

Stressbehandling, sygefravær og arbejdsfastholdelse

Overlæge Flemming Lander, psykolog Claus Friche & socialrådgiver Hugo Knudsen

Sygehus Viborg, Arbejdsmedicinsk Klinik, Skive

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at beskrive resultaterne af tværfaglig arbejdspsykologisk støtte til personer med stressbetingede tilpasningsreaktioner og analysere forskellige prædiktors prognostiske betydning for sygefravær og arbejdsevne.

Materialer og metoder: Fra perioden 1996-2004 blev i alt 220 personer, der havde stressdiagnoser og havde gennemført et arbejdspsykologisk forløb, fundet. Journalerne blev retrospektivt gennemgået for relevante oplysninger.

Resultater: I løbet af ni år observeredes en markant stigning af henviste til den arbejdsmedicinske klinik. De henviste arbejdede i flere forskellige brancher, men hovedparten (66%) var beskæftiget i den offentlige sektor. Den mediane behandlingstid var 144 dage (spændvidde: 3-689). Fra start til afslutning af behandlingsforløbet faldt antallet af sygemeldte, således at det samlet set lykkedes at bevare arbejdsmarkedstilknytning for 62%. Den eneste prædikator, der havde negativ betydning for genetablering på arbejdsmarkedet ved afslutningen, var forbrug af psykofarmaka (odds-ratio 0,43: 0,23-0,81).

Konklusion: Personlig støtte med fokus på arbejdsfastholdelse af korter måske varigheden af stresskriser og sikrer derved hurtigere genetablering af arbejdsevnen. Selv om resultaterne umiddelbart giver anledning til en vis optimisme anbefales det, at undersøgelsen følges op af målrettede kontrollerede interventionsstudier. Undersøgelsen peger tillige på, at for et mindretal, som havde været eller var i psykofarmakabehandling, var tilbagevenden til arbejdsmarkedet på kort sigt urealistisk, formentlig fordi den personlige krise var meget dyb.

Stress synes at være et omfattende og tiltagende fænomen i den vestlige verden [1]. Repræsentative befolkningsundersøgelser fra Danmark og Sverige tyder på, at 5-10% føler sig betydeligt belastet af stress, og at stress ofte er tæt forbundet med arbejdsbelastninger [2, 3]. Stress influerer negativt på arbejdsevnen eller lysten til at arbejde og udgør en vigtig kilde til langtidssygefravær, udstødning og førtidspension [4-6]. I forlængelse heraf diskuteres det i disse år, hvilke stresspsykologiske indsatser, der mest virkningsfuldt forebygger stress på arbejdspladsen, forbedrer den individuelle prognose og dermed reducerer sygefraværet og risikoen for udstødning fra arbejdsmarkedet [1].

Dette studie har til formål at beskrive resultaterne af tværfaglig arbejdspsykologisk støtte til personer med stressbetingede tilpasningsreaktioner og analysere forskellige prognostiske prædiktors betydning for sygefravær og arbejdsevne.

Materiale og metoder

På Arbejdsmedicinsk Klinik i Viborg Amt har man i de seneste ti år tilbudt psykologfaglig bistand til personer med arbejdsrelateret stress. I alle disse år har det været samme psykolog, der har stået for eller superviseret behandlingen, som derved tidsmæssigt har haft et ensartet præg. Behandlingsforløbene har været karakteriseret ved tværfaglig indsats, således at både læger og socialrådgivere efter behov supplerende har bidraget i sagsbehandlingen. Stresshåndteringsprogrammet, der har været praktiseret på klinikken, har primært rettet sig imod en individuel afklaring af arbejdsmæssige og sociale årsager til krisen og bearbejdning af de kognitive og følelsesmæssige reaktioner. Sideløbende har der under sagsforløbet været meget fokus på, at den stressramte skulle kunne se muligheder i at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Konkret har det bl.a. udmøntet sig i, at sagsbehandlere fra klinikken tog kontakt til arbejdspladsen eller kommunens beskæftigelsesafdeling, og hvor, det blev fundet hensigtsmæssigt for sygdomsforløbet, blev der drøftet og foreslået foranstaltninger til at fjerne eller reducere årsagerne til et psykisk uhenigtsmæssigt arbejdsmiljø. Det har været et bærende princip, at når et psykologfagligt forløb blev startet, blev klienterne fulgt, indtil der blev fundet en varig eller bæredygtig social og arbejdsmæssig løsning.

Klinikken har rutinemæssigt foretaget udvidet registrering af alle patientforløb, som foruden obligatorisk registrering af diagnoser også omfattede registrering af psykologfaglige ydelser, hvor disse forekom. På basis af disse oplysninger blev der udtrukket en liste over personer, som i perioden 1996-2004 havde gennemført et psykologfagligt behandlingsforløb, og hvis behandling var afsluttet med en eller flere »stressdiagnoser« (International Classification of Diseases (ICD) 10-koder i intervallet F40.0-F48.9 eller Z56.0-Z56.7). I alt 220 personer matchede de diagnostiske inklusionskriterier. I alt 164 (75%) personer var registreret under stressnervøse F-diagnoser, af dem var 156 personer registreret under diagnosegruppen »F43; reaktioner på svær belastning, tilpasningsreaktioner«, syv personer var registreret under diagnosegruppen »F41; angstreaktion«, og en person havde anden stressnervøs lidelse. De sidste 56 (25%) personer var udelukkende registreret med en Z-relateret påvirkningsdiagnose. Ingen havde diagnoser, som vedrørte svære psykiske lidelser, stof- eller medicinmisbrug.

Supplerende personoplysninger blev fremskaffet fra de originale sygejournaler, og data vedrørende arbejde og sygefravær samt forskellige kliniske, demografiske og psykologfaglige oplysninger blev efterfølgende omsat til standardiserede koder. Ud fra oplysninger om arbejde og sygefravær dannedes to risikogrupper, der var relateret til henholdsvis

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

fravær ved henvisningen til klinikken (n = 217) og arbejdsmarkedsaktivitet ved afslutningen af det psykologiske samtaleforløb (n = 212).

Data blev indtastet i databaseprogrammet EpiData 3.2 og analyseret i programmet Stata8. Til vurdering af behandlings-effekt blev der benyttet *McNemars* χ^2 -test for parrede data. Til vurdering af relationerne mellem sygefravær respektive arbejdsmarkedsaktivitet og prædiktorer, blev der anvendt multivariat logistisk regressionsanalyse, hvor alle prædiktorer (forbrug af psykofarmaka og somatisk medicin, samt alder, køn, uddannelsesniveau, sektor, civilstatus og rygning) indgik i analysen uanset signifikansniveau.

Resultater

Samlet er der fra 1996 til 2004 sket en markant stigning i antallet af henviste personer med stressrelaterede lidelser (fra ca. fem til 40 årligt). Næsten halvdelen af de henviste arbejdede i offentlige sundheds- og velfærdsinstitutioner, som primært dækkede sygehuse, plejehjem og sociale døgninstitutioner (Tabel 1). Henvisninger fra industri, offentlig forvaltning, undervisning og transport var nogenlunde ligeligt fordelt og udgjorde tilsammen ca. 38%. I alt 74 (34%) var ansat i den private sektor, resten i den offentlige sektor.

Den mediane alder var 46 år (spændvidde: 20-62 år). Kønsfordelingen var 143 kvinder og 91 mænd. Den mediane be-

handlingstid var 144 dage (spændvidde: 3-689 dage) fordelt på median fem konsultationer (spændvidde: 1-24 konsultationer).

Arbejdsmarkedsstatus ved henvisningen og ved afslutningen af behandlingsforløbet fremgår af Tabel 2. Det ses, at antallet af sygemeldte personer faldt, og antallet af arbejdsmarkedsaktive personer steg fra start til afslutning (p = 0,06). Nettotilgangen til arbejdsmarkedet på 36 personer dækker over, at ni personer blev sygemeldt under behandlingsforløbet, mens 47 gik fra sygemelding til at være arbejdsmarkedsaktive. »Øvrigt« dækker over fortidspension, efterløn eller anden forsørgelse. Ud af alle 220 henviste personer havde 165 haft forudgående periodisk sygefravær. I alt 89 (40%) havde samlet haft mere end seks ugers fravær, og 76 (35%) havde haft 1-6 ugers fravær.

Prædiktorer, som kunne tænkes at påvirke omfanget af fraværet, vises i Tabel 3. Det ses, at det kun var forbrug af psykofarmaka og køn, der havde signifikant betydning for fraværet, mens forbrug af somatisk medicin, alder, uddannelsesniveau, sektor, civilstatus og rygning ikke var signifikant forskellige for dem, der var sygemeldt, og dem, der ikke var det. Risikoen for at være sygemeldt var godt 2,5 gang større for dem, der brugte eller havde forbrugt psykofarmaka, end for dem, der ikke brugte eller havde brugt psykofarmaka. Kvinder havde godt dobbelt så stor risiko for at blive sygemeldt som mænd.

Prædiktorer, som kunne tænkes at påvirke chancen for at opnå eller fastholde en arbejdsmarkedstilknytning, vises i Tabel 4. Det ses, at det kun var forbrug af psykofarmaka, der havde signifikant negativ betydning for chancerne for opnå arbejdsmarkedstilknytning, mens forbrug af somatisk medicin, alder, køn, uddannelsesniveau, sektor, civilstatus og rygning ikke var signifikant forskelligt for dem, der opnåede genplacering på arbejdsmarkedet, og dem, der ikke gjorde. Chancerne for at opnå arbejdsmarkedstilknytning ved afslutningen af behandlingen var under halvt så store hos dem, der brugte eller havde brugt psykofarmaka, som hos dem, der ikke havde været i psykofarmakabehandling.

Diskussion

Den markante stigning i henvisningstakten til Arbejdsmedicinsk Klinik i de seneste knap ti år afspejler formentlig en generel samfundsmæssig udvikling på arbejdsmarkedet. Den kommer bl.a. til udtryk i Arbejdsskadedstyrelsen nationale arbejdsskadedestatistik, som viser, at antallet af anmeldelser med arbejdspsykologiske problemstillinger i de seneste 8-10 år er øget meget, og de udgør nu ca. 2.000 anmeldelser årligt [7]. Der er almindelig enighed om, at udviklingstendenserne for stressrelaterede problemer i de seneste to årtier dækker over stærkt ændrede arbejdsbetingelser, som har været karakteriseret ved accelereret *outsourcing*, *downsizing* og omorganiseringer med det formål at øge effektiviteten og produktionen. Mange har haft svært ved at imødekomme arbejdslivets stigende krav, og stress kan blive en af reaktionerne [3].

Tabel 1. Henviste med psykiske stresslidelser fordelt på brancher.

Branche	n	%
Sundheds- og velfærdsinstitutioner	107	49
Industri	29	13
Offentlig forvaltning	23	10
Undervisning	19	9
Transportvirksomhed	14	6
Handel og reparationsvirksomheder	7	3
Fast ejendom, udlejning m.m.	7	3
Bygge- og anlægsvirksomheder	5	2
Andre sociale serviceaktiviteter	4	2
Landbrug, jagt, skovbrug og fiskeri	3	1
Hotel- og restaurationsvirksomheder	1	0
Pengeinstitutioner o.l.	1	0
Total	220	100

Tabel 2. Jobstatus ved henvisningen og afslutningen af det arbejdspsykologiske forløb.

Jobstatus	Henvisning		Afslutning		p-værdi
	n	%	n	%	
Sygemeldt	116	53	75	34	0,06 ^a
Arbejdsmarkedsaktiv	101	46	137	62	
– i arbejde	88		106		
– understøttelse fra a-kasse	10		23		
– andet	3		8		
Øvrigt	3	1	8	4	
I alt	220	100	220	100	

a) Parret χ^2 -test mellem sygemeldt og arbejdsmarkedsaktiv.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Odds-ratio (OR) mellem forskellige prædiktorer og sygefravær forud for psykologbehandlingen (n = 217).

Prædiktorer	Antal	Andel med sygefravær		OR (95% sikkerhedsinterval)	
		%	OR justeret		
<i>Forbrug af psykofarmaka</i>					
Intet forbrug	151	46	1		
Forbrug	66	70	2,61	1,38-4,96*	
<i>Forbrug af somatisk medicin</i>					
Intet forbrug	127	54	1		
Forbrug	90	53	1,12	0,62-2,02	
<i>Alder</i>					
≥ 45 år	115	52	1		
< 45 år	102	55	1,22	0,67-2,21	
<i>Køn</i>					
Mand	75	40	1		
Kvinde	142	61	2,06	1,08-3,93*	
<i>Uddannelsesniveau</i>					
Ingen eller lav uddannelse	118	52	1		
Høj- eller mellem uddannelse	99	56	0,96	0,52-1,79	
<i>Sektor</i>					
Offentlig sektor	143	57	1		
Privat sektor	74	47	0,80	0,39-1,63	
<i>Civilstand</i>					
Ugift	82	54	1		
Gift	135	53	0,99	0,56-1,78	
<i>Tobaksforbrug</i>					
Ikkeryger	147	51	1		
Ryger	70	60	1,26	0,68-2,32	

*) p < 0,05.

OR justeret er gensidigt justeret for effekten af alle øvrige variable i tabellen.

De stresslidelser, som denne undersøgelse omfatter, var præget af forskellige tilpasningsreaktioner herunder reaktioner på belastninger, f.eks. vold, trussel om vold og chikane, men uden ledsagende misbrugsproblemer eller psykopatologi. Prognosen for ukomplicerede tilpasningsrelaterede stresslidelser er generelt god, og mange kommer sig i løbet af det eller de første år [8]. Imidlertid er arbejdsevnen og -stabiliteten ofte reduceret i kriseperioden, hvilket i denne undersøgelse bl.a. illustreres af, at et stort flertal havde forudgående periodisk sygefravær inden henvisningen til Arbejdsmedicinske Klinik, ligesom nogle få tillige måtte sygemeldes under behandlingsforløbet. Da reduceret eller ustabil arbejdsevne øger risikoen for fyring, tab af job og udstødning af arbejdsmarkedet er det formentlig af afgørende prognostisk betydning, at personlig psykologisk støtte også har høj fokus på arbejdsmarkedsfastholdelse. Et vigtigt delmål for behandlingen var derfor dels at sikre, at dem, der var sygemeldte, hurtigst mulig blev tilbagesluset til arbejdsmarkedet, og dels at sikre, at dem, der var i arbejde, fortsat forblev i arbejde.

I dette perspektiv viser undersøgelsen, at det lykkedes at få 36 personer gjort arbejdsmarkedsaktive fra sygemelding, hvilket er en tilgang, men dog et beskedent antal. Til gengæld lykkedes det at sikre, at yderligere 101 personer forblev arbejdsmarkedsaktive. Det er forfatterens skøn, at mange af dem, der valgte at forblive i arbejde under behandlingsfor-

løbet, reelt bevægede sig på kanten af en længerevarende sygemelding eller var i risiko for at miste jobbet. Det illustreres af, at der også i denne gruppe var et betydeligt forudgående periodisk sygefravær, og at nogle var i psykofarmakabehandling. Samlet lykkedes det således at fastholde 62% på arbejdsmarkedet ud af 220 behandlede personer. Selv om der tilsyneladende er tale om en høj grad af arbejdsfastholdelse, tillader studiedesignet uden kontrolgruppe ingen sikre estimater for behandlingseffektiviteten. De umiddelbare resultater giver dog en vis begrundet optimisme og skærper behovet for målrettede kontrollerede interventionsstudier. De få kontrollerede interventionsundersøgelser, der findes, peger på, at psykologfaglig støtte mildner sygdomstilstanden, afkorter sygefraværet og øger chancerne for jobfastholdelse [1, 9, 10]. Men interventionsteknikkerne bag disse studier er ikke alle lige klart beskrevet. Enkelte metoder synes at være sammenlignelige med det, der blev praktiseret i denne undersøgelse, som omfattede en bred vifte af arbejdsmæssige, sociale, kognitive og følelsesmæssige dimensioner.

I denne undersøgelse var forbrug af psykofarmaka den eneste helbreds- og baggrundsfaktor, som både havde negativ indflydelse på sygefraværet og på chancerne for igen at opnå arbejdsmarkedstilknytning. I en enkelt svensk interventionsundersøgelse fandt man tilsvarende, at personer, der havde fravær i kombination med psykofarmakabehandling, og per-

Tabel 4. Odds-ratio (OR) mellem forskellige prædiktorer og chancen for at opnå arbejdsmarkedsaktivitet efter psykologbehandlingen (n = 212).

Prædiktorer	Antal	Andel arbejdsmarkedsaktive		OR (95% sikkerhedsinterval)	
		%	OR justeret		
<i>Forbrug af psykofarmaka</i>					
Intet forbrug	152	70	1		
Forbrug	60	50	0,43	1,23-0,81*	
<i>Forbrug af somatisk medicin</i>					
Intet forbrug	124	65	1		
Forbrug	88	64	0,82	0,45-1,52	
<i>Alder</i>					
≥ 45 år	113	63	1		
< 45 år	99	67	1,04	0,56-1,94	
<i>Køn</i>					
Mand	72	68	1		
Kvinde	140	63	0,92	0,46-1,80	
<i>Uddannelsesniveau</i>					
Ingen eller lav uddannelse	115	70	1		
Høj- eller mellem uddannelse	97	59	0,67	0,35-1,26	
<i>Sektor</i>					
Offentlig sektor	141	63	1		
Privat sektor	71	68	1,02	0,70-1,49	
<i>Civilstand</i>					
Ugift	82	62	1		
Gift	130	66	0,87	0,48-1,58	
<i>Tobaksforbrug</i>					
Ikkeryger	144	65	1		
Ryger	68	63	1,03	0,03-1,93	

*) p < 0,05.

OR justeret er gensidigt justeret for effekten af alle øvrige variable i tabellen.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

soner med svære stresslidelser havde de ringeste chancer for at vende tilbage til arbejdet [10]. Dette kunne tyde på, at brug af psykofarmaka i denne undersøgelse var en proxyvariabel for alvorlige kriseprægede stresslidelser, og at det er sygdomsgraden mere end noget andet, der bestemmer prognosen og mulighederne for genetablering af fuld arbejdsevne. Denne formentlig lille, men sårbare risikogruppe har sandsynligvis et rehabiliteringsbehov ud over det normale og i lang tid, før de igen er klar til at være arbejdsmarkedsaktive [11]. For dem er løsningen næppe »hurtigst muligt tilbage i arbejde«, som er tidens fagpolitiske mantra. Men specielt de praktiserende læger bør alligevel nøje overveje inden psykofarmakabehandling påtænkes, om tidlig psykologisk stressbehandling vil være en bedre løsning og måske oven i købet på længere sigt kan forbedre prognosen [12]. Det er et af de spørgsmål, den kommende forskning bør besvare.

Undersøgelingsgruppen er jobmæssigt meget blandet, men med en klar overvægt af offentligt ansatte og især ansatte i sundheds- og socialsektoren. Studiet er derfor ikke umiddelbart repræsentativt for stresslidelser på hele arbejdsmarkedet, idet der mangler væsentlig repræsentation af traditionelt »stressede« jobgrupper, f.eks. ansatte i finanssektoren og it-branchen samt folkeskolelærere [13]. Forklaringen er muligvis, at man i nogle af disse brancher, f.eks. finanssektoren, kan trække på arbejdsgiver- eller overenskomstfinansierede aftaler om psykologbehandling. Men ud fra den branchevariation, der faktisk var til stede i undersøgelsen, fandtes der dog ingen sammenhæng med, om man var offentlig eller privat beskæftiget, eller man havde et højt eller lavt uddannelsesniveau i relation til effektmålene »sygefravær« eller »tilbage i arbejde«, hvilket kunne tyde på, at job- eller branchetilknytning ikke i sig selv spiller en væsentlig prognostisk rolle. En hollandsk undersøgelse peger ligeledes i samme retning og påpeger, at det er den enkeltes egen oplevelse af almene stressdimensioner på arbejdspladsen, som er den mest informative forklaringsmodel [13].

Stress, belastet arbejdsmiljø og sygefravær er nøglebegreber, som har fået stadig større betydning for befolkningens sundhed og samfundets resurser. Individuel tværfaglig psykologisk støtte med fokus på arbejdsfasteholdelse kan måske afkorte varigheden af personlig krise og sikre hurtigere genetablering af fuld eller delvis arbejdsevne og -stabilitet. For personer i dybere stressbetingede kriser synes tilbagevenden til arbejdsmarkedet på kort sigt at være urealistisk. Men det bør nøje overvejes, om disse stærkt kriseramte personers prognose bedres, såfremt der tidligt i sygdomsforløbet iværksættes psykologisk støtte eventuelt suppleret med medikamentel behandling.

Litteratur

1. Van der Klank JJ, Blonk RW, Schene AH et al. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 2001;91:270-6.
2. Nielsen NR, Kjølner M, Kamper-Jørgensen F et al. Stress blandt erhvervsaktive danskere. *Ugeskr Læger* 2004;166:4155-60.
3. Iwarson S. Stressrelaterede helseproblemer økar – vad hände under 1990-talet? *Läkartidningen* 2004;101:1084-8.
4. Analyse af det danske sygefravær. www.bm.dk/sygefravaer/konferencen_maj_2003/marts 2006.
5. Ankestyrelsens Statistikker. Førtidspensioner: Årsstatistik 2004. www.cms.ast.dk/page_pic/pdf/årsstatistik2004.pdf /marts 2006.
6. Psykiska sjukdomar och stressrelaterade besvär – Långvariga sjukskrivningar åren 1999 till 2003, RFV Redovisar 2004:8. www.fk.se/press/publikationer/sjukformaner /marts 2006.
7. Arbejdsskade-statistik 2004. www.ask.dk/marts 2006.
8. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JHAM, Siemerink JCMJ et al. Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines: a retrospective cohort study. *Occup Environ Med* 2003;60:21-5.
9. Van der Klank JJ, Blonk RW, Schene AH et al. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomized controlled design. *Occup Environ Med* 2003;60:429-37.
10. Perski A, Grossi G. Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. *Läkartidningen* 2004;101:1295-8.
11. Perski A. Rehabilitering av stresssjukdomar sker i olika faser och blir ofta lång. *Läkartidningen* 2004;101:1292-4.
12. Van der Klank JJ, van Dijk FJ. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scand J Work Environ Health* 2003;29:478-87.
13. Bultmann U, Kant I, van Amelsvoort LG et al. Differences in fatigue and psychological distress across occupations: results from the Maastricht Cohort Study of Fatigue at Work. *J Occup Environ Med* 2001;43:976-83.