

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

8. Lu-Yao GL, Greenberg ER. Changes in prostate cancer incidence and treatment in USA. *Lancet* 1994;343:251-4.
9. Legler JM, Feuer EJ, Potosky AI et al. The role of prostate-specific antigen (PSA) testing patterns in the recent prostate cancer incidence decline in the United States. *Cancer Causes Control* 1998;9:519-27.
10. Mettlin CJ, Murphy GP, Ho R et al. The national cancer data base report on longitudinal observations on prostate cancer. *Cancer* 1996;77:2162-6.
11. Brasso K, Friis S, Kjær SK et al. Prostate cancer in Denmark: a 50-year population-based study. *Urology* 1998;51:590-4.
12. www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsstatistik/juni2006.
13. Brasso K. Prostatacancer i Danmark. Skal den diagnostiske og terapeutiske strategi ændres? København: FADL's forlag, 2000.
14. www.medstat.dk/juni2006.
15. Sundhedsstyrelsen. Cancerincidens i Danmark 2001. København, Sundhedsstyrelsen 2006.
16. Møller B, Fekjær H, Hakulinen T et al. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the year 2020. *Eur J Can Prev* 2002;11: (suppl 1).

Erfaringer fra en stressklinik

Et pilotstudium

Overlæge Bo Netterstrøm, professor Per Bech & overlæge Nanna H. Eller

Hillerød Sygehus, Arbejdsmedicinsk Klinik, og Psykiatrisk Sygehus, Hillerød

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at udvikle et flerstrengt stresshåndteringsprogram for langvarigt stressede personer.

Materiale og metoder: Seksoghalvtreds erhvervsaktive personer gennemførte et firemånedersprogram bestående af månedlige stresshåndteringssamtaler, instruktion i afslapningsøvelser og motion og evt. arbejdspladskontakt eller henvisning til psykiatrisk vurdering og evt. behandling. Kondital, blodtryk, kolesterol, højdensitetslipoprotein, thyroideastimulerende hormon, glykeret hæmoglobin, fasteglukose og fibrinogen samt spytkortisol blev målt ved indgang i studiet samt fire og 12 måneder senere. Fireogtyve patienter med lignende symptombillede blev behandlet med to lægesamtaler med 3-4 måneders mellemrum og udgjorde kontrolgruppe mht. arbejdsmarkedstilknytning og spytkortisol-niveau.

Resultater: Signifikant flere projektdeltagere (82%) end kontrolpersoner (42%) var i arbejde efter et år. Prævalensen af stresssymptomer og mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred var ikke signifikant forskellig grupperne imellem og faldt signifikant i opfølgingsperioden. For depression bedømt ud fra *major depressive inventory* (MDI)-skalaen var prævalensen signifikant lavere blandt stresspatienterne (4%) end blandt kontrolpersonerne (40%) efter et år. Konditallet steg, og fibrinogenniveauet faldt signifikant i løbet af fire måneder. Morgenstigning i spytkortisol-niveau øgedes signifikant i løbet af et år og havde da signifikant sammenhæng med depressionssymptomer.

Konklusion: Undersøgelsen tyder på, at anvendelse af et flerstrengt stresshåndteringsprogram med månedlige samtaler er mere effektivt end sædvanlig behandling med hensyn til at få sygemeldte pga. stress tilbage i arbejde. Genvinding af arbejdsevne og

symptombedring tager mange måneder. De anvendte fysiologiske mål peger på en katabol ændring af metabolismen hos langvarigt stressede.

Begrebet stress bruges i stigende omfang af den danske befolkning som angivelse af travlhed, ubehag og følelse af ikke at kunne nå dagligdagens gøremål. I 1987 angav 7% af de erhvervsaktive, at de ofte følte sig stressede [1]. Dette tal var i 2005 steget til 11%. I samme periode steg antallet af anmeldelser af stressbetinget sygdom til Arbejdstilsynet eller Arbejdsskadestyrelsen fra 50 til 1.900 [2]. Samtidig har de arbejdsmedicinske klinikker mærket en øget tilgang af patienter med stress. Disse patienter er vanskelige at behandle og resursekrævende. Derfor påbegyndte vi i november 2002 et udviklingsprojekt, Stressklinikken ved Arbejdsmedicinsk Klinik i Hillerød, med det formål at udvikle et behandlingskoncept, der kunne anvendes af andre, ikke mindst i almen praksis. Den teoretiske basis for behandlingskonceptet var tidligere blevet beskrevet af den ene af forfatterne [3]. Her blev der lagt vægt på, at stress er en tilstand, der psykologisk er karakteriseret af anspændthed og ulyst og fysiologisk af øget sympatikus-tonus og energimobilisering, idet stofskifteprocesserne ændres i katabol retning. Stress forårsages af mange forskellige faktorer. Stressstilstanden bestemmes ikke af, om årsagen er af fysisk, psykisk, arbejdsmæssig eller privat art, men af det tids- og styrkemæssige omfang af den belastning, stressfaktorerne fremkalder. Man kan således ikke skelne en stressstilstand forårsaget af arbejdsmæssige forhold fra en, der er forårsaget af private faktorer.

Forud for etablering af Stressklinikken blev der aflagt studiebesøg på Stressmottagningen i Stockholm [4] for at høre om denne institutions erfaringer gennem to år. Desuden vurderedes publicerede opgørelser om effekten af intervention over for arbejdsbetinget stress [5-10]. Disse viste en vis effekt

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

af kognitiv adfærdsterapi og flerstrengt intervention, men kun en beskedent effekt af afslapningsteknikker alene. Programmer, hvori man udelukkende anvendte organisationsændringer som instrument, førte ikke til signifikant effekt. Symptomer og oplevet arbejdstilfredshed var de hyppigst anvendte effektmål.

På denne baggrund besluttede vi, at Stressklinikens behandlingsprogram skulle være flerstrengt og så enkelt, at erfaringerne med det fuldt udviklede program også kunne bruges uden for sygehusregi med anvendelsen af færrest mulig resurser. I nærværende artikel redegøres der for resultater af de første to års aktivitet.

Metode

Målgruppen for Stressklinikens aktivitet var erhvervsaktive mennesker med en arbejdsrelateret længerevarende belastningstilstand. Information om Stressklinikken blev givet til dagspressen, og der blev oprettet en hjemmeside (www.stressklinik.dk), hvor behandlingsprogrammet, henvisningsvejledning og gode råd vedrørende stress kunne findes. Behandlingen blev i hvert tilfælde betalt af henviser. Det kunne være et forsikringsselskab, en virksomhed, en kommune eller i enkelte tilfælde personen selv. Efter modtagelse af henvisningen blev denne vurderet mhp., om der var indikation for at lade deltageren komme til forsamtale. Herefter blev der fremsendt en kontrakt til henviseren, og efter at kontrakten var returneret i underskrevet stand, blev der tilsendt deltageren en tid til forsamtale. Evt. indhentes yderligere oplysninger. Enkelte henvisninger (færre end fem) blev afvist, da patienterne manglende tilknytning til arbejdsmarkedet eller if. henvisningens ordlyd klart ikke havde arbejdsrelaterede belastninger.

Ved forsamtalen, der varede 1-1½ time, vurderedes det, om der var en realistisk mulighed for, at deltageren kunne få noget ud af et forløb på Stressklinikken. Ved svær depression, eller hvor der allerede var tale om et parallelt behandlingsforløb, enedes vi med deltageren om, at vedkommende blev henvist til psykiatrisk behandling eller fortsatte behandlingen i andet regi. 27% af stressklinikpatienterne blev henvist til yderligere psykiatrisk vurdering.

I forløbet indgik følgende:

Anamneseoptagelse: Deltagerne udfyldte hjemme følgende skemaer før forsamtalen: 1) basisskema vedr. sociale forhold, motionsvaner og helbredsoplysninger, 2) Stressklinikens trivselsskema, baseret på et spørgeskema vedr. stresssymptomer udviklet af Arbejdsmiljøinstituttet (www.ami.dk) og 3) SF-36s generelle del. WHO's depressionsskema *major depressive inventory* (MDI) [11, 12].

Disse blev gennemgået med deltageren samtidig med anamneseoptagelsen. Mulighed for depression vurderedes ud fra WHO's depressionsskema MDI. Ved score på over 21 henvistes der til den ene af forfatterne, der sammen med deltageren aftalte det videre forløb i psykiatrisk regi. Trivsels-

og depressionsskemaet blev udfyldt igen efter fire måneder og efter et år.

Fysiologiske mål: For at vurdere deltagerens evne til et adækvat fysiologisk stressrespons undersøgte vi hypothalamus-hypofyse-binyreaksen (HPA-aksen) ved måling af kortisolniveaet i spyt ved opvågning samt 30 minutter og otte timer senere og kl. 20 om aftenen [13, 14]. Deltageren blev instrueret om dette pr. brev og medbragte spytkortisolglas ved forsamtalen. Denne procedure blev gentaget efter fire måneder. Spytprøver ved opvågning og 30 minutter efter blev indsamlet igen efter et år. For at vurdere ændringer i stofskifteprocesser og biologiske stressmarkører bestemtes koncentrationen af glykeret hæmoglobin (HbA_{1c}), lipider, thyroideastimulerende hormon (TSH) og glukose i blodet. Disse målinger blev gentaget efter fire måneder. Deltagerne opfordredes til at påbegynde motionsaktivitet efter eget valg mindst to gange ugentligt. For at vurdere effekten af denne konditionsforøgende aktivitet målt maksimal iltoptagelse på ergometercykel (konditest) samt blodtryk ved programforløbets start og efter fire måneder. Undersøgelsen blev foretaget på Klinisk Fysiologisk Afdeling, Hillerød Sygehus.

Stresshåndteringssamtaler: Der gennemførtes i løbet af fire måneder mindst fire samtaler a 1-2 timers varighed, hvorunder deltageren søgtes bibragt en forståelse af stressudløsende faktorer, egen belastningstilstand og handlemuligheder i forhold til arbejde og privatliv. Deltagerne fik mellem hver samtale hjemmeopgaver, der f.eks. bestod i udarbejdelse af en kalender for opgaver i det næste halve år, prioritering af forestående opgaver eller nedskrivning af stressende begivenheder, alt såvel arbejdsmæssigt som privat. Hjemmeopgaverne blev så diskuteret efterfølgende ved den næste samtale.

Afslapningsøvelser: Betydningen af evnen til at kunne slappe af blev fremhævet. Deltageren fik udleveret en cd med et afslapningsprogram på 15 minutter, som denne opfordredes til at gennemgå dagligt i forløbsperioden. Enkelte instrueredes også i vejtrækningsøvelser til brug ved panikudløsende situationer.

Stressmanual: Deltageren fik udleveret en publikation, »Stress«, der er publiceret af Danmarks Radio i serien Lægens bord [15]. Formålet var, at deltageren skulle anvende den som et værktøj til at fastholde den information, der blev givet ved konsultationerne.

Arbejdspladskontakt: I forløbet kunne det være hensigtsmæssigt at tage kontakt til deltagerens arbejdsplads, hvis der var behov for justering af arbejdsopgaver eller ansvarsområder [2]. Kontakten skete kun i samarbejde med deltageren og med dennes accept.

Kontrolgruppe: Fireogtyve konsekutive personer, der var henvist af egen læge til Arbejdsmedicinsk Klinik i perioden fra den 1. januar 2004 til den 30. september 2004 med stressrelateret problematik, fungerede som kontrolgruppe. Disse fik udleveret de samme spørgeskemaer og blev instrueret på samme måde i spytkortisolsamling som patienter på Stress-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Variable for stressbehandlede og kontrolpersoner ved indgangen i studiet.

	Stress-behandlede	Kontrolpersoner	p-værdi
n	56	24	
Alder, år, median	50,0	44,6	0,45
Kvinder, %	57,4	74,2	0,04
<i>Stilling, %</i>			
LO-medlem	28,6	29,2	0,15
FTF-medlem	35,6	33,3	
Akademiker	17,9	12,5	
Leder	17,9	25,0	
<i>Belastning, %</i>			
Rollekonflikt	42,9	41,7	0,16
Ledelseskonflikt	14,3	33,3	
Lang arbejdstid	21,4	0,0	
Mobning	5,4	8,3	
Private forhold	5,4	8,3	
I behandling med selektive serotoningenoptagelseshæmmere, %	24,8	21,8	0,75
Rygere, %	30,4	33,3	0,79
Genstande pr. uge, median	8,7	7,1	0,41
<i>Beskæftigelse, %</i>			
I arbejde	55,4	33,3	0,25
Sygemeldt	33,9	50,0	
Arbejdsløs	10,7	16,7	
Vurdering af helbred som mindre godt/dårligt, %	58,8	52,2	0,62
Depression (<i>major depressive inventory</i> > 21), %	71,2	83,3	0,40
Adfærdsmæssig stress, høj, %	94,1	100,0	0,54
Somatisk stress, høj, %	82,4	87,0	0,70
Kognitiv stress, høj, %	92,2	95,7	1

klinikken. De fik to lægesamtaler med fire måneders mellemrum og blev kontaklet pr. brev et år efter den første konsultation for at få vurderet arbejdsmarkedstilknøytning og symptomer samt for at få målt spytkortisol. Af de 24 lykkedes det at få data ved etårsopfølgningen for alle mht. arbejdsmarkedstilknøytning, men kun for 18 mht. kortisol og spørgeskemadata.

Analyse

Symptomspørgsmålene vedr. stress behandlede som skalaer, hvor hver svarkategori tildelte en værdi, og svarene herefter summeredes til en total score. Herefter dikotomiseredes skalaerne efter medianværdien ved etårsopfølgningen. MDI-skalaen dikotomiseredes ved 21 point.

Kontinuerte data testedes for signifikans med Students' t-test, og diskrete data testedes med χ^2 -test.

Projektet blev forelagt den regionale videnskabsetiske komité, der vurderede projektet som et kvalitetsudviklingsprojekt, der ikke hørte under komiteens regi.

Resultater

Sekstret personer blev henvist og havde derved mulighed for at gennemføre et forløb a fire måneders varighed med efterfølgende evaluering efter et år i perioden fra november 2002 til november 2004. Seksohalvtreds af disse gennemførte forløbet, men seks mødte ikke til etårsevalueringen. Data ved-

rørende deres beskæftigelsessituation indhentes og telefonisk eller pr. mail. Knap halvdelen var henvist fra deres arbejdsplads, som også betalte for forløbet. Knap 30% var henvist af et forsikringsselskab, mens resten enten var selvbetalere eller var henvist fra deres bopælskommunes dagpengeafdeling. For tre af de ti oprindeligt henviste aftaltes det ved forsamtalen, at behandlingen burde foregå i et andet regi, og kun to af de henviste gennemførte ikke forløbet de første fire måneder. Fem blev henvist, uden at der blev skrevet kontrakt, hvorfor de ikke blev tilbudt et forløb. Det gennemsnitlige antal samtaler for de 56, der gennemførte forløbet i fire måneder var seks. Enkeltes forløb blev udstrakt et par måneder yderligere. For kontrolpersonernes vedkommende blev lægesamtalerne varetaget af de seks læger, der var ansat på Arbejdsmedicinsk Klinik.

Tabel 1 viser baggrundvariable for behandlede personer og kontrolpersonerne. Kontrolpersonerne var gennemsnitligt lidt yngre end de stressbehandlede, og en signifikant større andel af dem var kvinder. Der var en tendens til en mindre andel af ledere blandt de stressbehandlede, som også havde lang arbejdstid som væsentligste belastning for knap en fjerdedels vedkommende i modsætning til kontrolpersonerne, der ikke havde denne belastning som primær belastning. Alle havde en anamnese med mere end et halvt års belastningstilstand. Der var også relativt flere i arbejde blandt de stress-

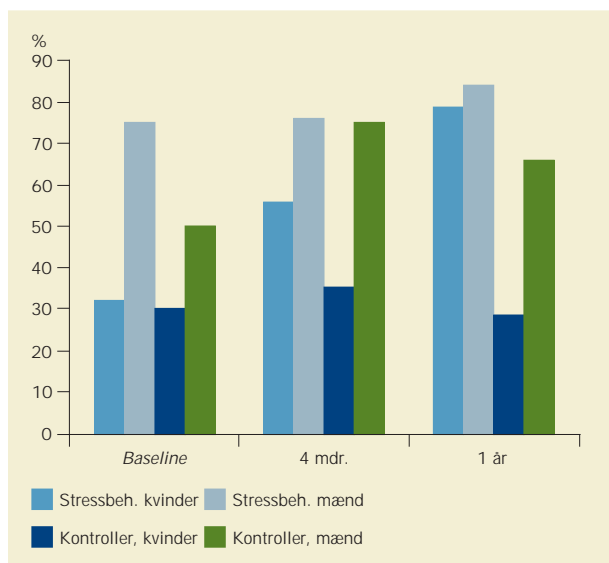
VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

behandlede personer end blandt kontrolpersonerne, men der var ingen betydende forskelle mht. behandling med selektive serotoningenoptagelseshæmmere (SSRI) og forbrug af alkohol eller tobak.

Andelen med høj symptomscore var omtrent ens i de to grupper.

Figur 1 viser andelen af personer, der var i arbejde ved indgangen i studiet, efter fire måneder og efter et år fordelt på køn. 82% af de stressbehandlede og 42% af kontrolpersonerne var i arbejde efter et år. Denne forskel er signifikant ($p < 0,01$) ligesom forskellen mellem dem, der ikke var i arbejde ved indgangen i studiet, men som var i arbejde efter et år. Blandt kontrolpersonerne var mere end halvdelen altså enten sygemeldte eller arbejdsløse efter et år, mens dette kun var tilfældet for 18% af de stressbehandlede. Figuren viser, at de kvindelige stressbehandlede havde en beskæftigelsesfrekvens på samme niveau som mændene efter et år, mens kvinderne i kontrolgruppen ikke forbedrede deres beskæftigelsesgrad i løbet af opfølgingsperioden. Ingen af de sygemeldte kvinder over 50 år kom i arbejde igen. Kun alder, køn og det at være i arbejde ved indgangen i studiet var signifikant prognostisk for at være i arbejde efter et år. Tilstedeværelsen af depression eller SSRI-behandling ved indgangen i studiet forudsagde ikke senere arbejdsmarkedstilknnytning.

Tablet 2 viser prævalensen af høj symptomscore hos den stresshandlede gruppe og i kontrolgruppen ved indgangen i studiet, efter fire måneder og efter et år, både for alle og for dem uden SSRI-behandling. Komplette data opnåedes kun hos 50 af de stressbehandlede og 18 af kontrolpersonerne. Prævalensen af bedømmelse af eget helbred som mindre



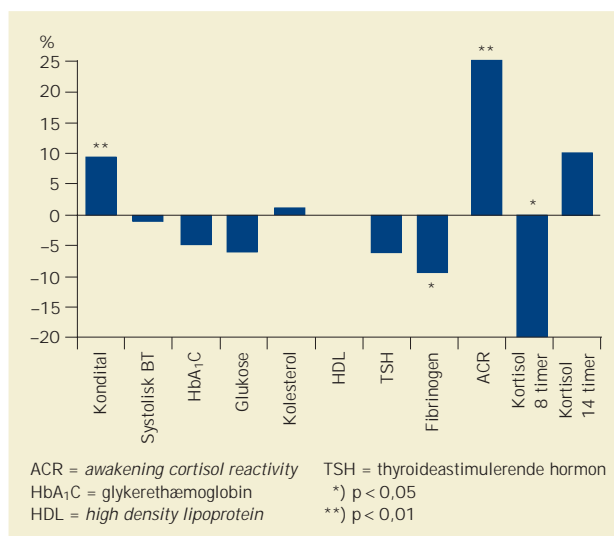
Figur 1. Andel i arbejde blandt stressbehandlede og kontrolpersoner ved indgangen i studiet, efter fire måneder og efter et år, fordelt på køn.

godt/dårligt faldt fra 58% til 32% efter fire måneder og til 16% efter et år blandt de stressbehandlede, mens de tilsvarende tal i kontrolgruppen var 44%, 44% og 33%. Faldet i symptomprævalens var signifikant større hos de stressbehandlede end hos kontrolpersonerne. Mht. depression var faldet i prævalens også signifikant ligesom forskellen mellem grupperne efter et år. Det samme gjorde sig gældende for somatiske stresssymptomer men ikke for adfærdsmæssige og kognitive stresssymptomer. Hos de ikke-SSRI-behandlede sås samme ten-

Tablet 2. Prævalens af høj symptomscore ved tre målinger over et år hos stressbehandlede og kontrolgruppe, alle og dem uden selektive serotoningenoptagelseshæmmere (SSRI)-behandling.

	Alle, %			Uden SSRI-behandling, %		
	stress-behandlede (n=50)	kontrol-personer (n=18)	p-værdi	stress-behandlede (n=37)	kontrol-personer (n=15)	p-værdi
<i>Eget helbred mindre godt/dårligt</i>						
Ved indgang i studiet	58,0	44,2	0,15	54,0	40,0	0,19
Efter fire måneder	32,4	43,8	0,48	29,6	38,6	0,71
Efter et år	16,0	33,2	0,57	15,0	28,4	0,65
<i>Depression</i>						
Ved indgang i studiet	62,0	77,6	0,15	54,1	80,0	0,07
Efter fire måneder	21,0	51,7	0,04	21,6	51,0	0,05
Efter et år	10,0	38,9	0,01	5,4	33,3	0,02
<i>Adfærdsmæssig stress, høj</i>						
Ved indgang i studiet	92,0	100,0	0,36	86,5	100,0	0,17
Efter fire måneder	50,0	61,0	0,30	51,4	60,0	0,40
Efter et år	32,0	44,0	0,25	27,0	30,8	0,28
<i>Somatisk stress, høj</i>						
Ved indgang i studiet	74,0	66,7	0,38	75,2	66,7	0,37
Efter fire måneder	38,0	44,4	0,41	37,8	46,7	0,38
Efter et år	24,0	36,8	0,18	21,6	40,0	0,15
<i>Kognitiv stress, høj</i>						
Ved indgang i studiet	92,0	94,4	0,60	91,9	93,3	1
Efter fire måneder	70,0	83,3	0,21	73,0	80,0	0,44
Efter et år	50,0	66,7	0,17	45,9	60,0	0,27

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE



Figur 2. Relativ ændring i fysiologiske parametre over fire måneder og i spytkortisolniveau i løbet af et år blandt 50 stressbehandlede.

dens. Det bemærkes, at symptomprævalensen hos de ikke-SSRI-behandlede var meget lig hele prævalensen hos gruppen. Der kunne således heller ikke påvises signifikant forskel på SSRI-behandlede og ikke-SSRI-behandlede mht. symptomhyppighed (data ikke vist).

Figur 2 viser ændringerne i fysiologiske parametre i løbet af de første fire måneder og for kortisolniveauets vedkommende i løbet af et år hos de stressbehandlede. Der fandtes ikke signifikante ændringer i spytkortisol i løbet af de første fire måneder. Faldet i fibrinogen- og spytkortisolniveau efter otte timer var signifikant ligesom stigningen i kondital og *awakening cortisol reactivity* (difference mellem spytkortisol efter 30 minutter og ved opvågningen (ACR)), mens faldet i HbA₁C, fastglukose og TSH tyder på en udvikling i anabol retning.

Der var ikke signifikant forskel på de stressbehandlede personers og kontrolpersonernes kortisolmålinger. Der fandtes heller ingen signifikante sammenhænge mellem symptomer og kortisolmåling ved indgangen i studiet, men der var en tiltagende signifikant sammenhæng mellem depressionssymptomer og høj ACR i opfølgingsperioden.

Kerneelementerne i stressprogrammet og andelen af patienter, hvorpå de blev anvendt er vist i Tabel 3.

Diskussion

Undersøgelsen tyder på at: 1) Det er muligt at hæve »tilbage til arbejde«-raten, 2) det er muligt at nedsætte niveauet af depressionssymptomer ved anvendelse af stressprogrammets elementer, og 3) effekten indsætter gradvist og tager mange måneder. Endelig antyder de fysiologiske målinger, at de stressbehandlede personers metabolisme var ændret i en katabol retning ved indgangen i studiet.

Det kan måske forekomme overraskende, at så få af kontrolpersonerne kom i arbejde igen i løbet af det første år. De

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

Ændringen i retning af, at både de stressbehandlede personer og kontrolpersonerne havde færre symptomer efter et år, kunne tyde på en vis effekt af tid, men det forhold, at netop graden af depression og bedømmelse af eget helbred som dårligt nedsattes signifikant mere blandt de stressbehandlede personer end blandt kontrolpersonerne, tyder på en effekt af programmet. I hvor høj grad denne effekt skyldes psykiaterbehandlingen eller andre elementer i programmet, kan ikke afgøres. Væsentligt er det også at notere, at symptomforbedringen ved firemånedersopfølgningen endnu ikke var tilendebragt. Ændringerne i ACR tyder også på, at restitutionen efter langvarigt stress tager mere end fire måneder hos mange af deltagerne. Faldet i kortisolniveauet ved opvågningen og efter otte timer samt stigningen i ACR i løbet af et år tyder på, at døgnrytmen i kortisolekskretionen ved indgangen i studiet var mere »flad«, og at bedring af depressionssymptomerne var ledsaget af en tilbagevenden til en mere normal

Tabel 3. Væsentligste elementer i Stressklinikens program og andelen af de 56 patienter, der blev tilbudt de enkelte elementer.

	Andel af patienter %
Er der tale om en stressbetinget belastningstilstand, eller skal anden sygdom overvejes?	100
Hvis der er tale om stressbetinget belastningstilstand, gøres patienten klart, hvad det handler om, at det tager tid, men at prognosen er god	100
Overvejelse om henvisning til psykiater eller psykolog sideløbende eller som eneste behandlingstilbud. Andel henvist til psykiater	64
Identifikation af relevante stressorer	100
Hjælp til en ordentlig nattesøvn. Gode råd og evt. hypnotikum	54
Strukturering af tid og klare mål for den nærmeste tid og det næste halve år	100
Prioritering af dagligdag ved hjælp af en kalender	100
Håndtering af dagligdagens små fortrædeligheder på en relevant måde	100
Uddelegering og brug af det sociale netværk i belastende situationer	100
Rådgivning om motion, afslapning og oplevelser som middel til at øge livsglæden	100
Stillingstagen til sygemelding, evt. deltids	100
Evt. kontakt til arbejdspladsen mhp. genoptagelse af arbejde evt. på nedsat tid og/eller med ændrede arbejdsfunktioner	27

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

døgnkurve [16, 17]. De øvrige fysiologiske mål lå alle inden for det normale. Formålet med disse målinger var at vurdere ændringer i metabolismen, men ændringerne over fire måneder var små og uden klinisk relevans.

Anvendelse af en kontrolgruppe i nærværende type undersøgelse er vanskelig, da der blandt kontrolpersonerne var flere, der havde søgt anden behandling i opfølgingsperioden. Tilsvarende erfaringer har man gjort ved Stressmottagningen i Stockholm [4, 18]. Dette betyder, at nærværende stressprograms effekt skal vurderes i forhold til anden gængs behandling hos psykiater, psykolog og andre. Dette kan også forklare de manglende forskelle mht. stresssymptomforbedring mellem de to grupper. Vi har imidlertid ikke valide data vedrørende dette forhold.

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

Det tidsmæssige forbrug anvendt i dette pilotstudium på 4-8 timer pr. deltager ligger umiddelbart over, hvad patienter kan forvente i almen praksis. Imidlertid ligger der i tidsforbruget orientering om projektet samt indhentning af lægelige og personlige oplysninger, som normalt allerede findes hos patientens egen læge, og andre tidsrøvende foranstaltninger tilknyttet et videnskabeligt projekt. Det vigtigste ved undersøgelsen var dog også at afprøve programmet og justere det på en måde, så programmets elementer kunne beskrives til brug for andre. I almen praksis vil vores anbefaling være at afsætte en halv time 4-6 gange i løbet af en 3-4 måneders-periode til den svært stressede patient. Inden for denne tidsramme kan de fleste af elementerne i det afprøvede stresshåndteringsprogram anvendes. Frem for evt. fuldtidssygemelding bør deltidssygemelding overvejes, da denne sygemeldingsform nedsætter risikoen for fyring, afdramatiserer sygdomsforløbet og letter tilbagevenden til arbejdet. Vigtigheden af identifikation af belastningsfaktorer og den gode prognose bør understreges over for patienten. Aktivering af den stressede patient ved hjemmeopgaver og motion mellem konsultationerne er også vigtig. Den mindre stressede patient, der endnu ikke har brug for sygemelding, har behov for betydelig færre resurser.

Antaget: 2. maj 2006

Interessekonflikter: *Bo Netterstrøm* er leder af Arbejdsmedicinsk Klinik, Hillerød Sygehus.

Taksigelse: Lægesekretær *Vivi Andersen* takkes for det store arbejde med driften af Stressklinikken. Sygekassernes Helsefond har støttet projektet økonomisk.

Litteratur

1. SUSY-2005. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
2. www.at.dk /april 2005.
3. Netterstrøm B. Stress på Arbejdspladsen. København: Hans Reitzels Forlag, 2002.
4. Perski A. Rehabilitering av stressjukdomar sker i olika faser och blir ofta lång. *Läkartidningen* 2004;101:1292-4.
5. Bellarosa C, Chen PY. The effectiveness and practicality of occupational stress management interventions: a survey of subject matter expert opinions. *J Occup Health Psychol* 1997;2:247-62.
6. Edwards D, Burnard P. A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *J Adv Nurs* 2003;42:169-200.
7. Hurrell JJ, Jr., Murphy LR. Occupational stress intervention. *Am J Ind Med* 1996;29:338-41.
8. Lusk SL. Health effects of stress management in the worksite. *AAOHN J* 1997;45:149-52.
9. Murphy LR. Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *Am J Health Promot* 1996;11:112-35.
10. Van der Hek H, Plomp HN. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occup Med (Lond)* 1997;47:133-41.
11. Bech P, Rasmussen NA, Olsen LR et al. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord* 2001;66:159-64.
12. Olsen LR, Jensen DV, Noerholm V et al. The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. *Psychol Med* 2003;33:351-6.
13. Eller NH, Netterstrøm B, Hansen AM. Cortisol in urine and saliva: relations to the intima-media thickness, IMT. *Atherosclerosis* 2001;159:175-85.
14. Eller NH, Netterstrøm B, Allerup P. Progression in intima media thickness - the significance of hormonal biomarkers of chronic stress. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30:715-23.
15. Netterstrøm B. Stress. København: DR Multimedie, 2002.
16. Sachar EJ. Neuroendocrine studies of depressive illness. *Pharmakopsychiatri Neuropsychopharmakol* 1976;9:11-7.
17. Hammerfald K, Eberle C, Grau M et al. Persistent effects of cognitive-behavioral stress management on cortisol responses to acute stress in healthy subjects - A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30:47-51.
18. Perski A, Grossi G. Behandling av långtidssukskrivna patienter med stressdiagnoser. *Läkartidningen* 2004;101:1295-9.