

Stresshanteringsprogram för långtids-sjukskrivna kommunanställda kvinnor

Bo Santell och Giorgio Grossi

Senare års stigande sjuktal för stressrelaterad ohälsa, särskilt bland kvinnor i kommunal offentlig sektor, har aktualiserat frågan om effektiv behandling och rehabilitering av dessa tillstånd. Tjugofyra kommunanställda kvinnor, långtidssjukskrivna för stressreaktioner av Kommunhälsan i Eskilstuna, behandlades alla enligt företagshälsovårdens etablerade individuella modell. Hälften erbjöds dessutom ett externt stresshanteringsprogram i gruppform. Vid upprepade enkätundersökningar upp till ett år efter utbildningen redovisade experimentgruppen samma minskande depressionstendens men signifikant lägre grad av utmattningssyndrom jämfört med kontrollgruppen. Förbättringen återspeglades ej i biokemiska stressmarkörer. Vid en treårskontroll hade 21 procent fler bland kursdeltagarna kommit tillbaka i förvärvsarbete jämfört med kontrollerna.

Bo Santell, Företagsläkare, Smedhälsan, Eskilstuna.

Giorgio Grossi, Fil Dr i psykologi, Stressmottagningen, Institutet för Psykosocial Medicin.

Kontakt: Bo Santell, Bågljusvägen 5, 112 35 Stockholm, bosantell@yahoo.se

Giorgio Grossi, Granits väg 8, 171 77 Stockholm, giorgio.grossi@ipm.ki.se

Bakgrund

Att skifta millennium och byta jobb till företagsläkare i kommunal offentlig sektor blev ett möte med verkligheten bakom den då nyväckta diskussionen om stigande stress och skenande sjuktal. Ett väntrum fyllt med stressdrabbade, långtidssjukskrivna, medelålders kvinnor inom vård-skola-omsorg. Remitterade från primärvården, tveklöst sjuka och med tydlig men inte entydig koppling till arbetssitua-

tionen. Om inte utbrända så i alla fall urladdade. Plikttrogen, urkramad och dränerad kvinnokraft. Allt enligt mal-len, ty sådant var läget överlag (38). Ett hot mot statsbudgeten rentav. Frågan ställde sig själv: Hur möta detta stora, uppdämda vårdbehov?

Långvarig stress yttrar sig bl a genom psykiskt och fysiskt utmattning, sömnrubbningar, kognitiva svårigheter, känslomässig påverkan och

diffusa somatiska besvär. Om dessa symtom kan knytas till en eller flera stressorer som primära och dominerande orsaksfaktorer, sammanfaller de med diagnosen Stressreaktion (ICD 10; 43.9) och sedan 2003 med utmattningssyndrom eller utmattningsdepression (34). Symtomen antas orsakas av en långvarig aktivering av den sympatiska delen av det autonoma nervsystemet och av den hypotalamiska-hypofysära-adrenokortikala (HPA)-axeln. De därav följande ökningarna av katekolaminer och glukokortikoider kan långsiktigt bidra till bl a blodfetsrubbningsnivåer med höga nivåer av totalt kolesterol och triglycerider men sänkta nivåer av high density lipoprotein (HDL) som typiska kännetecken (5,23) samt till förhöjda nivåer av glykolyserat hemoglobin (HbA1C) (10) och immunoglobulin G (med IgG som rekommenderad parameter) (7, 36).

Vid konsensusmöte mellan ledande skandinaviska stressforskare i februari 2002 (36) angavs att biologiska stressmarkörer med fördel kunde komplettera resultat av frågeformulär eller intervjuer (4) och därmed ge t ex en rapport från företagshälsovården större tyngd. De flesta biologiska markörer hade visat en alltför stor variation individer emellan för att vara användbara i enskilda fall. Däremot bedömdes de på gruppnivå kunna ge intressant kompletterande information till vad som framkommer i validerade enkätinstrument. Man rekommenderades kombinera laboratoriemetoder som mäter olika effekter och inte förlita sig på någon enskild variabel.

Stressrelaterade besvär har ökat påtagligt i befolkningen (34). Åren 1996-2000 ökade långtidssjukskrivningarna mer i Sverige än i något annat europeiskt land med en tredubbling under nämnda fyraårsperiod (29). Den snabbaste ökningen gällde just psykiska besvär och arbetsjukdomar med sociala eller organisatoriska faktorer som angiven orsak. Stressjukdomar hade i vårt land blivit den vanligaste orsaken till långvarig sjukskrivning (25, 35). Ökningen var mest uttalad hos kommun- och landstingsanställda, med den snabbaste ökningstakten hos kvinnorna (17,26) och med maximum i 50-årsåldern (1). Inom offentlig sektor hade kommunerna den högsta andelen långtidssjukskrivna (20, 21, 28, 32), ett fenomen som visat sig vara kopplat till faktorer som oro för omorganisationer och kvalitet på personaldemokratien. (22). Från forskarhåll hävdades också att det tidiga nittioalets nationella reformer med omorganisationer, avregleringar, nedskärningar och nya styrsystem, alltså strukturella faktorer, starkt bidragit till de alarmerande sjuktalen och svårigheterna att få människor tillbaka i arbete (3).

Syfte

En stor andel av de drabbade har sökt hjälp inom primärvård eller företagshälsovård och allt fler rehabiliteringsprogram har vuxit fram för att ta hand om denna patientkategori. (9, 12, 13, 16, 30). I Sverige har emellertid relativt få kontrollerade studier publicerats som utvärderar effekten av in-

terventioner mot stress (27).

Syftet med föreliggande studie var att jämföra effekten av två interventioner bland 24 kvinnliga stresspatienter med avseende på självskattade symtom, fysiologiska stressmarkörer och arbetsförmåga. Studien genomfördes i samarbete mellan Kommunhälsan och Ergonomicentrum i Eskilstuna. Ettårsresultatet kom att redovisas vid företagsläkarutbildningen vid Arbetslivsinstitutet i Stockholm i december 2003 (31).

Kommunhälsan hade vid tidpunkten för studiens genomförande (2002-2003) en etablerad behandling mot stress, bestående av teaminsatser av läkare, sköterska, psykolog, friskvårdare och sjukgymnast i enlighet med Svenska Psykiatriska Föreningens rekommendationer (33). De behandlingsmetoder som stod till buds utöver avlastande sjukskrivning var stressinformation, medicinering vid sömnstörning och depression, samtalsterapi, avslappningsbehandling, fysisk träning samt icke minst rehabiliterande åtgärder på arbetsplatserna i samråd med arbetsgivare, fack och försäkringskassa. Men framgångarna lät vänta på sig.

Studiens specifika syfte var att undersöka om en kompletterande terapiinsats i form av en gruppbehandling genomförd av Ergonomicentrum, benämnd Rehabiliteringsprogram för stressrelaterade ohälsa, kunde förbättra patienternas hälsotillstånd, fysiologiska markörer och arbetsförmåga mer än Kommunhälsans gängse, individuella behandling. Rehabiliteringsprogrammet tillämpar kognitiv och psykodynamisk metodik och bygger

på flerårig erfarenhet av rehabilitering av långtidssjuka.

Enligt de uppsatta hypoteserna förväntades den kombinerade interventionen, alltså Kommunhälsans plus Ergonomicentrums program, vara överlägsen enbart Kommunhälsans vad gäller självskattade symtom på depression och utbrändhet samt leda till förbättringar av de fysiologiska parametrarna HbA1C, total kolesterol, HDL, triglycerider och IgG.

Material och metod

Studiens design är kvasiexperimentell med en interventionsgrupp och en kontrollgrupp som var jämförbara vad gäller diagnos, kön, ålder, civilstånd, yrke, sjukdomsduration, sjukskrivningsgrad och tidigare behandling. Interventionernas effektivitet utvärderades med hjälp av intervjuer jämte upprepade enkätundersökningar och fysiologiska mätningar utförda före och efter behandling samt vid uppföljningar efter sex respektive tolv månader.

Deltagare inkluderades i studien om de var kommunanställda kvinnor och uppfyllde kriterierna för Stressreaktion enligt International Classification of Diseases (ICD-10). Diagnosen Stressreaktion (F 43.9) innefattar maladaptiva reaktioner på svår stress med långvarig belastning som primär och dominerande orsaksfaktor, vilket genom att interferera med ändamålsenliga anpassningsmekanismer ger upphov till nedsatt funktionsförmåga. DSM IV:s diagnos Maladaptiv stressreaktion har inte använts som inklusionskriterium i denna studie, då

den kritiserats för alltför kort tidsavgränsning (mindre än sex månader) och för att inte omfatta "problem i arbetslivet" (35). Diagnoskriterierna för Utmattningsyndrom (34) var vid denna tidpunkt ännu opublicerade.

Samtliga deltagare var sjukskrivna via Kommunhälsan i Eskilstuna. Interventionsgruppen rekryterades från femton konsekutiva patienter som besökte företagsläkare under en tvåveckorsperiod i oktober 2002. Den ende manlige deltagaren uteslöts ur studien för att justera för kön. En person uppfyllde inte diagnoskriteriet Stressreaktion enligt ICD-10 och exkluderades. En deltagare visade sig vara i alltför djup insufficiens för att orka med gruppterapi och fick i stället individuell behandling men bortföll därmed ur studien. Interventionsgruppen bestod således av tolv deltagare, som alla uppvisade det kroniska stressyndromets gängse kliniska symtom i varierande grad med trötthet, sömnproblem, störda kognitiva funktioner, stressintolerans, affektabilitet, nedstämdhet och psykosomatiska manifestationer.

Då behandlingsgruppen redan var utsedd när projektarbetet startade gick det inte att välja en randomiserad studie. Urvalet av kontrollgrupp fick i stället inriktas på att i görligaste mån matcha den mot interventionsgruppen för att söka åstadkomma jämförbara grupper (24). Bland 33 kvinnor, i likhet med kursdeltagarna kommunalt heltidsanställda och sjukskrivna via Kommunhälsan under samma diagnos, utvaldes med tidigare nämnda kriterier för ögonen tretton att utgöra kontrollgrupp. Därur bortföll en per-

son, som inte besvarat enkät eller tagit blodprover i tid. Återstod alltså likaledes tolv kontrollpatienter.

En jämförelse grupperna emellan vad gäller de sociodemografiska karakteristikerna ålder, civilstånd och yrke (efter SCB:s socioekonomiska indelning) samt bakgrundsvariablerna sjukdomsduration, sjukskrivningsgrad och tidigare behandling visade, som framgår ur Tabell 1, inga signifikanta skillnader.

Intervention

Interventionen bestod av två komponenter. Dels Kommunhälsans tidigare redovisade etablerade omhändertagande i samband med stressjukdom. Dels ovannämnda gruppbehandling genomförd av Ergonomi-centrum i Eskilstuna.

Gruppinterventionen, som pågick i tolv veckor under perioden november 2002 till februari 2003, bestod av en kurs med målsättning att lära deltagarna identifiera, förstå och hantera fysiska och psykiska signaler på stress. Kursen föregicks av en till två individuella samtalskontakter med kursledaren, som är auktoriserad socionom och beteendevetare, för bedömning och stressanalys.

Två grupper med sex deltagare i varje träffades en halvdag i veckan, alltså sammanlagt tolv gånger, för avspänningsövningar och samtal kring teman som aktualiserats vid möten med hela kursen. Denna samlades likaså en halv dag i veckan för erfarenhets- och kunskapsutbyte samt för teoretisk utbildning ledd av tre beteendevetare, en ergonom och en

Patienternas sociodemografiska karakteristika och övriga bakgrundsvariabler före behandlingens start. Data redovisas för hela gruppen (n=24) liksom för behandlings- (n=12) och kontrollgrupp (n=12).

	Alla	Behandling	Kontroll
ÅLDER			
Medelålder SD	52 ± 5	52 ± 4	52 ± 6
Range	40 - 62	46 - 59	40 - 62
CIVILSTÅND			
Ogift	1 (4%)	1 (8%)	0
Gift/sambo	19 (79%)	8 (67%)	11 (92%)
Skild	4 (17%)	3 (25%)	1 (8%)
YRKE			
Arbetare	6 (25%)	3 (25%)	3 (25%)
Tjänsteman låg	1 (4%)	1 (8%)	0
Tjänsteman mellan	7 (29%)	4 (33%)	3 (25%)
Tjänsteman hög	10 (42%)	4 (33%)	6 (50%)
SJUKDOMSDURATION, år			
Range	1-3	1-3	1-3
Medeltal	1,8	1,9	1,7
SJUKSKRIVNA, antal			
100 %	19 (79 %)	10 (83 %)	9 (75 %)
75 %	1 (4 %)	1 (8 %)	0
50 %	4 (17 %)	1 (8 %)	3 (25 %)
25 %	0	0	0
TIDIGARE BEHANDLING, antal			
Läkare	24 (100 %)	12 (100 %)	12 (100 %)
Medicinering	13 (54 %)	5 (42 %)	8 (67 %)
Psykolog	19 (79 %)	9 (75 %)	10 (83 %)
Sjukgymnast	13 (54 %)	8 (67 %)	5 (42 %)

Tabell 1.

friskvårdare. Kursledaren hade också mot slutet ett individuellt möte med var och en av deltagarna. Utbildningen berörde livsstilsfrågor, begreppet stress, coping, friskfaktorer, kognitivt förhållningssätt, ändrat stressbeteende, muskulär och mental avslappning, qigong, rörelseträning, tillit och optimism. Som kurslitteratur användes Vetenskapsrådets Källa nr 52 (15). Varje deltagare hade att göra upp en egen handlingsplan grundad på åter-

kommande stressanalyser att följa upp kontinuerligt. Programmet avslutades med dels en individanpassad uppföljning i form av rehabiliteringsmöten med deltagande av läkare, kursledare, arbetsledare, personalkonsulter och FK-handläggare, dels ett par avrundande kursträffar under våren och sommaren 2003. Kursens relativt låg-intensiva uppläggning under en längre tid bedömdes vara en viktig förutsättning för ett lyckat resultat.

Kontroll

Kontrollbetingelsen utgjordes av Kommunhälsans redan inarbetade omhändertagande av kommunanställda i samband med stressjukdom.

Mätinstrument

Data rörande sociodemografisk bakgrund, symtom, sjukdomsduration, medicinering och övriga behandlingar samlades in i samband med medicinsk utredning.

Deltagarna ombads även fylla i frågeformulären Beck's Depression Inventory (BDI; Beck 1967) för att mäta deras grad av depression samt Karolinskas utbrändhetsformulär (KUF; Perski, 2003) för att mäta graden av stressrelaterad "utbrändhet".

BDI består av 21 items som besvaras på en skala mellan 0 och 3. En totalpoäng beräknas, som anger depressionsgraden. BDI är en väl utprövad approximering av en klinisk bedömning av depressioners intensitet och har god reliabilitet och validitet (35).

KUF mäter i 35 items ett globalt stressyndrom, som grupperas i subskalorna kognitiva symtom (12 items), utmattning (7 items), fysiska symtom (9 items) och känslomässiga symtom (7 items). Dessa frågor besvaras på en femgradig skala. Medelvärden för respektive index har beräknats, liksom ett globalt symtomindex. Även detta mätinstrument har visat god reliabilitet och validitet, med cronbach alfa för det globala indexet på .89 och korrelationerna med Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (18) och Maastricht Questionnaire (2) på

.81 respektive .78 ($n = 153$, $p < .001$; opublicerade data).

Fysiologiska mätningar i form av blodprover efter tolv timmars fasta togs med samma tidsintervall som enkäterna hos såväl interventionsgrupp som kontrollgrupp. Nivåerna av HbA1C, totalkolesterol, HDL, triglycerider och IgG analyserades av det ackrediterade och kvalitetssäkrade Capio Diagnostik AB vid Mälarsjukhuset i Eskilstuna.

Data rörande grad av sjukskrivning och förvärvsarbete inhämtades från löpande besöksjournaler samt genom telefonkontakt med de patienter som inte kommit på personliga besök. Dessa data samlades in halvårsvis under en period av tre år (2002-2005).

Statistisk databearbetning

Skillnader mellan grupperna vid behandlingens start analyserades genom statistisk databearbetning med faktoriell ANOVA och Chi-2-test. Parade, ensvansade t-testningar användes för att analysera förändringar inom grupper över tid. Skillnader i symptom och fysiologiska parametrar mellan behandlings- och kontrollgrupp över tid analyserades med ANOVA för upprepade mätningar. En alfanivå på 5% ansågs vara av statistisk signifikans.

Enkäter

Inom- och mellangruppskillnader i förändringar av patienternas psykiska hälsa presenteras i Tabell 2. I utgångsläget uppvisade bägge grupperna genomsnittligt en måttlig depressi-

Tabell 2. Förändringar i självskattade mått.

Variabel och grupp	Före behandling	Efter behandling	Uppföljning I 6 mån	Uppföljning II 12 mån
BDI				
Behandling	16.58±4.58	11.25±4.25**	10.58±4.34**	9.67±4.25**
Kontroll	21.75±8.23	17.25±9.23*	17.83±9.19	15.50±8.90*
KUF-Kognitiva symtom				
Behandling	30.67±6.07	27.17±3.61*	26.83±4.61*	24.75±3.55**
Kontroll	28.83±6.52	27.83±5.72	29.00±5.82	27.33±7.10
KUF-Utmattning				
Behandling	19.00±3.05	15.92±3.20***	14.50±3.18***	14.83±3.46**
Kontroll	17.58±4.42	17.75±4.31	18.58±4.27	15.58±4.50
KUF-Fysiska symtom				
Behandling	16.08±3.00	15.00±3.44	14.75±3.75	13.58±2.71*
Kontroll	15.83±2.44	15.00±2.80	16.17±2.48	15.25±3.14
KUF-Känslomässiga symtom				
Behandling	22.00±5.53	17.67±4.25**	17.42±4.62**	16.33±4.79**
Kontroll	24.00±3.44	21.33±4.89	23.25±4.14	21.17±5.08
KUF-Global				
Behandling	109.75±19.06	96.33±15.10*	93.17±17.52**	89.5±15.23**
Kontroll	108.92±16.96	102.75±19.02	110.08±20.22	98.17±22.13

BDI = Beck's Depression Inventory; KUF = Karolinskas Utbrändhetsformulär

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabell 2.

vitet kring en tredjedel av maximalpoängen och en hög grad av globalt stressyndrom kring två tredjedelar av maximum.

Parade ensvansade t-testningar visade att en rad förbättringar ägt rum inom behandlingsgruppen från före till efter behandling. Symtom på depression enligt BDI ($t(11)=2.81$, $p < .01$) liksom "utbrändhet" enligt KUF-subskalorna kognitiva symtom ($t(11)=2.33$, $p < .05$), utmattning ($t(11)=4.87$, $p < .001$)

och känslomässiga symtom ($t(11)=2.89$, $p < .01$) samt globalt KUF-index ($t(11)=2.67$, $p < .05$) minskade signifikant under denna period.

Behandlingsgruppens förbättringar kvarstod vid Uppföljning I. Vid denna tidpunkt var poäng för BDI ($t(11)=3.01$, $p < .01$) samt i KUF för kognitiva symtom ($t(11)=2.34$, $p < .05$), utmattning ($t(11)=5.09$, $p < .001$), känslomässiga symtom ($t(11)=3.44$, $p < .01$) liksom globalt index ($t(11)=3.06$, $p < .01$)

signifikant lägre jämfört med innan behandlingen.

Vid Uppföljning II var poängen för BDI ($t(11)=3.46$, $p<.01$) liksom för KUF:s kognitiva symtom ($t(11)=2.84$, $p<.01$), utmattning ($t(11)=3.34$, $p<.01$), fysiska symtom ($t(11)=2.68$, $p<.05$) och känslomässiga symtom ($t(11)=2.91$, $p<.01$) samt globalt index ($t(11)=3.23$, $p<.01$) signifikant lägre än innan behandlingsstart. Förändringarna i behandlingsgruppen har bedömts så stora att de ej kan förklaras av slummen.

Även inom kontrollgruppen kunde en signifikant minskning av BDI-poäng noteras från före till efter behandling ($t(11)=2.22$, $p<.05$). Denna skillnad var endast marginellt signifikant vid Uppföljning I, men statistiskt signifikant vid Uppföljning II, då BDI var lägre än innan behandlingen ($t(11)=2.24$, $p<.05$). Inga signifikanta förändringar kunde ses vad gäller kontrollgruppens KUF-poäng.

En serie ANOVA för upprepade mätningar genomfördes i syfte att jämföra gruppernas förändringar över tid. Dessa analyser visade att behandling var överlägset kontroll med avseende på KUF-subskalan utmattning (interaktionseffekt av ANOVA $F(1, 3)=4.07$, $p<.05$) och globalt KUF-index (interaktionseffekt av ANOVA $F(1, 2)=4.26$, $p<.05$).

Stressmarkörer

Förändringar i patienternas fysiologiska variabler visas i Tabell 3. Inom behandlingsgruppen noterades en signifikant ökning av HbA1C från före till efter behandling ($t(11)=-5.72$, $p<.0001$). Vid Uppföljning I var grup-

pens nivåer av HbA1C alltså högre än innan behandlingens start ($t(11)=-3.78$, $p<.01$) för att vid Uppföljning II öka ytterligare till en ånyo trestjärnig signifikans ($t(11)=-8.16$, $p<.0001$). Inga andra signifikanta förändringar i fysiologiska variabler kunde noteras i behandlingsgruppen.

Inom kontrollgruppen minskade nivåerna av triglycerider från före till efter behandling ($t(11)=2.17$, $p<.05$) för att återgå till jämförbara nivåer vid de båda uppföljningstillfällena. Vid Uppföljning I ($t(11)=-3.99$, $p<.01$) och Uppföljning II ($t(11)=-3.33$, $p<.01$) var kontrollgruppens nivåer av HbA1c högre än innan behandlingens start. HDL hade ökat signifikant vid Uppföljning I ($t(11)=-1.99$, $p<.05$) men var vid Uppföljning II endast marginellt högre än innan behandlingens start ($t(11)=-1.44$, $p<.09$). Med avseende på fysiologiska variabler kunde ANOVA för upprepade mätningar inte påvisa några signifikanta skillnader i gruppernas förändringar över tid.

Sjukskrivning och återgång i arbete

En första jämförelse mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp när det gäller sjukskrivningsgrad och återknytning till arbetslivet före och efter den årslånga projektperioden uppvisade en likvärdig om än liten positiv utveckling.

Hur utfaller då en gruppjämförelse vad gäller grad av sjukskrivning, sjukersättning och arbetsförmåga i ett längre tidsperspektiv? De halvårsvisa förändringarna under tre år redovisas i tabell 4. Permanent sjukersättning är den nya beteckningen för sjukpen-

Tabell 3. Förändringar i fysiologiska variabler.

Variabel och grupp	Före behandling	Efter behandling	Uppföljning I 6 mån	Uppföljning II 12 mån
HbA1c (%)				
Behandling	3.86±.28	4.08±.21***	4.12±.38**	4.39±.22***
Kontroll	4.55±1.33	4.58±1.21	4.88±1.50**	4.93±.98**
HDL (mmol/L)				
Behandling	1.70±.46	1.68±.35	1.73±.35	1.77±.40
Kontroll	1.58±.25	1.58±.36	1.68±.30*	1.66±.32
Totalkolesterol (mmol/L)				
Behandling	5.29±1.05	5.08±.78	4.94±1.03	5.32±1.05
Kontroll	6.12±1.48	6.23±2.10	5.99±1.35	6.20±1.40
Triglycerider (mmol/L)				
Behandling	1.27±.66	1.23±.81	1.22±.72	1.18±.51
Kontroll	2.13±2.60	2.07±3.19*	1.78±2.06	2.27±3.20
IgG (g/L)				
Behandling	12.26±1.61	12.11±1.77	12.57±1.99	12.58±2.13
Kontroll	11.08±2.27	11.16±2.53	11.22±2.67	11.28±2.47

* p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Tabell 3.

sion. Temporär sjukersättning hette tidigare sjukbidrag.

Kontrollgruppens sjukskrivningsgrad började minska mer påtagligt efter halvtannat år. Motsvarande minskning var långsammare i interventionsgruppen för att sista halvåret i stället sjunka radikalt till blott hälften av kontrollernas.

Sjukersättning har de första 2½ åren beviljats tidigare och i högre grad inom kontrollgruppen medan det under sista halvåret skett en utjämning grupperna emellan. Av partiella sjuk-

ersättningar hade projektdeltagarna efter tre år erhållit en permanent sådan på 25 % och två temporära på 75 % resp 25 %. Kontrollerna hade då fått temporär sjukersättning på 50 % i två fall.

Kontrollgruppen uppvisade under andra året en högre grad av arbetsförmåga än kursdeltagarna men denna differens utjämnades för att mot slutet av tredje året uppvisa ett motsatt förhållande.

Man finner ingen väsentlig grupp-skillnad i antal aktivt sjukskrivna (som

Arbetslivsriktad rehabilitering i Interventionsgrupp (IG) och Kontrollgrupp (KG)

	0 mån		6 mån		12 mån		18 mån		24 mån		30 mån		36 mån	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Sjukskrivna 100 %, antal	10	9	11	9	9	8	8	4	7	2	5	3	0	3
Sjukskrivna 75 % "	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0
Sjukskrivna 50 % "	1	3	0	3	2	2	1	4	2	4	3	3	2	1
Sjukskrivna 25 % "	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Sjukskrivna 0 % "	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	1
Sjukskrivningsgrad, procent	94	88	98	88	90	83	71	56	67	39	54	39	15	27
Sjukersättning, antal														
permanent, hel	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	2	2	3
permanent, partiell	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0
temporär, hel	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2
temporär, partiell	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	2
Sjukersättningsgrad, procent	0	0	0	4	0	4	19	21	27	38	29	42	46	50
Förvärsarbetsgrad, procent	6	12	2	8	10	13	10	23	6	23	17	19	39	23
Aktiv sjukskrivning, antal	1	2	2	4	2	3	2	1	2	0	0	0	0	0
Arbets träning, antal	1	0	1	1	2	1	5	1	2	0	4	1	2	2
Arbetsmarknadsåtgärd, antal	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1
Studier, antal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Tabell 4.

regelbundet besöker arbetsplatsen) eller personer i studier och arbetsmarknadsåtgärder (såsom lönebidrag) medan något fler från interventionsgruppen varit i arbetsträning.

Efter tre år var 1,75 kvinnor av tolv i interventionsgruppen alltså sjukskrivna mot 3,75 (varav 3 på heltid) i kontrollgruppen. Motsvarande siffror för sjukersättning är 5,5 mot 6,0. Åter i arbete var följaktligen 4,75 mot 2,25. Interventionsgruppen uppvisar alltså efter tre år två färre sjukskrivna, en halv sjukpensionär mindre och i stället 2,5 fler tillbaka i förvärsarbete jämfört med kontrollgruppen.

Intervjuer

Kursdeltagarnas individuella värderingar av behandlingsformen, alla redovisade i projektarbetet på ALI (31),

var genomgående mycket positiva. Med andra ord: Klienttillfredsställelsen var hög. Ett typsvar löd: ”Jag är fortfarande orolig och känslig men har lärt mig mycket som jag har nytta av när jag försöker tackla min stress”. Gruppgemenskapens betydelse påpekades speciellt. Önskemål om ändringar i ergonomiavsnittet efterlystes på några håll.

Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att utvärdera effekterna av en sammansatt intervention mot stressrelaterad ohälsa med avseende på självskattade symtom och fysiologiska markörer samt sjukskrivningsgrad och återgång i arbete.

Resultatet visar på förbättringar vad gäller självskattade depressionspoäng i såväl interventions- som kontrollgrupp över hela projektiden. Ingen överlägsenhet av intervention kunde påvisas i detta avseende, varför fynden kan tydas som att betingelserna har en jämförbar effektivitet vad gäller självskattad depression enligt BDI. När det gäller KUF-poäng visade däremot resultatet ett annorlunda mönster med signifikanta förbättringar i samtliga delskador endast inom interventionsgruppen. Databearbetningen kunde också påvisa en överlägsenhet av interventionen med avseende på KUF-skalan utmattning och det globala KUF-indexet. Detta tyder på att sedvanligt omhändertagande vid stressjukdom kombinerat med en kurs i att identifiera, förstå och hantera stressymtom är mer effektivt än sedvanlig behandling enbart vad gäller stressutlöst utmattning och därmed relaterade besvär.

Beträffande de biokemiska mätresultaten var ökningen av HDL och minskningen av triglycerider förbättringar noterbara enbart i kontrollgruppen. Detta, liksom ökningen (dvs försämringen) av HbA1C i framför allt behandlingsgruppen, var resultat motsatta utfallet av enkäterna. HbA1C har utifrån flera studier bedömts vara en lovande stressmarkör. Dock har påpekats att variabler som föda och motion skulle kunna utgöra confounders och störa tolkningen i stresstermer (36). Till detta är ytterligare att säga att det vid studiens start inte förelåg något allmänt accepterat program för laboratoriemässig utredning av stressrelaterade sjukdomar (7). "Golden standard" ansågs i första

hand bygga på enkätdata medan biologin här fick utgöra ett komplement, som ännu inte var tillräckligt specifikt eller sensitivt (4).

Utifrån dagens erfarenhet och kunskapsnivå hade det varit av intresse att även ha följt dygnskurvor av salivkortisol, som alltmer kommit i förgrunden när det gäller att mäta stressnivåer (6, 11, 19). Annars har man inte heller i dagsläget tillgång till mer precisa biokemiska stressmarkörer (37). Forskningsfronten ligger nu framför allt inom immunologin, där förhoppningar knyts till de s k cytokinerna (såsom Interleukin-6) och tumörnekrosfaktor alfa (TNF-alfa), som ökar vid stress (8,14).

Kursdeltagarnas samstämmiga lovord under intervjuerna tyder på att kursinnehållet, åtminstone i det kortare perspektivet, varit dem didaktiskt och känslomässigt värdefullt. De säger sig ha fått instrument för framtiden. De har fått mötas inom ett gemensamt problemområde och där inte minst kunnat ventilera sina så vanliga känslor av skam och skuld, inte sällan underblåsta av den massmediala fuskdebatten.

Studien har sina begränsningar. En randomiserad design hade varit att föredra men var inte praktiskt genomförbar. En styrka i studien är å andra sidan den noga genomförda matchningen mellan behandlings- och kontrollgrupp, som för övrigt båda två hela tiden erhållit Kommunhälsans "treatment as usual" och varit föremål för samma arbetslivsinriktade rehabiliteringssträvanden. Ytterligare en fördel utgörs av det faktum att bortfallet varit litet i bägge grupperna

De statistiskt entydiga resultaten av validerade enkätinstrument, som anses utgöra gyllene standard vid stressundersökningar, tillsammans med den höga och samstämmiga klienttillfredsställelsen hos behandlingsgruppen, visar att programmet åtminstone ur ett ettårsperspektiv varit av terapeutiskt värde för kursdeltagarna även om detta inte återspeglats i biokemiska stressmarkörer, vilkas begränsade användbarhet i sammanhanget också beaktats.

Kursdeltagarnas allt större arbetsförmåga, samtidigt som de arbetslivsriktade ambitionerna alltså varit lika inom bägge grupperna, talar till stresshanteringskursens fördel och att den kan ha effekt även på lång sikt.

Därmed tycks finnas goda skäl för företagshälsovården att erbjuda behandling enligt denna modell som ett komplement till övrig terapi vid långvarig stressrelaterad ohälsa.

Litteraturreferenser

1. Anderberg, U M. Stressrelaterade syndrom – den nya tidens ohälsa. Läkartidningen nr 51-52/2002, sid 5860-5863.
2. Appels A, Höppener P, Mulder P. A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *Int J Cardiol* 1987;17:15-24.
3. Arbetslivsinstitutet – en presentation 2003, sid 10-11. Kommuner söker roten till det onda.
4. Arnetz B. Biologiska stressmarkörer i epidemiologiska och kliniska material. Stressforskningsrapport nr 302, 2002, IPM, sid 51.
5. Björntorp P, Währborg P, Ågren H. Stress & Depression. Könsskillnader och samband med det metabola syndromet. Pfizer CNS, 2000.
6. De Vente W, Olff M, van Amsterdam JGC, Kamphuis JH, Emmelkamp PMG. Physiological differences between burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate and cortisol responses. *Occup Environ Med* 2003;60:154-161.
7. Ekman R, Arnetz B. Stress. Molekylerna – individen – organisationen – samhället, 2002.
8. Erneroth, J m.fl. Samspel mellan psyke och immunsystemet, Riksstämman Sthlm, 1 dec 2005.
9. Grossi, G. De senaste forskningsrönen om behandling av personer med stressrelaterade tillstånd. Centrum för kunskapsutveckling (CKU). Stress och Utmattningsdepression,. Stockholm 8-9 maj 2001.
10. Grossi G, Perski A, Blomkvist V, Evengård B, Orth-Gomér K. Physiological correlates of burnout among women, *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 309-316, 2003.
11. Grossi G, Perski A, Ekstedt M, Johansson T, Lindström M, Holm K The morning salivary cortisol response in burnout. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(2):103-111, 2005
12. Heijbel, B. Utvärdering av arbetsförmågan hos personer med utbrändhetsproblematik ett år efter inledd rehabilitering. Medicinska Riksstämman, Sthlm 2002.
13. Hult B. Stresshantering. Utvärdering av en grupphanteringsmodell för patienter med Stressrelaterad ohälsa. Rapport 2001:2. Lasaretten i Motala.
14. Iwarson, S. m.fl. Hur stress påverkar immunförsvaret hos människor och djur, Riksstämman Sthlm 30 nov 2005.
15. Källa nr 52. Vetenskapsrådet. Jäktad, pressad – utbränd? Forskare diskuterar strategier mot skadlig stress, 2002.
16. Larsson G, Setterlind S. A stress reduction programme led by health care personnel: Effects on health and well-being. *European Journal of Public Health* 1/1992, sid 90-93.
17. Lindqvist A-K, Kostenius-Foster, C. Stress och stresshantering. Stencil från ALI, 2002.
18. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases, *Behav Med*, 18 (1992) 53-60.
19. Mommersteeg PM, Heijnen CJ, Verbraak MJ, van Doornen LJ. Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*. 2006 Feb;31.
20. Nygren, Å. Konferens om utmattningsyndromet, Folket Hus Sthlm, 15 nov 2005.
21. Nygren Å. Riksstämman Sthlm 30 nov 2005.
22. Marklund S och medarbetare. Organisatoriska faktorerens betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner. *Arbete och Hälsa* 2003:6, rapport från AMI.

23. Orth-Gomér K, Eriksson I, Moser V, Theorell T, Fredlund P. Lipid lowering through stress management. *International Journal of Behavioral Medicine* 1, 204-214, 1994.
24. Ovreteit J. Metoder för utvärdering av hälso- och sjukvård och organisationsförändringar, 2001.
25. Perski A. Ur balans. Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv, 2002.
26. Perski A, Grossi G, Evengård B, Yilbar B, Orth-Gomér K. Emotionell utmattning vanlig bland kvinnor i offentlig sektor. *Läkartidningen* 18/2002, 2047-2052.
27. Perski A, Grossi G. Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser - Resultat från en interventionsstudie. *Läkartidningen* 14/2004, 1295 -1298.
28. Perspektiv på arbetslivet nr 48, Nyhetsbrev nr 2-2003. Arbetslivsinstitutet.
29. Riksdag och departement, 2001. Utgiven av Sveriges Riksdag.
30. Rosenqvist P. Stressrelaterade utmattningstillstånd – några behandlingserfarenheter. *Läkartidningen* nr 48/2001, sid 5549-5553.
31. Santell B. Stressrelaterad ohälsa hos kommunanställda kvinnor. Utvärdering av ett rehabiliteringsprogram. Arbetslivsinstitutet 2003.
32. Spjut C. Sjukskrivning vid psykisk sjukdom. Riksstämman Sthlm, 2 dec 2005.
33. Svenska Psykiatriska Föreningen, Rapport, Stress och utmattningstillstånd, Sthlm 2001.
34. Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa, Socialstyrelsen, 2003.
35. Währborg P. Stress och den nya ohälsan, 2002.
36. Åkerstedt T, Theorell T. Stressforskningsrapport nr 302, 2002, IPM. Biologiska stressmarkörer. Konsensusmöte 12-13/2 2002.
37. Åsberg, M. Konferens om utmattningssyndromet, Folkets Hus Sthlm, 15 nov 2005.
38. Åsberg, M. Arbete och psykisk ohälsa, Riksstämman Sthlm, 2 dec 2005.

Abstract

The aim of the study was to evaluate the effects of a stress management intervention in a sample of 24 female employees in the Swedish public sector, who were on sickleave due to stress related disorders. All participants were administered the Eskilstuna occupational health care unit's individual treatment for stress. Half of the sample were also administered a group intervention aimed at coping with psychological/somatic symptoms of stress (experimental condition). The study design was quasi-experimental. Data were collected before and after treatment and at 6 and 12 months follow-up, by means of questionnaires and blood sampling. Rates of return to work were assessed for up to three years. Levels of depression decreased in both conditions and these improvements were maintained at follow-up. The experimental condition was superior with reference to symptoms of burnout, particularly exhaustion and the global index of the Karolinska Exhaustion Scale. Paradoxically, these improvements were accompanied by significant increases in glycated haemoglobin (HbA1C) in both groups. At three years' follow-up 40 % in the experimental condition and 19 % of controls had returned to work. More studies are needed to investigate the impact of stress management interventions on physiological parameters.