

**Copenhagen stress treatment project**

## **En undersøgelse af effekten af to stressbehandlingsprogrammer**

*Effekten umiddelbart efter behandling*

### Indhold

Forord

1. Formål og sammenfatning
2. Baggrund
3. Design
4. Forsøgsdeltagere
5. Metode
6. Resultater
7. Diskussion
8. Figurer

Bilag A. Uddybning af de to behandlingsprogrammer

Reference liste

## Forord

Denne rapport beskriver de foreløbige resultater af forskningsprojektet COPEstress, der blev gennemført ved Arbejds og miljømedicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital i 2010-12. Data indsamlingen sluttede i sommeren 2011 og opfølgingsdata indsamles nu løbende og vil blive publiceret først i 2013. Projektet har foreløbig resulteret i to engelsksprogede artikler om de to behandlingsforløb, to artikler i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning om anvendelsen af Hillerød-konceptet og 5 foredrag holdt på internationale kongresser. Nærværende rapport er en foreløbig kvittering til bevillingsgivere og deltagere i projektet.

Jeg vil benytte lejligheden til at takke alle deltagere og professionelle involverede i projektet.

Bo Netterstrøm  
København, september 2012

Projektet udførtes af

Arbejds- og miljømedicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital:  
Bo Netterstrøm (projektleder)  
Lene Friebel  
Yun Ladegaard  
Nanna Eller  
Marianne Borritz  
Pernille Rasmussen  
Berit Just  
Pernille Hulvei  
Birgitte Hauschildt  
Dorthe Djernis  
Vivi Andersen  
Christina Brix  
Ingelise Biering  
Marie Louise Petersholm

I samarbejde med

Stresscentret Kalmia, Hørsholm:  
Bettina Damsbo  
Lars Mikkelsen  
Linda Kronstedt  
Eva Gudman Hoyer

Liaison psykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital:  
Mathias Skjernov

Det Nationale Center for Arbejdsmiljøforskning  
Aase Marie Hansen  
Jesper Kristiansen

Psykologhuset Østerport:  
Ulla Fensbo

Psykologerne Sølvgade:  
Per Nørrung

Projektet er finansieret af  
TrygFonden & Arbejdsmiljøforskningsfonden

## 1. Formål og sammenfatning

Projektets formål er at vurdere effekten af to stressbehandlingsprogrammer: Et individuelt behandlingsprogram udviklet af Stressklinikken, Arbejdsmedicinsk Klinik på Hillerød Hospital – Hillerød konceptet og et gruppebaseret behandlingsprogram udviklet af Stresscentret Kalmia i Hørsholm. Effekten målt ved hastigheden af tilbagevenden til arbejde efter behandling, arbejdsmarkedstilknytning efter 1 år, samt symptomniveau og fysiologiske mål for stress.

I projektet indgik i alt 256 sygemeldte med stressrelaterede symptomer, henvist fra praktiserende læger. Begge behandlingsprogrammer viste en hurtigere tilbagevenden til arbejdet end både konventionel psykologbehandling og ventetid på 3 måneder. Ligeledes sås reduktion af symptomniveauet i alle behandlingsgrupper i middel grad i forhold til deltagere på venteliste. Resultaterne er dels publiceret i videnskabelige tidsskrifter og Hillerød konceptet beskrevet nøjere i to artikler i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning mhp en implementering af behandlingsmetoden til praktiserende læger.

## 2. Baggrund

Forskningen, især i den vestlige verden, har godtgjort, at der er en stigende forekomst af psykisk lidelse forårsaget af stress på arbejdspladsen, og at langtidssygefravær p.g.a. psykiske lidelser, som f.eks. depression, angst og tilpasningstilstand er et stigende problem i mange vestlige lande(1;2). Langvarig stress medfører neurobiologisk dysfunktion og psykiske problemer, som har stor betydning for dels helbred og livskvalitet, men også nedsat produktivitet(3).

I Danmark anslås det, at de samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer beløber sig til 55 milliarder kroner, hvoraf hovedparten skyldes udgifter til sygefravær og førtidspension (4-8). Kun 10 % af omkostningerne bruges på behandling. De omkostninger, der er forbundet med produktionstab, er foreløbig ukendte. Omfanget af de helbredsmæssige problemer af arbejdsbetinget stress har imidlertid medført en stigende forskningsaktivitet.

Forskningsaktiviteterne har bl.a. bestået i vurdering af de interventioner, der er foretaget på arbejdspladsen for at nedbringe problemet(9;10). Disse interventioner er imidlertid ganske forskellige, både med hensyn til 1) interventionstype og form (information, workshops, træning, egentlig behandling, såvel individuel som på gruppeniveau), 2) omfanget af interventionen (antallet af konsultationer/sessioner), 3) interventionsniveauet (det individuelle eller det organisatoriske) og 4) hvorfra deltagerne til forskningsprojekterne er rekrutterede, hvilket kan være fra almen lægepraksis, arbejdspladser m.v. Endelig er effektvariablerne, der er målt på, ganske forskellige, strækkende sig fra psykologiske mål til organisatoriske. Disse forhold har gjort resultaterne svære at sammenligne.

Bedst evidens for en effekt kan måles ved såkaldte randomiserede kontrollerede studier. Disse er gjort til genstand for reviews, bl.a. i Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø's Hvidbog fra 2010(4). Hvidbogens konklusioner omhandler bl.a. problemer omkring udbredelsen af de mentale helbredsproblemer. Heri hedder det bl.a., at der ikke skønnes at være tilstrækkeligt videnskabeligt

grundlag for et pålideligt skøn over den samlede forekomst af disse. En række undersøgelser tyder på, at forekomsten af depression ligger på omkring 7%, angsttilstande mellem 6 og 12% og såkaldte somatoforme lidelser på omkring 6%. Andelen med mentale helbredsproblemer er større blandt kvinder end blandt mænd, og udbredelsen er størst i de laveste sociale lag og blandt ikke beskæftigede. Udenlandske internationale befolkningsundersøgelser tyder på, at en depressiv periode f.eks. varer ca. 3 måneder, og 50% af de undersøgte har opnået en delvis helbredelse indenfor dette tidsrum.

Om stress fremhæves det, at 8,7% af befolkningen i 2005 angav, at de også følte sig stressede i dagligdagen, hvilket er en stigning på 50% siden 1987. En nyere måling fra 2010 foretaget af Syddansk Universitet er dog ikke helt sammenlignelig, men tyder på, at denne stigning er fortsat. 35.000 danskere melder sig dagligt syge pga. stress. Samtidig lider mere end 50 % af patienter i almen praksis af symptomer på funktionel lidelse, hvoraf en del antages at være stressrelateret.

Årsagerne til denne udvikling er uklar, men litteraturen har bl.a. vist, at ansatte på arbejdspladser, hvortil der stilles meget høje krav, og hvor der er en dårlig social støtte, har en øget risiko for depression.

Forebyggelsen har således fokuseret på, om en forbedring af arbejdsmiljøet kunne forebygge mentale helbredsproblemer. Evidensen herfor er lille. Derimod synes interventioner, der drejer sig om stressmanagement, hvor deltagerne forbedrer deres evne til at håndtere stressreaktioner, at være effektive.

Der findes endvidere en stærk evidens for en effekt af psykologiske interventioner, der har til formål at forebygge nye tilfælde af depression. Her er der altså tale om, at man retter sin intervention mod en speciel gruppe, der i forvejen har en stor risiko for at få depression ved belastninger.

Der er foretaget en række undersøgelser af såkaldte tilbage til arbejde interventioner. Hvidbogen fremhæver, at koordinerede og sammensatte interventioner, der har til formål at forbedre behandlingen af angst og depression, har en effekt på arbejdsfastholdelsen, når der sammenlignes med sædvanlig behandling. En effekt på sygefraværet og arbejdsevnen er også dokumenteret. Rene organisatoriske interventioner har imidlertid vist sig at have ringe effekt. Det fremhæves endvidere, at interventioner, hvori arbejdspladsen involveres, selvom selve interventionen foregår udenfor denne, har den største effekt.

Der findes imidlertid ikke i Danmark nogen standarder for, hvorledes sådanne interventioner kan foregå. I Holland, hvor man har et veludviklet bedriftslægesystem, er der udviklet guidelines for, hvorledes bedriftslægen kan behandle ansatte med fravær pga. psykiske lidelser og stress. Effekten heraf er imidlertid kun moderat(11-18). I Danmark er der lavet få egentlige kliniske studier af denne problemstilling. I et ikke randomiseret forsøg fra Arbejdsmedicinsk Klinik i Skive kunne man ikke finde effekt af en psykologisk intervention overfor ansatte med sygefravær p.g.a. arbejdsbetinget stress(19). Derimod fandt man i et klinisk randomiseret kontrolleret forsøg ved den arbejdsmedicinske klinik i Århus en effekt af kognitiv adfærdsterapi på gruppeniveau i oplevelsen af stress og en klar signifikant effekt på sygefraværslængde(20;21).

I den danske lederstressundersøgelse fandt man en forekomst af depression hos 20-25 % af de adspurgte, og det svarede til den procent af de adspurgte, der mente, at de havde brug for professionel hjælp, idet de ikke var i stand til selv at håndtere deres stresstilstand. En sådan hjælp fås kun i begrænset omfang hos praktiserende læger, der ofte ikke har tid og forudsætninger herfor. Anvendelse af praktiserende kliniske psykologer er stadig begrænset, først og fremmest af økonomiske grunde, men også på grund af mangel på dokumentation for behandlingens effekt. Standardbehandlingen for stressramte er således oftest en enkelt samtale eller to hos en praktiserende læge og/eller, for de der har økonomisk mulighed herfor, et samtaleforløb hos en

klinisk psykolog, i begge tilfælde uden at arbejdspladsen bliver inddraget. I mange tilfælde sygemeldes den pågældende, et tiltag der kunne imødegås ved tidlig involvering af den pågældendes arbejdsplads.

Sundhedsstyrelsen udgav i december 2007 en borgerpjece og en vejledning til praktiserende læger om behandling af stress baseret på bl.a. et pilotstudium fra Hillerød Hospitals Stressklinik og hollandske erfaringer. Forarbejdet til disse pjecer viste, at der er et udækket behov for at få undersøgt, hvordan sygemeldte stressramte bedst hjælpes tilbage til et funktionsniveau, der gør dem arbejdsføre igen.

## **Baggrund for COPEstress**

Ved den arbejdsmedicinske klinik i Hillerød gennemførtes i årene 2002 til 2007 en udvikling af et behandlingsregime, hvor man i en række randomiserede undersøgelser kunne påvise en effekt i hastigheden af tilbagevenden til arbejdet hos deltagere med sygefravær som følge af arbejdsbetinget stress(22). Dette medførte udviklingen af det nuværende COPEstress koncept, der i det følgende beskrives, og hvor resultaterne af en randomiseret undersøgelse fremlægges. Foruden en egentlig kontrolgruppe, der ikke modtog behandling før efter 3 måneders ventetid, er der inddraget en kontrolgruppe bestående af deltagere, der fik konventionel psykologbehandling, der er den gængse i Danmark, oftest betalt af sundhedsforsikringerne. Desuden lykkedes det at få inddraget en gruppebaseret behandling med en psykoterapeutisk intervention. Denne såkaldte Kalmiamodel har ligesom konceptet udviklet i Hillerød inkluderet mindfulnessmeditation i behandlingsforløbet. Desuden er i COPEstress projektet tilført en vurdering af effekten af behandling og forekomsten af stressbetinget sygefravær på nogle af deltagernes arbejdspladser.

Udviklingen af disse koncepter er i høj grad i overensstemmelse med de anbefalinger, som ovenfor nævnte Hvidbog giver. Der er dels tale om tidlig opsporing, idet deltagerne allerede ved første konsultation hos deres læge kunne henvises til projektet. Der er foretaget en vurdering af funktionsnedsættelsen, og interventionen har været koordineret, således at der er sket et samarbejde mellem arbejdspladsen, behandlerne og andre aktører, såsom psykiater og kommunale myndigheder. Formålet har været at forbedre deltagernes situation, også situationen på arbejdspladsen, men i lige så høj grad at ruste deltageren til at imødekomme de krav, der stilles, ikke blot på arbejdspladsen, men også i privatlivet, og som har været medvirkende årsag til den tilstand, der medførte henvisning til projektet.

Foruden egentlige videnskabelige artikler omhandlende undersøgelsesresultaterne har undersøgelsen også givet anledning til 2 artikler i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning (maj og juni 2012), hvor anbefalinger og erfaringer indhøstet fra projektet er formidlet til danske praktiserende læger, dels på et mere kortfattet niveau, dels med et mere udbygget niveau, hvor de enkelte elementer i Hillerød-konceptets behandling er beskrevet nøjere.

## **Projektets nyhedsværdi**

1. Der er ikke tidligere - bortset fra den gruppebaserede kognitive adfærdsfærdsterapi fra Århus - beskrevet lignende behandlingsprogrammer med dokumenteret effekt i Danmark. Eksempelvis findes der ingen Cochrane-reviews eller kliniske retningslinjer for behandling af tilpasningsreaktion, som en stresstilstand i denne sammenhæng må betegnes som i modsætning til belastningstilstande forårsaget af mere voldsomme begivenheder.
2. Udenlandske erfaringer er vanskelige at overføre pga. forskelle i dagpengelovgivning og muligheder for læge og psykologbehandling.

3. Nyt er også, at det ene stresshåndteringsprogram er udformet, så dele af det kan udføres af praktiserende læger. Derved kan der lettere sættes ind tidligt uden forsinkende vurdering, henvisning og ventetid, hvilket forventes at gøre ressourceforbruget mindre og behandlingseffekten større.

4. Som noget nyt måles effekten af programmet foruden ved sygefravær ved objektive målinger af ændringer i deltagernes fysiologiske stressniveau.

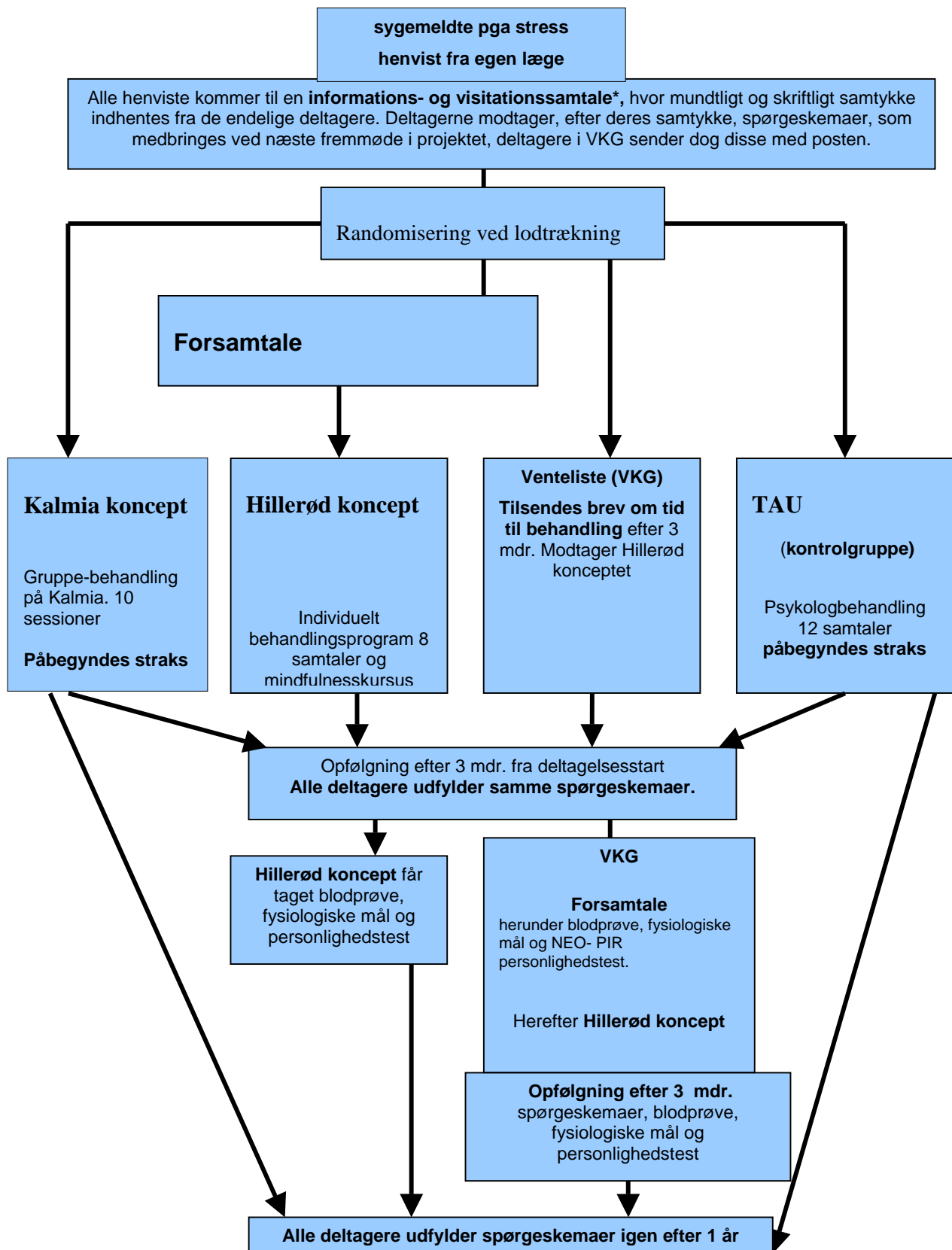
Projektets resultater vil således både kunne løfte området og behandling af belastningstilstande og funktionelle lidelser, således at almen praksis i højere grad end tidligere vil kunne tilbyde en relevant behandling og tilføre ny viden om effekten af en sådan behandling.

### **3. Design**

Formålet med undersøgelsen var at undersøge effekten af 2 forskellige stressbehandlingsprogrammer – Kalmia og Hillerød-konceptet- med hensyn til hastigheden af tilbagevenden til arbejdet og bedring af symptomerne hos sygemeldte borgere med stress. De 2 behandlingsprogrammer, der beskrives senere, blev sammenlignet med konventionel psykologbehandling, som man oftest får den, når man henvender sig til psykolog eller bliver henvist til psykolog via sin sundhedsforsikring – Treatment-as-usual ("TAU")- samt i "ingen behandling" (ventelistekontrolgruppe (VKG)). Ved ingen behandling forstås i denne sammenhæng, at deltagerne i projektet ventede 3 måneder, før de fik behandling, og man således kunne måle dels deres grad af tilbagevenden til arbejdet i ventetiden, dels ændringer i symptomniveauet.

Selve designet er vist i Figur 1.

Vi fik en aftale med 2 psykologhuse på Østerbro med hver 7 psykologer tilknyttet, om at de i alt skulle behandle 70 af deltagerne på den måde, de normalt plejede. Psykologerne blev betalt for 12 timer for hver deltager uanset, hvor mange konsultationer, der blev givet. Behandlingen skulle være afsluttet indenfor 4 mdr.





#### 4. Forsøgsdeltagere

For at rekruttere deltagere til projektet skrev vi ud til en lang række praktiserende læger i hovedstadsregionen og annoncerede projektet via regionens informationsmateriale til de praktiserende læger. Desuden trykte vi flere tusinde små foldere, som blev uddelt på biblioteker, hos de praktiserende læger m.v., hvor vi gjorde opmærksom på, at det var muligt at få gratis behandling via projektet efter henvisning fra egen læge.

I alt henviste de praktiserende læger 320 potentielle deltagere i perioden august 2010 til april 2011. Da vi var nødsaget til at afslutte projektet i sommeren 2011, var det ikke muligt at inkludere deltagere, der havde trukket venteliste, senere end december 2010. Af denne grund kom der færre deltagere i ventelistegruppen end i de øvrige. Inklusionskriteriet for at kunne deltage i undersøgelsen var, at deltageren skulle være sygemeldt p.g.a. stress, deltidssygemeldte kunne også deltage. Der skulle have været en væsentlig symptombelastning gennem måneder, og deltageren skulle være ansat på en arbejdsplads og motiveret for at deltage i projektet. Ved informationssamtalen, der fandt sted 1-2 uger efter henvisningen, kunne disse kriterier umiddelbart vurderes. Derimod var det vanskeligere at vurdere eksklusionskriterierne, som var alkohol- eller stofmisbrug, væsentlige fysiske lidelser, der havde bidraget til belastningstilstanden, og en tilgrundliggende psykisk lidelse. Som det senere vil fremgå, blev der i alle grupper ekskluderet deltagere p.g.a. disse forhold, specielt sidstnævnte.

Efter at vi havde modtaget henvisning fra en praktiserende læge, blev den potentielle deltager tilsendt en lægmandsbeskrivelse af projektet, godkendt af Videnskabetisk Komité, en pjece udarbejdet af Videnskabetisk Komité omhandlende deltagelse i medicinske forskningsprojekter, tid til samtalen og en samtykkeerklæring. Alle potentielle deltagere henvist af egen læge blev inden for 2 uger indbudt til en informationssamtale, hvorefter deltagerne skulle skrive under på informeret samtykke om, at den pågældende ville deltage i projektet og var klar over, hvad projektet indebar. Vi havde imidlertid skønnet, at de deltagere, som ved en lodtrækning trak ventelistegruppen – altså måtte vente i 3 måneder, før de fik behandling – ville blive meget påvirkede af denne beslutning. Derfor sørgede vi for, at samtalerne med disse blev gennemført af mere trænet professionelle. Vi håbede også på denne måde at kunne nedsætte den risiko for skævvridning (bias), der måtte opstå ved udfyldelse af spørgeskemaer, når deltageren havde fået stillet i udsigt at skulle vente i 3 mdr. De professionelle, der gennemførte informationssamtalerne, måtte således på forhånd vide, hvilken gruppe de pågældende var blevet udtrukket til. Lodtrækningsresultatet blev anført på henvisningssedlen fra lægen og kunne ikke ændres, men der skulle være mulighed for en opfølgende samtale hos overlæge Bo Netterstrøm, hvis den pågældende afstod fra at deltage i undersøgelsen p.g.a. ventetiden. Disse forholdsregler var i vores øjne nødvendige for at behandle de potentielle deltagere etisk bedst muligt og fik ingen indflydelse på, om deltagerne accepterede at deltage i undersøgelsen eller ej. Alle henviste deltagere var i forvejen stærkt motiverede for at modtage en eller anden form for behandling, og kun ganske få, som det vil fremgå af resultatafsnittet, undlod at starte behandling. Det viste sig også senere, ved opgørelse af resultaterne, at randomiseringen havde fungeret, idet der ikke var forskel på de 4 grupper, de potentielle deltagere kunne randomiseres til, m.h.t. civilstand, sygefraværs status, køn, alder og andre betydende forhold.

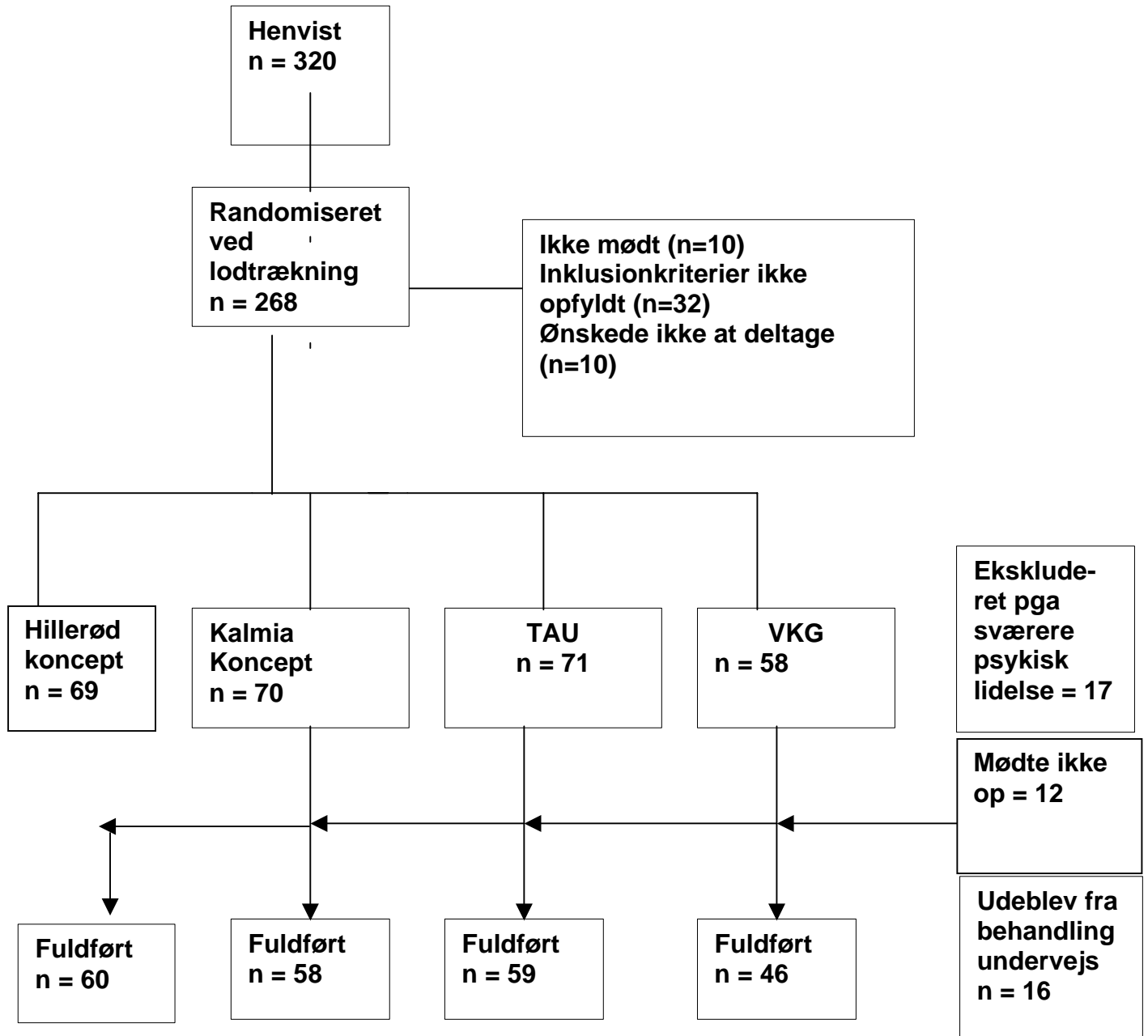
Ved informationssamtalen skrev deltageren under på samtykkeerklæringen ligesom forsøgslederen, og alle deltagerne fik udleveret et basisspørgeskema vedrørende sociale forhold, motionsvaner og helbredsoplysninger, et større spørgeskema med symptomcheckliste 92, WHO major depression inventory og et arbejdsbelastningsspørgeskema, Copenhagen psychosocial questionnaire (COPSOQ). Dette gjaldt også deltagerne, der havde trukket venteliste. Som det fremgår af tabel 1 og figur 2, flowdiagrammet, der viser, hvorledes deltagerne blev fordelt, mødte 10 af de 320 ikke op til forsamtalen. 10 ønskede ikke at deltage ved nærmere eftertanke og 32 blev ekskluderet, enten fordi de var blevet fyret i tidsrummet fra henvisningen til informationssamtalen, og altså ikke havde en arbejdsplads, eller havde påbegyndt arbejde igen på normal tid.

De således tilbageblevne 268 fordeltes herefter efter en forudgående lodtrækning foretaget på Hillerød Hospital af projektets koordinator. Det var egentlig meningen, at der skulle have været 70 deltagere i hver gruppe, men p.g.a. en fejl blev en deltager overført til psykologbehandling i stedet for til behandling på Bispebjerg Hospital, og kun 58 af ventelistegruppens deltagere kunne inkluderes inden nytår 2011. Under behandlingen skete der, som vist på figurerne, et vist frafald, der dog var ligeligt fordelt i alle. I alt 256 mødte op til behandlingerne, og det er disse, vi har data på. 33 af disse forlod behandlingen undervejs, enten p.g.a. konstateret psykiatrisk lidelse vurderet af psykiater, eller manglende deltagelse i behandlingssessionerne. En opgørelse over disse dropouts sammenlignet med dem, der gennemførte behandlingen, er givet i tabel 2, hvoraf det ses, at der er en mindre kvindeandel blandt dropouts og en tendens til, at der er flere LO arbejdere i denne gruppe, samt at deres symptomer og andelen med depression var større blandt dropouts.

|                  | Fuldført   | Ekskluderet pga psykisk lidelse | Udeblev mere end 2 gange fra behandling | Ønskede ikke at deltage | Mødte ikke til forsamtale | I alt |
|------------------|------------|---------------------------------|---|-------------------------|---------------------------|-------|
| Hillerød koncept | 60 (87 %)  | 6 (9 %)                         | 3 (4 %)                                 |                         |                           | 69    |
| Kalmia koncept   | 58 (83 %)  | 6 (9 %)                         | 6 (9 %)                                 |                         |                           | 70    |
| VKG              | 46 (79 %)  | 2 (3 %)                         | 2 (3 %)                                 | 6 (9 %)                 | 2 (3 %)                   | 58    |
| TAU              | 59 (83 %)  | 3 (4%)                          | 5 (7 %)                                 |                         | 4 (6 %)                   | 70    |
|                  | 223 (83 %) | 17 (6 %)                        | 16 (6 %)                                | 6 (2%)                  | 6 (2 %)                   | 268   |

Tabel 1. Gennemførte og udgåede deltagere blandt de 268, der opfyldte inklusionskriterierne ved informationssamtalen.

Figure 1. Flow diagram af forløbet blandt de 320 henviste potentielle **deltagere**



|                                  | Fuldført | Drop Outs | p     | Ialt |
|----------------------------------|----------|-----------|-------|------|
| N                                | 223      | 33        |       | 256  |
| Alder, mean                      | 44.3     | 42.4      | 0.21  | 44.0 |
| Kvinder (%)                      | 80.3     | 66.7      | 0.05  | 78.0 |
| Gift/samboende (%)               | 62.0     | 64.2      | 0.81  | 62.4 |
| Fag:                             |          |           | 0.04  |      |
| Akademikere, selvstændige (%)    | 35.9     | 45.5      |       | 37.1 |
| Mellemlang uddannelse (%)        | 38.6     | 15.2      |       | 35.5 |
| LO-medlemmer (%)                 | 25.6     | 39.3      |       | 27.4 |
| Moderat/svær depression, (%)     | 42.1     | 60.7      | 0.003 | 44.2 |
| GlobalSymptomIndex (SCL92), mean | 1.2      | 1.6       | 0.002 | 1.3  |

Tabel 2

Demografiske og symptommæssige karakteristika for deltagere og dropouts. 12 af de 268 mødte ikke op, hvorfor data ikke findes på disse.

## 5. Metoder

Behandlingerne i stresscenteret Kalmia og det individuelle stressbehandlingsprogram, det såkaldte Hillerød-koncept, er beskrevet i bilag A..

Undersøgelsen sammenlignede data fra fire forskellige grupper.

Effekten af behandlingerne måltes på:

- Sygefravær
- Ændring i symptomniveau
- Fysiologiske stressmarkører (kun Hillerød konceptet)
- Hastigheden af tilbagevenden til arbejdet
- Arbejdsmarkedstilknytning efter 1 år

Der henvistes 268 deltagere, der opfyldte inklusionskriterierne. Disse fordeltes ved lodtrækning i 4 grupper.

De fire behandlingsgrupper gennemgik følgende behandlinger:

### Kalmia koncept - Gruppebaseret stressbehandling

Denne behandling består af en forsamtale, 8 ganges psykoterapeutisk intervention, Mindfulness (nærværstræning), kropsbevidsthedsterapi (Body Awareness Therapi) og dialog med arbejdspladsen. Forløbet strækker sig over 10 uger.

### Hillerød koncept - Individuel Stress Behandling

Det individuelle stressbehandlingsprogram består af 8 stresshåndteringssamtaler, dialog med arbejdspladsen, nærværstræning (mindfulness) og motionsplan. Forløbet strækker sig over 4 måneder.

### VKG (kontrolgruppe) ventede 3 mdr.

Denne gruppes deltagere blev tilbudt en informationssamtale, herefter ventede de i 3 mdr., hvorefter de modtog den individuelle stressbehandling (Hillerød konceptet).

VKGs resultater efter 3 måneder udgør kontrol for de øvrige grupper på samme tidspunkt, dvs. at interventions effekt måles overfor ”ingen behandling”.

### TAU (treatment as usual) (kontrolgruppe) behandles af praktiserende psykologer

Denne behandling svarer til en behandling almindeligt udbredt i psykologpraksis, og som typisk tilbydes stressramte ansatte via arbejdspladsens sundhedsforsikring. Behandlingen består af op til 12 psykologsamtaler over 12 uger.

TAUs resultater efter 4 måneder er kontrol for effekten af behandlingsprogrammerne sammenlignet med den psykologbehandling, der typisk gives via sundhedsforsikringer.

Følgende spørgeskemaer udleveredes til alle deltagere under informations samtalen:

- Basisskema vedr. sociale forhold, motionsvaner og helbredsoplysninger
- Symptom Check List 92 (23)
- WHO's Major Depression Inventory (24).
- COPSOQ (arbejdsbelastningsspørgeskema)

Spørgeskemaerne udfyldtes og medbragtes ved næste møde med en fagperson i projektet. Deltagerne i VKG returnerede disse pr. post.

Skemaerne udfyldtes igen efter behandling.

For VKGs vedkommende både ved informations samtale tidspunktet, ved behandlingens start og efter behandlingen.

Efter 1 år tilsendtes deltagerne spørgeskema om symptomer, arbejdsmarkedstilknytning og fravær. Ikke-svarere kontaktedes telefonisk eller per e-mail, idet de ved start har givet informeret samtykke hertil.

Foruden informations samtalen deltog deltagerne i Hillerød konceptet og VKG i en forsamtale, som del af behandlingen. I forbindelse med forsamtalen blev følgende prøver taget

1. Måling af blodtryk, vægt, hofte og talje.
2. Spytp prøve til måling af kortisol  
For at vurdere deltagerens evne til at reagere fysiologisk hensigtsmæssigt på belastning, foretoges måling af kortisol i spyt ved opvågning, 30 minutter senere og kl. 20 om aftenen. Desuden målt ved indledning af den kliniske undersøgelse og ved afslutningen. Deltageren skal blot spytte i en plastbeholder. Deltageren instrueredes mundtligt eller skriftligt om dette af sygeplejersken.
3. Der udtoges 40 ml blod ved blodprøvetagningen, i alt 7 glas.
4. Hjertefrekvens (HRV) måles over 1 time ved hjælp af elektroder på brystet (ikke forbundet med noget ubehag eller smerte)

Alle ovennævnte målinger foretoges af en sygeplejerske.

Endvidere udfyldte deltagerne en NEO-PIR personlighedstest. Resultaterne af denne bruges udelukkende til forskning, resultaterne vil blive anonymiseret og benyttedes ikke i behandlingen.

Alle prøver gentoges efter behandlingens afslutning.

Effektmål

A. Tilbage til arbejdet (TTA).

Sygemeldingsstatus efter behandling blev bedømt ved den sidste konsultation for både deltagere, der fik behandling efter Hillerød-konceptet, Kalmia-konceptet og TAU. For VKG blev status registreret ved den første behandlingssession, altså efter 3 måneders ventetid. Der var 5 mulige tilstande:

1. Arbejde på fuld tid.
2. Gået op i arbejdstid.
3. Arbejdsløs, men til rådighed for arbejdsmarkedet.
4. Arbejdsløs men stadig sygemeldt.
5. Ingen ændring i sygemeldingsstatus, det vil sige stadig fuldtidssygemeldt eller deltidssygemeldt som før behandlingen.

TTA blev analyseret som 2 variable:

1. Fuldtidsarbejde =  $1+3/2+4+5$ .
2. Gået op i tid fra behandlingens start =  $1+2+3/4+5$

B. Symptomer.

- 1) Symptomchecklisten 92 (SCL92) blev brugt til at udregne det såkaldte globale symptomindeks (GSI) og 9 subskalaer.
- 2) Graden af depression blev kategoriseret efter major depression inventory (MDI) i svær, moderat, mild og ingen depression.
- 3) Arbejdsevne blev målt ved at bruge spørgsmålet: "Angiv din arbejdsevne som 10 point, når den er bedst. Hvordan vil du score din nuværende arbejdsevne?" på en skala fra 0 til 10.
- 4) Graden af stress blev målt ved anvendelse af følgende spørgsmål: "Stress er en tilstand karakteriseret af uro, ængstelse og/eller søvnproblemer og anspændthed. Oplever du sådan stress for tiden?" Der var 3 svarmuligheder gående fra overhovedet ikke til hele tiden.

### **Statistiske analyser**

Ved  $\chi^2$  test blev TTA vurderet ved at sammenligne behandlingsgrupperne med VKG og behandlingsgrupperne med TAU. Så blev der anvendt logistisk regression, hvor behandlingsgrupperne blev sammenlignet med VKG efter kontrol af alder, køn, sygedage før behandlings start, og erhverv blev inkluderet som såkaldte confoundere. Endelig blev graden af depression, stress og arbejdsevne og GSI inkluderet i modellen.

GSI og arbejdsevne efter endt behandling blev også brugt som effektmål. Der opstilledes såkaldte GLM modeller, hvor der kontrolleredes for alder og køn i den første model. Herefter kontrolleret for afhængige variable ved behandlingens start. Endelig blev der i en 3. model korrigeret for civil status, antal børn i hjemmet, erhverv og antal sygedage før behandling. For at vurdere graden af effekt anvendtes Cohens d for hver subskala i SL92.

## 6. Resultater

I tabel 3 er vist demografiske data og symptomdata for alle 4 grupper ved start på behandlingen, det vil sige for VKG gruppens vedkommende ved informationssamtalen. Der var en ikke signifikant tendens til, at deltagerne i VKG havde højere uddannelse og længere sygefravær før inklusion i projektet. I alle grupper var der signifikant flere kvinder end mænd, og  $\frac{3}{4}$  af deltagerne var fuldtids sygemeldte i mere end 2 måneder før inklusion i projektet. Omkring halvdelen af deltagerne havde moderat til svær depression bedømt ud fra MDI, medens kun 17% fik antidepressiv medicinering.

Figur 3 viser andelen af deltagere, som arbejdede fuldtid og havde øget deres arbejdstid ved behandlingens afslutning. Bemærk at tallene for VKG er ved afslutning på ventetiden. For deltagerne i Hillerødbehandlingen og Kalmiabehandlingen var der signifikant flere deltagere, som arbejdede fuldtids i forhold til de 2 øvrige grupper. Andelen, der havde øget deres arbejdstid, var kun signifikant for deltagerne, der modtog Hillerødkonceptet, i forhold til TAU og VKG. Der fandtes ingen signifikante forskelle mellem deltagere, der modtog Hillerødkonceptet og Kalmiagrupperne med hensyn til tilbagevenden til arbejde. Mere detaljerede analyser af tilbagevenden til arbejdet er vist i tabel 4 efter kontrol af fag, sygedage før behandlings start, depression, stress og arbejdsevne. Ved start på behandlingen fandtes ingen væsentlige ændringer i odds ratio for tilbagevenden til arbejdet. Det ses, at der er en ca. 6-7 gange større chance for at arbejde fuldtids efter behandling i Hillerød- og Kalmiagrupperne sammenlignet med ventelistegruppen, men også TAU er signifikant i forhold til ventelistegruppen.

I tabel 5 er vist udviklingen i det samlede symptomindeks GSI og arbejdsevneindeks i behandlingsgrupperne. Der er et signifikant fald i alle grupperne, men faldet i behandlingsgrupperne er signifikant større end VKG, også efter kontrol for civilstatus, antal børn hjemme, erhverv og sygefraværsdage før behandling.

I tabel 6 er vist ændringen i symptomscore i de enkelte delscorer, og effektmålet Cohen er anført for Hillerødkonceptbehandlingen overfor ventelistegruppen. For alle subskalaer undtagen somatisering, mistro og fobi ses signifikant forbedret score. Effekten er størst hvad angår, depression og interpersonel følsomhed angår. Effekten må anses for at være moderat for de 2 førstnævnte, da Cohen's d ligger over 0,5.

Endelig beregnes prævalensen af moderat til svær depression. Denne fandtes faldende i alle grupper. For deltagerne i Hillerødkonceptet var den 9%, for Kalmiabehandlingen 9%, TAU 8% og VKG 24%, før denne sidste gruppes deltagere fik behandling. Det skal bemærkes, at  $\frac{2}{3}$  af deltagerne i ventelistegruppen ved behandlingens start anførte, at de i ventetiden havde modtaget en eller anden form for behandling hos egen læge, psykolog eller psykoterapeut.

### Fysiologiske mål

Deltagerne, der fik tilbudt Hillerødkonceptet, samt ventelistegruppen fik foretaget fysiologiske mål før og efter behandlingen som tidligere nævnt. I figur 4 ses hovedresultaterne. Ændringerne over tid viser, at der skete et fald i systolisk blodtryk, kolesterol og fibrinogen, medens BDNF (brain-derived neurotrophic factor), som blev målt hos de første 52, steg. Derimod kunne der ikke findes nogen forskel før og efter behandling med hensyn til vægt, hormonet DHEA eller interleukin 6. Det samme gjaldt ratio mellem talje- og hoftemål, såkaldt waist-hip ratio.



Tilsvarende ses en signifikant lavere stigning i spyt cortisolniveauet ½ time efter opvågning, som anført i figur 5. Efter kontrol af relevante confoundere bestod disse statistiske sammenhænge, alt i alt tydende på en forbedring af risikoprofilen for udvikling af iskæmisk hjertesygdom. Der kunne ikke findes nogen sammenhæng mellem symptomer og fysiologiske variable.

## 7. Diskussion

COPEstress projektet viste, at interventionsprogrammer overfor stress i form af systematisk behandling heraf har en klar effekt på hastigheden af tilbagevenden til arbejdet hos sygemeldte stressede borgere. Med hensyn til fuldtidsarbejde var effekten af Hillerød- og Kalmiakonceptet signifikant større sammenlignet med konventionel psykologbehandling, der igen var signifikant mere effektiv end ventetid. Alle 3 behandlingsformer reducerede symptomniveauet signifikant i forhold til ingen behandling.

Der er imidlertid nogle metodologiske svagheder, som kan have betydning for opnåelse af disse resultater. Der er sandsynligvis tale om en vis form for såkaldt selektionsbias, idet der var flere med lav uddannelse blandt dropouts, og disse havde sværere symptomer end dem, som gennemførte behandlingen. Denne skævvridning kan gøre det vanskeligt at generalisere resultaterne til hele arbejdsmarkedet. Der synes også at være en tendens til, at deltagerne især kom fra offentligt ansatte områder, hvor deltagerne havde en mellemuddannelse, som feks. socialarbejdere, pædagog eller sundhedspersonale. Noget lignende er fundet i den omtalte undersøgelse fra Århus.

Man kan indvende, at deltagerne, der fik de 2 behandlingskoncepter, fik flere behandlingstimer end TAU gruppen. En del af behandlingen foregik imidlertid i grupper, og en egentlig kvantitativ sammenligning er derfor ikke mulig. Det vigtigste i denne sammenhæng er nok, at behandlingstiden var sammenlignelig. En anden svaghed er, at en egentlig diagnose ikke blev stillet. Henvisningen skete jo fra praktiserende læge, som vurderede deltagerens tilstand. Det forhold, at kun få blev ekskluderet pga. psykiatrisk lidelse, tydede på, at de praktiserende læger var gode til at vurdere, hvilken type patient, der kunne have gavn af behandlingen i projektet. Den symptomprofil, der blev målt på SCL92, viste, at deltagerne havde, hvad der må betegnes som belastningstilstand karakteriseret af en variation af symptomer inkl. signifikante depressive symptomer.

Styrken ved undersøgelsen er, at der er tale om en randomiseret kontrolleret undersøgelse med 2 kontrolgrupper og høj deltagelsesprocent (82). Randomiseringen synes at være foregået tilfredsstillende, da deltagerne i de forskellige grupper var sammenlignelige med hensyn til vigtige basisvariable som ægteskabelig status, alder, køn, sygefraværstatus, medicinering og symptomsværhedsgrad.

Da lodtrækningsresultatet i forbindelse med randomiseringen var kendt af den læge eller psykolog, som indhentede det informerede samtykke, kunne denne procedure være påvirket af bias med hensyn til den information, der blev givet. 4 af TAU deltagerne og 8 af ventelistegruppeditagerne kunne være påvirket af denne procedure, fordi de ikke deltog i behandlingen, selvom de opfyldte inklusionskriterierne (se tabel 2). En mere plausibel forklaring er imidlertid, at de ikke deltog, fordi de søgte anden form for behandling, og for ventelistegruppeditagerens vedkommende ikke ønskede at vente i 3 måneder, før de fik nogen form for behandling. Det skal dog påpeges, at deltagerne i ventetiden frit kunne deltage i andre behandlingstilbud, hvilket flere deltagere også valgte at gøre. Selve lodtrækningsresultatet blev nedfældet på henvisningsdokumentet, således at det ikke var muligt at ændre gruppe.

Anvendelsen af trænet professionelle til at informere specielt ventelistegruppen blev brugt for at reducere den skævvridning (bias), som frustration over ikke at få behandling umiddelbart kunne afstedkomme.

Man kunne forvente, at forbedringen i symptomprofilen var større i de 2 behandlingskonceptgrupper i forhold til TAU-gruppen, da de 2 første i højere grad opnåede fuldtids arbejde i løbet af behandlingen. Det er en vigtig pointe, da de 2 behandlingskoncepter netop havde en medinddragelse og fokus på arbejdspladsen som man normalt ikke ville have i psykologisk praksis. Der blev kun foretaget egentlig direkte arbejdspladsdialog i ¼ af tilfældene i de 2 behandlingskoncepter, men ved samtalerne i behandlingsforløbet fokuseredes meget på at klæde deltagerne på til selv at foretage en sådan dialog. Dette fokus på at vende tilbage til arbejdet kan forklare dele af studiets resultater.

Med hensyn til symptomer nærmede de fleste af deltagerne sig det normale niveau for danskere i løbet af behandlingen. For somatisering, depression, angst og tvangstanker var niveauet imidlertid signifikant højere end det normale niveau for danskere.

Resultaterne af undersøgelserne er sammenlignelige med andre randomiserede studier. Forskelle i muligheden for at være sygemeldt, risikoen for at miste sit job gennem sygemelding og forskellige former for økonomisk kompensation gør det imidlertid vanskeligt at sammenligne på tværs af landegrænser. Sammenlignet med et andet dansk kontrolleret studie fra Århus er vores resultater med hensyn til symptomforbedring af samme størrelsesorden(20;21). Der kan ikke foretages en egentlig sammenligning med hensyn til tilbagevenden til arbejdet, da halvdelen af deltagerne i Århusstudiet ikke var sygemeldte ved behandlingens start. Det kriterium, at deltagerne skulle være sygemeldte, har formentlig betydet, at deltagerne i COPEstress projektet har været i en dårligere tilstand.

At der faktisk er tale om en effekt af behandlingen udover det psykologiske niveau i form af symptomforbedring og evne til at vende tilbage til arbejdet, tyder de fysiologiske målinger på. Disse målinger tyder på, at en belastningstilstand, der har medført sygemelding, påvirker fysiologiske parametre i retning af øget risiko for udvikling af f.eks. iskæmisk hjertesygdom. Vi kender ikke deltagernes basisniveau, men i den ændring i de fysiologiske parametre, der kunne konstateres i løbet af behandlingen, ligger en formodning om, at de er vendt tilbage til deres oprindelige niveau med lavere blodtryk, S-kolesterol, fibrinogen og kortisol opvågningsrespons end tidligere. Fundet af en stærkt øget koncentration af plasma BDNF i løbet af behandlingsperioden er ikke rapporteret tidligere.

|                              | Hillerød      | Kalmia | TAU  | VKG  | Ialt |
|------------------------------|---------------|--------|------|------|------|
| Fuldført                     | 60            | 58     | 59   | 46   | 223  |
| Alder (x )                   | 42.5 (27-68)  | 45.0   | 44.8 | 44.8 | 44.6 |
| Kvinder (%)                  | 75.0          | 84.5   | 78.0 | 84.4 | 82.1 |
| Gift/samboende (%)           | 62.7          | 62.1   | 59.3 | 65.2 | 61.9 |
| Fag:                         |               |        |      |      |      |
| LO                           | 30.4          | 22.8   | 30.5 | 11.1 | 22.3 |
| FTF                          | 50.0          | 37.9   | 44.1 | 37.8 | 42.1 |
| AC og selvstændige           | 19.6          | 39.7   | 25.4 | 51.1 | 35.7 |
| Fuldtidssygemeldt (%)        | 68.3          | 72.4   | 71.2 | 76.1 | 73.1 |
| Sygedage før behandling (x ) | 71.1 (7-355)  | 69.7   | 64.7 | 77.9 | 70.2 |
| Moderat/svær depression, (%) | 33.9          | 46.3   | 45.5 | 42.2 | 43.8 |
| Antidepressiv medicin (%)    | 18.3          | 16.7   | 15.1 | 17.1 | 16.1 |
| GSI (x )                     | 1.1 (0.1-2.3) | 1.26   | 1.31 | 1.21 | 1.26 |
| Arbejdsevne index            | 2.3 (0-10)    | 2.8    | 2.6  | 2.2  | 2.5  |
| Stress index                 | 3.9 (1-5)     | 3.8    | 3.7  | 3.8  | 3.8  |

Tabel 3 Baseline karakteristika for de 4 grupper

| Kontrolleret for | Hillerød/VKG                     |                                 | Kalmia/VKG                      |                                 |
|------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
|                  | Fuldtids arbejde<br>OR (95 % CI) | Øget arbejdstid<br>OR (95 % CI) | Fuldtidsarbejde<br>OR (95 % CI) | Øget arbejdstid<br>OR (95 % CI) |
| Model 1          | 6.60 (2.7-16.0)                  | 17.6 (3.9-88.5)                 | 5.89 (2.4-14.0)                 | 2.40 (1.0-6.0)                  |
| Model 2          | 6.63 (2.7-16.7)                  | 19.0 (2.7-91.2)                 | 6.41 (2.6-15.7)                 | 2.58 (1.1-6.6)                  |
| Model 3          | 6.40 (2.1-19.4)                  | 18.0 (2.8-112.9)                | 9.51 (2.5-36.4)                 | 2.47 (0.5-11.4)                 |

Model 1: Alder og køn

Model 2: Model 1, plus fag og sygedage før behandling

Model 3: Model 2, plus grad af depression, stress og arbejdsevne ved baseline

Tabel 4 Odds ratio for tilbagevenden til arbejdet efter behandling og efter 3 måneders ventetid (VKG)

| Adjustment factors | Kalmia Hillerød   |                   | TAU               |  | VKG                 |  |
|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--|---------------------|--|
|                    | GSI               | GSI               | GSI               |  | GSI                 |  |
| Model 1            | 0.61<br>(0.5-0.7) | 0.55<br>(0.5-0.7) | 0.68<br>(0.6-0.8) |  | 0.84*<br>(0.7-1.0)  |  |
| Model 2            | 0.61<br>(0.5-0.7) | 0.56<br>(0.5-0.7) | 0.63<br>(0.5-0.7) |  | 0.89**<br>(0.8-1.0) |  |
| Model 3            | 0.58<br>(0.5-0.7) | 0.56<br>(0.5-0.7) | 0.60<br>(0.5-0.7) |  | 0.86**<br>(0.8-1.0) |  |

Model 1: Alder og køn

Model 2: Model 1, plus GSI ved start

Model 3: Model 2, plus civil status, børn hjemme, fag, sygedage før behandling

Table 5

Middelværdier for Global Symptom Index (GSI) i de to behandlingsgrupper, TAU og VKG justeret i general linear modeller . 95% konfidence intervaller i parenteser.

Kalmia sammenlignet med VKG:

\*:  $p < 0.05$

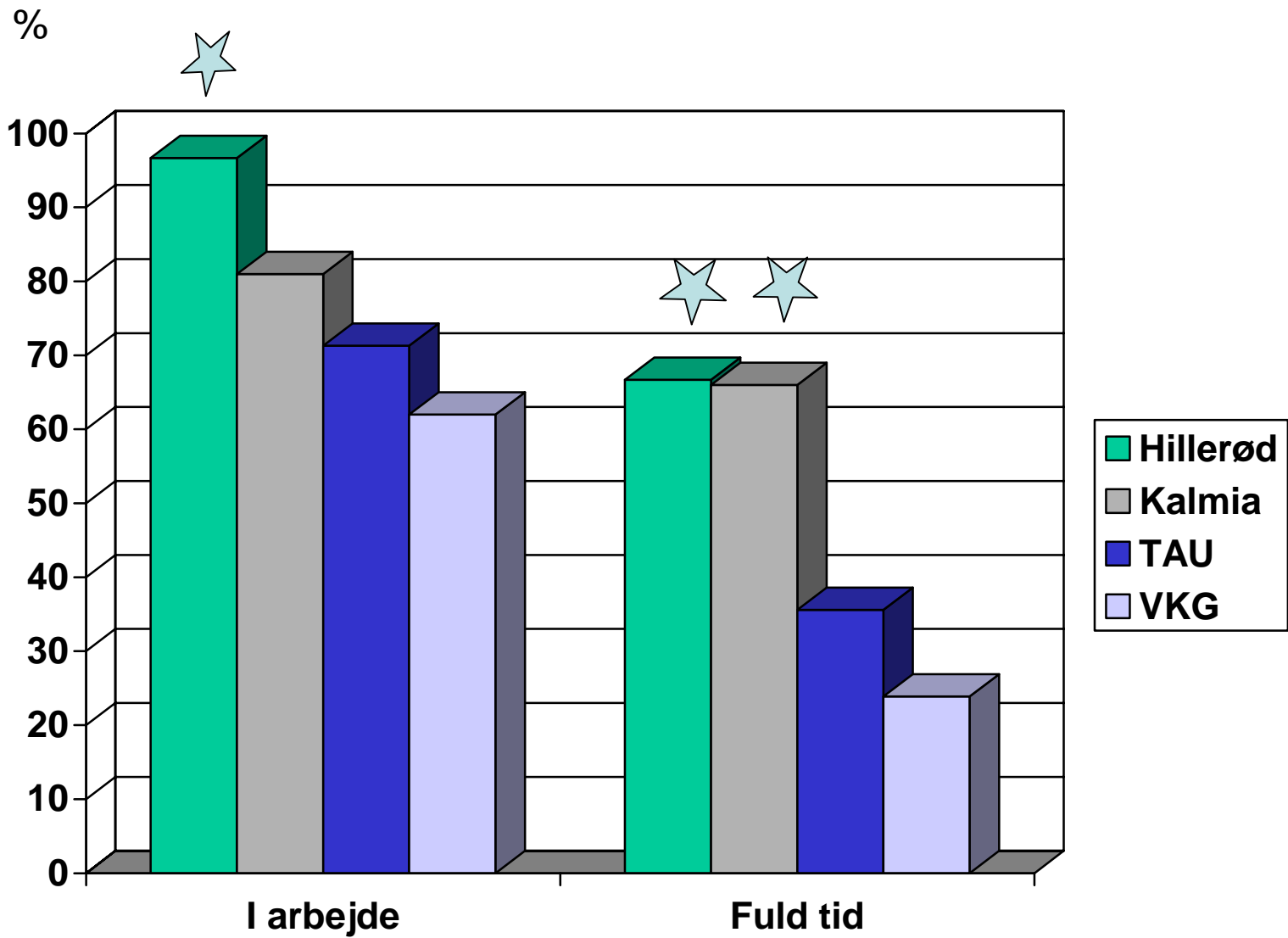
\*\* :  $p < 0.01$

|                               | Hillerød<br>mean (SD) | Kalmia<br>mean<br>SE) | TAUCG<br>mean (SE) | WLCG<br>mean<br>(SE) | p<br>Kalmia/V<br>KG | Cohen´s <i>d</i><br>Kalmia/VKG |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|
| Somatisering                  | -0.62 (0.06)          | -0.73<br>(0.06)       | -0.77 (0.06)       | -0.55 (0.07)         | 0.04                | 0.43                           |
| Angst                         | -0.63 (0.07)          | -0.83<br>(0.06)       | -0.77 (0.07)       | -0.50 (0.07)         | 0.003               | 0.61                           |
| Depression                    | -0.85 (0.09)          | -0.91<br>(0.08)       | -0.87 (0.09)       | -0.51 (0.09)         | 0.003               | 0.62                           |
| Vrede                         | -0.50 (0.07)          | -0.50<br>(0.06)       | -0.41 (0.06)       | -0.23 (0.06)         | 0.009               | 0.47                           |
| Mistroiskhed                  | -0.47 (0.07)          | -0.51<br>(0.06)       | -0.52 (0.06)       | -0.29 (0.06)         | 0.02                | 0.33                           |
| Tvangstanker                  | -0.81 (0.07)          | -0.89<br>(0.07)       | -0.89 (0.08)       | -0.63 (0.08)         | 0.03                | 0.45                           |
| Psychoticisme                 | -0.27 (0.05)          | -0.28<br>(0.04)       | -0.27 (0.04)       | -0.23 (0.04)         | 0.62                | 0.22                           |
| Fobi                          | -0.33(0.06)           | -0.31<br>(0.08)       | -0.39 (0.08)       | -0.25 (0.09)         | 0.48                | 0.11                           |
| Interpersonel<br>sensibilitet | -0.53 (0.07)          | -0.59<br>(0.07)       | -0.52(0.07)        | -0.29 (0.08)         | 0.08                | 0.56                           |
| GSI                           | -0.63 (0.07)          | -0.67<br>(0.04)       | -0.66 (.05)        | -0.35 (0.05)         | <0.001              | 0.73                           |

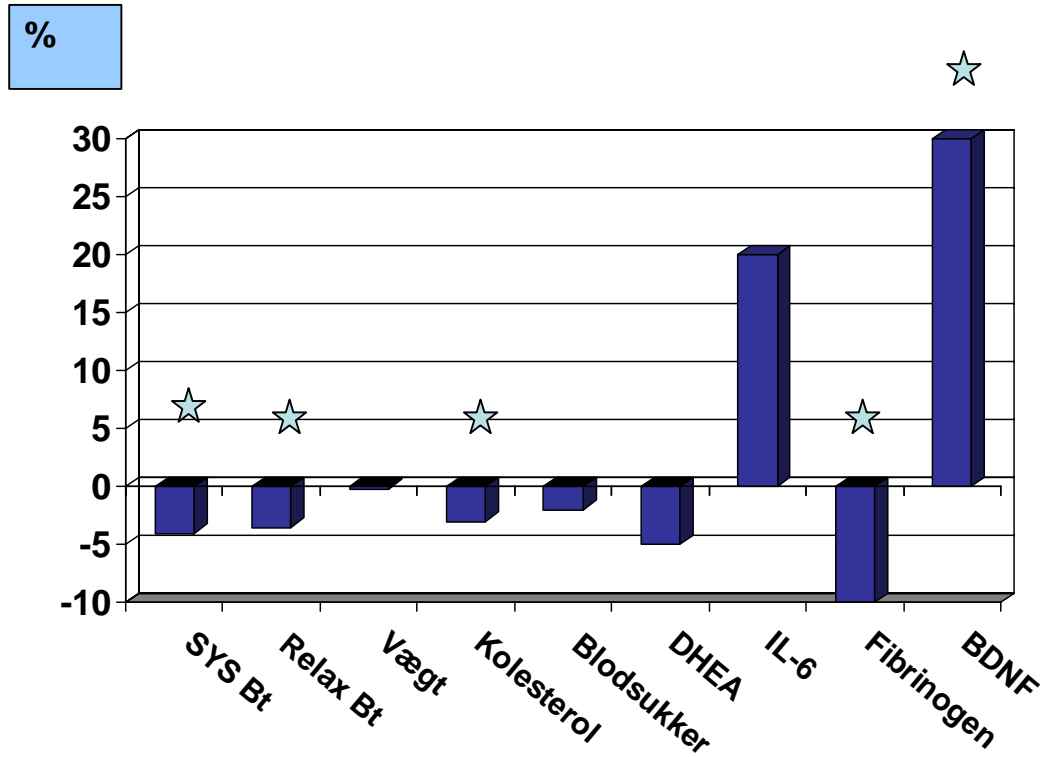
Tabel 6

Ændringer i SCL92 symptom scores for behandlingsgrupper og de to kontrolgrupper. P værdier kontrolleret for baselineværdier, alder og køn og Cohen´s *d* (effect size) er vist for Kalmia sammenlignet med ventetid (VKG).

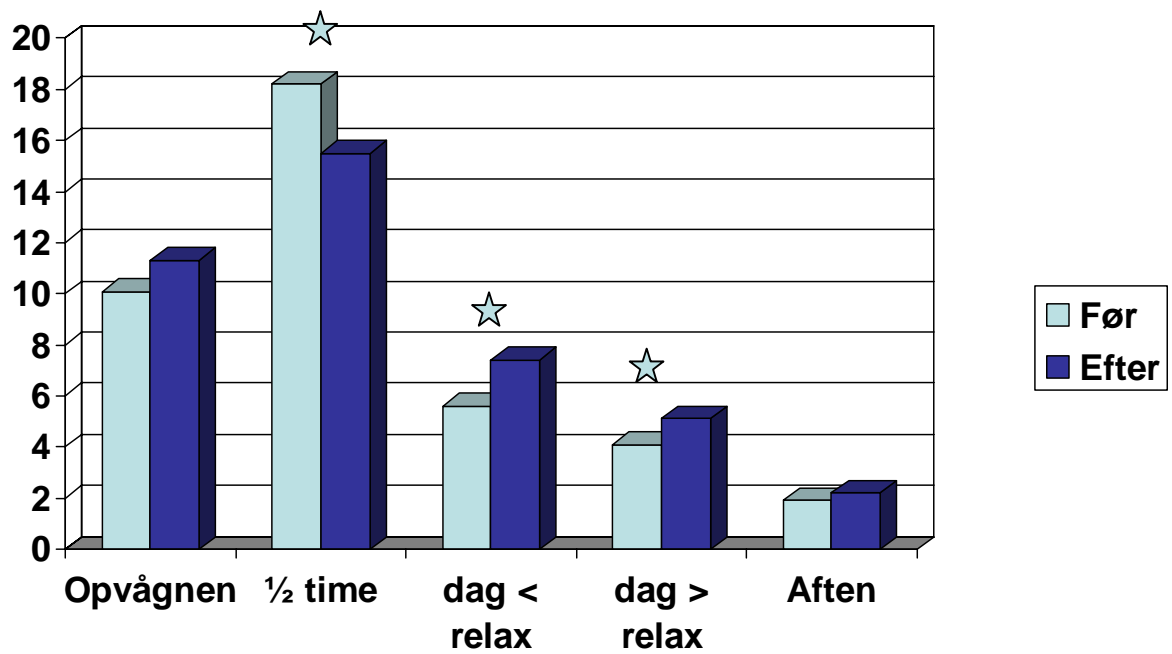
Figur 3. Tilbagevenden til arbejdet. Andelen i de 4 grupper, der var i arbejde og på fuld tid efter behandlingsforløbet. Kontrol gruppen dog efter 3 måneders ventetid. Stjerne betyder statistisk sikkert.



Figur 4 Relative ændringer i fysiologiske parametre







Figur 5. Spyt cortisol før og efter behandling

## Uddybning af de to intervenerende behandlingsprogrammer

### Gruppebehandlingsprogrammet på Kalmia

Behandlingen består i en integrativ tilgang i form af parallelle forløb med gruppeterapi, i form af psykoterapi samt mindfulness- og kropsterapi. Baggrunden for dette er, at personer med stressbelastninger ikke kun er belastet af ydre stressorer, men også indefra belastet af en stresstilstand, der indebærer, at den enkelte kan have svært ved at forholde sig til selv og egen situation, tage valg og dermed begynde at ændre situationen. Derfor er det centralt, at behandlingen også omfatter metoder, der grundlæggende retter sig mod det autonome nervesystems veksel mellem opspændthed og afslapning som grundlaget for den restitution, der er nødvendig for at kunne løse problemer og tage valg af både konkret og eksistentiel art.

#### Mindfulness og Batgruppen:

Mindfulness som metode til selvregulering, selvberoligelse og stressreduktion er primært undersøgt og valideret af J. Kabat-Zinn i det udbredte program: Mindfulness-Based- Stress- Reduction- Program. Senere er det påvist, at mindfulness er en virksom metode i relation til bredere problemstillinger som bla. angst og depression(25;26).

Mindfulness er en metode til udvikle evnen til nærvær og blive opmærksom på sammenhængen mellem tanker, følelser og kropslige fornemmelser. Sammen med den kropsterapeutiske behandling, Body Awareness Therapy (BAT) , fremmer den evnen til afspænding og genetablering af kroppens evne til restitution og brug af ressourcer.

#### Psykoteraeutisk gruppeterapi.

Den psykoteraeutiske gruppebehandling foregår parallelt sammen med mindfulness og kropsbehandlingen. Behandlingen omfatter både vejledning, problemløsning, hjælp til strukturering men også dybere selvindsigt og forståelse af eksistentielle vanskeligheder med fokus på styrkelse af personens potentialer. Den terapeutiske proces hjælper med at acceptere krisen og livsbetingelserne, samtidig med den åbner for nye forståelser og handlemuligheder. Især vægtes den enkeltes mulighed for at kunne udøve ændringer af egen situation. Behandlingen foregår i en progression startende med mere støttende og stabiliserende behandling, hvis funktionsniveauet er nedsat i et sådant omfang, at dagligdags gøremål og arbejdsopgaver synes uoverskuelige. I takt med øget evne til kropslig restitution og oplevelsen af kontakt med egne ressourcer, retter terapien sig mod overordnede temaer i relation til personlighed, arbejdsvilkår og familierelationer. I forbindelse med den gruppeterapeutiske behandling gennemføres samtaler med arbejdssted med henblik på konkrete aftaler i relation til fremtidig eller midlertidig arbejdsfunktion samt evt. sygemelding. Ligeledes vil familie eller ægtefælle inddrages. Den psykoteraeutiske behandling varetages af behandlere med bred klinisk erfaring og uddannelser, der spænder over terapeutiske metoder indenfor områder som relationel og dynamiske terapi samt gestaltterapi og kognitiv terapi. Metoden bygger på en integrativ tilgang, der tager afsæt i nyere forståelse af stress og belastnings betydning for forholdet mellem hjernefunktioner, affektregulering, problemløsning og mellem menneskelig relatering (27). Behandlingsprogram til gruppe 1 og 2

#### Arbejdspladsdialog

I forløbet kan det være hensigtsmæssigt at tage kontakt til deltagerens arbejdsplads, hvis der er behov for justering af arbejdsopgaver eller ansvarsområde. Kontakten sker kun i samarbejde med deltageren og med dennes accept. Der skal ved denne kontakt ske en drøftelse med deltageren og

dennes leder om tilpasning af arbejdets indhold og mængde, således at tilbagevenden til arbejdet kan ske hurtigst muligt under hensyntagen til deltagerens tilstand. Afledede effekter af deltagerens sygemelding i forhold til arbejdspladsen, vil også blive inddraget.

### **Det individuelle stressbehandlingsprogram Hillerød Konceptet**

Behandlingsprogrammet som består af: 8 stresshåndteringssamtaler og deltagelse i et gruppebaseret mindfulnesskursus (nærværstræning) over 8 uger. I behandlingen indgår også motionsprogram, stressmanual og arbejdspladsdialog. (uddybes nedenfor)

#### Stresshåndteringssamtaler

- Der gennemføres 8 samtaler af 1 times varighed, hver 2. uge.
- Formålet er at give patienten en forståelse af, hvad der kan udløse stress, hvordan patienten påvirkes af stress og handlemuligheder i forhold til arbejde og privatliv.
- Deltageren får efter hver samtale en journal med beskrivelse af forløb og plan for at øge kommunikationen mellem behandler og deltager.
- Ved mistanke om sværere psykisk lidelse henvistes til psykiatrisk vurdering ved Mathias Skjernov, Liaison Psykiatrisk afdeling, BBH. Dennes behandlingsforslag fremsendes herefter til egen læge, hvis det ikke skønnes at være forsvarligt med fortsættelse i projektet.

#### Mindfulness (nærværstræning)

Deltageren indgår i et gruppebaseret Mindfulnesskursus 1 gang ugentligt i 8 uger. Mindfulness er en særlig måde at være opmærksom på. En opmærksom måde at relatere sig til alle oplevelser på en accepterende og ikke dømmende måde. At møde det, der er; uden at fastholde eller ville ændre, men i stedet være så tæt på den direkte oplevelse som muligt. Ofte og særligt udtalt i forbindelse med stress og depression kan vores tankemønstre være kendetegnet af selvkritik, utilstrækkelighedsfølelse, bekymring eller stadig bedømmelse og vurdering af os selv og andre. Således er vi ofte styret af tankemønstre og følelsesmæssige vaner, der forhindrer os i at forbinde os med mangfoldigheden og dybden i vores væren og livsudfoldelse. Mindfulness er en måde at forbinde sig med ens sindstilstand karakteriseret ved accept og væren, som åbner for muligheden for en frisættelse fra fortabelsen i, eller identifikationen med uendelige rækker af tankemønstre og sindstilstande. Metoden udvikler evnen til nærvær og til kontakt med en selv på en måde, der åbner for nuets mulighed. Sanserne skærpes også indadtil og hjælper én til at blive klogere på dynamikken og sammenhængen mellem tanker, følelser og kropslige fornemmelser. Træningen vil veksle mellem vejledte meditations øvelser og øvelser i kropslig opmærksomhed.

#### Motionsprogram.

Dette aftales med deltageren.

#### Stressmanual

Deltageren medgives en publikation udarbejdet af Bo Netterstrøm "Stress", der er publiceret af Danmark Radio i serien "Lægens bord". Den skal anvendes som et værktøj til at fastholde den information, der gives ved konsultationerne.

### Arbejdspladsdialog

I forløbet kan det være hensigtsmæssigt at tage kontakt til deltagerens arbejdsplads, hvis der er behov for justering af arbejdsopgaver eller ansvarsområde. Kontakten sker kun i samarbejde med deltageren og med dennes accept. Der skal ved denne kontakt ske en drøftelse med deltageren og dennes leder om tilpasning af arbejdets indhold og mængde, således at tilbagevenden til arbejdet kan ske hurtigst muligt under hensyntagen til deltagerens tilstand. Afledede effekter af deltagerens sygemelding i forhold til arbejdspladsen, vil også blive inddraget.

Interventionen består altså af stresshåndteringssamtaler, journal, motion, nærværsovelser, stressmanual og arbejdspladsdialog.

## Reference List

- (1) Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2011 October 24;38:93-104.
- (2) Cox T, Griffiths D, Rial-Conzálex E. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
- (3) Burke HM, Davis MC, Otte C, Mohr DC. Depression and cortisol responses to psychological stress: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2005 October;30(9):846-56.
- (4) Borg V, Andersen Nexø M, Kolte IVetal. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. København: 2010.
- (5) Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Cote P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health* 2011;11:395.
- (6) Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *J Occup Environ Med* 2004 April;46(4):398-412.
- (7) Henderson M, Glozier N, Holland EK. Long term sickness absence. *bmj* 2005 April 9;330(7495):802-3.
- (8) Henderson M, Harvey SB, Overland S, Mykletun A, Hotopf M. Work and common psychiatric disorders. *J R Soc Med* 2011 May;104(5):198-207.
- (9) LaMontagne AD, Keegel T, Louie AM, Ostry A, Landsbergis PA. A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *Int J Occup Environ Health* 2007 July;13(3):268-80.
- (10) Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol* 2008 January;13(1):69-93.
- (11) Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SEal. Return to work: a comparison of two cognitive behavioral interventions in cases of work-related psychological complaints among self-employed. *Work Stress* 2006;20:129-44.
- (12) Rebergen D. Return to work interventions for adjustment disorders. Cochrane Review. Vrije Universitet, Amsterdam: 2009.
- (13) Rebergen DS, Bruinvels DJ, van der Beek AJ, van MW. Design of a randomized controlled trial on the effects of counseling of mental health problems by occupational physicians on return to work: the CO-OP-study. *BMC Public Health* 2007;7:183.
- (14) Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bos CM, van der Beek AJ, van MW. Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems--process evaluation of a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2010 November;36(6):488-98.

- (15) Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med* 2007 March;37(3):351-62.
- (16) van der Klink JJ, van Dijk FJ. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scand J Work Environ Health* 2003 December;29(6):478-87.
- (17) van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene AHS, van Dijk FJH. The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health* 2001;91:270-6.
- (18) van RW, Blonk RW, Schaufeli WB, van Dijk FJ. Can sickness absence be reduced by stress reduction programs: on the effectiveness of two approaches. *Int Arch Occup Environ Health* 2007 May;80(6):505-15.
- (19) Lander F, Friche C, Tornemand H, Andersen JH, Kirkeskov L. Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders? *BMC Public Health* 2009;9:372.
- (20) Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand J Work Environ Health* 2009 March;35(2):145-52.
- (21) Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work--results from a randomized wait-list controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2011 May;37(3):186-95.
- (22) Netterstrom B, Bech P. Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic. *BMC Public Health* 2010;10:658-62.
- (23) Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample  
*Acta Psychiatr Scand* 2004 September;110(3):225-9.
- (24) Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand* 2004 February;109(2):96-103.
- (25) Germer CK, Siegel R Detal. *Mindfulness in Psychotherapy*. New York: The Guildford Press; 2005.
- (26) Segal VZ, Williams J Getal. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach for Preventing Relapse*. London: The Guildford Press; 2007.
- (27) LeDoux J. *The emotional brain*. New York: Weidenfeld & Nicolson; 1998.