

Afrapportering Stress Projekt: Stresssygemeldt Tilbage til arbejdet



Udarbejdet af:
Arbejdsmedicinsk Klinik
Aalborg Universitetshospital
Pia K. Ryom

2013

Forord

I juni 2009 gav Forebyggelsesfonden tilsagn til projekt ”Stress-sygemeldt tilbage til arbejdet” jr. nummer 09-01-2-014. Bevillingen lå i forlængelse af en 3-årig tildeling fra Det lokale Beskæftigelsesråd i Aalborg Kommune.

Det 3-årige interventions- og metodeudviklingsprojekt blev gennemført på Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg Universitetshospital fra oktober 2009 til september 2012. Projektet er et samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk Klinik og Aalborg Kommune.

Denne afrapportering er primært en beskrivelse af projektet og de henviste. Statistisk analyse af data først er muligt efter afslutning af dataindsamling i slutningen af 2014. Dog har vi nogle nøglemål som lovet i evalueringsrapporten og har valgt at give foreløbige resultater af disse.

Samlet vurderet har dette projekt særligt bidraget med viden om multidisciplinær indsats, hvor psykolog, læge, mindfulnessinstruktør og socialrådgiver sammen har forestået tilbagevendingsaktiviteter og rådgivning i forhold til at genindtræde på arbejdsmarkedet for mennesker med en stresstilstand. Der er således udviklet metoder og kommunikation i forhold til arbejdsfatholdelse og integration af stress-sygemeldte på arbejdspladsen. Projektet har været centreret omkring de forskningsmæssige anbefalinger på TTA (tilbage til arbejdet-området), hvor parallelindsats, tværfaglighed og koordination har været afgørende.

Der skal rettes en stor tak til deltagerne i projektet og de projektansatte. En særlig tak til lægesekretær Dorte Folkersen, datamanager Michael Christensen samt Arbejdsmedicinsk Klinik i Århus og kollegerne på Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg Universitetshospital.

Også tak til medlemmer af styregruppen: Eva Hultengren, Jonna Thomsen, Susanne Højbjerg, Nadia Fuglsang, Morten Lundgren, Dorthe Charlotte Jensen, Birthe Roest, Laila Baadsgaard, Karen Jacobsen, Morten Erbst, Judith Pedersen samt en stor tak medlemmerne af interessentgruppen – Kirsten Jensen, Helle Tornemann, Anelia Larsen.

Også tak for samarbejdet til Aalborg Kommunes Jobcentre – både teamledere og konsulenter samt socialrådgivere og virksomhedskonsulenter. De faglige organisationers opbakning til projektet har været tydelig, hvorfor vi også vil takke herfor.

Desuden en tak til studerende, der har rettet henvendelse, og som en del af deres uddannelse til lægesekretær, filosof, psykolog eller socialrådgiver har dykket ned i projektets faglige omdrejningspunkt.

Aalborg juli 2013

På vegne af Arbejdsmedicinsk Klinik, psykologfaglig ansvarlig ledende psykolog Pia Ryom, projektleder Vivi Imer Hansen

Indholdsfortegnelse

Forord	1
Baggrund	4
Problemstilling og formål	7
Kalibreringsfasen	8
Resumé	10
Design	13
Demografiske data	15
Interventionsprogrammet	19
TTA-programmet	23
Målemetoder	27
Foreløbige resultater	28
DREAM-data	41
Formidling	45
Undervisning, foredrag og formidling	49
Diskussion	50
Konklusion	53
Referencer	55

Afrapportering
Stress Projekt:
Stresssygemeldt Tilbage til arbejdet
Udarbejdet af:
Arbejdsmedicinsk Klinik
Aalborg Universitetshospital
Pia K. Ryom
2013

Baggrund

Psykiske arbejdsbelastninger er hvert år årsag til 1,5 mio. fraværsdage blandt den erhvervsaktive danske befolkning. Det har store samfundsøkonomiske omkostninger – men også menneskelige konsekvenser. Disse ses for eksempel i forhold til, at et stigende antal danskere udvikler stress¹.

Gennem de senere år er der stillet skarpt på det psykiske arbejdsmiljø, hvor der ofte er rapporteret, at der er et stigende sygefravær på baggrund af stressrelaterede symptomer. Denne oplevelse kan vi genkende fra dagligdagen på Arbejdsmedicinsk Klinik, hvor andelen af patienter henvist med psykisk betingede problematikker og lidelser er steget fra cirka 5 % i 2005 til 28 % i 2012.

Det fremgår af den nye forskning fra Det Nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø (NFA) udgivet 11.12.2012, at det store studie: Arbejdsmiljø og Helbred i Danmark 2012, udfyldt af 16.300 beskæftigede viser, at 15 % af alle deltagerne rapporterer, at de har følt sig stressede hele tiden eller ofte indenfor de seneste 2 uger.

Det har ført til, at der den seneste årrække er iværksat en række TTA projekter (Tilbage Til Arbejdet). Der findes imidlertid ikke entydig evidens for, at sådanne interventioner har en bedre effekt end konventionel behandling².

I et review fra 2000³ gennemgås effekten af interventioner mod arbejdsrelateret stress. Her konkluderes, at kognitiv behandling er den optimale behandling mod arbejdsrelateret stress. Der findes ikke studier, der viser entydig signifikant effekt af organisatoriske interventioner, hvilket ses i metaanalyser foretaget på baggrund af 48 eksperimentelle studier⁴. Nyere reviews finder dog, at en kombination af individuel og organisatorisk intervention har større effekt end interventioner, der kun retter sig mod det ene af disse niveauer⁵.

Andre studier finder, at kognitiv intervention har en positiv effekt på psykisk velbefindende og stresshåndtering, men finder desuden, at kombination af fysiske øvelser og afspænding har en tilsvarende positiv effekt⁶. Det tyder på, at fysisk intervention tilsyneladende er lige så effektiv som kognitiv intervention. Dette er i modsætning til ældre resultater fra metaanalyser, der finder, at kognitiv behandling har en signifikant højere effekt end afspænding⁷.

1 Juel Sørensen et al. 2006

2 Reynolds S. side 315-319 samt Borg (2010)

3 Reynolds, S side 315-319

4 Van der Klink, side 270-276, 2001

5 Lamontagne et al. side 268-280 samt Galbraith og Brown side 709-721. 2007

6 Van Rhenen et al.: side 139-148 samt Van Rhenen et al. 2007, side 505-515

7 Van der Klink et al: side 270-276, 2001

Coping er et område, der er væsentligt i forhold til, hvorledes belastende situationer håndteres⁸. En række studier fokuserer på, hvorledes håndtering og ændring af copingstrategier påvirker individets stressoplevelse og håndtering af stresssituationen⁹.

Resultaterne viser, at øget copingevne medfører, at stresssymptomerne reduceres, samt tyder på at deltageres evne til at håndtere fremtidige belastninger er bedret, hvilket udvikler den psykiske robusthed; resiliensen.

MARS (Midler mod ArbejdsRelateret Stress) et dansk studie, der undersøger effekten af et kognitivt stresshåndteringsprogram, viste at interventionsgruppen oplevede større reduktion af stresssymptomer end kontrolgruppen. Denne effekt var vedvarende ved opfølgning 3 måneder senere¹⁰, hvor interventionsgruppen havde et lavere selvrapporeret symptomniveau og sygefravær end kontrolgruppen – samme tendens viste sig ved brug af registerdata. Resultaterne viser dog ikke signifikans¹¹.

På denne baggrund valgte vi at opstille et design, der dels bygger på erfaringer vedrørende kognitiv behandling, dels erfaring omkring afspænding og mindfulness betydning, dels forsøge at inddrage viden fra arbejdet med TTA-aktiviteter.

De praktiserende læger pegede på manglende mulighed for henvisning til rette tilbud. De faglige organisationer beskrev stigende antal kontakter til medlemmer med stressproblemer relateret til det psykiske arbejdsmiljø.

Jobcentrene havde oplevet en stigning i antallet af sygemeldte med psykiske problemer, herunder stress, men også at behandling og arbejdspladsperspektiv ikke altid hang sammen.

Under projektet har det ligeledes vist sig, at flere aktører, bl.a. arbejdspladserne, kan opleve det som vanskeligt at håndtere sygemeldte på grund af stress på rette måde, så en tilbagevenden til arbejdspladsen sikres.

Projektets tilblivelse støttede sig forskningsmæssigt til anbefalinger fra NFA, hvorfra blandt andet professor Tage Søndergaard Kristensen pegede på ”behov for en tidlig tværfaglig og koordineret indsats med dokumenteret indsats og undgåelse af sygeliggørelse af raske”.

Det anbefales, at indsatsen foregår i samarbejde med arbejdspladser¹².

Nærværende projekt har sammensat de anbefalede elementer og fokuseret på at opsamle viden om effekten af at etablere et multidisciplinært program med tværfagligt samarbejde på tværs af sektorer og institutioner.

På den baggrund ønskede vi at udvikle et behandlingstiltag rettet mod medarbejdere eller ansatte med arbejdsrelateret stress med henblik på at reducere stresssymptomer, sygefravær samt sikre en så smidig tilbagevenden til arbejdspladsen som muligt.

8 Heany et al. (1995), I side 335-352, 1995

9 Kushnir, 1993 et al side 195-206 samt Gardner, 2005 et al. 137-152 samt Briner, 1997 et al: side 61-71

10 Willert et al. (2009), side 145-152

11 Willert et al. (2011), side 186-195

12 Videncenter for arbejdsmiljø, ”Fakta og myter om stress”, 2007

Med denne afrapportering ønsker vi at videregive erfaringer og resultater i en procesbeskrivelse, som baseres på de cirka 450 henviste til projektet.

Den foreliggende rapport er primært en beskrivelse af processen sammen med en gennemgang af succeskriterierne for projektet og en vægtning af de metoder og forebyggelsestiltag projektet har udviklet.

Vi håber, denne rapport kan indgå i en kvalificeret debat om, hvordan en indsats for stresssygemeldte tilrettelægges, så stressproblemer på landsplan kan forebygges og mindskes.

Det er forsøgt i designet at tage højde for, at de længerevarende effekter af behandling undersøges, samt hvorvidt man får hjulpet stresssygemeldte tilbage i arbejdet. Det analyseres, hvorledes effekten er 27 måneder efter interventionens start for projektets casegruppe og kontrolgruppe, men disse resultater er pga. dataindsamlingens længde endnu ikke endeligt opgjorte.

Problemstilling og formål

Det var projektets hovedformål at undersøge, om et program med stresshåndtering kan udvikles og anvendes på personer sygemeldt på grund af arbejdsrelateret stress til at sikre tilbage til arbejdet aktiviteter.

Der var 5 hovedformål og succeskriterier i projektet:

1. At 2/3 af de henviste til projektet fastholder en arbejdsmarkedstilknytning.
2. At 75 % oplever et fald i stresssymptomer.
3. At 75 % af de virksomheder, der er kontaktet, efter 1 år har en stresspolitik.
4. At 75 % af alle lægepraksisser har visiteret til projektet.
5. At det medfører et fald i kommunens udbetaling af sygedagpenge til målgruppen.

Der var tale om en benchmark aftale med partnerne på forhånd. Målene kan opfyldes eller ej; men er ikke grundlag for en videnskabelig analyse.

Kalibreringsfasen

Kalibreringsfasen tog udgangspunkt i erfaringer fra MARS-projektet på Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital¹³ samt i stressbehandlingsprojekt fra Arbejdsmedicinsk Klinik, Skive Sygehus. Disse erfaringer og de rammer, der var lagt i projektet, dannede den overordnede matrix for kalibreringsholdet med 8 deltagere med opstart oktober 2009 og slut december 2009.

Deltagerne var henvist til klinikken på sædvanlig vis. Forløbet bestod af 3 elementer: Mindfulness, psykoedukation i gruppe samt individuelle psykologbehandlinger. Der var 8 gange mindfulness-behandling, 6 gange psykoedukation i gruppe og individuelle psykologbehandlinger efter behov. Mindfulness og psykoedukation var 2 forskellige forløb, hvilket oplevedes fagligt u hensigtsmæssigt, hvorfor de 2 elementer integreredes i et samlet forløb i det endelige projekt. Gruppen med de 8 deltagere var fikseret uden løbende optag. Der blev foretaget en kvalitativ undersøgelse, hvor deltagerperspektivet særligt var vægtet.

Efter kalibreringsfasen blev det endelige interventionsprogram udviklet. Programmet bestod af 7 gange individuel behandling, 6 gange gruppesessioner med integreret mindfulness og psykoedukation ved psykolog og mindfulnessinstruktør samt "tilbage til arbejde aktiviteter" ved socialrådgiver.

Hver gruppesession varede 3 timer, og forløbet strakte sig over i alt 13 uger. Hver anden uge var der gruppesession og psykoedukation og hver anden uge individuel psykologbehandling.

Udover at gruppesessioner bestod af en integration af mindfulness og psykoedukation efter de kognitive teoriens principper, var der tale om en gruppe med løbende optag for at sikre en tidlig indsats. Der var løbende optag, så en henvist deltager startede i behandlingsforløb højst 14 dage efter visitationen.

Temaerne kunne ifølge dette princip ikke bygges ovenpå hinanden, men fulgte hinanden i en kontinuerlig sløjfe, så alle deltagere fik samme psykoedukation og mindfulness-træning.

I projektet blev deltagerne, efter visitation, randomiseret til enten en casegruppe, der fik behandling efter ovennævnte principper eller til kontrolgruppe, som fik tilbudt 2 psykologsamtaler dvs. en standardundersøgelse på Arbejdsmedicinsk Klinik.

Alle deltagere, der blev inkluderet i projektet, fik et visitationsinterview hos henholdsvis socialrådgiver og psykolog. Visitationsinterviewet sikrede, at projektdeltagerne opfyldte inklusionskriterierne, for deltagelse.

13 Thulstrup, A. M., MARS – midler mod arbejdsrelateret stress, Dansk Ramazini Center, Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital, marts 2010

Inklusionskriterierne var:

- At patienten havde været sygemeldt mindre end 8 uger.
- At man var bosiddende i Aalborg Kommune.
- At patienten var henvist af læge eller Jobcenter
- At der var tale om frivilligt fremmøde.
- At man havde gode danskundskaber.
- At visitationen viste, at det primært var en arbejdsbetinget/arbejdsudløst stresstilstand, som patienten led af.
- At der var tale om en diagnosekode via visitationen som enten var Z56.6 eller Z72.3

Eksklusionskriterierne var:

- Psykiatrisk lidelse.
- Misbrug af alkohol og rusmidler.
- Dårlige danskundskaber.
- Manglende arbejdstilknytning.
- Afslag fra henviste. For at sikre motivationen afhang deltagelsen af frivillighed.

Deltagerne modtog tests til udfyldelse. Der var tale om følgende tests:

- AMI's spørgeskema til kortlægning af psykisk arbejdsmiljø.
- SCL-90.
- Stresstest.
- Lazarus's copingtest.
- Maslachs MBI udbrændthedstest.

Disse tests blev igen sendt til deltagerne efter 9 måneder og 18 måneder og 27 måneder med henblik på dokumentation af kort- og langtidseffekt af interventionen.

Endvidere blev såvel case- som kontrolgruppen fulgt i DREAM-registeret¹⁴ i en periode fra 2 år før henvisning, indtil 2 år efter henvisning.

¹⁴ DREAM-registeret er en forløbsdatabase, der indeholder beskæftigelsesoplysninger og andre grundlæggende oplysninger.

Resumé

Projektet tog sit udgangspunkt i et stigende sygefravær med stressrelaterede symptomer, og er gennemført i et samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg Universitetshospital og Aalborg Kommune med midler fra Forebyggelsesfonden og Det lokale beskæftigelsesråd i Aalborg Kommune.

Der blev henvist fra lægepraksis og jobcentre i Aalborg Kommune. Deltagere, der opfyldte inklusionskriterierne efter visitation ved socialrådgiver og psykolog, blev randomiseret til en casegruppe med det fulde program eller kontrolgruppe, der fik tilbudt 2 psykologsamtaler, som er standardundersøgelsen på Arbejdsmedicinsk Klinik.

Projektets casegruppe blev tilbudt det udviklede behandlingstiltag for arbejdsrelateret stress, der havde til formål at sikre en smidig tilbagevenden til arbejdspladsen, mindsker sygefravær og reducerer stresssymptomer. Der blev taget afsæt i kognitiv behandling som den optimale behandling af arbejdsrelateret stress i et interventionsprogram, som kombinerede 7 gange individuel behandling, 6 gange gruppesessioner med integreret mindfulness og psykoedukation og ”tilbage til arbejde aktiviteter” ved socialrådgiver.

Den ”typiske” deltager fra Aalborg Kommune, der blev modtaget i projektet med arbejdsbetinget stress, var en kvinde mellem 34 og 47 år med mellemlang uddannelse; ansat inden for socialområdet, sundhedsområdet eller administration – ofte i arbejde med høje følelsesmæssige krav; og henvist fra lægepraksis.

På forhånd blev opstillet effektmål, som bortset fra nr. 3 blev indfriet. Målene indbefattede:

- 1: At 2/3 af de henviste til projektet fastholder en arbejdsmarkedstilknytning.
- 2: At 75 % oplever et fald i stresssymptomer.
- 3: At 75 % af de virksomheder, der er kontaktet, efter 1 år har en stresspolitik.
- 4: At 75 % af alle lægepraksisser har visiteret til projektet.
- 5: At det medfører et fald i kommunens udbetaling af sygedagpenge til målgruppen.

Effektmål 1:

”2/3 af de henviste til projektet fastholder en arbejdsmarkedstilknytning”.

Det ses, at det mål, vi havde sat os, er blevet opnået. For casegruppen ses, at 79 % efter 1 år efter visitationen til projektet, har en arbejdstilknytning, mens at tallet for kontrollerne er 72 %. For mændene havde 70 % en arbejdstilknytning efter 1 år, for kvinderne er tallet 76 %. De deltagere, der er data for efter 1½ år, øger tilknytningen til 86 % for case- og 76 % for kontrolgruppen¹⁵. Tallene er foreløbige og uden signifikans.

¹⁵ Det skal her bemærkes, at der har været et større antal ekskluderede.

Effektmål 2:

”At 75 % oplever et fald i stresssymptomer”.

Her kan man se, at såvel case- som kontrolgruppen fra første baselinemåling til 2. måling 9 måneder senere har et fald – det er således ikke kun 75 %, men samtlige, der har et fald i stresssymptomerne, såvel i casegruppen som i kontrolgruppen.

Effektmål 3:

”At 75 % af de virksomheder, der er kontaktet efter 1 år, har en stresspolitik”.

Det viste sig, at størstedelen af de virksomheder, vi havde kontakt med, forinden projekt-start havde en stress-politik.

Virksomheder, der havde igangværende indsatser for forbedring af det psykiske arbejdsmiljø ved private konsulentfirmaer eller arbejdstilsynet, blev ikke tilbudt indsats, heller ikke virksomheder, hvor projektdeltageren var fratrådt.

Effektmål 4:

”At 75 % af alle lægepraksisser har visiteret til projektet”.

Her viste det sig, at det ikke kun var 75 %, men 82 % af de praktiserende læger i Aalborg Kommune, der har henvist til projektet.

Effektmål 5:

”Fald i kommunens udbetaling af sygedagpenge til målgruppen”.

Projektdeltagerne er fulgt via Arbejdsmarkedsstyrelsens marginaliseringsdatabase DREAM. Der fremgår forskel på sygefraværslængde fra henholdsvis case- og kontrolgruppen. Det er usikkert, om sygefraværet sikkert falder mere end i casegruppen end i kontrolgruppen.

Opsummerende er effektmålene 1, 2, 4 og 5 opfyldte. For effektmål 3 har det overrasket, at de fleste arbejdspladser allerede havde stress- eller trivselspolitikker, hvorfor dette mål ikke er opnået via projektet.

Deltagerne havde solidt fodfæste på arbejdsmarkedet med et gennemsnitligt syge- og ledighedsfravær på 7 % to år før modtagelse af henvisning; et billede der holder sig til den stresssygemelding, som var adgang til projektet.

- Ved at sammenholde med arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM database ses på lang sigt, at casegruppens arbejdsdeltagelse nærmer sig 85 % det 2. år efter modtagelse; og at kontrolgruppen bevæger sig længere ned mod et niveau på godt 70 %. En større gruppe kontroldeltagere er ledige. Resultaterne er foreløbige og uden signifikans.

Tidskravene til rapportens færdiggørelse betyder, at en del af deltagerne ikke kan følges fuldt ud i de 2 år efter modtagelsen. Det er i den forbindelse positivt, hvis DREAM databasen drages ind igen, så alle kan følges i den fulde 2 års periode.

Det fremgår også, at stress er et langvarigt forløb, som selv for de, der bliver taget hånd om i casegruppen, ikke ender på samme høje beskæftigelsesniveau som før sygemeldingen.

Socialrådgiveren tog med udgangspunkt i TTA (Tilbage Til Arbejde) konceptet fat om en tilpasning af arbejdsopgaverne til projektdeltagerens funktionsniveau. Samarbejdet med interessenterne, herunder deltagerens arbejdsplads, blev vægtet højt.

- Der blev udviklet redskaber til genoptagelse af arbejdet med såvel reducerede timer som reduceret kompleksitet i arbejdsopgaverne og gradvis optrapning, hvilket har udviklet sig til "best practice".

Psykologiske tests var en integreret del af forløbet. De dokumenterede ved indgang i projektet, at der faktisk var tale om, at hele gruppen såvel case som kontrol havde meget høj stress score. Som venteligt faldt niveauet for alle over tid.

På copingtesten ses, at problemløsning og positiv revurdering i forhold til kontrolgruppen. Maslachs udbrændthedstest viste, at især en høj score på målet: emotionel udmattelse kendetegner deltagerne ved modtagelse. På Maslachs udbrændthedstest i forhold til kontrolgruppen reducerer casedeltagerne forholdsmæssigt andelen af emotionel udmattelse.

Så samlet peger testene på en bedre udvikling for casegruppen. En positiv effekt; men det er vigtigt at holde fast i, at projektets sigte primært var at sikre tilbagevenden til arbejdet/arbejdsmarkedet, og at resultaterne er foreløbige og uden signifikans.

Den nytænkning, der ligger i projektet, består specielt i integration af individ og arbejdspladsniveau i samme projekt i en sammenkædning af aktørerne fra det kommunale system med sundhedssystemet og den primære sektor. Det stærke fokus på undgåelse af sygelig offergørelse af sunde mennesker, der ikke har en sygdom, men at stress i dette projekt er set ikke som en sygdom, men som et symptom på en ubalance, sammentænkning af kognitiv behandling og mindfulness samt det stærke fokus på TTA-aktiviteternes betydning for at komme sig efter en stresstilstand.

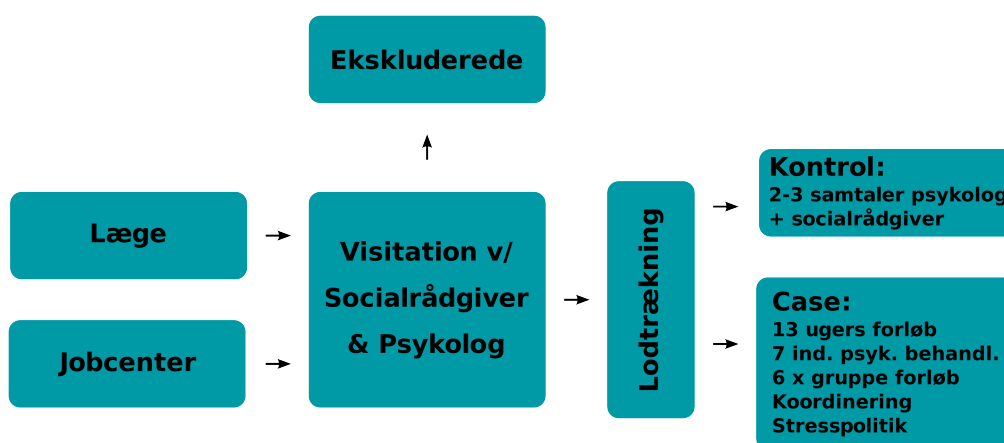
Design

I undersøgelsen indgik personer henvist til Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg Universitetshospital med stressrelaterede sygdomme og symptomer. Der var 2 henvisningsinstanser: egen læge og jobcentre i Aalborg Kommune. Projektdeltagerne måtte ikke have været sygemeldt i mere end 8 uger. Deltagerne blev randomiseret til case- eller kontrolgruppe.

Der blev foretaget målinger af deltagernes mentale helbred, stresssymptomer og copingstrategier i forbindelse med visitationen og ved opfølgning efter 9 måneder, 18 måneder og 27 måneder, for at følge interventionen over tid.

Figur 1 viser en grafisk fremstilling af undersøgelsesdesignet.

Figur 1: Undersøgelsesdesign



Projektet havde 1. optag af deltagere i januar 2010, og optaget afsluttedes i marts 2012.

Læger og jobcentre blev gjort opmærksomme på projektet ved skriftlig information, informationsmøder, telefonopringning samt omdeling af brochurer med oplysninger til mulige deltagere.

Den endelige udvælgelse af deltagere fandt sted ved visitation. Der indkom 444 henvisninger til projektet, 314 fra egen læge, 130 fra jobcentre. 142 personer opfyldte ikke kriterierne for inklusion (2 blev ekskluderet pga. fejlvisitation).

Projektet inkluderede deltagere henvist af praktiserende læger og jobcentre i Aalborg Kommune. Deltagerne var enten sygemeldte med stress eller havde opsøgt egen læge med stresssymptomer.

Inklusionskriterierne var:

- At patienten havde været sygemeldt mindre end 8 uger.
- At man var bosiddende i Aalborg Kommune.
- At patienten var henvist af læge eller Jobcenter
- At der var tale om frivilligt fremmøde.
- At man havde gode danskundskaber.
- At visitationen viste, at det primært var en arbejdsbetinget/arbejdsudløst stresstilstand, som patienten led af.
- At der var tale om en diagnosekode via visitationen som enten var Z56.6 eller Z72.3

Eksklusionskriterierne var:

- Psykiatrisk lidelse.
- Misbrug af alkohol og rusmidler.
- Dårlige danskundskaber
- Manglende arbejdstilknytning
- Afslag fra henviste – for at sikre motivationen afhæng af deltagelsen af frivillighed.

Visitationen fulgte en manuel, der afdækker de faktuelle oplysninger, social anamnese, arbejdsbeskrivelse og arbejdsbelastninger samt beskrivelse af stresssymptomer og disses debut. På baggrund af interviewet samt de udfyldte tests blev det vurderet, om deltagerne opfylder kriterierne for deltagelse i projektet.

Projektdeltagerne blev indledningsvis fordelt til case eller kontrol populationen med en nøgle, hvor randomiseringen foregik ved lodtrækning.

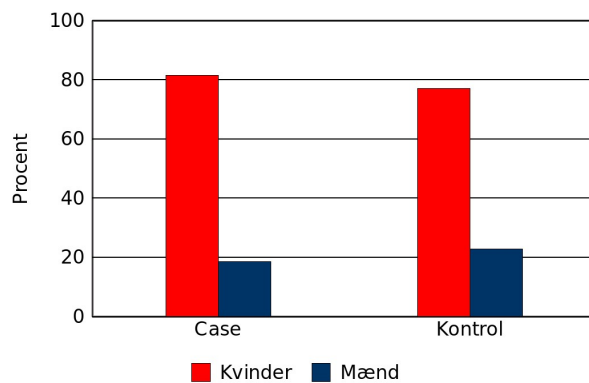
Hurtigt viste det sig, at visse projektdeltagere gjorde sig forestillinger om bevidst at blive fravalgt, når visitator forlod rummet for at lade en sekretær trække lod. Derfor blev denne procedure erstattet af, at de selv trak lod om, hvilken indsats de blev tilbudt, under visitationssamtalen hos psykolog.

Deltagerne i kontrolgruppen blev tilbudt 2-3 støttende samtaler hos den visiterende psykolog. Disse blev afholdt indenfor 6 uger, som er den sædvanlige procedure ved undersøgelse på Arbejdsmedicinsk Klinik.

Demografiske data

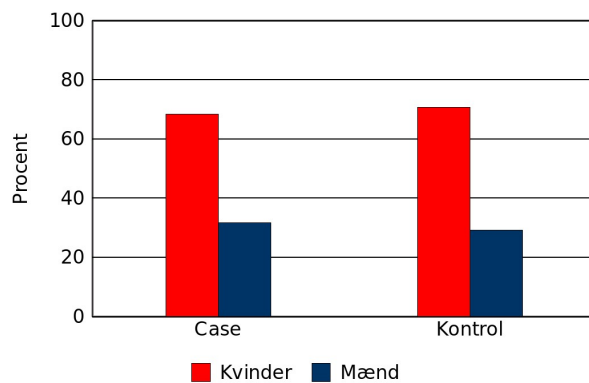
I det følgende afsnit gennemgås en række demografiske data for såvel case-gruppen som kontrol-gruppen.

Figur 2. Fordeling af praksishenviste på case/kontrol og køn (n=218)



Figur 2 viser, at case- og kontrolgrupperne er næsten ens i kønsfordelingen i henvisninger, der er modtaget fra praksis.

Figur 3. Fordeling af jobcenterhenviste på case/kontrol og køn (n=82)



Figur 3 ovenfor viser tilsvarende ens kønsfordeling for jobcenter henviste imellem de to grupper, dog er der jf. ovenstående flere mænd.

Tabel A. Henviste fra Praksis eller Jobcenter
Antal, køn, alder, fordeling på Case og kontrol og tid fra sygemelding
n=300

Henviser	Køn	Antal	Gns. alder	Antal Case og kontrol grupper		Case kont. ratio	Tid gennemsnitligt antal dage		
				Case	Kontrol		Syge-meldt til modt.	Modt, til forus.	Syge-meldt til forus.
Praksis	Kvinder	173	41,6	92	81	1,14	21	12	31
	Mænd	45	44,9	21	24	0,88	16	12	26
Kontrol	Kvinder	57	39	28	29	0,97	51	10	61
	Mænd	25	44,9	13	12	1,08	45	13	59

Tabel A viser, at kvinderne har en gennemsnitsalder på cirka 40 år, mændene på cirka 45 år.

Interessant er det også at se i tabellen, at de henviste fra praksis har 16-21 dages selvrapporert sygefravær forud for vores modtagelse af henvisning, hvorimod det for henvisninger fra jobcenteret er et spænd på 46-51 dage.

Gennemsnitligt fremgår det også, at tiden fra modtagelse til forundersøgelse i projektet har overholdt 14 dages fristen for visitationssamtale i forhold til projektdeltagelse.

Samlet viser ovenstående også, at de fleste henvisninger er kommet fra praksis med et kortere sygefravær end blandt gruppen af henviste fra jobcentre.

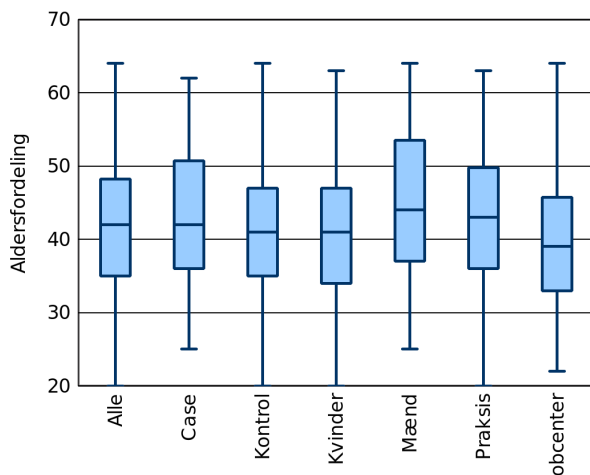
Tabel B. Henvisninger fra praksis og jobcenter
Fordelt på halvår 2010 til 2012
(n=300)

Henviser	2010		2011		2013
	1. halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halvår
Praksis	49	46	64	55	4
Jobcenter	34	24	15	9	0
I alt	83	70	79	64	4

Tabel B viser, hvorledes henvisningerne fordelte sig over tid fra henholdsvis praksis og jobcenter.

Aldersmedianen ved modtagelse for alle er 42 år. Figur 4 viser, at de henviste fra praksis er lidt ældre end de henviste fra jobcenter. Overordnet fremgår, at halvdelen af kvinderne er mellem 34 og 47 år, mens mændene ligger noget højere med halvdelen mellem 37 og 54 år. Aldersfordelingerne ses i tabel C.

Figur 4. Alder ved modtagelse
Percentiler, median og gennemsnitlig alder
(n=300)



Tabel C. Henvisninger fra jobcenter
Fordelt på jobcenter og halvår 2010 til 2012
(n=82)

Jobcenter	2010 1 halvår	2010 2 halvår	2011 1 halvår	2011 2 halvår	I alt
Centrum	21	14	10	2	47
Nord	6	4	2	2	14
Sydvest	1	2	3	1	7
Øst	6	4	4	0	14
I alt	34	24	19	5	82

Af tabel C fremgår antal henvisninger fra de 4 jobcenter i Aalborg. Det fremgår af tabellen, at Jobcenter Centrum har henvist procentuelt langt de fleste, nemlig 57 % af de henvisninger, som er tilkommet til projektet er kommet fra Jobcenter Centrum. Dette kan dels skyldes demografiske forhold. Fordelingen kan være tilfældig, måske er der for det geografiske areal, som Jobcenter Centrum dækker en høj grad af målgruppen for projektet, og endelig kan der også være en forskel i, hvor opmærksomme de praktiserende læger i området har været på henvisningsmuligheden, idet stresssygemeldte, som ikke henvises fra egen læge, ofte ender med at blive det fra jobcenteret.

Tabel D. Antal henvisende praksis til case og kontrol
Første henvisning fordelt på halvår

	Antal	Kummuleret antal
2010 1. halvår	27	27
2010 2. halvår	8	35
2011 1. halvår	11	46
2011 2. halvår	12	58

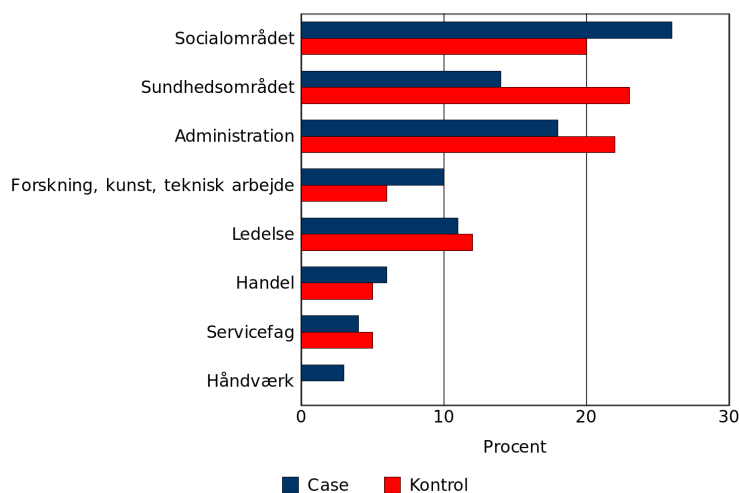
Tabel D viser, at der samlet er 58 lægepraksisser, der har henvist til projektet, hvilket svarer til 82 %. Der er løbende igennem projektet modtaget henvisninger fra nye praksisser.

Tabel E. Opgørelse over faggrupper i casegruppen og kontrolgruppen

Faggruppe	Case	Kontrol
Socialområdet ¹⁶	26	20
Sundhedsområdet ¹⁷	14	23
Administration ¹⁸	18	22
Forskning, kunst, teknisk arbejde ¹⁹	10	6
Ledelse	11	12
Handel	6	5
Servicefag	4	5
Håndværk	3	0

I tabel E og figur 5 (nedenfor) er der registreret faggruppeinddelingen. Deraf fremgår, at en betydelig del af deltagende i projektet – i alt ca. 45 % – har arbejde, hvor der typisk kan være høje ”følelsesmæssige krav” indenfor social-, sundheds- og undervisningsområdet²⁰. Desuden er der en større gruppe hhv. 11% fra casegruppen og 12% i kontrolgruppen, som har ledelsesfunktion eller akademisk arbejde – hvilket kunne indebære belastninger i forhold til ”det grænseløse arbejde”. Den administrative medarbejder er også repræsenteret med ca. 20 % af deltagerne, hvor arbejdsfeltet eksempelvis kan være præget af tempokrav, præcision og mange deadlines.

Figur 5. Faggruppe inddeling case- og kontrolgruppen



16 F.eks.: pædagog, fængselsbetjent, dagplejer, socialpædagog, socialrådgiver, præst.

17 F.eks.: Psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, klinikassistent, radiograf, læge, bioanalytiker, SOSH og SOSA.

18 F.eks.: Lægeseekretær, kontorassistent, bankrådgiver, sundhedsservicesekretær.

19 F.eks.: IT medarbejder, bygningskonstruktør, arkitekt, miljøkonsulent, maskintekniker, journalist.

20 Registrering af faggrupper jvf. Nielsen: ”Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: finding from a longitudinal study”, European Journal of Public Health, vol 21, NO 6, 806-811, 2010

Interventionsprogrammet

Programmets indhold, opbygning og struktur var modificeret i forhold til det tidligere nævnte MARS projekt²¹ – med en tilføjelse af et integreret mindfulness og psykologforløb samt et individuelt forløb indeholdende socialrådgiverfunktion. Interventionen bestod af et 13 ugers forløb med 7 individuelle behandlinger og 6 gruppesessioner á 4 timer.

Hver gruppesession startedes med siddende meditationsøvelser ledet af en erfaren og certificeret mindfulnessinstruktør, hvorefter der var psykoedukation ledet af en psykolog om et emne af relevans for stress. Herefter debatteredes emnet, og deltagerne løste opgaver i mindre grupper. Denne del af gruppesessionen ledtes af en psykolog. Gruppesessionerne afsluttedes med mindfulness, der ledes af mindfulness instruktøren.

Sessionerne fulgte en manual, udarbejdet af arbejdspsykolog og mindfulness instruktøren. Der var løbende optag i grupperne og maksimalt 12 deltagere i en gruppe. De individuelle behandlinger blev foretaget af 2 psykologer ansat ved Arbejdsmedicinsk Klinik. Der var tilknyttet socialrådgiver til projektet, og denne var behjælpelig med visitation til TTA aktiviteter, rundbordssamtaler og opstartsplaner.

Formålet med at samle deltagerne i grupper var at:

- Skabe socialt fællesskab, tilhørsforhold, frirum, hjælpere og venskab.
- Give helikopterperspektiv.
- Almengøre og skabe anerkendelse.
- Give teori over emnet.
- Skabe forståelse af symptomernes årsag og udviklingshistorie belyst ved konkrete eksempler fra gruppedeltagerne i forhold til de forskellige steder, de er i deres stressforløb.
- Almengøre typiske problemstillinger for mennesker med en udviklet stresstilstand via eksempler fra deltagerne og de forskellige positioner i forløbet.

Strukturen i projektet var 6 gruppesessioner med både mindfulness og psykoedukation i kombination varetaget af henholdsvis mindfulnessinstruktør og psykolog. Sessionerne var fast placeret hver 14. dag. I den uge, deltagerne ikke var i gruppe, blev der afholdt individuelle behandlinger hos psykolog. Der var 2 sideløbende hold med ca. 12 deltagere på hver. Deltagerne var på forskellige stadier i deres forløb. Temaerne var psykoedukation og mindfulnessstræning kombineret således, at der var 2 dele: En del i forhold til psykologernes psykoedukation og en del i forhold til mindfulnessstræningen, og disse to dele komplementerede hinanden.

21 Willert et al.,2009

De 6 gruppesessioner var struktureret som følger:

- 1. gang: psykolog: Work-Life balance, mindfulnessinstruktør, autopilot.
- 2. gang: psykolog: stresssymptomer, mindfulness: åndedrætsøvelser.
- 3. gang: psykoedukation: organisationskultur, mindfulness: behagelige, ubehagelige oplevelser, automatiske reaktioner og nye måder at forholde sig til dem.
- 4. gang: psykoedukation: pårørende, mindfulness: at arbejde med accept.
- 5. gang: psykolog: positiv psykologi, mindfulness: tanker er bare tanker, mentale konstruktioner.
- 6. gang: psykoedukation: tilbagevenden til arbejdet, mindfulness: at bringe opmærksomhed på vanskelige situationer.

For at sikre den tidlige indsats var grupperne ikke lukkede, men havde løbende optag så henviste deltagere startede behandlingsforløbet højst 14 dage efter visitationen. Oftest få dage efter.

Temaerne kunne derfor ikke ”bygges ovenpå” hinanden, da der til hver gruppesession kunne være nye deltagere. Temaerne efterfulgte derfor hinanden i en kontinuerlig sløjfe for på denne måde at sikre, at alle deltagerne fik den samme psykoedukation og mindfulnessstræning.

Fordelene var, udover at det sikrede hurtig igangsætning af behandlingsforløbet, at deltagerne mødte andre i samme situation som dem selv, men på forskellige stadier i behandlingsforløbet. Derved blev deres egen fremgang tydeligere for dem i mødet med de andre. Normaliseringen af deres tilstand skete således som kombination af den psykoedukation, de modtog fra psykologerne, og de erfaringer de delte med hinanden både uformelt og gennem de opgaver, der blev stillet i forbindelse med gruppesessionerne.

Risikoen ved det løbende optag kan være, at sammenholdet og trygheden mellem deltagerne ikke bliver så stærkt, som det erfaringsmæssigt kan være i en lukket gruppe. Dette var dog ikke noget, der mærkbart gav problemer for deltageres generelle tryghed i deltagelse i gruppesessionerne, hvor der var et generelt højt og stabilt fremmøde. Andre ulemper ved det løbende indtag er, at der ikke kan skiftes emne efter, hvad der er mest aktuelt for deltagerne, og at der ikke kan bygges videre på, hvad der er blevet talt om ved tidligere sessioner. I gruppen havde den enkelte deltager kun få andre, der var på samme sted i behandlingsforløbet som dem selv.

Hvor arbejdet med de kognitive elementer i psykologbehandlingen var inspireret af MARS projektet²², var mindfulnessprogrammet baseret på MBCT for stress reduction (MBCT-SR)²³.

(MBCT-SR er en forkortelse for MindfulnessBased Cognitive Therapy and StressRelease) udviklet af doktor Jon Kabat-Zinn, som er et læringsprogram til reduktion af stress, angst og en måde at lave fokuseret nærvær på. MBCT-SR integrerer psykoterapeutisk tilgang med meditationsteknikker.

22 Willert et al.,2009

23 Kabat-Zinn, J, 2009

Instruktøren har udviklet en tilpasset version for at imødekomme projektgruppens ønsker om løbende optag, samt i alt 6 gruppesessioner med 14 dages mellemrum. Mindfulness supplerede de psykoedukative temaer og individuelle samtaler, blandt andet med træning af mere generelle færdigheder, opmærksomhed på de indre og ydre processer, sociale interaktioner og kommunikation.

Indenfor mindfulness gruppetræningen er årsagen til den enkeltes tilstand ikke i fokus, men er rettet mod det generelle fælles menneskelige i vores erfaring med – og reaktioner på – svære situationer, og hvordan vi kan lære at håndtere dem. De psykoedukative – og især de individuelle behandlinger – supplerede mindfulnessstræningen ved at være det sted, hvor deltagerne kunne få hjælp/vejledning/støtte til at håndtere netop deres personlige problemstillinger. Interventionens gruppesessioner blev hver gang indledt med en fælles siddende opmærksomhedsøvelse for at skabe et fælles udgangspunkt og en mulighed for alle til at samle og træne opmærksomhed og slippe tankemylderet for at kunne fokusere på dagens session.

Eksempel: Det psykoedukative tema, work-life balance og mindfulnessstemaet: automatpilot.

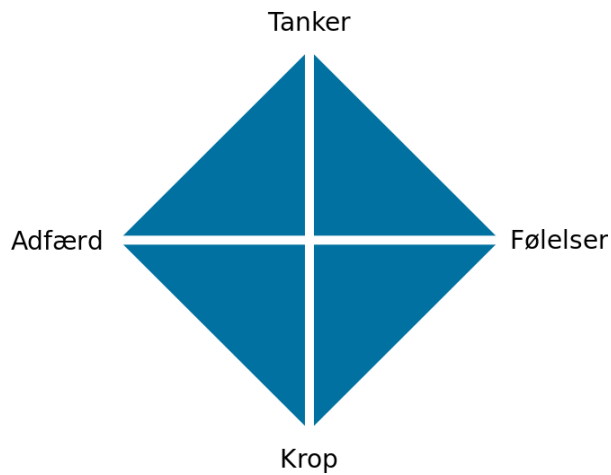
Work-life balance temaet handler blandt andet om at identificere de områder i livet, som er mest betydningsfulde for personen og en refleksion over, hvor mange af ens ressourcer der bliver brugt på dem. Mange deltagere oplevede, at de ikke tidligere havde været bevidste om, at de ikke prioriterede tid til egen trivsel ret højt, eller at de brugte forholdsvis lidt tid på det, der virkelig betød noget for dem. Mindfulnessstemaet: automatpilot understøttede deltagerens erfaring og erkendelse med en opmærksomhedsøvelse, hvor det ofte opleves, hvor let vi bliver uopmærksomme, og hvordan denne tendens kan lede til, at ens tilværelse bliver præget af ubevidste reaktioner og handlinger og leder til gamle vaner og rutiner. Ud over det trænede denne øvelse deltagerens evne til at kunne træde ud af automatpiloten og dermed skabe mulighed for at træffe bevidste valg og konstruktive handlinger.

I forhold til de individuelle behandlinger var disse, ligesom gruppebehandlingen, baseret på en kognitiv terapeutisk tilgang.

Den kognitive terapi beskæftiger sig med vores fortolkninger af verden og bygger på relationen mellem tanker, følelser, adfærd og krop – fysiologiske reaktioner. Den kognitive teori hævder, at vore erfaringer udstyrer os med et bestemt sæt personlige ”briller”, som vi ser verden ud fra. At blive opmærksom på sammenhængen mellem tanker, følelser, krop og adfærd vil resultere i bevidstgørelse om de forskellige aspekter, der fastholder personen i en ”ond cirkel”. Denne erkendelse giver samtidig en øget følelse af kontrol og styrker selvværdet.

Den kognitive diamant er en model, der bruges til at undersøge sammenhængen mellem kropslige fornemmelser og adfærd.

Figur 6: Den kognitive model



Deltagerne fik tilbudt 6 individuelle behandlinger og opfølgningssamtale hos psykolog. De blev fulgt af samme psykolog. De 6 behandlinger afholdtes med 14 dages mellemrum og var placeret i den uge, hvor deltagerne ikke var til gruppesession. Efter behov kunne der også være tale om 4 uger mellem behandlingerne.

Deltagerne havde endvidere en hotline i form af mulighed for at ringe eller maile til psykolog efter behov. Denne mulighed blev kun anvendt i begrænset omfang, men oplevedes af deltagerne, som en stor tryghed. Ligeledes har deltagerne efter endt behandlingsforløb haft tilbud om at kunne kontakte psykolog igen med samme effekt som ovenfor nævnt, at det kun er brugt i begrænset omfang, men det, at man har vidst, at der var en back-up, har givet en stor følelse af tryghed.

De individuelle samtaler er foregået ud fra en fast protokol, hvor der blev arbejdet med temaerne:

- Psykoedukation i forhold til stress.
- Problemer og målsætninger.
- Problemskabende leveregler.
- Grundlæggende antagelser.
- Personlige rettigheder.
- Tilbagefaldsforebyggelse.

TTA-programmet

Kort efter randomisering blev casedeltagerne tilbudt en samtale med socialrådgiver. En af de væsentligste opgaver for socialrådgiverne for casegruppens deltagere var at skabe overblik over situationen. Herunder overblik over hvilke professionelle interessenter²⁴, der var involverede og hvilke ressourcer, der var at trække på. Det var vigtigt at identificere og nedbryde barrierer blandt de professionelle interessenter, i forhold til tilbage til arbejde/arbejdsmarkedet aktiviteter. Barrierer kunne f.eks. bestå i forskellige perspektiver for rehabilitering, herunder f.eks. genindslusning i arbejde.

TTA-forskningen om sygefravær af mentale årsager tog først for alvor fart fra 1990'erne og 00'erne, og data peger på det gavnlige i, at der arbejdes målrettet med bl.a. følgende områder: arbejdsmodifikationer, flerstrengede arbejdspladsrettede interventionseffekter, optrapning af arbejdstid og forbedring af funktionsniveauet²⁵. Flere af disse områder har med udgangspunkt i socialrådgiverfunktionen været dækket i projektet, men tæt koblet til tværfagligt samarbejde.

Sygefravær vurderes at være en risikofaktor for førtidigt arbejdsophør, og et studie viser, at 50 % af de sygemeldte i en periode på over 6 måneder ikke vender tilbage til arbejde igen²⁶. En tidlig indsats vurderes derfor vigtig.

TTA-interventioner og TTA-forløb beskrives som en dynamisk proces, hvor udfaldet af sygefravær afhænger af en kompliceret interaktion mellem sundhedssystemet, arbejdspladsen/arbejdsmarkedet og det sociale kompensationssystem²⁷.

Nedenstående model er udviklet i forbindelse med dette projekt og har udgjort fundamentet for første kontakt mellem casedeltager og socialrådgiver. Modellen har haft den fordel, at den visuelt skaber overblik, ligesom kontakten med de væsentligste interessenter systematiseres.

24 De professionelle interesser var primært: arbejdsgiver, tillidsrepræsentant eller arbejdsmiljørepræsentant, praktiserende læge og evt. praktiserende psykolog samt efter længerevarende sygemelding over ca. 8 uger jobcenteret. Desuden kunne den faglige organisation eller differentiell diagnostik i sundhedssektoren spille en rolle.

25 Borg et al, 2010 s. 358

26 Borg et al, 2010 s. 257

27 Borg et al, 2010 s. 257

Figur 7. Interorganisatorisk model²⁸

Typisk havde casedeltagerne ikke tidligere været sygemeldte eller i øvrigt været i kontakt med det offentlige system. Se i DREAM-data figur 19 (på side 41) hvoraf det fremgår, at 93% i 2 år op til undersøgelsestidspunktet var i arbejde, medens de resterende 7% var enten ledige og sygemeldte.. De var ofte ikke bekendte med procedurer for håndtering af sygefravær på deres arbejdsplads. Dette kombineret med typiske stress-symptomer som manglende evne til at danne overblik, koncentrations- og hukommelsesbesvær besværliggjorde ofte situationen for den sygemeldte. En sygemelding gør, at der træder en række procedurer, skemaer og formalia til, som forventes håndteret primært af den sygemeldte, men i samarbejde med de professionelle interessenter. En udtalelse fra en tidligere casedeltager eksemplificerer problemstillingen:

”Det er slemt nok at være stress-sygemeldt, men for mig har det været lige så slemt at skulle forholde sig til – og prøve at forstå - alle de samarbejdspartnere under sygdomsforløbet – samarbejdspartnere med vidt forskellig dagsorden.”
(Citat projekt deltager)

²⁸ Den tomme cirkel blev udfyldt, hvis der var øvrige relevante interessenter end de allerede foreslåede.

I projektet har der i høj grad været arbejdet med rundbordssamtaler og møder på arbejdspladsen for at inddrage relevante professionelle interessenter omkring projekt-deltageren.

I 2010 blev der således afholdt 45 rundbordssamtaler, i 2011 105 rundbordssamtaler og i 2012 54 rundbordssamtaler.

Rammerne for møderne tog udgangspunkt i principperne for rundbordssamtalen²⁹, så fokus bl.a. var ordentlighed i tonen ved møderne, ligesom struktur omkring afviklingen.

I det konkrete arbejde med projektdeltagerne har der været arbejdet med deres tilbagevenden til arbejdet, og i den sammenhæng har arbejdsmodificering (tilpasning af arbejdsopgaver til projektdeltagerens funktionsniveau) været vægtet.

Arbejdsmodificering betyder i denne sammenhæng: tilpasning af arbejdsopgaver til projektdeltagerens funktionsniveau.

Den metode, som præsenteres, er resultat af dialog og internt tværfagligt samarbejde. Det fælles sprog og den fælles tilgang til tilbagevenden til arbejdet fik gradvist nedensående form.

Tilbagevenden til arbejdet-dialogen tog udgangspunkt i, at genoptagelsen af arbejdet ikke betingede fuldstændigt symptomfravær. Typisk blev arbejdet genoptaget ved først et besøg på arbejdet, og siden genoptagelse af arbejde med reducerede timer og reduceret kompleksitet i arbejdsopgaverne.

Arbejdsopgaverne blev først filtreret ud i forskellige farver i en dialog med den sygemeldte.

Arbejdsopgaver fordelt efter kompleksitet:

Røde opgaver (ikke klare nu, men på lidt længere sigt):

- Kræver overblik, og f.eks. mange samarbejdspartnere.
- Kræver koncentration.
- Er kendetegnet ved korte deadlines.
- Tempokrav.

Gule opgaver (klare på kort sigt):

- Begyndende alene-ansvar for opgaver, men med mulighed for videregivelse af opgave eller faglig sparring.

Grønne opgaver (klare ved opstarten):

- Rutineprægede opgaver.
- Opgaver præget af forudsigelighed.

29 Pedersen, B, 2000

Efter filtrering af arbejdsopgaver blev der ligeledes arbejdet med timemæssig optrapning, hvor nedenstående model dannede grundlag.

Optrapning timemæssigt (generelt):

Uge	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
1	2	2	R	2	2
2	2½	2½	R	2½	2½
3	3	3	R	3	3
4	3½	3½	R	3½	3½
5	4	4	R	4	4
6	4½	4½	R	4½	4½
7	5	5	R	5	5
8	5½	5½	R	5½	5½
9	6	6	R	6	6
10	6½	6½	R	6½	6½
11	7	7	R	7	7
12	7½	7½	R	7½	7½
13	7½	7½	4	7½	7½
14	7½	7½	7½	7½	7

R = restitutionsdag

Ovenstående dialog om opstart på arbejde betingede, at arbejdspladsen tilpassede arbejdsopgaver og arbejdstid for en periode, og skabelonen tjente det formål at konkretisere TTA dialogen ved møderne på arbejdspladsen. Forhold på arbejdspladsen kunne vanskeliggøre den gradvise opstart som f.eks. flere samtidige sygemeldinger, forhold hos kollegaer og/eller ledelse, manglende muligheder for vikardækning mm.

I langt hovedparten af de situationer, hvor vi har været i dialog med arbejdspladserne, har det vist sig muligt med en gradvis optrapning af arbejdsopgaver og arbejdstimer.

Målemetoder

Psykologiske tests og DREAM-data

Testbatteriet indeholdt følgende spørgeskemaer og punkter:

- Demografiske, sociale og arbejdsmæssige forhold.
- AMI, der angiver selvoplevede arbejdsbelastninger³⁰.
- SCL90 måler mentalt helbred³¹.
- Stresstest udviklet af Bobby Zachariae angiver selvoplevede psykiske og fysiske stresssymptomer³².
- Ways of coping questionnaire udarbejdet af Lazarus³³.
- Maslachs burn-out inventory, MBI³⁴.
- DREAM databasen, der indeholder registerdata om offentlige ydelser³⁵.

Opfølgning

Opfølgning foretages efter 9 måneder (1. follow-up), 18 måneder (2. follow-up) samt 27 måneder (3. follow-up) efter endt deltagelse i projektet. Deltagerne interviewes over telefonen om deres helbred, nuværende arbejdssituation og væsentlige livsbegivenheder, der har indflydelse på deres velbefindende. Herefter tilsendes testene (senere omtalt som skemaer) og spørgeskemaerne. Både deltagere fra kontrol og casegruppen tilbydes tilbagemelding på testresultaterne. Registerdata indhentes fra 104 uger før deltagelse i projektet og løbende i opfølgningsperioden.

30 Christensen et al., 2006

31 Derogatis, E. 2007

32 Zachariae, B, 2008

33 Alimoglu et al., 2010

34 Schou Feli et al.,

35 Arbejdsmarkedstyrelsen DREAM, 2010

Foreløbige resultater

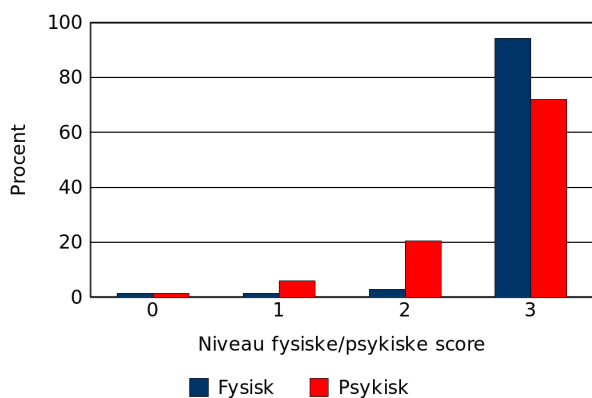
Det er kun foreløbige resultater, der præsenteres. Studiets lange follow-up periode gør, at de longitudinelle data ikke er færdigindsamlede og analyseret. Der foreligger aktuelt kun få præliminære beregninger på tværsnit og korttids follow-up.

Stress

Den anvendte stresstest indeholder de samme elementer som PSS-testen, således er symptomerne, der adspørges til de samme, og frekvenserne der spørges til er ligeledes identiske. Der er indtastet baseline for 251 deltagere i stressprojektet, 68 er registreret for 1. follow-up – lidt under 1/3.

Den 1/3, vi har data inde for, ligner stresspopulationen som helhed, og der er en ligelig fordeling af case- og kontroldeltagere, køn og henviser. Dette indebærer, at de svarer bekræftende på, at de i forhold til de psykiske symptomer på stress (fx symptomet ”følelse af stress”), fysiske symptomer (fx muskelspændinger) og adfærdsmæssige symptomer (fx. svært ved at træffe beslutninger), at de har disse symptomer enten dagligt eller flere gange ugentligt.

Figur 8. Niveau fysiske og psykiske score (case og kontrol)³⁶, målt på hyppighed og symptomforekomst, hvor 0 = ingen stress, 1 = lat. Stress, 2 = middel stress og 3 = høj stress
Alle baseline
(n=68)

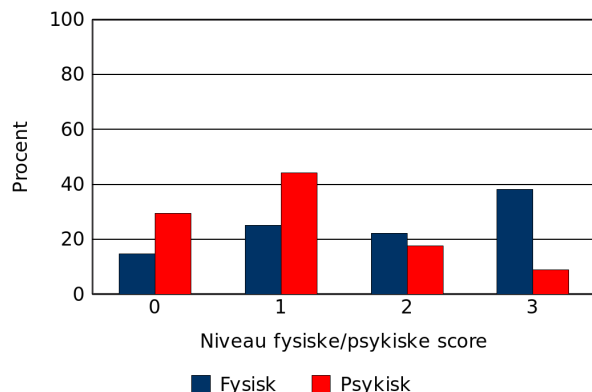


Figur 8 viser, at 90 % af case og kontrol ligger ved baseline på niveau i den højeste psykiske score i forhold til stressmåling. Uden væsentlige forskelle på de forskellige populationsopdelinger.

Case- og kontrolpopulationerne har samme niveaufordelinger. I og med der er tale om et randomiseret studie, er det jo ikke overraskende.

³⁶ Figur 8 læses sådan, at niveau 3 er det højeste niveau, og 0 det laveste.

Figur 9: Niveau fysiske og psykiske score (case og kontrol), målt på hyppighed og symptomforekomst, hvor 0 = ingen stress, 1 = lat. Stress, 2 = middel stress og 3 = høj stress
Alle 1. follow-up
(n=68)



Figur 9 viser, når man sammenligner besvarelser af baseline (baseline) med 1. follow-up (situationen efter 9 måneder), at alle falder i stressværdier uanset population fra baseline til 1. follow-up.

Der er kun nuancer på fald grupperne imellem – alle bliver med andre ord markant bedre på den oplevede stress, som testen måler³⁹.

Der er ingen forskel mellem case- og kontrolgruppen, hverken i baseline eller i 1. follow-up-scoren. De 68 med både baseline og 1. follow-up har samme udgangsscore som alle 251 med baseline, og grupperne imellem er forskellen i 1. follow-up beskedent. Dette svarer til Shelton's kommentar i den vejledning, hun har givet til PSS-testen:

“Because levels of appraised stress should be influenced by daily hassles, major events, and changing in coping resources, predictive validity of the PSS is expected to fall off rapidly after four to eight weeks.”³⁷

Så det ensartede fald populationerne imellem er i den sammenhæng forventeligt.

Coping

Her anvendtes Lazarus's copingtest.

Testen måler menneskets evne til at kunne cope og bemestre stress og pres.

Testen har udgangspunkt i, at copingstrategier enten er problemfokuserede eller emotionsfokuserede. De problemfokuserede indebærer muligheden for at ændre på stress og belastning. De strategier, som beskriver den emotionsfokuserede coping, handler om de tiltag, som personen laver for at udholde at være i situationen og forsøge at bearbejde de emotioner, som situationen bringer vedkommende i.

³⁷ http://www.ncsu.edu/assessment/resources/perceived_stress_scale.pdf

De problemfokuserede strategier dækker over følgende strategier:

1. Konfronterende coping omfatter aggressivt betonet anstrengelse på at ændre belastende forhold i kombination med en vis grad af fjendtlighed og risikovilighed.

- Udtrykt med udsagn som: ”Jeg stod fast og kæmpede for det, jeg ønskede” og ”jeg gav udtryk for vrede overfor den/de personer, der var skyld i problemet”.

2. Social støtte omfatter bestræbelserne på at søge yderligere information og opbakning og følelsesmæssig støtte.

- Udsagnene er (eksempelvis) ”jeg talte med nogen for at få situationen yderligere belyst”.

3. Accept af medansvar omfatter erkendelsen af egen rolle i problemsituationen, herunder selvbekrejdelse samt bestræbelse på at undgå lignende situationer i fremtiden.

- Udsagn som ”jeg kritiserede eller belærte mig selv” og ”jeg lovede mig selv, at tingene skulle blive anderledes næste gang”.

4. Planlæggende problemløsning omfatter bestræbelserne på at ændre belastende forhold i kombination med forsøg på at analysere problemets art og løsningsmuligheder.

- Udtryk som ”jeg vidste, hvad jeg skulle gøre og fordoblede mine anstrengelser for at få tingene til at fungere” og ”jeg lavede en handlingsplan og fulgte den”.

Af de emotionsfokuserede er der:

1. Distancering, som omfatter bestræbelser på at mindske egen involvering og reducere betydningen af problemsituationen.

- Udsagn som ”jeg tog let på situationen, nægtede at tage den alvorligt, og jeg prøvede at glemme det hele”.

2. Selvkontrol omfatter bestræbelser på at regulere følelsesmæssige reaktioner og handlinger.

- Som ”jeg prøvede at holde mine følelser for mig selv” og ”jeg prøvede ikke at reagere for hurtigt eller følge min første indskydelse”.

3. Flugt og undgåelse omfatter ønsketænkning og bestræbelser på at flygte fra eller undgå problemsituationen.

- Udsagn som ”jeg ønskede, at situationen ville forsvinde eller på en eller anden måde gå over” og ”jeg håbede på et mirakel”.

4. Positiv refortolkning omfatter bestræbelserne på at undgå belastende forhold og nyfortolke problemsituationer i et positivt lys ved at fokusere på de muligheder for personlig vækst og øget kompetenceudvikling, situationen også muliggør.

- Udsagn som ”som person ændrede jeg mig eller voksede på en god måde”.

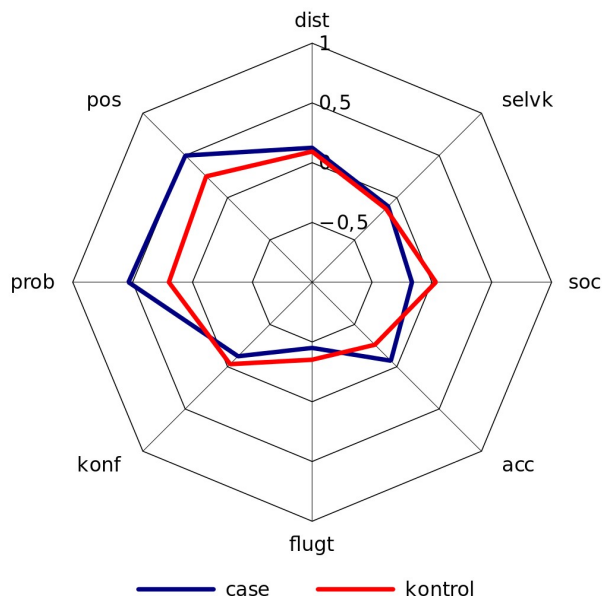
Tabel E. Lazarus Case og Kontrol
Baseline og 1. follow-up Gennemsnit på testresultater og ændring³⁸ fra 1 til 2
n=73

	Case			Kontrol		
	Test 1	Test 2	Ændring	Test 1	Test 2	Ændring
Distancering	0,69	0,82	0,12	0,66	0,75	0,09
Selv kontrol	1,19	1,09	-0,1	1,25	1,12	-0,13
Social støtte	1,33	1,16	-0,17	1,3	1,33	0,03
Accepterer ansvar	0,99	0,92	-0,07	1,09	0,83	-0,26
Flugt undgåelse	1	0,55	-0,45	0,94	0,59	-0,35
Problemløsning	1,15	1,69	0,53	1,32	1,5	0,2
Konfronterende coping	1,06	0,93	-0,12	1,05	1,01	-0,03
Positiv revurdering	0,53	1,03	0,5	0,58	0,83	0,25

I tabel E ses, at der i forhold til Lazarus's test er der meget få resultater inde indtil nu, således er der kun 73 projektdeltagere, som har besvaret såvel baseline som 1. follow-up – 39 cases og 34 kontroller. Dette gør, at de fundne resultater er belagt med betydelig usikkerhed. De mulige tendenser, som testene viser for denne gruppe er, at især dimensionerne problemløsning og positiv revurdering har en øgning for case-gruppen. Dette antyder, at de er bedre i stand til at gøre noget ved de belastninger, som findes i deres liv.

³⁸ Ændring er et gennemsnit af forskellen for de enkelte deltagere fra baseline til 1. follow-up

Figur 10: Lazarus forskel mellem baseline og 1. follow-up
Opdelt på casegruppe og kontrolgruppe³⁹
(n=73)



Figur 10⁴⁰ viser, at strategierne problemløsning og positiv revurdering tydeligvis er forskellig for case- og kontrolgruppen.

Mennesket har behov for at opleve kontrol og forudsigelighed for at kunne trives. Behovet for at føle sig værdifuld som menneske er også et stærkt behov. Dette er på spil når mennesket udvikler stress, idet evnen til at tolke oplevelser der fremmer selvverdsfølelsen nedsættes, og negativiteten og ruminationen tager over. Dette kan medføre at mennesket oplever sig hjælpeløst og der udvikles håbløshed, reduceret selvværd og nedstemthed, dette er i sig selv stress-fremkaldende. Så kan der nem skabes en sårbarhed overfor stress og pres. Over for dette står resiliensbegrebet der betegner en tilpasning der er bedre end forventet, det er dette der ses i copingstrategien positiv omfortolkning og i en øget evne til problemløsning.

I forhold til accept af ansvar som copingstrategi tager personen selv en del af ansvaret for situationen, er der nuanceforskelle, men kontrolgruppen bruger tilsyneladende i lavere grad denne strategi fra 1. måling til 9 måneder efter ved 2. måling. Derimod ses igen på nuanceniveau, at der er tendenser til diskrete forskelle på case- og kontrolgruppen i forhold til at bede om hjælp og støtte, hvor kontrolgruppen gør dette i højere grad end casegruppen.

Noget større er den mindskede flugt og undgåelsen, der søger via mental og fysisk undgåelsesadfærd at sikre individet "rum". Her ses, at tendensen reduceres i begge

39 dist = distancering, selvkr = selvkontrol, soc = social støtte, acc = acceptere ansvar, flugt = flugt/undgåelse, prob = problemløsning, konf = konfronterende coping, pos = positiv revurdering.

40 I figur 10 kan forskellen mellem skema 1 og skema 2 læses. 0 angiver ingen forskel fra baseline til 1. follow-up. Såfremt scoren er positiv er baseline højere end 1. follow-up, hvis scoren er negativ er baseline lavere end 1. follow-up.

grupper. Igen skal det understreges, at der er tale om nuancer, og at resultaterne bygger på de 25 % af projektdeltagerne, der har besvaret skema 2 på opgørelsestidspunktet.

Samlet ses, at 73 % af deltagerne i projektet blev henvist af egen læge, mens 27% blev henvist af jobcentrene. De 2 henvisningsformer kan have påvirket forløbene, som deltagerne har gennemgået, da varigheden af deres sygemelding inden henvisning varierer. Varighedsforskellen op til henvisningen skyldes reglerne for sygedagpengeområdet, hvor der i jobcenterregi er et lovmæssigt krav om sygemeldingsperioden forud for henvisning. Rent praktisk betød denne forskel, at der i gennemsnit gik 49,30 dage med en standardafvigelse på 11,56 dage fra, at de 79 jobcenterdeltagere blev sygemeldt til de kom til modtagelsessamtale på Arbejdsmedicinsk Klinik. Hvorimod de 174 lægehenviste deltagere i gennemsnit havde 19,80 dage med en standardafvigelse på 18,93 fra deres sygemelding til modtagelsessamtalen på Arbejdsmedicinsk Klinik. Dette er en signifikant forskel.

De 2 strategier, som casegruppen i højeste grad har udviklet mest, er problemløsningssevnen samt den positive revurdering. Begge copingstrategier sætter personen i stand til se muligheder og handle strategier frem for begrænsninger i forhold til den stressende situation, der skal copes i eller det belastende livsforhold, som er med til at påvirke personens stressniveau.

Dette betyder, at der kan være sket en øget kreativitet og en øget resiliens og psykisk robusthed i forhold til måden at tackle krav, belastninger og stress på hos personerne, ikke at studiet på empirisk og statistisk niveau kan eftervise dette, men med forsigtighed kan resultaterne tolkes i denne retning.

Det skal igen understreges, at resultaterne er ikke signifikante og foreløbige, og at der ved en længere opfølgingsperiode er mulighed for, at der sker en udjævning af case- og kontrolgruppernes udgangspunkt.

Udbrændthed

Udbrændthed blev målt med Maslach's udbrændthedstest.

Der er modtaget baseline for 249 projektdeltagere og både baseline og 1. follow-up for 58 deltagere på opgørelsestidspunktet.

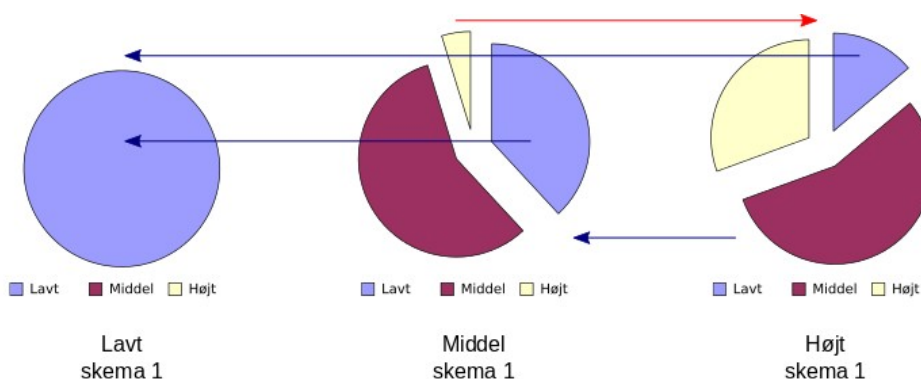
Udbrændthed er i Maslachs definition en tilstand af faglig-, identitets- og krisemæssig karakter, som individet udvikler på baggrund af en længerevarende stress-tilstand, der ikke er bemestret. Tilstanden medfører en massiv tilbagetrækningsreaktion som følge af de følelsesmæssige dilemmaer og belastninger i arbejdet. Udbrændtheden er knyttet til at have mennesker som sit genstandsfelt i arbejdet.

Maslach måler udbrændthed på 3 overordnede dimensioner:

1. Den emotionelle udmattelse.
2. Den professionelle selvtillid.
3. Depersonalisering.

1: Emotionel udmattelse

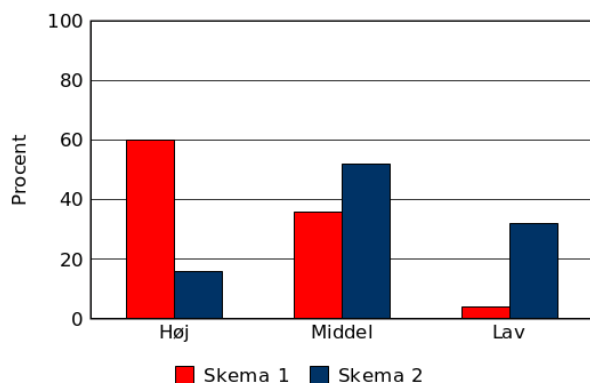
Figur 11. Hvordan deltagerne bevæger sig fra baseline til 1. follow-up Emotionel udmattelse



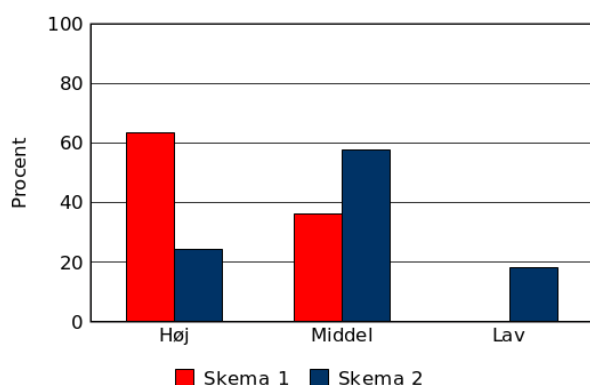
Figur 11 viser med blå pile deltagerne, der har flyttet sig mod bedring. Røde pile viser den lille gruppe, der har forværret symptomer ved 1. follow-up. Resultaterne er foreløbige og uden signifikans.

Ser man på niveauet for emotionel udmattelse i figur 11 for både case- og kontrolgruppen, er der en gradvis bedring, hvor man fra højt niveau for hovedpartens vedkommende bevæger sig mod middel niveau, og for en mindre dels vedkommende til lavt. På middel niveau bevæger sig mod lavt niveau. Det fremgår, at deltagerne via testene får det bedre, men også at ganske mange (76 %) stadig er placeret på højt eller middel niveau.

Figur 12. Emotionel udmattelse
Fordeling på niveauer baseline og 1. follow-up
Case n=25



Figur 13. Emotionel udmattelse
 Fordeling på niveauer baseline og 1. follow-up
 Kontrol n=33



Tendenserne i resultaterne er, at deltagerne i forhold til emotionel udmattelse starter med at lægge højt, hvorpå man kan se en glidende bedring for såvel case som kontrolgruppen, men det ses også, at ganske mange stadig er emotionelt udmattede langt inde i forløbet. Deltagerne får det således – i forhold til den testmæssige oplevelse – bedre, men det går langsomt.

Tendenserne i resultaterne er, at deltagerne i forhold til emotionel udmattelse starter med at være på et højt niveau, hvorpå man kan se en gradvis bedring for såvel case som kontrolgruppen, men det ses også, at ganske mange også er emotionelt udmattede langt inde i forløbet.

Deltagerne får det således i forhold til den testmæssige oplevelse bedre, men det går langsomt.

2: Professionel selvtillid

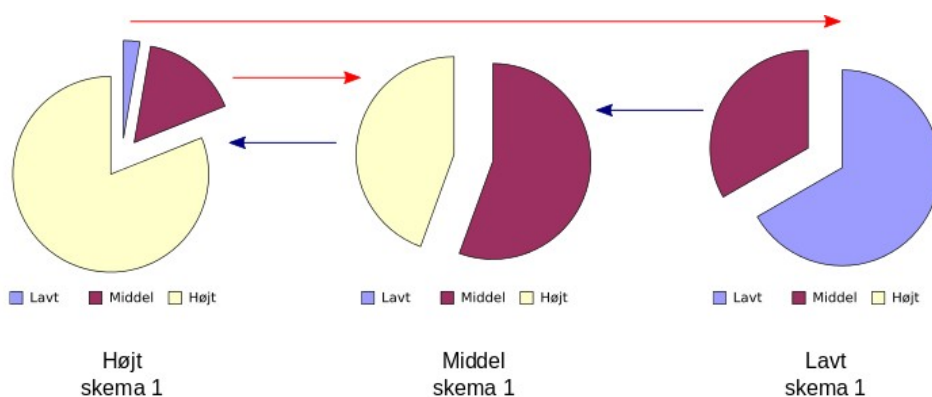
I professionel selvtillid er en høj score et positivt udfald, som 64 % af samtlige har i baseline.

De fordeler sig i 1. follow-up samlet set med 81 %, der fastholder det høje niveau; 16 % rykker til middel og 3 % til lavt.

Af de 31 % på middel niveau i baseline, forbedrer 44 % niveau til højt; og 3 deltagere på lavt niveau bevæger sig til middel.

Det betyder, at der er bevægelighed fra baseline til 1. follow-up, hvor der både er nogle, der får det bedre, og andre der ikke gør.

Figur 14. Hvordan deltagerne bevæger sig fra baseline til 1. follow-up
 Professionel selvtillid

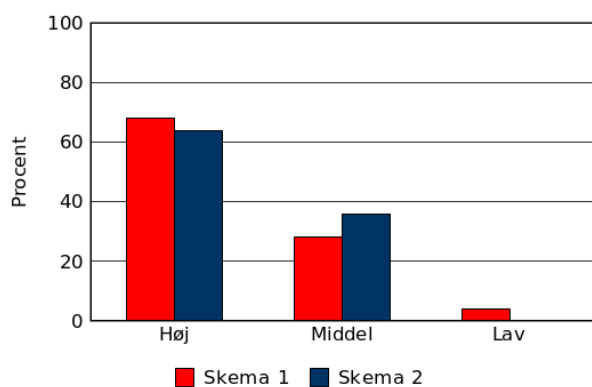


Dette er visuelt fremstillet i figur 14, hvor rød pil viser forværringen og blå pil viser forbedring af den professionelle selvtillid.

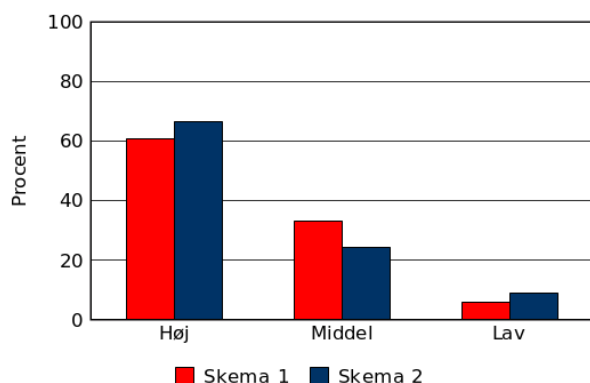
Den professionelle selvtillid er indledningsvis hos alle, der besvarer baseline, 66 % på højt niveau, som for dette mål er positivt.

En fortsat testopfølgning af populationen vil styrke validiteten i data.

Figur 15. Professionel selvtillid
 Fordeling på niveauer baseline og 1. follow-up
 Case n=25



Figur 16. Professionel selvtillid
Fordeling på niveauer baseline og 1. follow-up
Kontrol n=33



Figur 15 og figur 16 viser kun en marginal forskel mellem case- og kontrolgruppen. Imidlertid er der en lille forskel, når der ses på niveauet: lav professionel selvtillid. Casegruppen er ikke længere repræsenteret i lav, imens der hos kontrolgruppen ses en beskedent stigning. Resultaterne er foreløbige og uden signifikans.

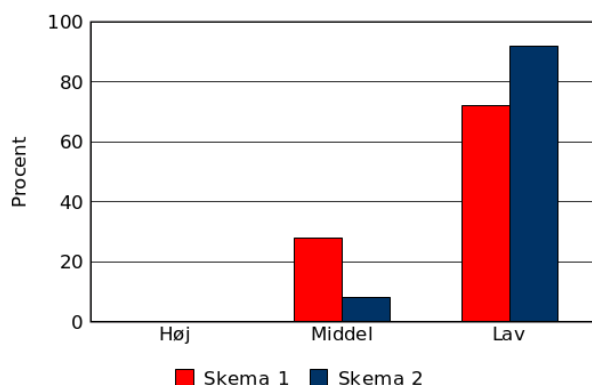
De få resultater, der er inde kan tyde på i forhold til professionel selvtillid, at casegruppen bevæger sig væk fra at have en lav professionel selvtillid, hvorimod der ikke ses helt den samme bevægelse hos kontrolgruppen. Der er tale om meget foreløbige resultater uden signifikans.

I modsætning til den klare bedring på dimensionen: emotionel udmattelse er den professionelle selvtillid generelt ret uændret fra baseline til 1. follow-up for begge grupper.

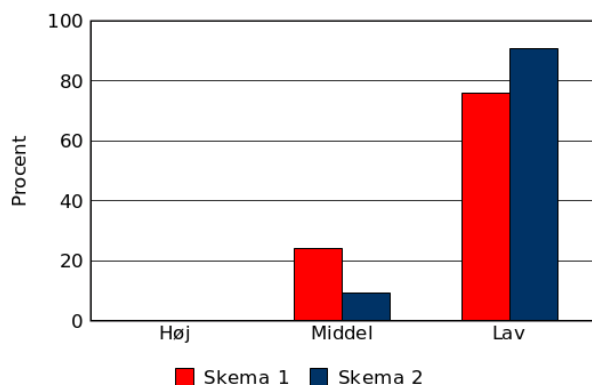
3: Depersonalisering

Figur 17 og 18 viser, at der både for case og kontrol generelt er en meget lav scoring på depersonalisering, hvorfor der ikke kan ses nogle resultater på dette punkt. Af alle, der har besvaret baseline, er der 4 % i den samlede population på højt niveau: depersonalisering. Disse 4% er ikke repræsenterede i hverken case- eller kontrolgruppen med 1. follow-up, hvor de modtagne besvarelser er på lavt eller middel niveau.

Figur 17. Depersonalisering
Fordeling på niveauer baseline og 1. follow-up
Case n=25



Figur 18. Depersonalisering
Fordeling på niveauer baseline og 1. follow-up
Kontrol n=33



Der er en større andel på middel, mens andelen på lavt niveau svarer til fordelingen i den samlede population, se figur 17 og 18. Depersonalisering betegner, at et – ifølge Maslachs burn-out teori, at et stresset/belastet/belastende arbejdsmiljø kan medføre en emotionel belastning, der medfører, at medarbejderens empati for de mennesker, vedkommende har som sit genstandsfelt svækkes. Dette skaber risiko for, at den empatiske omsorg nu ”slår om” i sin modsætning, hvor den professionelle omsorgsperson får en depersonaliseret omgang med de, hun har som sit arbejde og begynder at opleve de mennesker, der skal hjælpes som et belastende objekt frem for et medmenneske, som er omsorgskrævende.

Maslach beskriver især, at tidspres og manglende autonomi er nogle af de forhold, som kan fremme disse reaktioner.

Fra baseline til 1. follow-up bedres for alle fra 74 % til 91 % på lavt niveau uden større forskel på case og kontrol.

Det, at 9 % er på middel niveau i 1. follow-up, er en høj andel, da depersonaliseringens reaktion vurderes at være en forløber for en manifest udbændthedstilstand.

Sammenfatning Maslach

Der er tale om en gruppe, der som forventeligt ved deres start i stress projektet ligger højt på MBI målene: emotionel udmattelse og depersonalisering. Begge bedres undervejs for deltagere, som kan sammenlignes på baseline og 1. follow-up.

Depersonalisering bedres fra 74 % til 91 % på lavt niveau. Der er ingen forskel på case og kontrol.

På målet emotionel udmattelse er der en synlig forskel på case og kontrol. Her ender 32 % af case på lavt niveau overfor 18 % i kontrol; mens case reducerer andelen på højt niveau til 16 % overfor 24 % i kontrol.

Studiet viser, at der er tale om en gruppe, der ligger højt på MBI-målene emotionel udmattelse og depersonalisering på baseline. Dette kan skyldes, at der er tale om en gruppe, der arbejder med andre mennesker som deres genstandsfelt i form af at arbejde indenfor social sundhed og undervisningsområdet, således er der tale om, at 43 % af casedeltagerne arbejder indenfor dette område, og 46% af kontrolgruppen arbejder indenfor dette område.

Udbændthed er oprindeligt fra forskeren Maslach, der har udviklet begrebet, defineret som "et syndrom af følelsesmæssig udmattelse", som består af 3 dimensioner, dels den følelsesmæssige udmattelse, som er en følelse af ikke at kunne yde mere. Depersonalisering, som er en udvikling af negative, kyniske holdninger og følelser overfor ens "klienter" og en personlig effektivitet, en tendens til negativ selvbedømmelse – især med hensyn til klientarbejde.

I senere litteratur afgrænser Maslach udbændthed på følgende måde:

"Udbændthed er et psykologisk syndrom, der omfatter en forlænget reaktion på stressorer på arbejdspladsen. Især omfatter det kronisk stress, der resulterer fra inkongruens eller misfit mellem arbejderen og jobbet. Senere beskrives de 3 nøgledimensioner at være:

En overvældende udmattelse

Følelse af kynisme

*Tilbagetrækning fra arbejdet og en følelse af ineffektivitet og manglende præstation"*⁴¹

41 Maslach 2003

Udbrændthed er således ifølge Maslach en nedslidningstilstand, som kommer efter længerevarende udsættelse for stress. Meget peger på, at der er disonans mellem de oplevede følelser og kravene om at udtrykke en bestemt følelse for mennesker, som udvikler udbrændthed.

Således peger Zapf⁴² på, at denne disonans handler om emotionel regulering, idet kravene til arbejdet og dets udførelse kræver et bestemt følelsesmæssigt udtryk af empati og engagement, og kravet om at skjule og undertrykke evt. negative følelser overfor klienten og modsat vise sympati og empati, selvom man oplever det modsatte. Der peges på, at jo oftere og desto mere dybdegående disse oplevelser er, jo mere negativ er effekten i forhold til stress og psykisk velbefindende, ligesom man med Lazarus (1984 og 1999) ser, at den emotionelle disonans med tiden kan påvirke coping ganske kraftigt, idet Zapf i sine værker, senest en gennemgang af 12 undersøgelser af emotionelt arbejde viser, at emotionel udmattelse er positivt associeret med emotionel disonans og udvikling af burn-out.⁴³

42 Zapf 1999 (200)

43 Zapf 2002

DREAM-data

Der er rekvireret data ved projektets afslutning via Beskæftigelsesministeriets marginaliseringsdatabase DREAM, der administreres af Arbejdsmarkedsstyrelsen. Database indeholder beskæftigelsesoplysninger og andre grundlæggende oplysninger med relevans for tilknytning til arbejdsmarkedet.

Nedenfor er en gennemgang af de foreliggende data. Endelig analyse må afvente datindsamlingens afslutning i løbet af 2014. En fremtidig analyse, hvor alle data er til rådighed er naturligvis ønskelig, men afhænger af, at de nødvendige ressourcer er til rådighed.

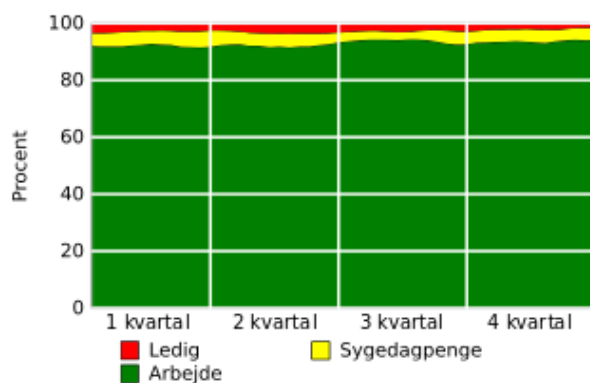
Det foreliggende er en beskrivelse af gennemgang af tallene ved projektafslutning.

I det følgende er der anvendt en opgørelsesmetode, som beskrevet af Jensen, LD samt Kolstad HA⁴⁴. Deltagerne opdeles på grupperne:

Grøn = arbejde.
 Gul = sygedagpenge.
 Rød = a-kassedagpenge.
 Sort = permanent overførsel: efterløn, flexydelse, førtidspension, ledighedsydelse, fleksjob, skånejob.

Vi ekskluderede kategorierne: folkepensionister og udvandrede, i databehandlingen. Deltagere med flexjob før modtagelsen blev betraget som i arbejde.

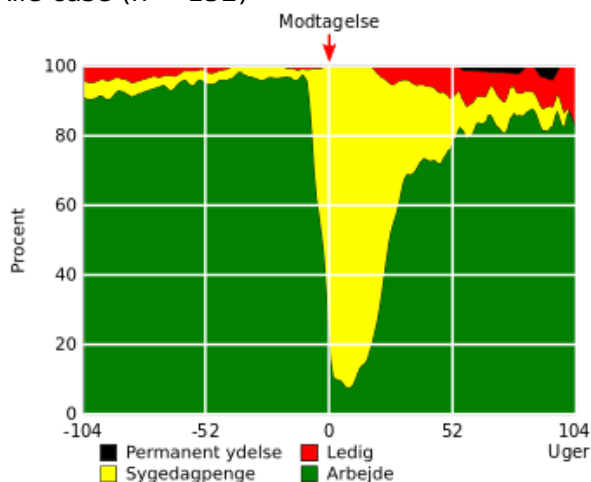
Figur 19. Case og kontrolgruppen:
 104-52 uger FØR modtagelse af henvisning.
 (n=296)



44 Kolstad HA et al, samt Jensen LD et al 2012 samt Jensen LD et al 2011

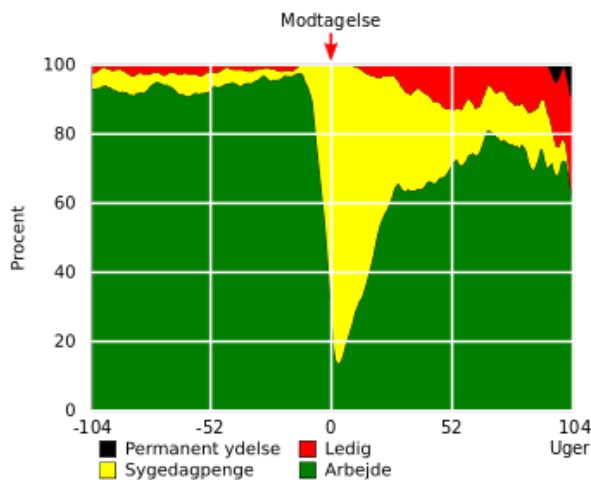
I figur 19 ses, hvordan case- og kontrolgrupperne så ud det 2. år fra 104-52 uger før modtagelse af henvisning til projektet. Det ses, at der er en tale om en gruppe med stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, hvor gennemsnitlig 93% var i arbejde. De resterende var enten ledige eller sygemeldte.

Figur 20. Arbejde, sygedagpenge, ledighed og permanent overførsel: 2 år før og 2 år efter modtagelse. Alle case (n = 152)



Figur 20 viser, at casegruppen 2 år efter sygemeldingen nærmer sig en arbejdsdeltagelse på cirka 85%. Figur 21 viser, at kontrolgruppen efter 2 års sygemelding har en arbejdsdeltagelse på cirka 75%.

Figur 21: Arbejde, sygedagpenge, ledighed og permanent overførsel 2 år før og 2 år efter. Alle kontrol (n=144)



Før kontrolgruppen ses det, at arbejdet genoptages hurtigt efter randomisering, top-
per efter cirka 1 år og 3 måneder på cirka 80 %, hvorefter arbejdsmarkedstilknytning-
gen igen er faldende.

Foreløbige analyser af DREAM-data tyder på, at casegruppens arbejdsdeltagelse nær-
mer sig 85 % efter det 2. år, hvorimod kontrolgruppen er lavere med en arbejdsdel-
tagelse på cirka 75%.

Det er dog vigtigt at understrege, at resultaterne er foreløbige og uden signifikans.
Endelig analyse må afvente afslutning af dataindsamling i løbet af 2014.

Tabel F. Gennemsnitligt antal uger casegruppen og kontrolgruppen
Sygedagpenge, arbejde og ledighed
Seneste 26 og 12 uger det første år efter modtagelsen
(n=180)

	26 seneste uger				12 seneste uger			
	Arbejde	Sygedag- penge	Ledighed	Ratio Sygedag- penge /arbejde	Arbejde	Sygedag- penge	Ledighed	Ratio Sygedag- penge /arbejde
Case	18,25	5,95	1,78	0,33	8,83	2,20	0,95	0,25
Kontrol	16,72	6,69	2,59	0,40	8,05	2,48	1,47	0,31

Tabel G. Gennemsnitligt antal uger casegruppen og kontrolgruppen
Kvinder. Sygedagpenge, arbejde og ledighed
Seneste 26 og 12 uger det første år efter modtagelsen
(n=140)

	26 seneste uger				12 seneste uger			
	Arbejde	Sygedag- penge	Ledighed	Ratio Sygedag- penge /arbejde	Arbejde	Sygedag- penge	Ledighed	Ratio Sygedag- penge /arbejde
Case	18,89	5,38	1,70	0,28	9,16	1,89	0,92	0,21
Kontrol	16,26	6,97	2,77	0,43	7,91	2,56	1,53	0,32

Tabel H. Gennemsnitligt antal uger casegruppen og kontrolgruppen
Mænd. Sygedagpenge, arbejde og ledighed
Seneste 26 og 12 uger det første år efter modtagelsen
(n=40)

	26 seneste uger				12 seneste uger			
	Arbejde	Sygedag- penge	Ledighed	Ratio Sygedag- penge /arbejde	Arbejde	Sygedag- penge	Ledighed	Ratio Sygedag- penge /arbejde
Case	15,74	8,16	2,11	0,52	7,53	3,42	1,05	0,45
Kontrol	18,19	5,81	2,00	0,32	8,48	2,24	1,29	0,26

Tabel F, G og H viser fordelingen af sygedagpenge, arbejde og ledighed udtrykt som gennemsnitlig antal uger i perioden seneste 12 uger og 26 uger efter rekruttering til undersøgelsen i case- og kontrolgruppen.

Tabel F viser for alle deltagere, tabel G for kvinder og tabel H for mænd.

I alle grupper for såvel mænd som kvinder steg ratio sygedagpenge/arbejde fra opgørelsen de seneste 12 uger til de seneste 26 uger.

For kvinder var ratio lavest i casegruppen både ved opgørelse 12 og 26 uger efter rekruttering. For mænd var ratio højere i casegruppen end i kontrolgruppen.

Ledigheden var for kvinder lavere i casegruppen både ved opgørelse 12 og 26 uger efter rekruttering. Det modsatte var tilfældet ved mænd, hvor ledigheden er størst i casegruppen.

Det er usikkert, om forskelle i ledighed kønnene imellem kan have indflydelse på rationen.

Der ses forskel i hvor mange fra casegruppen og hvor mange i kontrolgruppen, der er i arbejde, som modtager sygedagpenge og som har ledighed.

Hvis man sammenligner kvinder og mænd er tallene meget forskellige. Dette kan dels skyldes, at der er relativt få mænd med i undersøgelsen – der er kun 70 mænd med, mens der er 230 kvinder.

Data tyder på kønsmæssige forskelle i effekten af psykiske behandlingsmetoder⁴⁵.

I et mindre kvalitativt studie af mændene i undersøgelsespopulationen foretaget af psykolog Heidi Berg tydede resultaterne på, at mændene i studiets eget selvbillede og selvopfattelse var negativt påvirkede af stress, og at interventionsmetoderne i ringere grad havde passet til mændene i dette studie end kvinderne. Mændene fortæller om en betragtelig oplevelse af egotrussel og en stærk oplevelse af skam og skyld i forhold til omgivelserne ved at have udviklet stress, en forskel, som er markant anderledes end det berettes fra kvindegruppen i studiet.

Resultaterne underbygges af nyere forskning, herunder Svend Aage Madsens forskning fra 2006 og 2007, hvor der peges på, at mænd og kvinders psyke reagerer forskelligt under pres, hvor en generaliseret forståelse viser, at kvinderne oftere søger nærhed med andre, mens manden søger selvbestemmelse, kvinden søger trøst, mens manden søger handling.

Kvinden går til problemerne og vil tale dem igennem, mens manden fokuserer på det positive og håb. Disse reaktionsformer har betydning for, hvordan mænds og kvinders handlemønstre er i forhold til at søge hjælp. Ofte søger mænd ikke hjælp, men gode råd.

Afslutningsvis er der oplysninger om psykologbehandling ved anden psykolog end ved Arbejdsmedicinsk Klinik. Der er tale om selvrapporterede data fra 147 i DREAM-populationen. I casegruppen har 20 % været i kontakt med anden psykolog, hvorimod der fra kontrolgruppen er tale om 59%. Det er ikke overraskende, at kontrolgruppen i højere grad har modtaget eksternt psykologbehandling, da det ofte er anbefalet herfra. Effekten af denne eksterne psykologbehandling er ikke indtil videre analyseret selvstændigt og i forhold til andre effektmål, men bør gøres, når endelig dataanalyse kan foretages.

45 Winnet et al 2012, Kinglerlee 2011, Eisler et al 2000, Good et al 2005, Madsen, S, 2006 & 2007

Formidling

TTA-aktiviteter

De aktiviteter, der er lavet omkring formidling er dels baseret på TTA-aktiviteter, dels viden om stress og forebyggelse af dette.

Et af projektets hovedsigte har været at udvikle metoder til at sikre, at stresssygemeldte kan returnere til arbejdspladsen og bibeholde arbejdsmarkedstilknytning. Dette er foregået efter de anbefalinger, der ligger fra NFA.

Det anbefales fra NFA, at der vedrørende TTA-indsatsen pga. mentale helbredsproblemer generelt tages højde for følgende i forhold til den enkelte:

1. Tidlig opsporing og behandling.
 - For at undgå unødige arbejds- og helbredsmæssige følgevirkninger anbefales en tidlig og hurtig behandlingsindsats, der lever op til evidensbaserede retningslinjer.
2. Undersøgelse af den sygemeldtes funktionsnedsættelse i relation til forskellige typer af arbejdsopgaver.
 - Det anbefales, at der foretages en grundig afklaring af medarbejderens funktionsnedsættelser for at kunne tilpasse arbejdsopgaverne og samarbejdsrelationer derefter.
3. Modifikation af arbejdsopgaver.
 - For at tage hensyn til medarbejderens midlertidige nedsatte arbejdsevne efter en sygemelding anbefales det at modificere arbejdsopgaverne herefter.
4. Koordinerende indsats ved inddragelse af relevante aktører.
 - Det anbefales, at alle relevante aktører i samråd med den sygemeldte inddrages, når en medarbejder med mentale helbredsproblemer skal tilbage til arbejde efter en sygemelding.
5. Vejledning og samarbejde.
 - Det anbefales at støtte medarbejdere i processen mod at vende tilbage til arbejde ved hjælp af dialog og vejledning.
6. Social reintegration på arbejdspladsen.
 - Det anbefales, at man på arbejdspladsen er opmærksom på at reintegrere medarbejdere med mentale helbredsproblemer. En social reintegration af medarbejderen kan fremmes ved f.eks. at etablere en mentorordning på arbejdspladsen og ved at involvere kollegaerne i den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet.

I mødet med casedeltagerne og deres arbejdspladser har der været opmærksomhed på nedenstående forhold, som særligt kan gøre sig gældende for stress-sygemeldte:

”Stigmatisering”: Komplicerer arbejdsmodificeringer, samarbejde med kollegaer og rehabilitering på arbejdspladsen.

”Arbejdsrelaterede mentale helbredsproblemer”: udviklingen af mentale helbredsproblemer er kompleks. Såfremt arbejdspladsen eller arbejdsmiljøet har været medvirkende til udviklingen af det mentale helbredsproblem, kan det være problema-

tisk at vende tilbage til samme arbejdsplads. I sådanne tilfælde er det vigtigt med en grundig udredning af arbejdsmiljø og eventuelle risikofaktorer i arbejdsmiljøet, der kan påvirke den mentale helbredstilstand ved tilbagevenden.

”**Arbejdsnærvær**”: Arbejdsevnen kan være nedsat i en periode efter symptomlettelse. Her er udredning af arbejdsevnen og mulighed for arbejdsmodificering nødvendig⁴⁶.”

Der er meget, der, ifølge NFA, tyder på, at en tidlig tilbagevenden til arbejde, dvs. før man er kommet sig helt, hverken er helbredende eller skadende i sig selv, men kommer an på individuelle, arbejdsmæssige faktorer samt den kontekst den enkelte indgår i. I forhold til interventioner for sygemeldte med mentale helbredsproblemer ses det, at TTA-interventioner, der havde fokus på både individuelle faktorer samt fokus på inddragelse af arbejdspladsen og arbejdstilpasninger, havde en effekt på sygefraværs længden⁴⁶. Interessant vurderes det ligeledes fra NFA at være, at de mentale helbredsproblemer ikke bliver forværret som følge af, at man kommer tidligere tilbage på arbejdet.

For at gøre TTA-processen optimal skal man inddrage alle relevante aktører i TTA-processen for dermed at tage hånd om de komplekse faktorer (arbejdsmiljø og individuelle forhold), der har betydning for udfaldet af sygefraværsforløbet⁴⁸.

Ifølge NFA kan der tages udgangspunkt i en 4. trins plan for indsatsen for tilbagevenden til arbejdet.

4 trins plan for TTA

1. Evaluer arbejdsevnen og den relaterede situation.

Første trin er at udrede og evaluere arbejdsevnen og den specifikke kontekst, denne skal forstås i forhold til – herunder at identificere løftestænger og hindringer for at vende tilbage til arbejdet. Dette trin skal altid gennemføres, inden der iværksættes TTA-interventioner, men evalueringen skal også foretages løbende for at sikre fremdrift.

2. Øg paratheden til at engagere sig i at vende tilbage til arbejde.

Der igangsættes interventioner for at forbedre den sygemeldte til at vende tilbage til arbejde ved at øge hans/hendes parathed til at forpligte sig til at tage ansvar for rehabiliteringsprocessen.

Følgende anbefales påvirket:

Kognitionsniveauet: ved at øge den sygemeldtes bevidsthed om sig selv og dennes omgivelser, reducere frygt, angst og nervøsitet og øge troen på egne ressourcer og kapacitet.

46 NFA; Borg et al, 2010

Adfærdsniveauet: ved at fremme genetablering af livsstil og arbejdsvaner.

Omgivelsesniveauet: ved at etablere og sikre en sammenhængende dialog (som ikke skaber modstand eller angst hos den sygemeldte) mellem aktørerne og sikre arbejdsgiverens samarbejde ved at fastholde og udvikle relationen til arbejdsgiveren. På dette niveau anbefales det at besøge arbejdspladsen.

3. Støt et aktivt engagement og mobilisering til at vende tilbage til arbejde.

Arbejdspladsen inddrages i høj grad, da det er afgørende, at arbejdspladsen organiseres til at være favorabel og fleksibel i en tilbagevenden. Det tværfaglige team bruger her en betydelig tid i dialogen med arbejdsgiver, nærmeste leder, kollegaer for at planlægge tilbagevenden, således at der skabes gode rammer for arbejdstilpasningerne.

4. Fastholdelse af arbejdet.

I denne fase er fokus på at fastholde medarbejderen i arbejde evt. ved kortere genopfriskninger af indsigter og håndteringsstrategier. Hovedfokus er arbejdspladsen og sikring af, at tilbagefald er lav. En medarbejder fra det tværfaglige team holder møde med arbejdsgiver, hvor der foreslås nye arbejdstilpasninger samt rådgives om, hvornår medarbejderen kan gå op i tid og/eller arbejdsmængde.

Fra NFA vurderes, at manglende kommunikation og koordination har en negativ konsekvens for TTA-forløbet. Den løsning, der oftest bliver peget på, er en øget koordination mellem indsatser og interessenter i forbindelse med TTA⁴⁷.

Alle interessenter med tilknytning til TTA-processen har en interesse i at sikre en sikker, sund og varig tilbagevenden til arbejde. Der peges dog også på, at der nogle gange kan være modsatrettede interesser og motiver hos aktørerne.

Det er ofte nødvendigt, at flere interessenter arbejder sammen, hvis der skal være tale om et optimalt TTA-forløb, og der er flere muligheder for en mindre optimal proces f.eks. ved indbyrdes misforståelser og forsinkelser i sagsgangen med efterfølgende reduktion af aktivt engagement og indsats. Nogle af de forhold, der kan føre til suboptimale TTA-forløb, kan henføres til forskellige perspektiver og modeller for, hvordan rehabilitering til fuld funktionsdygtighed bør finde sted⁵⁰.

I projektet er der indgået rundbordssamtaler med formål at sikre, at der sker en overdragelse af viden uden, at den sygemeldte selv skal koordinere. Det er erfaringen fra TTA-projekterne, at der ofte er risiko for misforståelse, fejl i kommunikation, manglende koordinering og uklar formulering af mål, når der skal overleveres fra en person til anden eller fra et system til et andet. For at undgå dette har socialrådgivere på projektet i 75 % af tilfældene været med ude, når den enkelte sygemeldte skulle returnere til arbejdspladsen og deltage i rundbordssamtaler. Dette har haft til hensigt at sørge for, at overdragelsen af viden sker samt at der er en dialog mellem arbejdsplads og andre involverede parter. Dette har endvidere sikret, at arbejdspladsen også har

47 Tilbage til arbejdet

forstået, hvilket ansvar den har i forhold til at sikre en tilbagevenden til arbejdet, der kan være så lidt belastende som muligt for den tidligere sygemeldte.

Formålet med rundbordssamtalerne har været at styrke det tværfaglige samarbejde på tværs af sektorer, udarbejde en samlet og koordineret plan for projektdeltagerne og inddrage alle parter fra arbejdslivet og fra kommune for at sikre optimale løsninger og muligheder udvikles, og at projektdeltageren høres.

Der er arbejdet efter principperne for den gode rundbordssamtale, hvor kendetegnende for den gode rundbordssamtale er anerkendelse, accept og omsorg.

Der er blevet arbejdet med arbejdsmodificering ved alle rundbordssamtaler, hvor arbejdsopgaverne er fordelt efter kompleksitet i røde, gule og grønne opgaver og med en filtrering af arbejdsopgaverne suppleret med en timemæssig optrapning og suppleret med drøftelse om arbejdstidens placering og omkring hensigtsmæssighed.

Metoderne har været anvendt, og erfaringen er, at det at arbejdspladsen er med i dialogerne er af stor vigtighed, men har også vist, at det kræver, at arbejdspladsen oplever at have mulighed for at tilpasse opgaver og arbejdstid for en periode. Der har været arbejdspladser, hvor forholdene har vanskeliggjort den gradvise opstart, fx flere samtidige sygemeldinger, manglende opbakning fra kolleger og ledelse, manglende mulighed for vikardækning m.m. Det har dog i cirka 80% af de situationer, hvor vi har været i dialog med arbejdspladserne vist sig muligt med en gradvis optrapning af arbejdsopgaver og arbejdstimer.

TTA-aktivitetsmodellerne er implementeret på flere måder, dels konkret i projektet, dels har vi kvartalsmæssigt haft møde med teamlederne fra jobcentrene, hvor omdrejningspunktet har været at sikre, at modellerne kunne implementeres, og at samarbejdet mellem patienter i projektet og jobcentrene kunne foregå så gnidningsfrit som muligt.

Undervisning, foredrag og formidling

Vi har løbende i projektet lavet en meget stor indsats for at formidle såvel modeller som de metoder, vi har udviklet for at sikre, at de sygemeldte hurtigt kunne komme tilbage til arbejdet.

Vi har været ude at holde mange foredrag i Lægernes 12-mands grupper – i alt 15 grupper er besøgt. Vi har deltaget i interviews i medierne. Vi har haft tæt kontakt med jobcentrene, vi har holdt møder og konferencer. Vi har forestået uddannelse i forhold til de metoder, vi har udviklet til tilbagevenden som fx optrappingsmodel, opgavekompleksitet, model arbejdsmodificering samt siden branchespecifikke erfaringer for alle jobcentre i kommunen. Specielt har vi haft stor fokus på jobcenterområdet i disse aktiviteter, men også andre faggrupper har været interesserede, således har vi månedligt haft møde med jobcenterlederne fra de lokale jobcentre i Aalborg Kommune, hvor vi har arbejdet med evalueringsaktiviteter over, hvordan projektet går, implementering af projektets metoder og forventningsafklaring i forhold til at få forløbene omkring de stresssygemeldte så optimale som muligt.

Vi har endvidere deltaget i faglige konferencer såvel i universitets- (7 afholdte) og fagforeningsregi (12 afholdte).

Samlet har det ført til, at vi kan se, at store dele af de metoder, vi har udviklet som TTA-aktiviteter, som fx optrappingsmodel, opgavekompleksitetsmodel, arbejdsmodificering samt branchespecifikke erfaringer har vist sig meget robuste og levedygtige, hvilket ses i, at store dele af de metoder, der er udviklet i projektet, og hvor mange af de overvejelser omkring forebyggelse og fastholdelse af stresssygemeldte er blevet til gyldne standarder såvel hos de praktiserende læger som i jobcentrene. Arbejdet har kunnet udbygges grundet ekstrabevillinger fra såvel Det Regionale Beskæftigelsesråd som Det lokale Beskæftigelsesråd i Aalborg, hvilket ses som maksimalt udbytte for midlings- og forebyggelsesmæssigt.

Projektet har koblet behandling tæt til tilbagevenden til arbejdet aktiviteter.

I DREAM-data omkring forsørgelsesgrundlag ses en tendens til effekt, idet 79 % opnår tilknytning til arbejdsmarkedet i casegruppen, mens dette kun er tilfældet for 72% i kontrolgruppen efter 1 år. De deltagere, der er data for efter 1½ år øger tilknytningen til 86 % for casegruppen og 76% for kontrolgruppen. Resultaterne er foreløbige og uden signifikans.

Diskussion

Metodiske overvejelser

Stress er et begreb der stadig ikke er veldefineret og diskussionen går stadig på om stress er et symptom eller en sygdom (diagnose)⁴⁸.

I den daglige klinik⁴⁹ ses at symptomerne på stress er uspecifikke. Ofte er der tale om en konkret begivenhed der medfører psykisk sammenbrud med grådlibilitet og sygemelding. Der findes ikke sikre parakliniske tests eller fysiske markører til sikker diagnostisering.

I dette projekt har vi taget udgangspunkt i at stress er et symptom på ubalance i menneskets liv, både arbejdsmæssigt og socialt. Ubalancen kan fastholdt over tid, pga. de neurobiologiske, psykiske og sociale processer, dette medfører, lede til krise-reaktion og udmattelse med depressive træk⁵⁰ - egentlig sygdom (belastningsreaktion)

Imidlertid er de usikre diagnostiseringskriterier et problem i undersøgelser af denne art. Vi har forsøgt at sikre en så ensartet praksis som muligt; dels ved at sikre visitationen idet én psykolog har forestået visitationen, dels har vi anvendt tests der skulle sikre projektet mod differentialdiagnostiske tilstande som fx depression. De mange tests vi af disse grunde har måttet anvende, har gjort at follow-up-resultaterne ”tyn- des”, specielt kontrolgruppen har været svære at motivere til at deltage i 1., 2. og 3.follow-up.

Vi har taget udgangspunkt i at den stress vi ville intervenere i forhold hovedsageligt skulle være en stress/ubalance udløst af forhold på arbejdet.

For at sikre os dette er der i visitationen lagt specielt vægt på sammenhængen mellem arbejdsbelastninger og stress-symptomernes tidsmæssige udvikling.

Vi er bevidste om at der vil være risiko for en overspredningseffekt; idet problemer på arbejdet kan medføre markante adfærdsændringer hos en person, med risiko for at familie og netværk påvirkes negativt – medførende at dysfunktionelle processer går i gang.

Det er en styrke at undersøgelsen følger populationen over længere tid, men en svag- hed når vi ser på tilbagemeldingstidspunktet til Forebyggelsesfonden (dette skrift), da relativt få ved undersøgelsens afrapporteringstidspunkt har været igennem samtlige 3 follow-up, hvilket betyder at resultaterne er foreløbige.

48 Zapf et al 2007

49 Bonde, J.P; Stress, arbejdsrelateret. Sundhed DK 2010

50 Zapf et al 2007

Kontrolgruppen

Kontrolgruppen kan kun vanskeligt ses som en klassisk kontrolgruppe; 59 % af kontrolgruppen har efter visitationen modtaget psykologhjælp ”ude i byen”. Dette svækker resultaterne, idet det må formodes at mindske kontrasten mellem case- og kontrolgruppen herved må blive mindre, det positive er at flere får professionel hjælp – men det medfører at effekten af interventionen bliver sværere at se.

Repræsentativitet

Deltagerne i undersøgelsen er typisk offentligt ansatte kvinder, beskæftiget i omsorgs og undervisningsarbejde der stiller høje følelsesmæssige krav.

Dette er i tråd med landsgennemsnitsundersøgelsen fra 2012 ”Arbejds miljø og helbred i Danmark” fra det nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø, hvor det ses at de jobgrupper der især føler sig stressede er psykologer, gymnasielærere, læger og undervisere og forskere ved universiteter. Landsgennemsnittets jobgrupper er akademisk uddannede dette gælder ikke i denne undersøgelse, hvor gruppen af mellemuddannede ”omsorgsfag” er højrepræsenterede.

Landsundersøgelsen viser som i vore data at kvinderne føler sig mere stressede end mændene og at kvinder under 44 år er de mest stressede, hvilket svarer til resultaterne i denne undersøgelse.

Ligeledes at en stor andel er offentligt ansatte. På denne baggrund ses at undersøgelsespopulationen er relativt repræsentativ.

Grupperne, kønsmæssigt

De kønsmæssigt blandede grupper er måske ikke en god idé; med den viden nyere forskning⁵¹ viser – kan det formodes at modellen med via psykoedukation, gruppesamtale og afspændingsteknikker passer bedre til kvinder end til mænd. Mænds mønstre med⁵² behov for konkret handling, og kontant rådgivning har interventionsmodellen kun tilgodeset i ringere grad. Dertil kommer at mænds selvbillede og maskulinitet ofte er negativt påvirket under stress, og den skyld og skam der følger med det, åbner man muligvis ikke så meget op for i grupper hvor også det modsatte køn er tilstede.

Arbejdspladsinddragelse

Af de arbejdspladser casegruppen kom fra havde de 80% en stress-politik.

Af denne grund kunne vi ikke måle effekt på dette område.

51 Good et al, 2005

52 Madsen, S.A, 2007

Det høje tal understøtter antagelsen af at arbejdspladserne har en stor interesse i at arbejde med stress og stress-forebyggelse. Imidlertid kunne vi også se at de fleste stress-politikker, omhandlede den sekundære forebyggelse (altså når skaden er sket), medens de færreste – under 10 % havde konkrete overvejelser med om den primære forebyggelse (forebyggelse af, at stress opstår), men derimod sås mange hensigtserklæringer. Det vurderes at der er et stort behov for udvikling af metoder til sikring af primær stress-forebyggelse på arbejdspladserne.

Netværk

Vi kan retrospektivt se at det havde været af værdi at inddrage det familiemæssige netværk, samt det arbejdsmæssige netværk i forhold til TTA-aktiviteterne og psykoedukationen, idet de ændringer i coping og håndteringsstil den enkelte har fået under interventionen, muligvis var blevet bedre fastholdt og underbyggede, hvis netværket var inddraget.

Konklusion

Projektet tog sit udgangspunkt i et stigende sygefravær med stressrelaterede symptomer, og er gennemført i et samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg Universitetshospital og Aalborg Kommune med midler fra Forebyggelsesfonden og Det Lokale Beskæftigelsesråd i Aalborg Kommune.

Der blev henvist fra lægepraksis og jobcentre i Aalborg Kommune. Deltagere, der opfyldte inklusionskriterierne efter visitation ved socialrådgiver og psykolog, blev randomiseret til en casegruppe med det fulde program eller kontrolgruppe, der fik tilbudt 2 psykologsamtaler, som er standardundersøgelsen på Arbejdsmedicinsk Klinik.

Projektets casegruppe blev tilbudt det udviklede behandlingstiltag for arbejdsrelateret stress, der havde til formål at sikre en smidig tilbagevenden til arbejdspladsen, mindsker sygefravær og reducerer stresssymptomer. Der blev taget afsæt i kognitiv behandling som den optimale behandling af arbejdsrelateret stress i et interventionsprogram, som kombinerede 7 gange individuel behandling, 6 gange gruppesessioner med integreret mindfulness og psykoedukation og ”tilbage til arbejde aktiviteter” ved socialrådgiver.

Den ”typiske” deltager fra Aalborg Kommune, der blev modtaget i projektet med arbejdsbetinget stress, var en kvinde mellem 34 og 47 år med mellemlang uddannelse; ansat indenfor socialområdet, sundhedsområdet eller administration – ofte i arbejde med høje følelsesmæssige krav; og henvist fra lægepraksis.

På forhånd blev opstillet effektmål, som bortset fra nr. 3 blev indfriet. Målene indbefattede:

1. At 2/3 af de henviste til projektet fastholder en arbejdsmarkedstilknytning.
2. At 75 % oplever et fald i stresssymptomer
3. At 75 % af de virksomheder, der er kontaktet, efter 1 år har en stresspolitik.
4. At 75 % af alle lægepraksisser har visiteret til projektet.
5. At det medfører et fald i kommunens udbetaling af sygedagpenge til målgruppen.

Nyskabelsen i dette projekt er den tidlige tværfaglige koordinerede indsats, hvor arbejdsfastholdelse/arbejdsmarkedsfastholdelse har haft en central rolle.

Stresssygemeldte er et meget komplekst problemfelt, hvor mange forhold kan spille ind, særligt når det drejer sig om tilbagevenden til arbejdet. Det beskrevne projekt med dets metoder har vist sig at kunne gennemføres med høj deltagelse og lille frafald. Selvom projektet er et af de store i Danmark har det været vanskeligt på nuværende tidspunkt sikkert at måle effekter af interventionen. Det kan skyldes, at vores antagelser om effektens størrelse af interventionen har været for optimistiske. Det kan

også være en følge af, at studiet har været for lille til sikkert at måle en effekt på den korte observationstid, vi har indtil nu. Endelig kan det også være et udtryk for, at de gavnlige effekter vil komme senere i forløbet og vil kunne dokumenteres, når alle beregninger over tid er udført.

De hovedbudskaber, vi kan give fra projektet er:

1. Det kognitivt funderede stresshåndteringsprogram påvirker deltageres oplevede stress og håndteringen af denne.
2. Det er usikkert, om sygefraværet sikkert falder mere i casegruppen end i kontrolgruppen, skønt tendensen kunne tyde på det.
3. Tilbagemeldingerne fra deltagerne understreger, at for dem har den tidlige indsats været af stor vigtighed.
4. De modeller og værktøjer, der er udviklet til tilbagevenden til arbejdet efter stress er væsentlige og praksisanvendelige.

I de foreløbige beregning er der tendenser og mønstre i data, der peger på en række gavnlige effekter både på det mentale helbred som på evne til at vende tilbage til arbejdet.

Vi oplever, at projektet har ”gjort en forskel”. De, der deltog i casegruppen har tilsyneladende bedret deres muligheder for en bæredygtig tilbagevenden til arbejdet. Projektet har tilvejebragt erfaringer fra en multidisciplinær indsats, hvor psykolog, læge, mindfulnessinstruktør og socialrådgiver har forestået behandling og rådgivning; og det har øget viden om de stresssygemeldte i Aalborg Kommune.

Ud fra et forebyggelsesperspektiv vurderes det af stor vigtighed, at der skabes mulighed for at føre projektet til ende, særlig i lyset af at projektet for alle formulerede mål har været en succes.

Arbejdsmedicinsk Klinik deltager gerne i det videre arbejde med at skabe de rigtige rammer for, at mennesker med stress vender tilbage til arbejdet på en sikker og god måde.

En vigtig vej hertil kan være at sikre og videreudvikle den model, der er beskrevet i denne rapport.

Referencer

- Alimoglu et al. 2010 i Ways of Coping as Predicted of satisfaction with curriculum and academic success in medical school. *Advances in psychology education* 35, pp 33-38, 2010
- Bonde J.P; Stress, arbejdsrelateret. Sundhed.dk (netbaseret), 2010
- Borg, Nexø, Kolte og Andersen (2010), "Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet". Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, København
- Briner et al (1997), "Improving Stress Assessment: Toward an Evidence-Based Approach to Organizational Stress Interventions". *Journal of Psychosomatic Research* 43 (1), pp 61-71
- Christensen et al. Psykisk arbejdsmiljø, Vejledning til brugen af AMI's korte spørgeskema til kortlægning af det psykiske arbejdsmiljø, Arbejdsmiljøinstituttet 2006
- Derogatis 2007. SCL90 en vejledningen til administration og scoring. Psykologisk Forlag
- Eisler, R.M et al: Masculine Gender Role Stress and intimate abuse, *Psychology of men and masculinity*, vol 1, nr. 1, 2000
- Galbraith og Brown (2011), "Assessing Intervention Effectiveness for Reducing Stress in Student Nurses: Quantitative Systematic Review". *Journal of Advanced Nursing* page 709-721.
- Gardner et al.: (2005), "Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study". *Work and Stress* 19(2), pp 137-152
- Good, G.E and Brooks, G.R: *The new handbook of psychotherapy and counseling with men*, John Wiley & Sons, 2005
- Heany et al. (1995), "Increasing coping resources at work: a field experiment to increase social support, improve work team functioning, and enhance employee mental health". *Journal of organizational behaviour* 16 pp. 335-352
- Jensen LD, Frost P, Schiøttz-Christensen B, Maribo T, Christensen MV, Svendsen SW. "Predictors of vocational prognosis after herniated lumbar disc: a two-year follow-up study of 2039 patients diagnosed at hospital". *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 May 20;36(12).
- Jensen LD, Ryom PK, Christensen MV, Andersen JH. "Differences in risk factors for voluntary early retirement and disability pension: a 15-year follow-up in a cohort of nurses' aides". *BMJ Open*. 2012 Nov 12;2(6).
- Juel Sørensen, Brønnum-Hansen, "Risikofaktorer Folkesundhed i Danmark 2006", København, Statens Institut for Folkesundhed
- Kabat-Zinn J: *The power of meditation and prayer*, Hay House, 1997
- Kabat-Zinn J: *Mindfulness Meditation for Everyday Life*, Piatkus, 2001
- Kabat-Zinn J: *Arriving at Your Own Door*, Piatkus Books, 2008
- Kabat-Zinn J: *Letting Everything Become Your Teacher: 100 Lessons in Mindfulness*. Dell Publishing Company, 2009
- Kingerlee, R: *Conceptualizing men: A transdiagnostic model of male distress*
- Kingerlee, R: *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2012), 85, 83-99, 2011

- Kolstad HA, Christensen MV, Jensen LD, Schlünssen V, Thulstrup AM, Bonde JP. "Notification of occupational disease and the risk of work disability: a two-year follow-up study". *Scand J Work Environ Health*. 2012 Dec 6.
- Kushnir et al (1993), "A Rational-emotive group intervention for preventing and coping with stress among safety officers". *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy* 11(4), pp 195-206
- Lamontagne et al. : "A Systematic Review of the Job-Stress Intervention Evaluation Literature", 1990-2005, *International Journal of Occupational and Environmental Health* 13, page 268-280, 2007
- Lazarus, R. (1995). *Psychological stress in the workplace*. I R. Crandall & P. Perrewé *Occupational stress*. London: Taylor & Francis
- Lazarus, R. (1999) *Stress and emotion. A new synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus R & Launier, R. (1978). *Stress-related Transactions between Person and Environment*. I: L. Pervin & M. Lewis: *Perspectives in Interactional Psychology*. New York: Plenum Press.
- Lazarus, R.S & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leiter, Michael P. (1991): *Coping Patterns as Predictors of Burnout: The function of Control and Escapist Coping Patterns*, i *Journal of Organizational Behavior*, 12, 2, 123-144.
- Madsen, S.Aa, *Kend din krop, Mand* (2006), i samarbejder med K. Christensen, C. Graugaard, H. Bonde og J. Helge, Aschehoug
- Madsen, S. Aa, *Mænd, køn, sundhed og sygdom* (2007), i *Tidsskriftet Politik, Tema om 'Køn'*. Nummer 2, Årgang 10, 48-57
- Maslach, C & Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced burn-out*. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113
- Maslach, C (1993) *Burnout: A Multidimensional Perspective*. I: W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and research*. Washington: Taylor and Francis
- Maslach, C (2000). *A Multidimensional theory of burnout*. In C.L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress*. New York: Oxford University Press.
- Maslach C. (2001). *What have we learned about burnout and health?* *Psychology and Health*, 16, 607-611.
- Maslach, C. (2003). *Job burnout: New directions in research and intervention*. *Current direction in psychological science*, American Psychological Society, 189-1992
- Nielsen og Christensen: "Stress i Danmark, hvad ved vi?", København, Sundhedsstyrelsen
- Nielsen: "Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: finding from a longitudinal study", *European Journal of Public Health*, vol 21, NO 6, 806-811, 2010
- Pedersen, Betty: "Rundbordssamtalen", Frydendal, 2000
- Reynolds S.: "Interventions. What works – what doesn't?", *Occupational Medicine* 50 (5), page 315-319
- Schaufeli, W. Leiter, M. Maslach, C. & Jackson S. (1996). *Maslach Burnout inventory-general survey*. In C. Maslach, S. Jackson & M. Leiter (eds.) *The Maslach burnout inventory – test manual* (3. Edt.). Palo Alto, CA Consulting Psychologists Press.

- Schaufeli, W. Maslach, C. & Marek, T. (1993). Professional Burnout: Recent Developments in theory and Research. Washington: Taylor and Francis.
- Schaufeli, W., Salanova, M., Gozalex-Roma, V. & Bakker, A. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Thulstrup, A.M: MARS – Midler ved arbejdsrelateret stress, Dansk Ramazzini Center, Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital, marts 2010.
- Van der Klink et al (2001), “The Benefits of Interventions for Work-Related Stress”. *American Journal of Public Health*, 91, pp 270-276
- Van der Klink, Blonk og Schene, 2001, “The Benefits of interventions for Work-Related Stress”. *American Journal of Public Health*, 91, page 270-276
- Van Rhenen et al. 2007, “Can sickness Absence be Reduced by Stress Reduction Programs: on the Effectiveness of Two Approaches”. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 80, pp 505-515
- Van Rhenen et al.: “The Effect of a Cognitive and a Physical Stress-reducing Programme on Psychological Complaints”. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 78, pp 139-148
- Videncenter for arbejdsmiljø, ”Fakta og myter om stress”, 2007
- Willert et al. (2009), “Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention”. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 35(2), pp145-152
- Willert et al. (2011), “Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work – result from af randomized wait-list controlled trial”. *Scandinavian Journal of Work, Environment and health* 37(3), pp 186-195
- Winnett, R: Men at Risk; Considering Masculinity during intervention, *Social Work in Health Care*, 2013
- Zachariae, trivsel og håndtering af stress for medarbejdere og ledere, Rosinande 2008
- Zapf, D. & Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15, 1, 1-28
- Zapf, D. Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H. & Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 371-400.

Ansatte i projektet

Psykologer:

Ledende psykolog Pia Ryom

Psykolog Maren Moltsen

Psykolog Tina Havbro

Psykolog Heidi Berg

Bac. psykologi Hanne Nissen

Psykolog Henning Jensen

Socialrådgivere:

Elsebeth Kristiansen

Vivi Imer Hansen

Lægesekretærer:

Dorte Folkersen

Kate Graahede

Konsulenter:

Datamanager Michael Victor Christensen

Mindfulnessinstruktør Pauline Voss Romme

Læge:

Afdelingslæge Leif Hoffmann

Økonomi:

Centerøkonom Helle Vestergård Larsen

Projektejer:

Ledende overlæge Sigve W. Christensen

