RTW i I grp vs C grp med klinisk vurdering ved 16 uger	Kort opfølgning NI=58 NC=105 C søger anden behandling	Gevinst af terapi + intervention på arbejdsplads efter 16 uger. Ingen forskel efter 44 uger.
Arends 2012 (6)	Holland 7, DK 1, Sverige 1	N mean = 156	Review 9 RCT studier med CBT og/eller problemorienteret terap (POT); som intervention.	Signifikant hurtigere delvis RTW ved POT Svært at påvise forskelle mellem interventioner	Sammenholder RCT'er med forskellige diagnoser og interventioner i forskellige settings/lande	Lav - moderat kvalitet af evidens. Især pga studier med for få deltagere og anden behandling i C grp. Fremtidig forskning kan rykke ved resultaterne
Wieke de Vente 2008 (3)	Holland, AP, arb med klinik, selvhenvendere.	N=82	RCT. Gruppelbaseret vs individuel CBT vs CAU	Bedring i psykometriske test og rtw i alle 3 grupper men ingen sigifikant forskel.	kort opfølgningstid 10 mdr, Forskelle på deltagere og dropoutrates i grupper	CBT er ikke bedre end CAU men der er mulig effekt hvis der ikke er udtalte depressive symptomer

Glasscock et al. 2018: Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample (1)

Setting: Herning, Danmark. Patienter der er sygemeldte med stress/tilpasningsreaktion og som er henvist til arbejdsmedicinsk klinik.

N: 137

Design: Prospektivt RCT. Interventionen består af 6 sessioner a 1 time med kognitiv terapi. Desuden blev deltagerne tilbudt, at psykologen deltog i en samtale mellem patient og arbejdsgiver med det formål at facilitere tilbagevenden til arbejde og reduktion af stress hos patienten.

Interventionen blev udviklet særlig til patienter med stress og tilpasningsreaktioner. Man baserede den på en stress-model, der vil integrere den individorienterede kognitive terapi med det organisatoriske aspekt og arbejde med forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø.

Behandlingseffekt evalueres med et spørgeskema (Perceived stress scale PSS og General health questionnaire GHQ-30) ved baseline og efter 4 måneder samt 10 måneder efter baseline. Man brugte register-data til at få information om genoptagelse af arbejdet (return to work/RTW).

Resultater: Interventionsgruppen opnår signifikant hurtigere bedring målt på PSS og GHQ end kontrolgruppen i løbet af studiets første 4 måneder. I begge grupper sker der en væsentlig bedring med tiden. Denne bedring fortsætter i kontrolgruppen mellem de 4 og 10 måneder, mens det ikke er tilfældet i interventionsgruppen.

Til trods for den hurtigere bedring i interventionsgruppen, opnås ikke en hurtigere RTW.

Styrker og svagheder: Selve RCT-designet er en styrke. Studiepopulationen er veldefineret og diagnostisk afklaret, før de inkluderes. Interventionen er omfattende og ambitiøs. Der tilbydes specialiseret terapi rettet mod stress, udført af erfarne psykologer, der endvidere har mulighed for at tage med ud på patientens arbejdsplads. Man kan dog overveje, om det begrænser den eksterne validitet, idet en sådan behandling typisk ikke vil kunne tilbydes under gængse forhold.

Et vigtigt outcome er RTW. Her bruges kun register-data fra DREAM (Danish register of Evaluation of Marginalization), som kun giver data for sygemelding over 2 uger. Kortere sygemeldinger medtages således ikke. Deltagerne giver dog selv oplysninger om evt. deltidsygemelding. Man risikerer således ikke informationsbias, hvad angår sygemelding. Til gengæld er studiet naturligvis ikke blindet, og der kan muligvis optræde informationsbias, hvad angår rapportering i spørgeskemaerne.

Der er i både interventions- og kontrolgruppen en overrepræsentation af kvindelige offentligt ansatte, hvilket kan nedsætte den eksterne validitet.

Kontrolgruppen er frie til at opsøge behandling andre steder, og det gjorde 41%. Dette vil underestimere effekten af interventionen.

Når der er to komponenter i en intervention, er det svært at afgøre, hvad der betingede behandlingseffekten i interventionsgruppen.

Willert et al. 2011: Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work - results from a randomized wait-list controlled trial (2)

Setting: Aarhus. Patienter henvist til arbejdsmedicinsk klinik fra almen praksis.

N: 102.

Design: RCT. Patienterne randomiseres til en interventionsgruppe, der modtager problemorienteret psykologbehandling i uge 1-16 og en venteliste kontrolgruppe (WLC), der modtager behandling i uge 17-32. Patienterne selv-rapporterer om deres sygefravær, både hel- og deltidssygemeldinger efter 16-, 32- og 48 ugers follow-up. Information om langtidssygefravær fås fra DREAM-databasen.

Man har både inkluderet patienter i arbejde som ikke er sygemeldt, og patienter som er sygemeldte fra deres arbejde ved studiets start.

Resultater: Man finder en signifikant reduktion i det selvrappede sygefravær i uge 1-16 efter follow-up i interventionsgruppen sammenlignet med WLC. Man finder en reduktion på 5-55%.

Når der ses på data fra DREAM-registeret på langtidssygemelding, findes en ikke-signifikant reduktion hos interventionsgruppen sammenlignet med WLC på 0-40%.

I gennem hele studiets follow-up tid på 48 uger ses en tendens til færre sygemeldte i interventionsgruppen sammenlignet med WLC, og forfatterne peger på en mulig effekt af tidlig intervention.

Man har endvidere set på den gruppe, som var sygemeldte på inklusionstidspunktet, om der var forskel på, hvor hurtigt de vendte tilbage til arbejde i de to grupper hver især. Man fandt, at deltagerne i interventionsgruppen vendte hurtigere tilbage til arbejde end i WLC, omend resultatet ikke var signifikant. (HR 1,58 P=0,12)

Styrker og svagheder: Det er et RCT studie med en diagnostisk velafklaret studiepopulation. Interventionen er sammensat af både psykologbehandling og arbejdspladsintervention.

Selve designet med en venteliste-kontrolgruppe giver mulighed for at underestimere effekten af interventionen, idet deltagerne på ventelisten er frie til at opsøge anden behandling. Det ser dog i dette studie ud til, at deltagerne i både interventions- og WLC opsøgte anden psykologbehandling i stort set lige omfang. Betingelsen med en kontrolgruppe på venteliste kan ses som en placebo-tilstand, der muligvis kan udskyde bedring, idet deltagerne afventer intervention. Det vil på den anden side tendere mod at overestimere effekten af interventionen. Man kan også tænke sig, at det har en bedrende effekt at stå på venteliste, idet patienterne har udsigt til at få hjælp. Vi ved ikke, hvad der faktisk sker for patienter, der står på venteliste, og hvordan det vil påvirke resultatet..

Der er både medtaget selvrappede- og registerdata, hvilket vurderes at være en styrke. Selvrappede data alene kunne give et problem med recall-bias og informationsbias. De er medtaget, da DREAM-registeret kun giver information om sygemelding ud over 2 uger.

Konklusion: Alt i alt peger studiet på en mulig gevinst af psykologisk behandling, når det kommer til mængden af sygefravær. Det er dog ikke åbenlyst/signifikant, at gevinsten gælder på længere sigt. Desuden er det eneste undersøgte end-point mængden af sygefravær. Om interventionen har effekt på deltagernes velbefindende og tilfredshed er ikke undersøgt.

Netterstrøm et al. 2010: Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A nonrandomized controlled study from a stress clinic (4)

Setting: Patienter henvist til Arbejdsmedicinsk klinik Hillerød. Næsten halvdelen henvist fra deres arbejdsplads, 30 % fra forsikringsselskab og kommunen havde henvist resten.

N: 97 63(interventionsgruppe) 34 (kontrollgruppe)

Design: Et ikke kontrolleret randomiseret studie.

Studiet var et prospektivt studie, hvor man kiggede på tilbagevenden til arbejde i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. I løbet af de fire måneder havde deltagerne i interventionsgruppen mindst 4 behandlingssessioner á 1-2 timer, hvor de modtog psykoedukation. Arbejdspladsen blev inddraget, såfremt deltageren accepterede dette. Deltagerne fik lektier for mellem hver session både arbejdsrelaterede samt private. Data blev indsamlet efter fire måneder, et år samt efter to år. Inklusionskriterierne var personer mellem 18 og 60 år med tilknytning til arbejdsmarkedet, og som led af arbejdsrelateret stress. Udelukkelseskriterier var alvorligere psykiatrisk lidelse. Kontrolgruppen bestod af 34 patienter henvist fra egen læge. De fik samme spørgeskemaundersøgelser og opfyldte inklusionskriterierne samt eksklusionskriterierne.

Resultater: Antallet af sygemeldte faldt lineært fra 52% til 16 % i de to år, de blev fulgt i interventionsgruppen. Forskellen mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen var statistisk signifikant efter fire måneder. Odds ratio for at vende tilbage til arbejdet i de første fire måneder var 5,4 gange større i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Efter to år var der ingen statistisk signifikant forskel mellem de to grupper, men der så ud til at være en hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet i interventionsgruppen.

Styrker og svagheder:

Det er en styrke at studiet er et prospektivt ikke randomiseret studie.

En svaghed er at flere i kontrolgruppen modtog anden behandling ved psykolog eller psykiater, hvilket kan have påvirket RTW i kontrolgruppen.

Den største svaghed var, at deltagerne ikke blev rekrutteret fra det samme setting. Nogle kom fra arbejdsmedicinsk klinik, andre fra deres arbejdsgiver og en anden gruppe fra forsikringsselskab eller kommunen. Dette kan have medvirket til, at der har været stor forskel på, hvornår man har vurderet at en patient skulle henvises. Dette kan påvirke resultaterne til fordel for interventionsgruppen. MDI scorerne og den selvvaluerede sundhed var imidlertid omtrent den samme i de to grupper, hvilket indikerer at grupperne faktisk er sammenlignelige.

I interventionsgruppen indgik 63 mod kun 34 i kontrolgruppen.

Dalgaard et al. 2017: Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention (7)

Setting: Tre sygehusafdelinger henviste patienter til arbejdsmedicinsk afdeling på sygehus i Vest Jylland, Danmark

N: 163 Inddelt i 3 grupper 58 Kontrol A, N 56 Kontrol B og N49 ingen behandling

Design: Randomiseret kontrolleret undersøgelse(RCT)

Studiet undersøgte effektiviteten af arbejdsfokuseret CBT (kognitiv terapi)- baseret på stresshåndtering intervention (SMI) - og hvorvidt denne behandling fremskynder varig tilbagevenden på arbejde(RTW). SMI bestod af seks sessioner hver af en times varighed med individuelt arbejdsfokuseret CBT.

163 deltagere blev tilfældigt inddelt i 3 grupper: enten interventionsgruppe n=58, kontrolgruppe A N(=56) der modtog klinisk vurdering, men ingen behandling eller kontrolgruppe B(N=49) der ikke modtog vurdering eller behandling på afdelingen.

Interventionen bestod af seks timers individuelt arbejdsfokuseret CBT udført af en psykolog, forløbende over 16 uger. Der blev lavet opfølgning efter 16 og 44 uger.

Resultater: Patienter i interventionsgruppen genoptog arbejdet 4 uger tidligere end kontrolgruppe A, som modtog en klinisk vurdering. Forskellen var signifikant i de 44 ugers opfølgning, som viste marginal fordel til interventionsgruppen.

Styrker og svagheder:

En styrke er at det er et RCT studie.

En svaghed er, at patienterne blev ikke fulgt længe nok til man kan sige noget om varigheden af effekt i interventionsgruppen. Ca.20-25 procent var i interventionsgruppen og kontrolgruppe A stadig sygemeldte, da studiet sluttede.

De tre grupper patienterne blev inddelt i relativt små grupper, hvilket svækker studiets statistiske power. De måtte ekskludere flere end forventet efter det kliniske interview. Man stoppede således inklusionen i kontrolgruppe B, og således er kontrolgruppe A og B ikke er sikkert sammenlignelige.

Mange patienter i kontrolgruppen søgte behandling udenfor Arbejdsmedicinsk klinik, og dette kan bidrage til en undervurdering af effekten af CBT.

Konklusion: Kombination af en arbejdsfokuseret CTB-behandling med en arbejdspladsintervention var forbundet med hurtigere RTW efter 16 uger sammenlignet med en kontrolgruppe, der modtog lignende indledende klinisk vurdering. Interventionsgruppen vendte tilbage til arbejde ca. fire uger hurtigere end den kontrolgruppe, der havde modtaget klinisk vurdering. Dog var der efter 44 uger kun marginal forskel på RTW mellem de to grupper.

Wieke de Vente et al. 2008: Individual and Group Cognitive-Behavioral Treatment for Work-Related Stress Complaints and Sickness Absence: A Randomized Controlled Trial (3)

Setting: Holland, patienter fra både arbejdsmedicinske klinikker, almen praksis samt frivillige.

N: 82

Design: RCT

62 patienter rekrutteret fra arbejdsmiljø klinik. 7 patienter henvist fra praktiserende læger. 13 patienter har selv opsøgt studiet ved annoncering for studiet. Patienterne er blevet screenet først gennem telefoninterview. Efterfølgende interview ved psykolog. Patienterne blev screenet for stress-symptomer, der skulle være tilstede for at blive inkluderet i studiet.

Deltagerne blev tilfældigt tildelt en af de tre behandlingsforløb. De tre behandlingsforløb bestod af en interventionsgruppe som fik SMT-I, en gruppe der fik SMT-G samt en kontrolgruppe som fik CAU.

Studiet foregik over 43 uger. Patienterne blev inddelt i 3 grupper.

Standardbehandling (CAU, care as usual) defineres som en eller flere af følgende: Regelmæssige konsultationer hos fx arbejdspsykolog. Regelmæssige konsultationer hos praktiserende læge. Max 5 konsultationer hos psykolog.

En gruppe som fik Individuel stresshåndtering=SMT-I.

En gruppe som fik gruppebaseret stresshåndtering SMT-G

Interventionerne for SMT-I samt SMT-G bestod af 12 sessioner stresshåndteringstræning. Behandlingsprotokoller for både individuel og gruppe bestod af fem moduler a) psykoedukation, b) kognitiv omstrukturering, c) tidsstyring og målopnåelse, d) selvhævdelse og e) evaluering.

Der blev indsamlet data efter 4, 7, og 10 måneder. Data om sygefravær blev registreret hver uge og blev samlet under hele studieperioden på de 10 mdr.

Resultater: Efter fire måneder fandt man på tværs af behandlingsgrupperne reduktion af symptomer og sygefravær. Derefter forblev symptomerne i stabilt niveau, mens sygefraværet blev yderligere reduceret. Der var ikke nogen signifikant forskel mellem de tre grupper.

Man fandt dog, at deltagere med lette depressive symptomer i gruppen SMT-I havde større symptomreduktion end CAU-gruppen.

Styrker: Studiet er et RCT studie.

Svagheder: Deltagerne blev kun fulgt i 10 måneder. Forskel på uddannelsesniveau i de tre grupper, hvilket svækker gruppernes sammenlignelighed. Deltagerne i kontrolgruppen modtog også behandling, hvilket kan tænkes at bidrage til en undervurdering af effekten af såvel den individuelle som den gruppebaserede intervention.

Konklusion: Man fandt ikke nogen signifikant forskel på de tre forskellige behandlingsgrupper SMT-1, SMT-G og CAU.

Arends et al. 2012: Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders (6)

I dette Cochrane review sammenholdes forskellige psykologiske interventioner, og der måles på, hvor hurtigt patienterne genoptager arbejdet fuldt (RTW) eller delvist (pRTW). Der findes ingen studier med farmakologisk intervention. Der ses på kognitiv adfærdsterapi og problemorienteret terapi over for kontrolgrupper, enten på venteliste til samme behandling eller ingen behandling.

Problemorienteret terapi (Problem Solving Therapy- PST) er en terapiform, der på kort bane skal bibringe patienten konkrete redskaber til at løse de problemer, som patienten selv er medvirkende til at identificere - i dette tilfælde stress på arbejdspladsen. Der kan som en del af et PST forløb anvendes andre terapeutiske metoder, hvis det findes relevant.

Studiet sammenholder 9 forskellige RCT studier, og forfatterne indhenter rådata fra 8 af de 9 forskergrupper for at foretage selvstændige analyser.

Man arbejder i udvælgelsen af artikler med diagnosen tilpasningsreaktion, men inkluderer bredt artikler, der har andre definitioner på stress, som ifølge forfatterne kunne være diagnostisk for tilpasningsreaktion.

Resultater:

Kognitiv terapi (CBT) findes ikke signifikant bedre end ingen behandling eller sædvanlig behandling ved egen læge. Hverken når der ses på delvis genoptagelse af arbejde (pRTW) eller fuld genoptagelse af arbejde (RTW) efter et år.

Problemorienteret terapi (PST) viste signifikant hurtigere pRTW end ingen behandling eller sædvanlig behandling efter et år. Forskellen var dog ikke signifikant for RTW.

Forfatterne kunne dog vise en signifikant hurtigere RTW MD -24 dage 95% CI(-47,58 - -0,42) ved et år, når de analyserede på de studier, der holdt sig til ICD10/DSM-IV kriterierne for tilpasningsreaktion.

Til gengæld kan der ikke findes signifikant forskel mellem CBT og PST på pRTW eller RTW, når der analyseres direkte mellem disse interventioner.

Ej heller findes der signifikant forskel mellem individuel eller gruppebaseret CBT eller PST med og uden inddragelse af arbejdspladsen.

Styrker: Studiet er et systematisk review med metaanalyse. Dette design er, når det er velgennemført som her, øverst i evidenshierarkiet.

Svagheder: Manglende standardisering af diagnoser og diagnoseværktøjer vanskeliggør sammenligning.

7/9 studier er udført i Holland med begrænsninger i overførbarhed til dansk kontekst til følge. Som der redegøres for i artiklen har Holland siden år 2000 haft ret progressive regler for, hvor aktiv arbejdspladsen skal være for at understøtte RTW hvilket tenderer til at udvande effektstørrelsen. Vi kan derfor måske forvente bedre resultater i en dansk population.

Forfatterne kommenterer, at grundet de relativt små studier n -mean = 156, bliver konfidensintervallerne vide og signifikansen sværere at finde. Man ønsker studier med $n > 300$.

Kun 1/9 studie forhindrer kontrolgruppen i at søge behandling andetsteds, hvilket de gør i varierende grad i de resterende 8 studier. Igen med risiko for at undervurdere effektstørrelsen af intervention.

Generelt lav-moderat kvalitet af evidens særligt pga. lille deltagerantal, der svækker den statistiske power. Dvs ny forskning kan sandsynligvis ændre på konklusionen.

Clason van de Leur et al. 2020 Standardized multimodal intervention for stress-induced exhaustion disorder: an open trial in a clinical setting (5)

Setting: To nyetablerede klinikker i Stockholm Sverige. Klinikkerne beskæftiger sig med kroniske smertetilstande samt SED - Stress-induced Exhaustion Disorder, som er en stressdiagnose, der er udviklet og finder anvendelse i Sverige. Man inkluderede SED patienter henvist til disse centre.

N = 390

Design: Open Clinical Trial. SED patienterne fik en omfattende indledende screening og derefter et 24 ugers multimodalt behandlingsprogram bestående af gruppebaseret og individuel kognitiv terapi, fysioterapi/træning, lægekonsultationer, psykoedukation, afslapningsterapi og RTW vejledning ved rehabiliteringskoordinator.

Primær outcome var score på en nyudviklet psykometrisk test KEDS(Karolinska Exhaustion Disorder Scale), der specifikt er målrettet SED diagnosen. Sekundære outcomes var SMBQ (burnout), HADS(depression og angst), ISI (Insomnia) og Eq5D (helbredsrelateret livskvalitet). Negative effekter blev søgt belyst via NEQ og behandlingens troværdighed via TCQ. Der blev desuden målt på pt rapporteret gennemsnitlig arbejdstid samt andelen af patienter på sygedagpenge.

Der blev målt før og efter behandlingsforløb samt 12 mdr follow up.

Resultater: 27% opnåede signifikant forbedring i KEDS score efter behandling og 37 % efter 12 mdr. For SMBQ var tallene 57% hhv 57%. Arbejdstiden blev i snit øget 26% med 23% nedsat sygedagpenge. Efter 12 mdr var tallene 50% hhv 49%

57% følte på et tidspunkt, at behandlingen havde negative konsekvenser - hyppigst forøget stress, men ingen havde forværring i KEDS score. Spvnkvalitet blev markant og signifikant forbedret både ved 24 uger og 12 mdr. Interessant var det, at der ligeledes blev observeret udtalt reduktion i depressive- og angstsymptomer

Svagheder: Studiets største svaghed er designet med åbenlys mangel på randomisering og kontrolgruppe. Man kan derfor ikke udtale sig om kausalitet i de observerede ændringer. Derudover er KEDS ikke endnu valideret, og SED diagnosen bruges såvidt vi ved, kun i Sverige.

Når studiet alligevel inkluderes i opgaven, er det fordi, det er illustrativt på flere områder.

Styrker: Forskergruppen har inkluderet mange forskellige spørgeskemaer, og behandlingen er den mest omfattende vi er stødt på.

Det viser at der på europæisk plan bliver brugt mange ressourcer for at finde en behandlingsmodalitet for stresslidelser. Studiet belyser desuden behovet for en fælles diagnose; om den så skal være SED, tilpasningsreaktion eller en helt tredje.

Studiet har den største studiepopulation, hvilket gør det lettere at demonstrere signifikans i ændringer på div psykometriske tests, kausalitet upåagtet.

Interview med Morten Vejs Willert, Cand. Psych, PhD

Morten Vejs Willert (MVW) er psykolog og sidder til dagligt på Arbejdsmedicinsk klinik, hvor han forestår behandling af stressramte, herunder i stresshåndteringsgrupper. Han forsker i arbejdsrelateret stress og er bl.a. forfatter til en af de artikler, vi har inddraget her i opgaven.

I den gruppebaserede behandling arbejdes med kognitiv adfærdsterapi. Man har valgt denne modalitet, idet det er den bedst undersøgte behandling og er i praksis vist at være effektiv mod stress. Her refererer han til resultatet af sin egen forskning (13). I den kognitive adfærdsterapi er fokus på adfærdsdelen, og der arbejdes med konkret at ændre vaner og adfærd frem for at ændre tankemønstre hos patienten. Han fortæller, at de forholder sig konkret og rådgivende til patientens problemstillinger på arbejdspladsen.

MVW fortæller, at han i interviewet med patienten anvender en model, der kaldes taburetten. Han ønsker at afdække 3 forhold/'ben' vedrørende patientens arbejde:

- opgaver: type, mængde, kompleksitet
- samarbejde med kolleger og ledelse
- organisatoriske forhold, der har belastet?

Hvis patienten er ramt på flere af disse forhold, vil taburetten vakle. Denne model kan også anskueliggøre overfor patienten, hvordan vedkommende er blevet stresset og fritage vedkommende for skyld/skam, idet de udløsende mekanismer tydeliggøres. På denne måde løftes patientens oplevelse af stress fra individniveau til et mere strukturelt og organisatorisk niveau.

Han anbefaler i videst muligt at strukturere samtalen med en patient som et interview og få sat patientens oplysninger ind i en større sammenhæng. Således at det ikke bliver en langvarig afreportering, men at oplysninger og konkrete fortællinger sættes i en større kontekst og belyser de generelle forhold, som indgår i taburet-modellen.

MVW råder til, at man i videst muligt omfang undgår fuldtidssygemelding, omend det kræver en rummende arbejdsplads. Hvis det ikke er tilfældet rådes til en fuldtidssygemelding i størrelsesordenen uger og en deltidssygemelding i måneder. Han anbefaler at gøre brug af materialet Efter Stress (12), som er udarbejdet af Arbejdsmedicinsk klinik i Herning, og som er målrettet patienten, der skal tilbage til arbejdet efter en stresssygemelding. Bl.a. er der et forslag til en plan for gradvis optrapning af arbejdstiden over ca 16 uger. Desuden indeholder den et redskab til optrapning af opgaver mht. ansvar, kompleksitet mv., som vil kunne anvendes i samarbejde med lederen på arbejdspladsen. Planen skal løbende justeres mht. timetal og/eller kompleksitet af opgaver under hensyntagen til patientens symptomudvikling.

Til at følge symptomudviklingen anvendes i Arbejdsmedicinsk klinik perceived stress scale PSS samt work and social adjustment scale (WASS) til at afdække på hvilke punkter pt er belastet..

PSS er valideret og oversat til dansk, og MVW anbefaler dette redskab til brug i almen praksis.

PSS (perceived stress scale)

PSS er en psykometrisk test, som kan bidrage i vurderingen af patienten, og vedkommendes oplevelse af sin stress, men kan ikke i sig selv bruges til at stille diagnosen stress. Redskabet kan også bruges til at monitorere patientens symptomudvikling med. Redskabet indeholder 10 items, og det måler i hvor høj grad patienten oplever, at livet er uforudsigeligt, ukontrollabelt og overvældende gennem de seneste 4 uger. Det giver således et uspecifikt mål for stress, men går ikke ind i arbejdsmæssige eller andre mere specifikke forhold.

(Appendix A)

Diskussion

Ser man på litteraturen samlet, er der tendens til god effekt af behandlingen såvel som en god naturlig bedring i symptomer over tid. Statistisk signifikant behandlingseffekt kan derfor ofte demonstreres tidligt (4-6 mdr inde) i forløbet, men forskellen udviskes ved 12 - 24 mdr follow up. De interventioner forskerne undersøger er ofte omfattende tværfaglige terapeutiske indsatser og er derfor ressourcekrævende. Følgelig har stort set alle inkluderede studier den udfordring, at der er relativt få deltagere. Det medfører lav statistisk power i studierne.

Til trods for, at det er svært at demonstrere signifikans for effekt, får vi ved vores litteraturgennemgang det indtryk, at såvel patienter som behandlere oplever et behandlingsbehov. Dette underbygges ved den observation at hovedparten i kontrolgrupperne selv søger behandling, som ligner den interventionsgrupperne modtager. Desuden er der lave dropout rates i studierne, hvilket indikerer, at patienterne oplever behandlingen virksom.

Centralt står således, at der til trods for lav power i studierne demonstreres en klinisk signifikant effekt af behandlingerne. Udfordringen for fremtidig forskning på området er at designe studier, der også kan demonstrere statistisk signifikant effekt.

Set på samfundsniveau vil endda små gevinster på RTW være økonomisk betydningsfulde, foruden den gevinst den enkelte patient og dennes familie har i forhold til øget livskvalitet og overskud.

Styrker

En styrke ved vores studie er, at vi har 4 artikler, som er RCT studier, ét kontrolleret, ikke randomiseret studie samt et Cochrane review, som indeholder 9 RCT studier. RCT studier samt kontrolleret, ikke randomiseret studie har begge høj kvalitet og styrke. RCT anses for at være det stærkeste design, når man vil teste hypoteser eller afprøve interventioner.

En anden styrke i vores opgave er også antallet af artikler, hvor vi har 7 med bla. et Cochrane review som indeholder 9 studier. Så selvom der ikke er så mange deltagere i de enkelte studier, har vi alligevel, grundet antallet af artikler vi har med, set på et stort antal patienter med stress-symptomer.

I vores artikler ses en homogenitet i interventionerne, og derfor er studierne i høj grad sammenlignelige. Alle inddragede studier er fra sammenlignelige lande som Sverige, Danmark samt Holland, som alle har et velfungerende sundhedsvæsen med en stærk primærsektor.

Svagheder

Under søgningen blev det klart, at det, vi forstår ved arbejdsrelateret stress, findes under mange forskellige benævnelser: Work related stress, burnout, adjustment disorder, Acute stress reaction, exhaustion syndrome, Stress-induced Exhaustion disorder for at nævne nogle. Der er ikke en klar definition på tværs af landegrænser og forskergrupper, hvilket besværliggør sammenligning af resultater.

I artiklerne er der forskel på, hvordan man diagnosticerer stress, og hvad inklusionskriterierne er for at komme med i studierne. Det er derfor en heterogen diagnosegruppe, der er med i de forskellige studier.

I Danmark bruges også forskellige kriterier og diagnoser på stress, og den manglende standardisering af diagnoser gør det svært at sammenligne de forskellige studier.

Diagnosen tilpasningsreaktion skal forstås som en klinisk tilstand, der opstår i tilslutning til svær eller langvarig psykosocial belastning. Tilstanden er karakteriseret ved depressive, emotionelle, adfærdsmæssige eller angstprægede symptomer samt anspændthed, ulyst og oplevelsen af selvkontrol. (8). Ud fra denne definition af tilpasningsreaktion kommer vi i vores opgave frem til, at det i praksis må være den mest korrekte diagnose at bruge i almen praksis til stressramte patienter.

I al forskning med psykologisk terapi som intervention, er det en udfordring at lave blinde studier, eftersom det er åbenlyst om man får behandling eller ej. Dette kan lede til bias på flere måder, omend i mindre grad end eksempelvis medicinforsøg.

Kontrolgrupperne har selv kunnet søge behandling, og blandt dem der har modtaget en behandling, er det uvist hvilken behandling de har modtaget, en stor del har antageligvis modtaget individuel terapi ved en psykolog. Patienterne i kontrolgrupperne kan derfor have fået tilsvarende behandling som interventionsgruppen og dette forhold, kan derfor betyde, at der til være en tendens til at undervurdere effektstørrelsen af interventionen, man undersøger. Stort set alle de inkluderede studier har observeret, at kontrolgruppen også modtager behandling.

Overførbareheden kan også diskuteres mellem de forskellige lande med fx forskellige lovgivninger ift. Sygedagpengeregler, som vil have indflydelse på rtw og mulighederne for sygemelding.

Desuden kan overførbareheden fra forsøgs setting til almen praksis diskuteres. I studierne udføres behandlingen af trænede psykologer. Kan enhver læge/psykolog som henviser give en tilsvarende behandling? Det er muligt, at praktiserende læger med kompetencer inden for kognitiv adfærdsterapi, vil kunne hjælpe nogle patienter med arbejdsrelateret stress ved hjælp af behandling med samtaleterapi.

Det er forskelligt fra studierne hvornår en person registreres som sygemeldt i flere studier er det f.eks. kun når man har været fuldtidssygemeldt i 2 uger, at man bliver registreret.

En mulig årsag til at der er lidt blandede resultater, hvad angår effekten af de forskellige interventioner kan være forskelle i studiepopulationer. I artiklerne fra Glasscock, og Willert er der en overrepræsentation af offentlig ansatte vs. De Vente som har mange selvstændige. Desuden er der forskel på, hvor længe patienterne har været syge, inden der sættes ind (hvor lang tid syg ved baseline). Naturforløbet af stress bevirker i sig selv en naturlig bedring. Hvis man først sætter ind med behandling efter to måneders sygemelding, er det muligvis for sent at fremskynde den naturlige bedring.

Studier der bruger venteliste-kontrolgruppe ser generelt ud til at kunne vise en større effekt af kognitiv terapi mod stress. De skal muligvis tolkes med skepsis, idet de måske inducerer placebo-effekt i kontrolgruppen. Effekten i kontrolgruppen overvurderes, idet den naturlige bedring forsinkes i kontrolgruppen. Omvendt kan man også forestille sig en bedrende effekt af at stå på venteliste, idet der er udsigt til at få hjælp.

Alle studierne har begrænset antal deltagere på henholdsvis 137, 390, 102, 97, 163, 82 og Cochrane reviewet af Arends har n=mean på 156 deltagere i studierne. Forfatterne i Arends beskriver selv, at grundet relativt små studier bliver konfidensintervallerne vide og signifikansen svær at finde, og at man ønsker studier over 300 deltagere. Det lave antal deltagere inkluderet i studierne kan betyde, at der er problemer med studiets power, jo færre deltagere desto større styrke skal effekten have før den bliver signifikant.

Udover at en intervention muligt bidrager til hurtigere genoptagelse af arbejdet og afkortning af forløbet, er vores vurdering, at indsatsen hos den praktiserende læge tjener følgende formål:

- Det giver en god alliance med patienten, der må formodes at føle sig hørt og forstået, af en læge, der genkender sygdomsbilledet. Det må antages at fjerne stigmatisering hos patienten, når lægen kan sætte symptomerne og problemerne ind i en større sammenhæng og medvirker til behandlingen.
- Giver mulighed for at fremme kulturændring på arbejdspladser hvis praktiserende læger som gruppe behandler stressramte ens overfor kommuner og arbejdsgivere.
Man kan håbe, at dette kan fremme omstilling af rutiner og på sigt nedsætte incidensen af stress.

Det er interessant, at man i studiet af Glasscock et al. finder, at patienternes subjektive bedring ikke følges af en hurtigere RTW. Det indikerer, at der er andre faktorer i spil, når det kommer til tilbagevenden til arbejdet. Man må formode, at faktorer på arbejdspladsen, herunder eksempelvis konflikter, kommunikation med leder og tilrettelæggelse af genoptagelse af arbejdet er af betydning. Vi har i almen praksis ikke mulighed for lave omfattende arbejdspladsinterventioner. Men det er formodentlig af stor vigtighed at påtage sig en aktiv og rådgivende rolle i forhold til at facilitere en god kommunikation med arbejdspladsen samt en fornuftig optrappingsplan af timer og opgaver, som Morten Vejs Willert ligeledes påpeger.

Vi ser en mulig problemstilling i sektorovergangene og samarbejdet med eksterne aktører. Der kan være forskellige tilgange til behandling af stress. Bl.a. opleves fra tid til anden, at patienter rådgives om en langtidssygemelding hos deres psykolog, samt at der anlægges et mere individfokuseret perspektiv på patientens problemstilling og behandling. Vi oplever ofte at mangle en effektiv kommunikationsvej med psykolog såvel som kommune. Nogle patienter benytter sig af forskelligartede og private tilbud, som vi kun kender lidt til og derfor dårligt kan rådgive omkring. Disse forhold understreger behovet af vores rolle som tovholdere. Vi skal sikre, at patienten får tilstrækkelig behandling foruden at tilskynde til samarbejde med arbejdspladsen og eksterne aktører. Desuden skal vi sikre patienten en rådgivning om

sygemelding, som skal planlægges og evalueres løbende. Udover decideret samtalebehandling skal vi yde en basal omsorg for patienten med nedsat overskud og overblik og hjælpe vedkommende igennem forløbet, foruden om muligt at forebygge en ny episode med stress.

Konklusion

Vi har undersøgt, hvad vi som praktiserende læger bedst kan tilbyde vores patienter, der lider af arbejdsbetinget stress. Vi har set på 7 studier, heraf 1 Cochrane review. Alle har inddraget kognitiv terapi i interventionen og i 3 tilfælde har man suppleret med en intervention på arbejdspladsen.

Patienterne i både interventions- og kontrolgrupper opnår bedring med tiden, dvs. at naturforløbet af stress i sig selv bevirker en bedring. Tre studier påviser en hurtigere bedring i interventionsgruppen og/eller en hurtigere genoptagelse af arbejdet. (1,2,7) Netop disse 3 studier, der kombinerer samtalebehandling med arbejdspladsintervention, påviser en tidlig effekt i interventionsgruppen. Vi kan således ikke sikkert konkludere hvilken af interventionerne, der har betinget effekten, eller om det netop er kombinationen af de to.

Der peges i nogle af vores inddragede studier på en hurtigere tilbagevenden til arbejdet hos patienterne, der har modtaget intervention. (1,4,7) Tager man det store antal af stresssygemeldinger i betragtning, vil selv en mindre gevinst være af stor værdi for samfundet. For den enkelte er subjektiv bedring naturligvis af stor betydning, og hurtigere tilbagevenden til arbejdet kan være afgørende for den fortsatte tilknytning til arbejdsmarkedet. Der savnes i litteraturen evaluering af patientens livskvalitet og oplevelser af forløbet. Vi har medtaget et studie af en svensk gruppe (5), som arbejder med en ambitiøs intervention med adskillige behandlingsmodaliteter og en mange-facetteret evaluering af behandlingseffekten. Der er desværre ikke en kontrolgruppe, og vi kan endnu ikke konkludere noget fra studiet. Det er dog endnu kun i et tidligt stadie, og vi må forvente at få flere resultater fra gruppen i fremtiden. Glasscock et al anvender 2 effektmål, nemlig RTW og symptomreduktion målt på PSS og GHQ. Gruppen finder en tidligere bedring i interventionsgruppen målt på de psykometriske tests, som dog ikke følges af en hurtigere RTW.

Der er altså ikke en overbevisende og gennemgående effekt af interventionerne på tværs af studierne. Resultaterne er blandede og mulige årsager hertil, har vi været inde på i diskussionsafsnittet.

Studierne lider generelt af problemer med lille power og dermed vanskeligheder med at vise en statistisk signifikant effekt af interventionen. Vi vurderer dog, at der er en klinisk signifikant effekt af behandling af den stressramte, der har et åbenlyst behov for støtte, og behandling. Vi har en naturlig rolle som tovholder for de aktører, der er i spil. Vi er ansvarlige for sektorovergange, herunder til arbejdsmedicinsk klinik og psykolog. Desuden skal vi rådgive omkring en evt. sygemelding, som naturligt påhviler den praktiserende læge at attestere.

Cochrane-reviewet af Arends et al peger på, at såkaldt problem solving therapy ser ud til at facilitere en hurtigere genoptagelse af arbejdet, om end patienterne ikke kommer tilbage til fuld tid hurtigere end patienter i kontrolgruppen. Der efterspørges større studier for netop at kunne påvise en statistisk signifikans.

Vi har foruden litteraturgennemgangen interviewet psykolog og forsker ved Arbejdsmedicinsk klinik, Morten Vejs Willert. Han har en praktisk og konkret tilgang til patientens problemer, som er i tråd med ovennævnte problem solving therapy. Frem for en kognitiv tilgang, lægger han vægt på det adfærdsmæssige: at ændre vaner og tackle problemstillinger på arbejdspladsen. Han anbefaler en struktureret

samtale med patienten, hvor belastninger, barrierer og sårbarhed afdækkes, og patientens fortællinger sættes i en større kontekst for på den måde at kunne rådgive patienten bedst muligt.

Vores opgave som praktiserende læge/kliniske implikationer

Vi har sammenfattet en vejledning til håndtering af patienten med arbejdsbetinget stress i almen praksis. Den baseres på den viden, vi har indhentet fra litteraturgennemgangen og fremhæver de interventionsmuligheder, der må anses for at være klinisk signifikante. Desuden trækker vi på viden indhentet fra interview med Morten Vejs Willert.

- Afdække patientens symptomer foruden af afdække belastninger og strukturelle problemer på arbejdspladsen. Sætte patientens fortællinger og oplevelser i kontekst. Er det et problem med typen/mængden af opgaver? Samarbejdsproblemer? Organisatoriske problemer? Dvs. hæve problemstillingen fra individniveau til det organisatoriske niveau.
- Diagnosen tilpasningsreaktion anvendes for at beskrive stresstilstanden.
- Screene for komorbiditet, eksempelvis angst, depression og misbrug.
- Afdække evt. søvnproblemer. Forbedre søvnen ved hjælp af rådgivning om søvnhygge og stimuluskontrol. Etablere gode vaner omkring søvnen og hjælp patienten til at korrigere evt. dysfunktionelle tanker om søvnen. Undtagelsesvist supplere med farmakologisk behandling af dages varighed. (14)
- Tage stilling til evt. viderehenvisning. Hvis angst/depression kan henvises til psykolog. Rådgive patienten om at gøre brug af en evt. mulighed for psykologhjælp via arbejdet eller privat sundhedsforsikring. Overvej muligheden af et kommunalt tilbud. Tilbuddene varierer dog fra kommune til kommune. Overvej henvisning til arbejdsmedicinsk klinik såfremt pt. har tilknytning til arbejdet, og stresstilstanden helt overvejende er arbejdsudløst. Både i Aarhus og Herning findes her et gruppebaseret behandlingstilbud. (Se Appendix B)
- Rådgive om sygemelding. Undgå fuldtidssygemelding om muligt. Hvis nødvendigt, da fuldtidssygemelding af ugers varighed og deltidssygemelding af måneders varighed. Rådgive individuelt om skånehensyn og evt. reduktion af timetal og /eller opgavekompleksitet.
- I tilfælde af sygemelding: Tage en aktiv rolle i planlægningen af tilbagevenden til arbejdspladsen. Man kan udlevere materialet Efter Stress til patienten samt en vejledning til ledere: Er din medarbejder stressramt? Her gives der gives råd om langsom optrapning af timer og opgavekompleksitet efter en stresssygemelding under hensyntagen til patientens symptomudvikling (12,15)
- Følg patienten løbende og aftale kontroller efter individuelt behov. En evt. sygemelding reevalueres løbende.
- Tilbyde samtaleforløb, hvor en viderehenvisning ikke er nødvendig eller mulig. Her kan anbefales en konkret, problemorienteret og rådgivende tilgang med fokus på at ændre på vaner og adfærd på arbejdspladsen.

Referencer

1. Glasscock, D. J., Carstensen, O., & Dalgaard, V. L. (2018). Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(6), 675–687. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1314-7>
2. Willert, M. V., Thulstrup, A. M., & Bonde, J. P. (2011). Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work--results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(3), 186–195. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3130>
3. De Vente, W., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G., & Blonk, R. W. B. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: A randomized controlled trial. In *Journal of Occupational Health Psychology* (Vol. 13, Issue 3, pp. 214–231). Educational Publishing Foundation. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.3.214>
4. Netterstrøm, B., Friebel, L., & Ladegaard, Y. (2013). Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(3), 177–186. <https://doi.org/10.1159/000346369>
5. van de Leur, J. C., Buhrman, M., Åhs, F., Rozental, A., & Jansen, G. B. (2020). Standardized multimodal intervention for stress-induced exhaustion disorder: an open trial in a clinical setting. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02907-3>
6. Arends, I., Bruinvels, D. J., Rebergen, D. S., Nieuwenhuijsen, K., Madan, I., Neumeyer-Gromen, A., Bültmann, U., & Verbeek, J. H. (2012). Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006389.pub2>
7. Dalgaard, V. L., Aschbacher, K., Andersen, J. H., Glasscock, D. J., Willert, M. V., Carstensen, O., & Biering, K. (2017). Return to work after work-related stress: A randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 43(5), 436–446. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3655>
8. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/arbejdsmedicin/arbejdsrelaterede-sygdomme/stress-tilpasningsreaktion-arbejdsrelateret/>
9. STRESS I DANMARK - HVAD VED VI?. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af: Naja Rod Nielsen, Statens Institut for Folkesundhed Tage Søndergård Kristensen, Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007). https://www.sst.dk/da/udgivelser/2007/-/media/Udgivelser/2007/Publ2007/CFE/Stress/Stress_i_DK_11dec07_-d-.pdf
[ashx](#)
10. Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
11. Sundhedsstyrelsen. (2017). *Den Nationale Sundhedsprofil*.

-
12. Klinik, A., & Herning, R. (n.d.). *Efter stress ?*
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjg9JiSypHwAhXV_ioKHcLeDqkQFjAAeqQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fwww.arbejdsmedicin.rm.dk%2Fsiteassets%2Ffor-patienter%2Fpjejer-og-skemaer%2Fefter-stress_august2019.pdf&usq=A0vWaw0K0xXEn8X0q2Oc3wmXv6Wm
 13. Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J, Bonde JP. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2009;35(2):145- 152.
 14. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/rationel-farmakoterapi-8-2018/h%C3%A5ndtering-af-insomni-hos-voksne-i-almen-praksis><https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/rationel-farmakoterapi-8-2018/h%C3%A5ndtering-af-insomni-hos-voksne-i-almen-praksis>]
 15. <https://www.arbejdsmedicin.rm.dk/siteassets/for-patienter/pjejer-og-skemaer/april-2019-lederpiece-om-stress.p>

Dansk PSS konsensusversion Rev. 16.10.2012

Spørgsmålene i dette skema drejer sig om dine følelser og tanker inden for den sidste måned. Ved hvert punkt skal du angive med et kryds, hvor ofte du har haft den pågældende følelse eller tanke.

		Aldrig	Næsten aldrig	Ind imellem	Ret ofte	Meget ofte
1	Hvor ofte inden for den sidste måned er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt dig nervøs og "stresset"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt dig sikker på dine evner til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt, at tingene gik som du ønskede det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Hvor ofte inden for den sidste måned har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alt det du skulle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Hvor ofte inden for den sidste måned har du været i stand til at håndtere ting, som irriterer dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt, at du havde styr på tingene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Hvor ofte inden for den sidste måned er du blevet vred over ting, du ikke havde indflydelse på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Hvor ofte inden for den sidste måned har du følt, at vanskelighederne hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Konsensusversionen af PSS er lavet ud fra tre forskellige tidligere oversættelser af skalaen, som er blevet anvendt i dansk forskning. Forskerne bag de tidligere oversættelser har i fællesskab lavet denne version til brug i fremtidig dansk forskning.

Bag oversættelsen står

Anders Jørgensen, M.D., Ph.D. Psychiatric Centre Copenhagen / Laboratory of Neuropsychiatry, Dep. O, Rigshospitalet

Bobby (Robert) Zachariae Professor, dr.med. Enhed for Psykoonkologi og

Sundhedspsykologi Onkologisk Afd., Aarhus Universitetshospital og Psykologisk Institut, Aarhus Universitet

Lis Raabæk Olsen, Afdelingslæge, Ph.D. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup

Samt en gruppe forskere fra Arbejdsmedicinsk klinik på Regionshospitalet i Herning.

Spørgsmål til denne version af skalaen kan rettes til psykolog Anita Eskildsen, Arbejdsmedicinsk klinik, Regionshospitalet Herning
animorte@rm.dk

Generelle informationer om PSS kan findes på: <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/>

Appendix B

