

**Effektvurdering af intervention rettet mod
belastningsreduktion og genoptagelse af arbejde blandt
sygedagpenge klienter med arbejdsrelaterede psykiske
problemer i 3 kommuner**



**Slutrapport til Arbejds miljøforskningsfonden
Projekt nummer 15-2009-03**

**Arbejdsmedicin
Regionshospitalet Herning
Universitets klinik
2017**

Titel:

Slutrapport til Arbejds miljøforskningsfonden: effektvurdering af intervention rettet mod belastningsreduktion og genoptagelse af arbejde blandt sygedagpenge klienter med arbejdsrelaterede psykiske problemer i tre kommuner.

Projektgruppe:

Vita Ligaya Dalgaard (1); Ole Carstensen (1); David John Glasscock (1); Johan Hviid Andersen (1)

Institutioner:

Arbejdsmedicin Herning, Universitets klinik Hospitalsenheden Vest

Finansiel støtte:

Arbejds miljøforskningsfonden Projekt 15-2009-03

Bedes citeret:

Dalgaard, VL; Carstensen, O; Glasscock, DJ (2017). Slutrapport til Arbejds miljøforskningsfonden: effektvurdering af intervention rettet mod belastningsreduktion og genoptagelse af arbejde blandt sygedagpengeklienter med arbejdsrelaterede psykiske problemer i tre kommuner. Arbejdsmedicin, Regionshospitalet Herning, Universitets klinik.

INDHOLD

Forord	4
Projektgruppe og vejledere	4
Dansk resumé	5
English summary	7
Baggrund og formål	9
Metode	11
Resultater	15
Begrænsninger	18
Konklusion	19
Fremtidig forskning	20
Undersøgelsens anbefalinger	20
Oversigt over afhandling, artikler, posters og konference abstracts	22
Referencer	24

FORORD

Denne slutrapport fremlægger resultater fra projektet: "Effektvurdering af intervention rettet mod belastningsreduktion og genoptagelse af arbejde blandt sygedagpenge klienter med arbejdsrelaterede psykiske problemer i tre kommuner". (kort projekttitel "behandling af stress" (KommuneBAS)).

Vi vil gerne sige tak til Arbejds miljøforskningsfonden for at have finansieret denne randomiserede, kontrollerede undersøgelse. Herudover vil vi gerne takke de deltagende patienter samt de psykologer, læger og øvrigt personale, der har bidraget til at undersøgelsen kunne gennemføres. Vi vil også gerne takke de deltagende kommuner: Ringkjøbing-Skjern, Ikast-Brande og Herning.

PROJEKTGRUPPE OG VEJLEDERE

Projektgruppen bestod af Vita Ligaya Dalgaard, PhD, Arbejdsmedicin Herning, Universitetsklinik, Hospitalsenheden Vest. Ole Carstensen, MD, Arbejdsmedicin Herning, Universitetsklinik Hospitalsenheden Vest, David J. Glasscock, PhD. Arbejdsmedicin Herning, Universitetsklinik Hospitalsenheden Vest. Vita Ligaya Dalgaard har skrevet ph.d-afhandling om projektet under hovedvejleder Johan H. Andersen, Professor, Arbejdsmedicin Herning, Universitetsklinik, Hospitalsenheden Vest og bivejleder David J. Glasscock og Morten V. Willert, PhD, Arbejdsmedicinsk klinik, Aarhus universitetshospital.

DANSK RESUMÉ

Baggrund

WHO har omtalt arbejdsrelateret stress som en af de største helbredsmæssige udfordringer i det 21. århundrede. Langvarig arbejdsstress kan medføre sygefravær og reduceret livskvalitet. Mange patienter med arbejdsrelaterede stresssymptomer som søvnproblemer og kognitive vanskeligheder henvises hvert år til de danske arbejdsmedicinske klinikker. Reviews peger generelt på, at interventioner baseret på kognitiv adfærdsterapi er bedre end andre typer af stress interventioner, når det drejer sig om at reducere stressniveauet og de psykologiske symptomer. Imidlertid har kun få studier undersøgt interventioner rettet mod personer med et dokumenteret klinisk behov.

Formål

Formålet med denne undersøgelse er at evaluere en stress management intervention baseret på arbejdsfokuseret kognitiv adfærdsterapi i kombination med et tilbud om en mindre arbejdspladsintervention rettet mod patienter sygemeldt på baggrund af arbejdsrelateret stress. Interventionen evalueres igennem et tre-armet randomiseret, kontrolleret design i forhold til effekten på stresssymptomer og vedvarende/fuld tilbagevenden til arbejdet.

Studiepopulation og metode

Mulige deltagere sygemeldt pga. arbejdsrelateret stress blev rekrutteret via tre kommuner til Arbejdsmedicin, Herning. Undersøgelsen inkluderede i alt 163 deltagerne, der blev randomiseret til tre grupper: en interventionsgruppe (n=58), en kontrolgruppe A (n=56), der ligesom interventionsgruppen havde modtaget en udredning på klinikken og en kontrolgruppe B (n=49), der ikke modtog udredning eller behandling på klinikken. For at deltage i undersøgelsen, skulle følgende inklusionskriterier være opfyldt: 1) En diagnose med belastnings- eller tilpasningsreaktion eller mild depression (ifølge ICD-10). 2) Patienten skulle være sygemeldt fuldt eller delvist på grund af tilstanden. 3) Tilstanden skulle af psykologen vurderes som primært arbejdsrelateret. 4) Patienten skulle have et ønske om at vende tilbage til samme arbejdsplads. Personen blev ekskluderet i følgende tilfælde: 1) Komorbiditet med anden psykiatrisk sygdom. 2) Nyopstået kronisk somatisk sygdom. 3) Graviditet. 4) Misbrugsproblematik. 5) Sygemelding længere end 4 mdr. 6) Førtidspension, og 7) Fyring eller manglende ønske om at vende tilbage til arbejdspladsen.

Interventionen bestod af 6 sessioner i løbet af 4 mdr. med individuel kognitiv adfærdsterapi med fokus på arbejdet samt et tilbud om psykologens deltagelse i et møde mellem patient og arbejdspladsen. Spørgeskemamålinger på selvoplevet stress, generelt mentalt helbred, søvn og kognitive vanskeligheder blev udført ved baseline samt efter 4 og 10 mdr. Data om sygefraværslængde blev indhentet fra DREAM registeret. Spørgeskemadata blev analyseret med multivariate repeated measurements analyser og forskelle i tiden til tilbagevenden til arbejdet blev analyseret med Cox regressionsanalyse.

Resultater

Ved studiets begyndelse var grupperne sammenlignelige med hensyn til demografiske karakteristika. Det skal imidlertid bemærkes, at kontrolgruppe B ikke modtog nogen klinisk udredning på klinikken. Det er derfor sandsynligt, at gruppen ikke er sammenlignelig med de to øvrige grupper. Ved sammenligning af interventionsgruppen og gruppe A sås ingen signifikante forskelle mellem grupperne i forhold til oplevet stress, mentalt helbred, søvn- eller kognitive vanskeligheder ved hverken 4 eller 10 måneders opfølgning. Grupperne oplevede generelt væsentlig symptomforbedring over tid svarende til moderate til store effektstørrelser (Cohen's d). I forhold til tilbagevenden til arbejdet viste den fuldt justerede model ved 44 ugers opfølgning, at interventionsgruppen kom signifikant hurtigere tilbage på arbejde sammenlignet med kontrolgruppe A svarende til en gruppeforskel på ca. 4 uger. Justerede analyser ved 16 ugers opfølgning og de ujusterede modeller var ikke signifikante men udviste samme tendens i retning af en lille interventionseffekt på tilbagevenden til arbejdet.

Konklusion

Der var ingen signifikant interventionseffekt af interventionen på psykologiske mål, når interventionen blev sammenlignet med kontrolgruppe A, der modtog en klinisk udredning. Symptomerne bedres generelt markant over tid. Resultaterne viste desuden en tendens til, at interventionsgruppen kom tidligere tilbage til arbejdet sammenlignet med kontrolgruppe A. Interventionsgruppen genoptog arbejdet ca. 4 uger tidligere end kontrolgruppe A.

ENGLISH SUMMARY

Background

Work-related stress is a major health concern in the 21st century and a common cause of sick leave and reduced quality of life. Each year, many patients with work-related stress complaints are referred to Danish outpatient clinics of occupational medicine. Cognitive behavioral approaches are superior to other types of stress management interventions in several meta-analyses, when it comes to reducing symptoms, but only a few studies have selected samples with clinically relevant symptom levels.

Aim

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a work-focused cognitive behavioral intervention in combination with the option of a workplace intervention/meeting for workers on sick leave due to work-related stress. The intervention was evaluated with regard to psychological complaints and lasting return to work.

Study population and methods

Participants were referred from three municipalities to the The Regional Hospital West Jutland - University Research Clinic, Herning, Denmark. The study included 163 participants. Through a double randomization procedure, participants were randomly allocated to an intervention group (N=58) or a control group A (N=56) (both of which received clinical assessment at the department), and a control group B (N=49) that didn't receive any offers at the department.

Inclusion was dependent on: (1) a diagnosis of adjustment disorder or reactions to severe stress [ICD-10 code: F43.2–F43.9] or mild depression (F32.0), (2) patients were on sick leave due to the above, (3) the psychologist evaluated the condition as primarily work-related, and (4) patients planned on returning to their workplace. Patients were excluded in the cases of: (1) comorbidity of another psychiatric illness (e.g., moderate to severe depression), (2) comorbidity of a recently emerged chronic somatic disease, (3) pregnancy, (4) substance abuse, (5) sick leave greater than 4 months, (6) any degree of disability pension, and (7) fired from their job or having no desire to return to the workplace

The intervention lasted 16 weeks and consisted of 6 individual sessions of work-focused CBT as well as the option of the psychologist participating in a meeting with the patient and the workplace. Psychological outcomes were the Perceived Stress Scale (PSS10), the General Health Questionnaire (GHQ30), Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ) and the Cognitive Failures Questionnaire (CFQ). In addition, lasting return to work was measured as having returned to work for four consecutive weeks in a row. Measurements on psychological outcomes were carried out at baseline, four and ten months follow-up. Data on return to work was obtained from registers from one year before baseline and 44 weeks after. Outcome analyses were conducted with multivariate repeated measurements analyses for psychological outcomes and Kaplan-Meier plot and Cox regressions analyses were used to compare the rates of lasting return to work.

Results

The groups were comparable with regard to demographics and baseline characteristics; however since group B was not assessed at baseline, it was most likely influenced by selection bias and not comparable to the other groups. In general perceived stress and symptoms improved in all groups over time from baseline to 10 months follow-up corresponding to moderate to large within-group effect sizes (Cohen's *d*). There was no significant treatment effects in the intervention group on perceived stress, mental health, cognitive failures or sleep quality when compared to control group A. However, the intervention group returned to work significantly faster than control group A, which was clinically assessed at baseline, in the fully adjusted model corresponding to a median difference of 4 weeks. The adjusted analyses at 16 weeks and the crude analyses at both follow-up times were non-significant although directionally consistent with the final model and all in favor of the intervention group.

Conclusion

There was no significant effect of the intervention on psychological outcomes but in general symptoms improved markedly in all groups over time. The intervention group exhibited a tendency towards faster lasting return to work, compared to group A. The intervention group returned roughly 4 weeks earlier than control group A.

BAGGRUND OG FORMÅL

Projektets formål var at evaluere effekten af en psykologisk intervention rettet mod personer, der er sygemeldte med baggrund i arbejdsrelateret stress samt deres arbejdspladser. Deltagerne var sygedagpengeklienter fra Herning, Ringkøbing-Skjern og Ikast-Brande kommuner. Kun personer, som var sygemeldt med baggrund i tilpasnings- og belastningsreaktioner eller let depression, som arbejdsmæssige belastninger vurderedes at have været medvirkende til, blev selekteret ind i projektet. På Arbejdsmedicinsk Klinik i Herning er der tidligere udført en lignende undersøgelse (1), men hvor forsøgspersonerne blev selekteret fra de patienter, som driftsmæssigt blev henvist til klinikken af de praktiserende læger. Der blev fundet en behandlingseffekt i forhold til symptombedring men ikke i forhold til sygefraværslængde. Nævnte undersøgelse kunne dog ikke sige noget om, hvorvidt effekten skyldtes behandling alene, eller om den indledende udredning også bidrog til bedring. Nærværende projekt, som anvender samme intervention rettet mod sygedagpengeklienter med stresstilstande henvist fra kommunerne, blev derfor designet med henblik på også at kunne belyse en evt. effekt af selve udredningen. Det har også været en intention, at projektet kunne danne model for et samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk Klinik i Herning og de omkringliggende kommuner, så man via en tidlig indsats kan forebygge langvarigt sygefravær med baggrund i arbejdsstress.

Undersøgelser viser, at psykiske belastninger i arbejdsmiljøet er forbundet med en øget risiko for langtidssygefravær (2). Arbejdsstress øger også risikoen for somatiske klager, som ofte fører til sygefravær (3). De arbejdsmedicinske klinikker har oplevet en markant stigning i antallet af patienter med psykiske belastningsreaktioner (4). For eksempel er andelen af patienter med en afslutningsdiagnose på psykisk belastningsreaktion steget fra 9 % i 2001 til over 40 % i 2017 på Arbejdsmedicinsk klinik (AMK) Herning. Antallet af anmeldelser til Arbejdsskadestyrelsen vedrørende psykiske diagnoser er steget mellem 2010 og 2015 med 78 %. Andelen af psykiske sygdomme udgør en stor andel af anmeldelserne i de offentlige brancher (5).

Både for patienten og fra et samfundsøkonomisk perspektiv er der gode grunde til at forebygge og behandle arbejdsstress. Imidlertid er det først i de senere år, at forsøg på at dokumentere en effekt af konkrete behandlingstilbud rettet mod disse patienter er begyndt i Danmark (1, 6-8). I mange tilfælde bliver arbejdspladsen ikke inddraget. Ofte sygemeldes patienten i håbet om, at en pause vil være nok i sig selv, men i forbindelse med raskmelding vender patienten blot tilbage til de samme belastninger med risiko for tilbagefald. Langvarig sygemelding ender ofte med afskedigelse.

Internationalt er der efterhånden mange undersøgelser af stressinterventionsprogrammer, men kvaliteten er meget svingende. Randomiserede, kontrollerede studier er bedst egnede til at belyse, hvorvidt en intervention er virksom. Siden 2000 har der været 4 review-artikler (9-12). I en metaanalyse fandt man, at kognitiv-adfærdsterapeutiske interventioner er mere effektive end andre interventionsformer (9). Den største svaghed ved den eksisterende litteratur vedrører de undersøgte populationer. Der mangler undersøgelser af patienter med et dokumenteret klinisk behov. Mange undersøgelser foretages med frivillige deltagere, som typisk selekteres fra bestemte arbejdspladser. Ofte er der ikke redegjort for, hvorvidt deltagerne oplever stress. Der er som regel ikke tale om sygemeldte personer. Kun få undersøgelser har selekteret deltagere på baggrund af et højt stressniveau ved baseline.

En anden svaghed ved tidligere forskning er, at man oftest har evalueret *enten* individfokuserede *eller* organisationsfokuserede interventioner. Forskningen indikerer, at individfokuserede interventioner er mest gavnlige for ansatte med relativt meget kontrol over eget arbejde, mens det er usikkert, om denne positive effekt også gælder for ansatte med ringe job kontrol. I disse tilfælde kunne tiltag rettet mod en ændring af stressende arbejdsforhold tænkes at være et nyttigt supplement til et individuelt forløb. Der er et klart behov for "the development and controlled evaluation of interventions involving a combined individual and organizational focus" (9).

Interventionen i denne undersøgelse havde netop til hensigt at adressere både individet og forhold på arbejdspladsen. Formålet med interventionen var symptomlindring og tilbagevenden til arbejdet. Undersøgelsens hovedhypotese var, at interventionen ville medføre en større forbedring i forhold til selvoplevet stress og mentalt helbred (primære udfaldsmål) samt på søvnproblemer og kognitive vanskeligheder (sekundære udfaldsmål) sammenlignet med de to kontrolgrupper. Herudover var der en hypotese om, at interventionsgruppen ville komme hurtigere tilbage til arbejdet end de to kontrolgrupper. Da den kliniske udredning i sig selv også kunne gavne patienten, var studiet som tidligere beskrevet designet således, at en evt. effekt af den kliniske udredning også kunne undersøges ved at sammenligne gruppe A med kontrolgruppe B. Desværre opdagede vi undervejs, som nærmere beskrevet i metoden nedenfor, at gruppe B formentlig ikke var sammenlignelig med de 2 øvrige grupper. Vores formål og hypoteser i forbindelse med afrapportering af resultaterne fokuserer derfor på sammenligningen mellem interventionsgruppen og kontrolgruppe A.

METODE

Studiet var designet som et trearmet randomiseret, kontrolleret studie. Potentielle deltagerne (N=1182) blev rekrutteret gennem tre kommuner (Herning, Ringkjøbing-Skjern og Ikast-Brande kommune). Se et flowchart over rekruttering, allokering og dataindsamling i Figur 1 nedenfor. Efter en screeningsprocedure blev relevante deltagere (N=259) inviteret til at deltage i studiet. Deltagerne blev efterfølgende randomiseret til enten en klinisk udredning (foretaget af læge og psykolog) eller til en kontrol gruppe B, der ikke modtog hverken udredning eller behandling på Arbejdsmedicin, Herning. Under inklusionsperioden viste det sig, at ca. 45% af deltagerne blev ekskluderet i forbindelse med den kliniske udredning af forskellige årsager (f.eks. at deres tilstand ikke var tilstrækkeligt arbejdsrelateret). Derfor besluttede vi, at lukke kontrolgruppe B i juli 2011, da den indeholdt 49 deltagere, idet vi formentligt ville have ekskluderet en lignende andel, hvis denne gruppe, var blevet udredt. Gruppen er derfor formentlig ikke sammenlignelig med de øvrige grupper. Efter juli 2011 blev alle potentielle deltagere efter den indledende screening inviteret til udredning, og de inkluderede deltagere blev efterfølgende randomiseret til enten interventionsgruppen (N=58) eller kontrolgruppe A (N=56). I alt 163 deltagere blev inkluderet i studiet. Inklusion i projektet skete i tidsrummet sept. 2009 til februar. 2014. Inklusionsperioden måtte forlænges i forhold til det planlagte, fordi flere patienter end forventet faldt for projektets eksklusionskriterier. Projektets ind- og eksklusionskriterier var som følgende:

Inklusionskriterier:

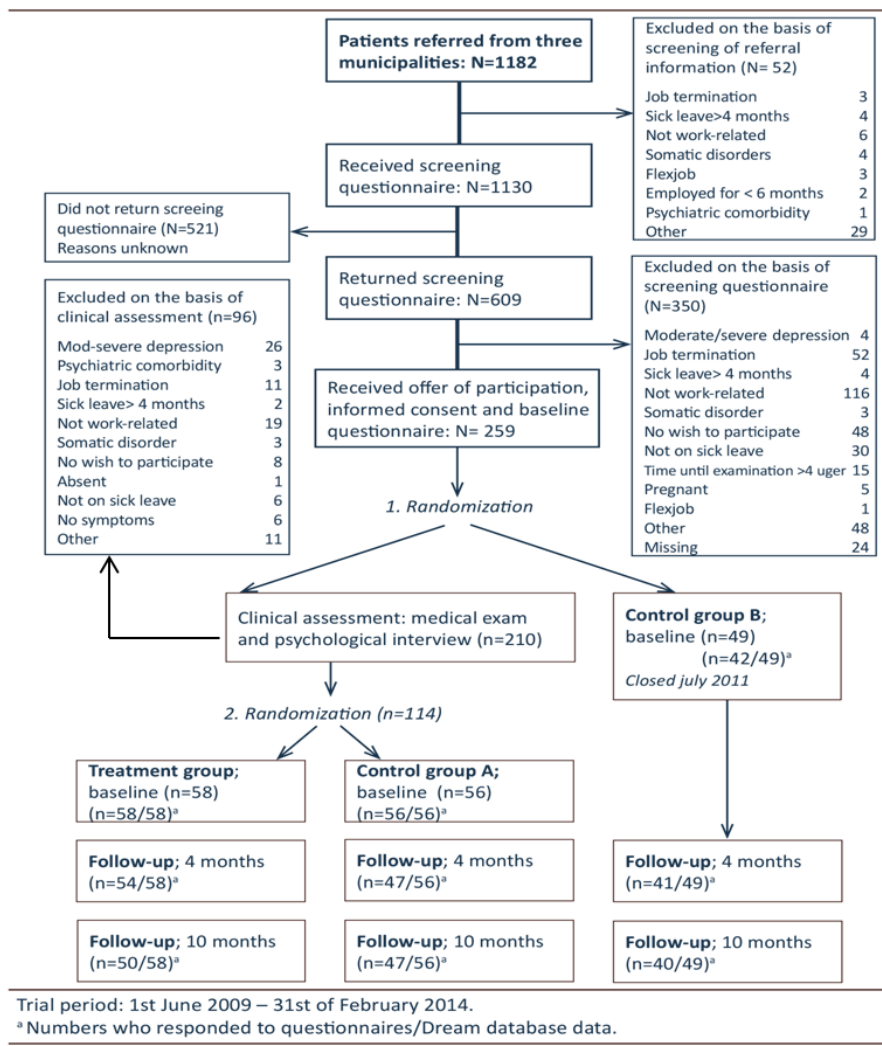
1. Der skulle være tale om en belastnings- eller tilpasningsreaktion, men ikke PTSD (en lettere depressiv episode blev også accepteret).
2. Der skulle være en vurdering af, at arbejdsforhold spillede en betydende rolle i tilstandens udvikling.
3. Patienten skulle være fortsat fastansat på den arbejdsplads, hvor belastningen var opstået, og der måtte ikke være tale om et flexjob.
4. Patienten skulle være sygemeldt.

Eksklusionskriterier

1. Patienten havde opsagt sin stilling eller var blevet afskediget inden udredning.
2. Patienten ønskede ikke at vende tilbage til nuværende arbejdsplads.
3. Sammenhængende sygefravær op til udredning over 4 måneder.
4. Anden psykiatrisk lidelse, fx moderat til svær depression.

5. Alkoholmisbrug.
6. Nyopstået kronisk sygdom eller smertetilstand.
7. Graviditet.

Figur 1: Flowchart over studiet (engelsk udgave)



Inklusion var ikke afhængig af branche eller belastningens art. De deltagende patienter blev henvist med baggrund i belastninger, der er typiske for personer, der henvises til arbejdsmedicinsk klinik på grund af arbejdsrelateret stress, dvs. interpersonelle konflikter, samarbejdsvanskeligheder og mobning, for stor krav/arbejds mængde, rolleklarhed, osv. Ofte var der tale om en kombination af belastninger. Såfremt det fremgik af screeningskemaet, at én eller flere eksklusionskriterier var til stede, blev personen ekskluderet inden udredning. Alle patienter, der blev randomiseret til projektrelateret udredning, fik tilsendt

information om projektet og et baselinespørgeskema med instrukser om at udfylde skemaet samt en formular om skriftligt samtykke i ugen inden udredningssamtalen. Udredning blev foretaget af en læge, der foretog en kort somatisk udredning samt en psykolog, der udførte et længere psykologisk udredning. Udredningsproceduren er nedfældet i en protokol. Alle randomiseringer blev foretaget elektronisk af en projektsekretær. Psykologen, der havde foretaget udredningssamtalen med patienten og taget stilling til inklusion/eksklusion, havde således ingen indflydelse på randomiseringsprocessen. Interventionssamtaler blev altid foretaget af den samme psykolog, som stod for udredningen.

Beskrivelse af interventionsprogrammet

Interventionen, der er manualiseret (se vedlagte ph.d. afhandling), indeholder 2 delelementer:

- 1) Et individuelt kognitiv terapeutisk forløb med psykolog 6 x 1 time fordelt over 4 måneder med fokus på arbejdsrelaterede problematikker.
- 2) Tilbud om deltagelse i møde på arbejdspladsen (evt. rundbordsamtale) med henblik på rådgivning om tilbagevenden til arbejdet og forebyggelse af stress.

Samtaleforløbet havde fokus på patientens måde at tolke og håndtere stressende situationer på. Der blev givet psykoedukation ved start samt hjemmearbejde mellem sessioner. Programmet blev udviklet i samarbejde med professor og chefspsykolog på psykiatrisk hospital i Risskov, Nicole Rosenberg og hendes kolleger. Programmet blev udviklet specifikt med henblik på patienter med stressreaktioner. Indholdet af forløbet for hver patient var ikke helt ens, idet den enkelte behandler på baggrund af patientens konkrete problemer og arbejdsplads-belastninger kunne vælge, hvilke specifikke redskaber fra manualen, de ville bruge og i hvilket omfang. De fleste forløb blev afrundet med tilbagefaldsforebyggelse, hvor forløbet blev gennemgået og de vigtigste læringselementer drøftet. I de mellemliggende sessioner blev der oftest arbejdet med patientens leveregler samt med analyse og omstrukturering af u hensigtsmæssige tolkninger og antagelser.

Ved forløbets start blev patienten informeret om muligheden for, at psykologen kunne deltage i et møde på arbejdspladsen eller i en rundbordsamtale. Sådanne møder fandt sted hos 10 % af patienterne i interventionsgruppen. I de resterende sager blev patienten rådgivet i forhold til, hvad der var behov for, at de fik snakket med nærmeste leder om. I disse tilfælde var hensigten en indirekte påvirkning af arbejdspladsen via patienten, der blev opfordret til at drøfte ændring af konkrete forhold med lederen. Når psykologen ikke deltog direkte i sådanne møde, var det oftest, fordi patienten ikke ønskede det og ville

håndtere mødet selv. Udover de 6 sessioner var der mulighed for at afsætte en 7. session til forberedelse af mødet med arbejdspladsen.

I forbindelse med møde på arbejdspladsen blev der drøftet muligheder for ændring af belastende forhold, både på kort sigt, fx i forbindelse med delvis raskmelding, og på længere sigt. Samtalerne på arbejdspladsen havde til formål at igangsætte en proces i organisationen med henblik på at reducere antallet af stressorer, løse problematiske samarbejdsrelationer eller øge kontrollen over arbejdsprocesserne, afhængig af patientens problematik. Der var fokus på at skabe forståelse for, at arbejdspladsen spiller en rolle i forhold til at fremme en hurtigere bedring og tilbagevenden vha. midlertidig eller permanente ændringstiltag. Det konkrete indhold i disse møder afhang i høj grad af hvilken type arbejdsplads, der var tale om, hvilke belastningselementer, der var tale om, samt relationen mellem medarbejderen og lederen.

Effektmål

Ved baseline (inden udredning og randomisering), efter 4 måneder (ved afslutning af intervention) og efter 10 måneder (6 måneder efter afslutning på intervention) blev samtlige deltagere i projektet bedt om at udfylde et spørgeskema, der indeholdt de skalaer og spørgsmål, der blev anvendt til at evaluere effekten af interventionen. Interventionen sigtede mod en bedring af den psykiske stresstilstand samt en afkortning af sygefraværslængde. Der blev anvendt validerede skalaer. Primære psykologiske mål var the Perceived Stress Scale (PSS-10) (19, 20), der måler selvoplevet stress og the General Health Questionnaire (GHQ-30) (21), der måler graden af psykiatriske symptomer. Udover det generelle stress- og symptomniveau blev 3 mere specifikke symptomområder, som hyppigt er til stede hos stressramte patienter, målt. For det første måltes søvnkvalitet via 5 spørgsmål fra Basic Nordic Sleep Questionnaire (22). For det andet blev to dimensioner vedrørende kognitive funktioner målt. Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) afdækker kognitive problemer såsom forglemmelser, let distraherbarhed og opmærksomhed. Vi anvendte 2 underdimensioner for henholdsvis 'distraktioner' (9 spørgsmål) og 'hukommelse' (7 spørgsmål). For alle skalaer gælder det, at en højere score er udtryk for en større symptomgrad.

Tiden indtil fuld tilbagevenden til arbejdet var et sekundært udfaldsmål i undersøgelsen og blev defineret som det at have været fuldt tilbage i 4 på hinanden følgende uger. Tiden til fuld tilbagevenden blev målt ved hjælp af registerdata (DREAM). Der blev indhentet data på sygemeldingslængde for studiepopulationen, med oplysninger om sygefravær fra 52 uger før de blev inkluderet i projektet til 44 uger (svarende 10 måneder) efter inklusionen.

Statistiske analyser

De statistiske analyser blev foretaget i STATA (STATA Corp. Lp, College station, TX) software pakke 11.2 .samt 13.0. Baseline karakteristika i de to grupper blev sammenlignet via deskriptiv statistik. Analyser af effektmål (PSS, GHQ, BNSQ og CFQ) blev foretaget med multivariate repeated measurements analyser. Til modelvalidering blev der anvendt QQ-plots by group of residuals vs. predicted values og residual probability plots. Multivariate repeated measurements analyse gør det muligt at medtage alle data herunder data fra personer, der har svaret på baseline men ikke på followup spørgeskemaer. Hvad angår manglende besvarelse af et single item i et spørgeskema, blev der foretaget single-mean imputation. Den imputerede værdi blev beregnet ud fra gennemsnittet af de øvrige items i skalaen for den pågældende person. Der blev kun foretaget imputation, hvis minimum 50 % af skalaen var blevet besvaret. For at kunne sammenligne forandringerne over tid på de forskellige mål blev effektstørrelser beregnet ud fra Cohen's d (25). Cohens d måler forandringen over tid ud fra standard deviationerne i de to grupper ved baseline. Cohens d udregnes som følgende: $d = (\text{mean (a)} - \text{mean (b)}) / (\text{den kombinerede sd for a og b})$. Resultaterne vurderes ud fra følgende retningslinjer: lille effekt: $d = 0.2 - 0.5$, middel effekt: $d = 0.5-0.8$ og stor effekt: $d > 0.8$. Dream data blev visualiseret i et Kaplan-Meier Plot, med det kumulerede antal ugers fravær efter inklusion og 44 uger frem. Risikoen for at blive raskmeldt blev analyseret med en Cox regressionsanalyse.

RESULTATER

Deltagerne bestod primært af offentligt ansatte kvinder (sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, lærer, pædagoger), hvilket er i overensstemmelse med det sædvanlige mønster ved henvisninger til de arbejdsmedicinske klinikker. Det ser ud som om, at randomiseringsproceduren har fungeret efter hensigten i forhold til interventionsgruppen og gruppe A, hvorimod, der formentlig er selektionsbias i gruppe B jævnfør tidligere omtale. Demografiske og baseline karakteristika ved deltagerne er præsenteret nedenfor i tabel 1.

Tabel 1. Demografiske og baseline karakteristika (engelsk udgave)

Table 1. Demographic and Baseline Characteristics for all groups. ^{a b}

Characteristics	Intervention		Control group A		Control group B	
	N	%	N	%	N	%
Gender						
Female	43	74.1	40	71.4	37	75.5
Male	15	25.9	16	28.6	12	24.5
Self-reported sick leave at baseline						
Full	33	56.9	35	62.5	25	51.0
Partial	25	43.1	21	37.5	16	32.7
missing values	-	-	-	-	8	16.3
Basic education						
9 th grade/less	8	13.8	5	8.9	3	6.1
10-12 years	49	84.5	50	89.3	39	79.6
missing values	1	1.7	1	1.8	7	14.3
Higher education						
Short (<3 years)	21	36.2	27	48.2	26	53.1
Medium (3- 4years)	28	48.3	24	42.9	15	30.6
Long (>4 years)	9	15.5	5	8.9	1	2.0
missing values	-	-	-	-	7	14.3
Occupation by field						
Health	5	8.6	5	8.9	6	12.2
Teaching	7	12.1	8	14.3	3	6.1
Administration	5	8.6	4	7.1	10	20.4
Day Care Worker/social	8	13.8	9	16.1	3	6.1
Leader	11	19.0	8	14.3	6	12.2
Trade/banking/it	2	3.5	8	14.3	4	8.2
Other	20	34.5	14	25.0	9	18.4
missing values	-	-	-	-	8	16.3
Diagnosis (ICD-10)						
Mild depression	16	27.6	11	19.6	-	-
Adjustment disorder/reactions to stress	42	72.4	45	80.4	-	-
Taking medication	27	44.8	25	44.6	25	51.0
Medication (by indication)						
Depression	14	24.1	11	19.6	13	26.5
Anxiety	4	6.9	5	8.9	1	2.0
Sleeping problems	6	10.3	5	8.9	8	16.3
Other	14	24.1	13	23.2	13	26.5

^a Mean age for the intervention group was 45 years (range 28-60 years) and for control group A it was 44(range 29-63) and for control group B it was 46 (range 26-62)

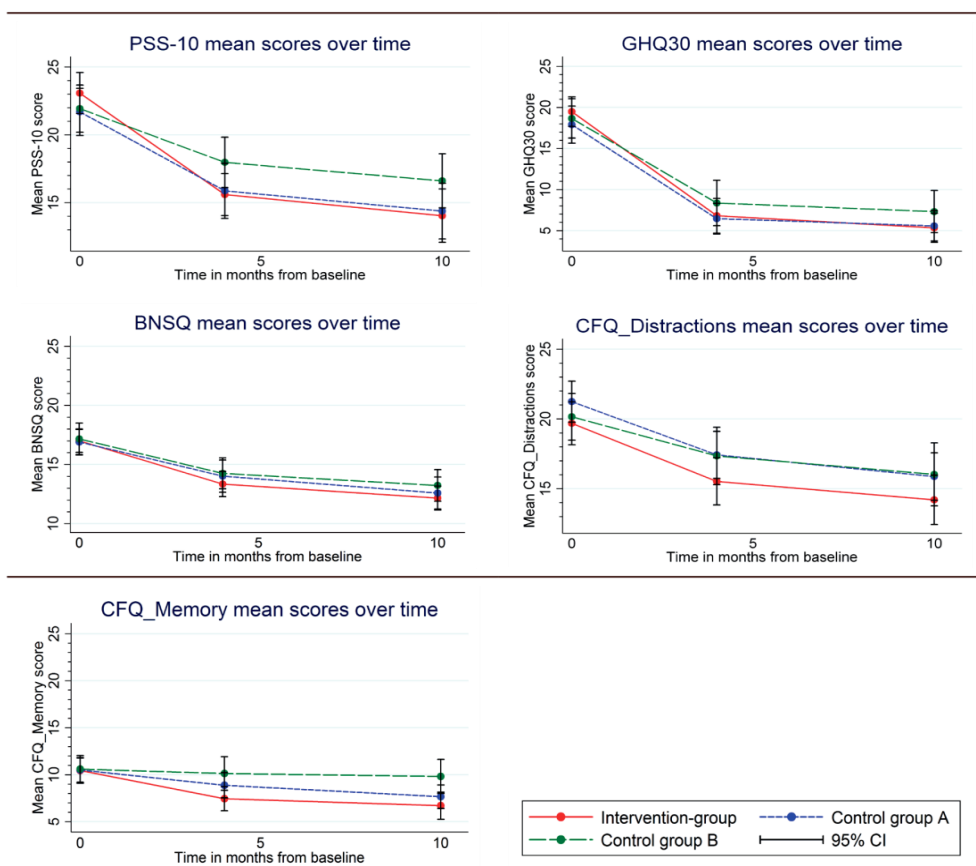
^b Mean length of self-reported sick leave at baseline was 77.6 days (Sd=17, 95%CI: 73.0-82.2) for the intervention group and 74.9 days (Sd=16, 95%CI: 70.6-79.3) for control group A and 74.1 for control group B (Sd=31, 95%CI:63.9-84.4).

^c Mean numbers of self-reported years in current job position was 9 years (range 1-28) in the intervention group; 9 years (range 1-42) in control group A and 9 years (range 0.5-31) in control group B.

Psykologiske udfaldsmål

Ændringer over tid i interventionsgruppen og kontrolgruppen for oplevet stress, mentalt helbred, søvnproblemer, og de 2 variabler vedrørende nedsatte kognitive funktioner er beskrevet grafisk i figur 2. Det generelle billede for disse 5 udfaldsvariabler var, at deltagere i begge grupper fik det markant bedre i løbet af 10 måneder, hvor den største forbedring fandt sted i løbet af de første 4 måneder. Det skal igen bemærkes, at kontrolgruppe B ikke modtog nogen klinisk udredning på klinikken. Det er derfor sandsynligt, at gruppen ikke er sammenlignelig med de to øvrige grupper. Ved sammenligning af interventionsgruppen og gruppe A sås ingen signifikante forskelle mellem grupperne i forhold til oplevet stress, mentalt helbred, søvn- eller kognitive vanskeligheder ved hverken 4 eller 10 måneders opfølgning og effektstørrelserne (Cohens d) var små i alle tilfælde. Alle grupperne oplevede generelt stor symptomforbedring over tid svarende til moderate til store effektstørrelser med undtagelse af gruppe B, der ikke udviste nogen særlig bedring på hukommelse over tid.

Figur 2: Gennemsnitlige ændringer over tid for psykologiske mål. PSS=perceived stress scale. GHQ=general health questionnaire. BNSQ=basic nordic sleep questionnaire. CFQ=cognitive failures questionnaire.

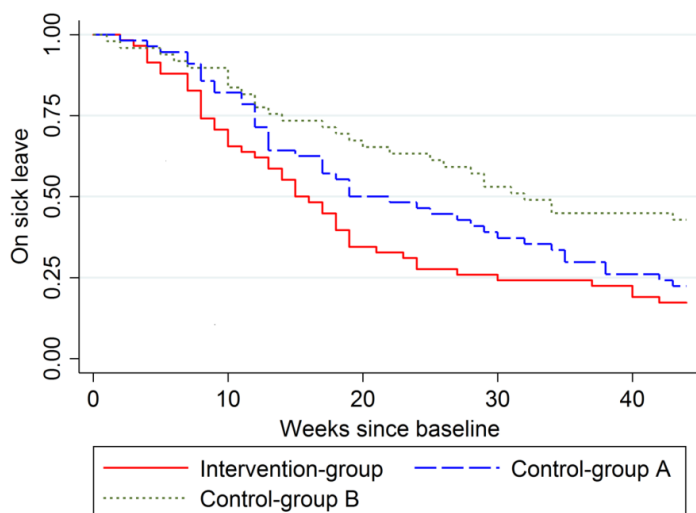


PSS=Perceived Stress Scale, GHQ=General Health Questionnaire, BNSQ=Basic Nordic Sleep Questionnaire, CFQ=Cognitive Failures Questionnaire, CI=Confidence Interval.

Fuld tilbagevenden til arbejdet

I forhold tilbagevenden til arbejdet viste den fuldt justerede model ved 44 ugers opfølgning, at interventionsgruppen kom signifikant hurtigere tilbage på arbejde sammenlignet med kontrolgruppe A (HR=1.57, 95%CI: 1.01-2.44) svarende til en lille interventionseffekt og en gruppeforskel på ca. 4 uger. Justerede analyser ved 16 ugers opfølgning og de ujusterede modeller var ikke signifikante men viste samme tendens i retning af en marginal interventionseffekt på fuld tilbagevenden til arbejdet. Den endelige model blev justeret for alder, køn, uger i DREAM i året op til inklusionen, branche ved baseline, fuld eller hel sygdommelding ved baseline samt diagnose. Figur 3 viser et Kaplan Meier plot over tilbagevenden til arbejdet i de 3 grupper.

Figur 3. Kaplan Meier plot over den akkumulerede sandsynlighed for at være fuldt eller delvis sygemeldt eller arbejdsløs på et givet tidspunkt i opfølgningsperioden.



BEGRÆNSNINGER

Resultaterne fra denne undersøgelse skal ses i forhold til en række begrænsninger. Alle patienter i interventionsgruppen og gruppe A gennemgik en grundig klinisk udredning ved baseline for at sikre, at inklusionskriterierne var opfyldt, og at der ikke var eksklusionskriterier tilstede. Som tidligere nævnt blev gruppe B ikke undersøgt på samme måde ved baseline, og derfor er den formentlig ikke sammenlignelig med de to øvrige grupper. Dette er selvfølgelig en væsentlig begrænsning, der betyder, at spørgsmålet omkring udredningens betydning i forhold til symptombedring og tilbagevenden til arbejdet, ikke kan besvares. En anden væsentlig begrænsning ved undersøgelsen drejer sig om brug af professionel hjælp

uden for studiet. Mange i kontrolgrupperne samt nogle deltagere i interventionsgruppen modtog således hjælp eller rådgivning udenfor undersøgelsen fra andre professionelle (psykolog, læge, coach, psykiater) i undersøgelsesperioden. Kontrolgrupperne bør derfor formentlig betragtes som "treatment as usual", dvs. grupper der får den almindelige tilgængelige behandling f.eks. hos privatpraktiserende psykologer. Dette kan dog have reduceret muligheden for at finde større behandlingseffekter i undersøgelsen. Randomiserede, kontrollerede studier (RCT) indenfor behandling af sygemeldte med arbejdsrelaterede stresstilstande er forholdsvis sjældne og indebærer en række udfordringer. F.eks. er det etisk set vanskeligt at bede deltagerne i de forskellige kontrolgrupper, om ikke at søge hjælp udenfor studiet. Anvendelsen af registerdata til at undersøge effekten af interventionen på tilbagevenden til arbejdet betød, at vi ikke havde manglende opfølgingsdata for dette udfaldsmål. Imidlertid kan der ikke ved brug af DREAM-registeret skelnes mellem fuld og delvis sygemelding, dvs. vi kunne ikke i registeret identificere det tidspunkt, hvor en medarbejder vender delvis tilbage til arbejdet. En anden begrænsning drejer sig om, at der især i kontrolgrupperne var nogle deltagere (ca. 16-18%), der ikke besvarede spørgeskemaer i forbindelse med 4- og 10 måneders opfølgning. En række sensitivitetanalyser peger dog på, at dette ikke har haft betydning for resultaterne. Som det også er tilfældet i flere andre lignende undersøgelser (1, 7), var der kun en mindre del (6 deltagere), der sagde ja til tilbuddet om en mindre arbejdspladsintervention. Dette kan muligvis skyldes, at det af patienten kan opleves som stigmatiserende at medbringe en psykolog til et møde på arbejdspladsen. Det er dog vores indtryk, at den sygemeldte generelt følte sig godt klædt på igennem de individuelle samtaler med psykologen til at mødes med repræsentanter fra arbejdspladsen. Det er yderligere en begrænsning, at studiet er baseret på et forholdsvis lille antal deltagere, hvilket også kan have påvirket resultaterne.

KONKLUSION

Der blev ikke fundet nogen signifikant behandlingseffekt af arbejdsfokuseret kognitiv adfærdsterapi i forhold til selvoplevet stress (PSS10), mental helbred (GHQ30) eller mere specifikke problemer som søvnvanskeligheder (BNSQ) og kognitive problemer (CFQ), når interventionsgruppen blev sammenlignet med kontrolgruppe A, der modtog en klinisk udredning. Deltagere i begge grupper udviste en markant forbedring i forhold til oplevet stress og symptomer i løbet af opfølgingsperioden på 10 måneder. I forhold til fuld tilbagevenden til arbejdet sås en tendens til, at interventionsgruppen kom hurtigere tilbage sammenlignet med kontrolgruppe A. Interventionsgruppen kom ca. 4 uger tidligere tilbage til fuld genoptagelse af arbejdet.

FREMTIDIG FORSKNING

Selvom patienterne i denne undersøgelse blev grundigt udredt ved baseline, så var der stadig tale om en heterogen gruppe både i forhold til specifikke symptomer som f.eks. søvnproblemer og kognitive vanskeligheder men også i forhold til årsagen bag sygemeldingen, dvs. om stresstilstanden primært skyldes en stor arbejdsbyrde eller andre ting som f.eks. konflikter eller mobning på arbejdspladsen. I fremtidige studier kunne det være relevant at undersøge forskellige undergrupper, der kunne have brug for forskellige former for indsatser.

Herudover mangler vi viden om, hvornår det tidsmæssigt er mest optimalt at påbegynde behandling til denne patientgruppe, ligesom der også mangler viden om det bedste tidspunkt i forløbet at påbegynde gradvis tilbagevenden til arbejdet. Desuden er det muligt at forskellige grupper af sygemeldte med årsag i stress vil opleve forskellige effekter af denne type intervention. En tidligere undersøgelse af den samme intervention fandt således ikke de samme resultater som i nærværende undersøgelse (1). I den tidligere undersøgelse fandt man en effekt på symptombedring men ikke på tilbagevenden til arbejdet. Det vides ikke, hvad årsagen til de forskellige resultater er, men en mulig forklaring kunne være relateret til forskelle i sygemeldingslængden ved inklusionstidspunktet. I nærværende undersøgelse havde deltagerne været sygemeldt i gennemsnit 77 dage ved inklusionstidspunktet, mens deltagerne i den tidligere undersøgelse i gennemsnit havde været sygemeldt i 44 dage. De forskellige henvisningskilder i de to RCT studier kan også have spillet en rolle. I det første RCT studie blev deltagerne af praktiserende læger mens patienterne blev rekrutteret gennem kommunerne i det andet RCT studie.

Herudover mangler vi viden om, hvordan det går personer, der tidligere har været sygemeldt pga. arbejdsrelateret stress. Vi mangler undersøgelser der belyser arbejdstilknytning og helbred på lang sigt i denne gruppe.

UNDERSØGELSENS ANBEFALINGER

Arbejdsrelateret stress vil formentlig også i de kommende år udgøre en stor samfundsmæssig udfordring. Eksisterende tertiære interventionsstudier har vist blandede resultater, og vi mangler fortsat viden om den bedste behandling til personer, der er sygemeldte med baggrund i arbejdsrelateret stress. Vi anbefaler derfor, at man så vidt muligt forsøger at styrke den forebyggende indsats på flere niveauer både individuelt, organisatorisk og på politisk og samfundsøkonomisk niveau, således at det ikke bliver nødvendigt for medarbejderen at sygemelde sig. På organisationsniveau kunne dette indebære en konkret

stresspolitik rettet mod at afhjælpe og forebygge stress hos medarbejderne. Dette f.eks. ved at skabe et arbejdsmiljø, der giver mulighed for, at opgaver kan tilpasses f.eks. igennem samtaler med den stressede medarbejder. Således kan fleksibilitet i forhold til at kunne ændre stressudløsende forhold i organisationen være afgørende for om stress resulterer i sygemelding.

Vi anbefaler fortsat, at man behandler sygemeldte med arbejdsrelaterede belastnings- og tilpasningsreaktioner med kognitive metoder med et specifikt fokus på stressende arbejdsforhold, selvom vi i forhold til psykologiske symptomer ikke så en signifikant effekt i denne undersøgelse. Vi har en formodning om, at mange af de deltagere, der har modtaget behandling uden for undersøgelsen, også har fået en behandling, der er funderet i kognitiv adfærdsterapi. I forhold til tilbagevenden til arbejdet anbefales det, at den kognitive tilgang suppleres med en konkret opstartsplan med fokus på gradvis opstart og gradvis øgning af opgaver og kompleksiteten i opgaverne. Der bør i planlægningen tages nøje hensyn til patientens ressourcer, så der ikke sker et tilbagefald. Vi anbefaler desuden, at den tilbagevendte medarbejder i begyndelsen følges løbende af lederen og evt. af behandler for at modvirke tilbagefald.

OVERSIGT OVER AFHANDLING, ARTIKLER, POSTERS OG KONFERENCE ABSTRACTS

PhD afhandling

Dalgaard VL (2017). Treating patients on sick leave due to work-related stress – Two randomized controlled trials of a stress management intervention. Aarhus Universitet, Denmark.

Publikationer

Dalgaard VL, Andersen LP, Andersen JH, Carstensen O, Willert MV, Glasscock DJ. Work-focused cognitive behavioral intervention for psychological complaints in patients on sick leave due to work-related stress: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Negative Results in BioMedicine* (2017) 16:13

Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH, Glasscock DJ, Willert MV, Carstensen O, Biering K. Return to work after work-related stress: A randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scand J Work Environ Health* 2017;43(5):436-446

Abstracts præsenteret på internationale og nationale konferencer

Stressforskningskonferencen 2011: Treatment of work-related stress. Psychological intervention for patients with clinical levels of work-related stress. A randomized controlled trial.

6th International Congress of the International Commission on Occupational Health - Work Organization and Psychosocial Factors (ICOH-WOPS) i Mexico City, Mexico (2017): Return to work after work-related stress: A randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention.

Populær formidling

Projektet, dets resultater og perspektiver er et utal af gange blevet præsenteret igennem oplæg, seminarer, temadage og undervisning til både forskere, psykologer, læger, studerende, repræsentanter fra kommuner

og personer med interesse for stressområdet. Herudover er projektet blevet præsenteret flere i forbindelse med udlandsophold ved University of California, San Francisco, Center for Community and Health samt i forbindelse med et internationalt seminar om arbejdsmiljø i Havanna, Cuba. Projektet er også præsenteret under besøg ved henholdsvis Stressforskningsinstituttet og Stressklinikken i Stockholm.

Projektet blev ligeledes præsenteret ved ph.d. forsvar af Ligaya Dalgaard d. 7. april, 2017 på Health, Aarhus Universitet.

Medieomtale

I forbindelse med ph.d. forsvaret blev det udsendt en pressemeddelelse om projektet på Aarhus universitets hjemmeside samt arbejdsmedicinsk klinik.

Herudover udsendes vedhæftede pressemeddelelse (bilag 4) i uge 40, 2017.

Projektets resultater vil også blive formidlet via Arbejdsmedicinsk kliniks egen hjemmeside, hvor de vil være tilgængelige for patienter og arbejdspladser.

Der arbejdes også på et indlæg målrettet psykologer via dansk psykologforening.

REFERENCER

- 1) Glasscock, D., Carstensen, O. & Dalgaard, L. (2014) Reduktion af stress og sygefravær blandt patienter med arbejdsrelaterede belastnings- og tilpasningsreaktioner henvist til arbejdsmedicinsk klinik. Afslutningsrapport til Arbejds miljøforskningsfonden vedrørende projekt-nr. 34-2007-03. Arbejdsmedicinsk Klinik, regionshospitalet Herning.
- 2) Lund, T., Labriola, M., Christensen, K.B., Bültmann, U., Villadsen, E. & Burr, H. (2005). Psychosocial work environment exposures as risk factors for long-term sickness absence among Danish employees: results from DWECS/DREAM. *J. Occupational and Environmental Medicine*, 47 (11): 1141-1147.
- 3) Linton, S.J. (2001) Occupational psychological factors increase the risk for back pain: A systematic review. *J Occupational Rehabilitation*, 11 (1): 53-66.
- 4) Rohde, B. (2006) Mange flere patienter har psykiske belastningsreaktioner. *Arbejds miljø*, nr. 3-2006: 9-10.
- 5) Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (2017): Arbejdsskadestatistik 2016 [Arbejdsmarkedets Erhvervssikring - Statistik](#)
- 6) Thulstrup, AM. (2010) Midler mod arbejdsrelateret stress, MARS – en klinisk randomiseret undersøgelse af intervention mod arbejdsrelateret stress. Afslutningsrapport til Arbejds miljøforskningsfonden vedrørende projekt-nr. 11-2005-09, Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital.
- 7) Netterstrøm, B. (2012) En undersøgelse af effekten af to stressbehandlingsprogrammer: Effekten umiddelbart efter behandling. (en rapport omhandlende foreløbige resultater fra COPESTRESS-projektet).
- 8) Ryom, PK. (2013) Afrapportering stressprojekt: Sygemeldt, tilbage til arbejdet. Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg.
- 9) Van der Klink, J.L., Blonk, R.W.B., Scene, A.H. & van Dijk, F.J.H. (2001) The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health*, 91(2): 270-276.
- 10) Richardson, KM., Rothstein, HR. (2008) Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *J Occup Health Psychol*, 13 (1), 69-93.
- 11) Bhui, KS., Dinos, S., Stansfeld, SA., White, PD. (2012) A synthesis of the evidence for managing stress at work: A review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *J Environ Public Health*. 2012: 515874

12) Arends, I., Bruinvels, DJ., Rebergen, DS., Nieuwenhuijsen, K., Madan, I., Neumeyer-Gromen, A. et al. (2012) Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database Syst rev. Dec 12;12:CD006389.