

- Copeland W, Shanahan L, Costello EJ et al. Configurations of common childhood psychosocial risk factors. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:451-9.
- Colman I, Ataullahjan A. Life course perspective on the epidemiology of depression. *Can J Psychiatry* 2010;55:622-32.
- Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:1039-46.
- Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature* 2011;474:498-501.
- Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2011 (epub ahead of print 14. aug).
- Uher R. Genes, environment, and individual differences in responding to treatment for depression. *Harv Rev Psychiatry* 2011;9:109-24.
- Van Praag HM. Can stress cause depression? *Progr Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004;28:891-907.
- Krogh K, Hageman I, Jørgensen MB. Corticotropin-releasing factor (CRF) in stress and disease: a review of literature and treatment perspectives with special emphasis on psychiatric disorders. *Nord J Psychiatry* 2008;62:8-16.
- Hageman I, Nielsen M, Wörtwein G et al. Electroconvulsive stimulations prevent stress-induced morphological changes in the hippocampus. *Stress* 2008;11:282-9.
- Videbech P, Ravnkilde B. Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies. *Am J Psychiatry* 2004;161:1957-66.
- Tomoda A, Navalta CP, Polcari A et al. Childhood sexual abuse is associated with reduced gray matter volume in visual cortex of young women. *Biol Psychiatry* 2009;66:642-8.
- Gilbertson MW, Shenton ME, Ciszewski A et al. Smaller hippocampal volume predicts pathological vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci* 2002;5:1242-7.

Stress og profylakse samt behandling

Bo Netterstrøm

STATUSARTIKEL

Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital

Forebyggelse af stress bør især rettes mod de psykiske belastninger – stressorerne – der medfører stress, og de miljøbestemte faktorer, der modificerer graden heraf [1]. Dette kan ske på flere niveauer.

SAMFUNDSNIVEAU

En stressforebyggende lovgivning og aftaler på arbejdsmarkedet kan for det første medvirke til, at den reelle arbejdstid og indholdet i arbejdet bliver af en størrelsesorden og karakter, der medfører, at de fleste kan trives på arbejdsmarkedet frem til pensionsalderen. Tryghed i ansættelsen, minimering af indtægtsnedgang ved arbejdsløshed og sygdom samt muligheder for ændrede arbejdsbetingelser i seniorårene er vigtige elementer i en stressforebyggende politik.

Familie-, social- og beskæftigelsespolitiske foranstaltninger har for det andet stor betydning for forebyggelse af stress. Familie- og Arbejdslivskommissionen, der blev nedsat af den daværende familieminister, udarbejdede i 2007 31 anbefalinger med det formål at skabe en balance mellem arbejde og fritid og dermed mindske befolkningens stressniveau [2]. Disse anbefalinger omfattede f.eks. tiltag på børneområdet såsom bedre muligheder for at få passet sine børn ved sygdom og optimering af daginstitutionstilbuddene. Der var desuden anbefalinger om fleksibel indretning af arbejdstider; muligheder for at spare timer sammen i visse perioder, så man kunne holde fri i andre (flekskonto og tidsopsparingsmodeller). Barselsorlovsændringer, større service for borgerne f.eks. i form af kommunale tilbud om information og rådgivning om stress samt afskaffelse af lukkedage i daginstitutionerne var andre anbefalinger.

Endelig bør kommissionens forslag om nødvendigheden af en forbedret trafik infrastruktur for at nedsætte den stress, som transporttider og forsinkelser i dagligdagen medfører, fremhæves. En socialpolitik, der fokuserer på nedbringelse af ensomheden blandt udsatte borgere, vil ligeledes reducere disses stressniveau. Større organisatoriske forandringer i samfundet og på arbejdspladserne bør følges af en klar udmelding fra de ansvarlige om de mulige konsekvenser for den enkelte. Desuden bør der iværksættes foranstaltninger til reduktion af den stresstilstand, forandringerne kan afstedkomme.

Effekten af dette kommissionsarbejde har dog til dato vist sig at være yderst begrænset, da der ikke blev foretaget lovgivningsmæssige eller andre foranstaltninger på baggrund af kommissionens anbefalinger.

VIKRSOMHEDSNIVEAU

På virksomhedsplan sker forebyggelsen bedst, hvis den sker systematisk [1]. De vigtigste elementer består i at gøre stressproblematikken til en del af den daglige personalepolitik ved at øge de ansattes indflydelse på arbejdssituationen, give større indsigt og kompetence i eget arbejde, styrke det sociale sammenhold og have klare regler for, hvorledes man håndterer ansatte med stressrelaterede symptomer. Monitorering af det psykiske arbejdsmiljø ved f.eks. spørgeskemaundersøgelser er en effektiv metode til dels at afdække årsagerne til dårlig trivsel og vurdere effekten af indsatsen herimod, dels at øge de ansattes motivation for forbedringer af det psykiske arbejdsmiljø. En sådan kortlægning kan f.eks. ske ved anvendelsen af arbejdspladsvurderinger [3].

Tilrettelæggelse af arbejdet, så de helbredsmæssige konsekvenser af nat- og akkordarbejde nedsættes, er vigtige delmål. Ligeledes er en klart formuleret politik til forebyggelse af trusler om vold eller direkte vold et vigtigt stressnedsættende tiltag.

INDIVIDNIVEAU

På individniveau vil indsigt i stressproblematikken ved bevidstgørelse om mulige stressorer, deres virkning og muligheder for at håndtere disse kunne nedsætte risikoen for den enkelte [4]. Familie- og Arbejdslivskommissionen havde også på dette område anbefalinger bl.a. om kommunale tilbud om rådgivning tidligt i borgerens stresstilstand.

Stressede personer vil ofte have en række psykiske symptomer, hvoraf træthed, initiativløshed, hukommelses- og koncentrationsbesvær samt depressive tanker er dominerende. Afklaring af disse symptomers natur, årsager og alvorlighed vil for den stressede være første skridt på vejen til at komme ud af stresstilstanden og dermed forebygge eventuelle helbredsmæssige konsekvenser. Er der tale om overvejende arbejdsbetingede årsager, er dialog med arbejdspladsen vigtig [5]. Endvidere er en vurdering af eventuelle andre årsager til tilstanden vigtig. Hertil kræves ofte professionel rådgivning, f.eks. fra egen læge eller en psykolog.

BEHANDLING

Sundhedsstyrelsen udgav i 2007 en pjece med behandlingsvejledning til praktiserende læger [6]. Desuden blev der udarbejdet en borgerpjece om stress [7]. Disse er bl.a. baseret på en hollandsk vejledning til brug i bedriftssundhedstjenesten [8] og erfaringer opsamlet ved Stressklinikken i Hillerød [4], men var i høj grad resultatet af commonsenseerfaringer fra almen praksis.

Der er imidlertid i de seneste år gennemført en række randomiserede undersøgelser af effekten af forskellige behandlingsmetoder hos personer med stresssymptomer. En ekspertgruppe ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø publicerede i 2010 i en hvidbog en gennemgang af de undersøgelser, hvor effektmålet var sygefravær og tilbagevenden til arbejdet [5]. I hvidbogen fandt man »evidens for at en forbedring af behandlingsindsatsen effektivt kan forebygge visse arbejdsmæssige konsekvenser af mentale helbredsproblemer. Behandlingsindsatsen skal være koordineret for at sikre hurtig adgang til behandling og følge evidensbaserede retningslinjer, dvs. give adgang til både medicinsk og psykologisk behandling. Der er endvidere fundet evidens for, at en kombination af en arbejds- og helbredsmæssig indsats forkorter sygefraværet og fremmer hurtigere

tilbagevenden til arbejde efter sygemelding«. Disse konklusioner er især baseret på hollandske undersøgelser [9-14]. Der var ikke medtaget undersøgelser af stress-management-interventioner hos »raske« personer. Der foreligger en omfattende litteratur på dette område, især undersøgelser på arbejdspladser, der er bedst gennemgået af *Richardson & Rothstein* bl.a. i en metaanalyse fra 2008 [15]. Her fandt de en moderat effekt af interventioner over for ansatte mht. psykologiske forhold, hvorimod organisatoriske tiltag alene havde ringe effekt.

Erfaringer fra udenlandske undersøgelser er vanskelige at overføre til danske forhold, da de fleste undersøgelser er foretaget i virksomhedsregi, hvilket sjældent er en mulighed i Danmark. Administrative forhold som dagpengesystemet, muligheder for afsked mv. betyder også, at behandlingseffekten ikke umiddelbart kan overføres til danske forhold [5].

Der foreligger undersøgelser fra danske arbejdsmedicinske klinikker i Skive [16], Aarhus [17] og Hillerød [18]. I Skive bestod behandlingen af individuel afklaring af arbejdsmæssige og sociale årsager til henvisningen og bearbejdning af kognitive og følelsesmæssige reaktioner. Der var endvidere udtalt samarbejde med arbejdspladsen og kommunen mhp. genetablering af arbejdspladsen. Den mediane behandlingstid var 144 dage, og arbejdsmarkedstilknytningen blev bevaret for 62%’s vedkommende, hvilket ikke var signifikant forskelligt fra resultatet i en kontrolgruppe. I Aarhus blev der i 2007 gennemført en randomiseret undersøgelse af 102 personer, der havde haft vedvarende symptomer på arbejdsstress af mere end fire ugers varighed. De skulle endvidere have været eksponeret for negative ændringer i det psykiske arbejdsmiljø inden for seks måneder forud for symptomernes opståen. Disse personer blev opdelt i to grupper, hvoraf den ene fik tilbudt otte tre-

Foto: Bigstock.





TRIN I STRESSBEHANDLINGEN

1. Er der tale om en stressbetinget belastningstilstand, eller skal anden sygdom overvejes?
2. Hjælp den stressede til at se, hvad det handler om, gør det klart, at det tager tid, men at prognosen er god.
3. Hjælp den stressede til en ordentlig nattesøvn og behandl øvrige symptomer.
4. Overvej henvisning til psykiater/psykolog sideløbende eller som eneste behandlingstilbud.
5. Lad den stressede identificere relevante stressorer med behandleren som katalysator.
6. Hjælp den stressede til at håndtere stressorerne, lægge en plan og få struktur på dagligdagen.
7. Få den stressede til at styrke sin modstandskraft ved hjælp af motion og brug af socialt netværk.
8. Lær den stressede at håndtere dagligdagens små fortrædeligheder på en relevant måde.
9. Administrative forhold afklares og håndteres.

Se udvidet Faktaboks i artiklen på Ugeskriftet.dk

timerssessioner i tre måneder indeholdende kognitiv adfærdsterapi, stresspsykoedukation, kommunikationstræning og strategier for tilbagevenden til arbejdet. Den anden gruppe fungerede som kontrolgruppe og modtog samme behandling tre måneder senere. Det mest slående resultat var en stærkt forbedret score på Perceived Stress Scale. En signifikant effekt sås også på det selvrapporterede sygefravær, mens det registerbaserede sygefravær var *borderline*-signifikant.

I Hillerød etablerede man som et forsøg en stressklinik i 2002, og der blev foretaget en opgørelse efter de første to år. Formålet med forsøget var at udvikle et flerstrengt stresshåndteringsprogram for langvarigt stressede til brug i f.eks. almen praksis. Signifikant flere projektdeltagere (82%) end kontrolpersoner (42%) var i arbejde efter et år.

En netop afsluttet randomiseret undersøgelse, COPESTRESS, af Hillerødmodellen, hvor en interventionsgruppe på 60 patienter blev sammenlignet med 46 kontrolpersoner, der stod på venteliste, og 59, der modtog konventionel psykologbehandling og alle var sygemeldte samt henvist af egen læge, viste en signifikant større effekt med hensyn til tilbagevenden til arbejdet for interventionsgruppen end for de to øvrige [19]. I Stockholm har man i Stressmottagningen opnået en forbedring af symptomniveauet, men ikke et nedsat sygefravær [20].

Erfaringerne fra disse undersøgelser og Sundhedsstyrelsens anbefalinger kan konkretiseres i følgende: Behandlingen af den stressede har flere trin. Det er vigtigt at vurdere, hvor i forløbet patienten er. Initialt vil mange være i en krisefase, hvor fokus bør ligge på udredning, behandling af umiddelbare symptomer og håndtering af evt. sygemelding. I en senere

afklaringsfase vil man kunne gå i dybden med årsager og handlemuligheder, mens man først efter nogle uger når en handlingsfase, hvor patienten realiserer de tiltag, der skal bringe hende tilbage til sit tidligere funktionsniveau.

KORRESPONDANCE: Bo Netterstrøm, Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV.
E-mail: Bnet0002@bbh.regionh.dk

ANTAGET: 13. december 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Netterstrøm B. Stress på arbejdspladsen. København: Hans Reitzels Forlag, 2002.
2. Chance for balance – et fælles ansvar. København: Familie- og Arbejdslivskommissionen, 2007.
3. Arbejdstilsynet – vejledning. <http://www.at.dk/Avp> (10. nov 2011).
4. Netterstrøm B. Stresshåndtering. København: Hans Reitzels Forlag, 2007.
5. Borg V, Nexø MA, Kolte IV et al. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2010.
6. Langvarig stress – rådgivning til almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
7. Kender du til stress? København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
8. van der Klink JJ, van Dijk FHJ. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders on occupational and primary care. *Scand J Work Environ Health* 2003;29:478-87.
9. Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE et al. Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work Stress* 2006;20:129-44.
10. Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B et al. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry* 2006;28:223-9.
11. de Wente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM et al. Individual and group cognitive-behavioural treatment for work-related stress complaints and sickness absence. *J Occup Health Psychol* 2008;13:214-31.
12. Nickel C, Tanga S. Men with chronic occupational stress benefit from behavioural/psycho-educational group training. *Psychol Med* 2007;37:1141-9.
13. Rebergen DS, Bruinvels DJ, van der Beek AJ et al. Design of a randomized controlled trial on the effects of counselling of mental health problems by occupational physicians on return to work: the CO-OP-study. *BMC Pub Health* 2007;7:183.
14. van Rhenen W, Blonk RW, Schaufeli WB et al. Can sickness absence be reduced by stress reduction programs: on the effectiveness of two approaches. *Int Arch Occup Environ Health* 2007;89:505-15.
15. Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol* 2008;13:69-93.
16. Lander F, Fiche C, Tornemand H et al. Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders? *BMC Pub Health* 2009;9:372-5.
17. Willert MV. Measures against work-related stress- results from a randomized, wait-list controlled trial of a group-based, cognitive behavioural stress management intervention [ph.d.-afhandl.]. Aarhus: Aarhus Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, 2010.
18. Netterstrøm B. Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate. *BMC Pub Health* 2010;10:658-65.
19. Netterstrøm B, Friebel L, Ladegaard Y. The effect on return to work and absenteeism of a multidisciplinary stress treatment programme. *Eur J Pub Health* 2011;21(suppl 1):191.
20. Perski A, Grossi G. Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. *Läkartidningen* 2004;101:1295-9.