

● Stressbehandling – rådgivningsguide for almen praksis

Af Bo Netterstrøm, Marianne Borritz og Nanna Eller

Forfatterfoto mangler 300 dpi

Biografi

Bo Netterstrøm er overlæge og leder af behandlingsprojektet COPEstress. Han har skrevet disputats om psykosociale påvirkninger i arbejdet og iskæmisk hjertesygdom 1993 og er leder af Stressklinikken i Hillerød, 2002-2010, samt medstifter af Stresscentret Kalmia i Hørsholm, 2008.

Marianne Borritz er afdelingslæge, ph.d., speciallæge i arbejdsmedicin.

Nanna Eller er overlæge og speciallæge i arbejdsmedicin. Alle tre arbejder på Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital.

Bo Netterstrøms adresse

Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV. Bone@dadlnet.dk

Stress er tiltaget gennem de senere år og er en hyppig henvendelsesårsag i almen praksis. Sygemelding eller ikke, hvordan vi bedst håndterer situationen, og hvornår andre aktører skal på banen, er spørgsmål der kræver afklaring. I denne og en efterfølgende artikel gennemgås de nyeste danske erfaringer vedrørende stressbehandling.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

I alt 268 sygemeldte borgere – med arbejdsrelateret stress – deltog i et stressbehandlingsprojekt ved Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital, i perioden 2010-2011. Nærværende artikel beskriver de kliniske erfaringer fra projektet i forhold til problemstillingen »den stressede patient«. Den efterfølgende artikel beskriver samtalebehandlingen fra samme projekt.

Stressede borgere i Danmark tilbydes en lang række former for behandling både i privat og offentligt regi baseret på behandlernes egne erfaringer og uden en egentlig efterprøvning af de anvendte metoder. Derfor udgav Sundhedsstyrelsen i 2007 en pjece med behandlingsvejledning for stressede patienter til praktiserende læger (1) og en borgerpjece om stress (2). Pjecerne baserede sig bl.a. på en hollandsk vejledning (3) og erfaringer fra Stressklinikken i Hillerød (4), men var i høj grad baseret på *common sense* fra almen praksis og diskussioner i Sundhedsstyrelsens projektgruppe.

Der er imidlertid i de seneste år gennemført en række randomiserede undersøgelser af effekten af forskellige behandlingsmetoder over for personer med stresssymptomer. Resultaterne fra undersøgelser, hvor effektmålet var sygefravær og tilbagevenden til arbejdet, samledes i 2010 i en hvidbog fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø

I

Arbejdsmedicin

(5). Hvidbogen fandt »... evidens for, at en forbedring af behandlingsindsatsen effektivt kan forebygge visse arbejdsmæssige konsekvenser af mentale helbredsproblemer. Behandlingsindsatsen skal være koordineret, for at sikre hurtig adgang til behandling, og følge evidensbaserede retningslinjer, dvs. give adgang til både medicinsk og psykologisk behandling. Der er endvidere fundet evidens for, at en kombination af en arbejds- og helbredsmæssig indsats forkorter sygefraværet og fremmer hurtigere tilbagevenden til arbejde efter sygemelding«.

Erfaringer fra udenlandske undersøgelser er vanskelige at overføre til danske forhold pga. administrative forhold som bl.a. dagpengesystemet. Desuden er de fleste udenlandske undersøgelser foretaget i virksomhedsregi, dvs. under andre betingelser end vi har mulighed for i Danmark.

Fra danske arbejdsmedicinske klinikker foreligger undersøgelser fra Skive (6), Aarhus (7) og Hillerød (8). I Skive bestod behandlingen af individuel afklaring af arbejdsmæssige og sociale årsager til henvisningen, bearbejdning af kognitive og følelsesmæssige reaktioner, samt samarbejde med arbejdspladsen og kommunen med henblik på reetablering af arbejdsevnen. Den mediane behandlingstid var 144 dage, og arbejdsmarkedstilknytningen blev bevaret for 62%, men var ikke signifikant forskellig fra en kontrolgruppe.

I Aarhus gennemførtes i 2007 en randomiseret undersøgelse af 102 personer med vedvarende symptomer på stress af mere end fire ugers varighed. Deltagerne skulle have været udsat for negative ændringer i det psykiske arbejdsmiljø inden for seks måneder forud for symptomernes opståen.

Den ene gruppe fik tilbudt otte tretimers sessioner fordelt over tre måneder indeholdende kognitiv adfærdsterapi, stress- og psykoedukation, kommunikationstræning og strategier for tilbagevenden til arbejdet.

Den anden gruppe fungerede som kontrolgruppe og modtog samme behandling blot tre måneder senere. Det mest slående resultat var en stærkt forbedret score på Perceived Stress Scale. En signifikant effekt sås også på det selvrapporterede sygefravær, mens det registerbaserede sygefravær kun næsten var signifikant forbedret.

Stressklinikken på Hillerød Hospital har gennemført et udviklingsprojekt, som evalueredes efter de første to år. Formålet med projektet var at udvikle et flerstrengt stresshåndteringsprogram for langvarigt stressede, som kunne være brugbart f.eks. i almen praksis. Signifikant flere projektdeltagere (82%) end i kontrolgruppen (42%) var i arbejde efter et år.

Endelig gennemførte, som nævnt ovenfor, Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital, i 2010-2011 et behandlingsprojekt med deltagelse af 268 stresssygemeldte borgere, hvori vi søgte at anvende erfaringer fra ovenfor nævnte projekter (9). Inklusionskriterierne var sygemelding, tilknytning til arbejdsmarkedet og fravær af major psykisk sygdom. Behandlingen blev udført af fire læger og fem

psykologer og bestod af individuelle stresshåndteringssamtaler samt et gruppebaseret kursus i *mindfulness*-meditation. De foreløbige resultater tyder på en ca. fem gange større chance for, at deltagerne i projektet vendte tilbage på arbejde i løbet af behandlingsperioden i forhold til en kontrolgruppe (9).

Derfor har vi fundet det værdifuldt at beskrive dette behandlingskoncept, således at det kan anvendes i almen praksis.

Første samtaler i lægepraksis med den stressede patient

Den første konsultation

Når den stressede patient henvender sig til den praktiserende læge, er det ofte kulminationen på et længerevarende forløb. Lægens rolle ved denne første konsultation er inden for en tidsmæssig begrænsning på 10–15 minutter at danne sig overblik over tilstand, sværhedsgrad og differentialdiagnostiske overvejelser – med baggrund i sit kendskab til patienten, dennes baggrund, eventuelle tidligere tilfælde og familiære disposition. For nogle patienter vil den første samtale være tilstrækkelig hjælp til at komme videre og håndtere situationen på egen hånd. Men i mange tilfælde vil det være nødvendigt med opfølgning for at få afdækket problemstillingen og tage stilling til det videre behandlingsforløb. Et egentligt behandlingsforløb kan – alt efter lægens erfaring og interesse – foregå som samtaleforløb i lægepraksis eller hos psykolog, og vil blive omtalt i det følgende.

Den stressede patient kan præsentere sig med meget forskellige symptomer lige fra let bekymring til egentligt sammenbrud. Patienten kan have været brudt sammen hjemme eller på arbejdspladsen og vil ofte være i en eller anden form for krisetilstand. Symptomerne kan overvejende være emotionelle eller kognitive, f.eks. udtrykt i gråd, talestrøm, indesluttethed, koncentrations- og hukommelsesbesvær, energiløshed, desorientering eller primært præsentere sig som somatiske reaktioner med smerter, hovedpine, gastrointestinale gener, hjertebanken mv.

Ofte har patienten haft søvnproblemer gennem længere tid, hvilket i sig selv bidrager negativt til tilstanden – ikke mindst til de emotionelle og kognitive symptomer. Det er vigtigt at spørge direkte til søvnen og hjælpe patienten til at få sovet i de tilfælde, hvor søvnen er svært påvirket.

Det er vigtigt at lægen gør sig differentialdiagnostiske overvejelser.

Boks 1 / Symptomer.

1. Emotionelt: håbløshed, gråd, energiløshed, opfarethed.
2. Kognitivt: koncentrationsbesvær, glemsomhed, desorientering.
3. Søvnproblemer: indsovningsbesvær, tidlig opvågning.
4. Adfærd: trøstespisning, alkoholoverforbrug, isoleringstendens, klatfravær.
5. Somatisk: hjertebanken, svedtendens, hovedpine, mave-tarm-gener m.fl.

Boks 2 / Differentialdiagnoser.

| |
|--|
| Somatiske |
| Hjerte/kar |
| Hypertension |
| Anæmi |
| Stofskiftesygdom |
| Malign sygdom |
| Psykiske |
| Angst |
| Depression (er patienten suicidaltruet?) |
| Posttraumatisk stressreaktion |
| Personlighedsforstyrrelse |
| Misbrug |

Både somatiske og psykiske sygdomme kan have symptomoverlap med stress, ligesom misbrug kan og bør udredes i det omfang det vurderes relevant.

Somatiske differentialdiagnoser kan f.eks. være hjerterytmeforstyrrelser, stofskiftesygdomme, anæmi, cancer, mavesår o.a., som kan mistolkes som stress og bør have in mente. Blodtrykket bør måles, da det kan være højt som følge af stress, men også være forhøjet som led i anden hypertension, og bør behandles efter givne retningslinjer. Også sygdomme som migræne, psoriasis, colitis ulcerosa forværres af stress.

På nuværende tidspunkt findes ingen laboratoriemæssige test for stress – stresshormonmålinger er endnu kun eksperimentelle og uden sikre normalreferenceintervaller.

Ligeledes har en række psykiske sygdomme symptomfællesskab med stress – heriblandt depression, angst, personlighedsforstyrrelser m.fl. Disse tilstande bør overvejes ved manglende eller tvivlsom effekt af behandlingsforløbet. Også anamnese omfattende tidligere tilfælde, familiær disposition og opvækstforhold kan i visse tilfælde benyttes til differentialdiagnostiske overvejelser.

Depression kan både være en primær og også en sekundær følge til langvarig stress. Uanset årsag er behandlingen den samme: samtaler eventuelt kombineret med antidepressiv medicin afhængigt af sværhedsgrad. Behandling med antidepressiv medicin kan varetages i praksis – suppleret med samtaleforløb enten i praksis eller ved psykolog.

Ligeledes kan misbrug af medicin/alkohol/hash/stoffer være en del af problematikken. Mange patienter forsøger at dulme stressen med alkohol resulterende i et alkoholoverforbrug, som både kan være en følgerisiko og en del af årsagen. En del patienter kan have brug for hjælp til at komme ud at et begyndende misbrug.

Som læge skal man gøre sig klart, hvor langt man vil og kan gå behandlingsmæssigt, og hvornår man henviser til psykiater eller psykolog. Lægens primære rolle er overordnet at lytte til patienten, stille afklarende spørgsmål, men ikke overtage samtalen. Formålet er at

danne sig et overblik over tilstanden og sværhedsgraden. Derudover at påbegynde patienten ved at fortælle om forløbet en terapeutisk proces, som fortsætter ved opfølgningssamtalerne med enten lægen eller psykolog. Husk altid at formidle til patienten, at stress er en normal reaktion på belastning, som vil gå over!

Generelt bør lægen undlade rutinemæssige sygemeldinger. En sygemelding kan omvendt være nødvendig hos visse patienter med svære stresssymptomer, eller hvis patienten er udsat for særlige arbejdsmæssige belastninger. Sygemeldingen bør som udgangspunkt kun være kortvarig, hvis patienten skønnes at have behov for at blive skærmet fra arbejdet. Start med et par ugers sygemelding og afhold opfølgningssamtale, inden denne forlænges. Almindeligvis bør sygemelding for stress ikke strække sig over sammenlagt maks. 4–6 uger, da det at varetage et arbejde – eventuelt som deltidssygemeldt med nedsat timetal – i sig selv har en helbredende effekt og derfor er en vigtig del af behandlingen.

Afslut den første konsultation med at indgå en ny aftale inden for 1–2 uger – og afsæt gerne 30 minutter til næste samtale.

Opfølgningssamtalen – opfølgningssamtalerne

Opfølgningssamtalen bruges til at komme et spadestik dybere og afdække problemstillingen yderligere, således at patienten bliver i stand til at mestre situationen. Og den vil i bedste fald bidrage til at forebygge fremtidige tilbagefald. Dette sker gennem et aktivt samtaleforløb med lægen, hvorunder lægen bl.a. hjælper patienten med at kortlægge de stressudløsende belastninger (stressorer) i patientens liv.

Stressorer kan være af både arbejdsmæssig, familiær og eksistentiel art eller kombinationer af disse. Hvad der opleves belastende, varierer fra person til person og afhænger blandt andet af patientens sårbarhed, personlige resurser og erfaringer, herunder patientens håndtering af tidligere belastninger. Belastninger kan omfatte arbejdsmæssige belastninger som firing, stort arbejdspress, trusler på arbejdet, uoverensstemmelser og konflikter m.fl., men også være forårsaget af større livsbegivenheder som dødsfald, skilsmisse, nærtståendes sygdom, gæld m.v. Ofte er stress forårsaget af en kombination af to eller flere samtidige belastninger.

Med lægen som rorgænger kan besvarelsen af enkle spørgsmål som »hvad stresser dig mest?« og »hvorfra henter du energi?« hjælpe

Boks 3 / Første konsultation.

| |
|---|
| Lyt til patienten og stil spørgsmål |
| Dan overblik over sværhedsgrad |
| Overvej differentialdiagnoser |
| Har patienten behov for sygemelding? |
| Aftal opfølgning og afsæt god tid til denne |

Tabel 1

| Problemfelt | Overvejelse | Spørgsmål | Forslag til håndtering |
|--------------|---|---|--|
| Kvantitet | Er patienten for dedikeret? Kan der uddelegeres? Belastet privat? | Beskriv dine arbejdsopgaver Hvilke dræner dig for energi? Hvilke giver dig energi? Hvordan går det derhjemme? Deles I om arbejdet? | Har din leder tildelt dig ansvaret for disse opgaver? Kan andre inddrages? |
| Prioritering | Er det arbejdsopgaverne blevet uoverskuelige? Kan der skrues ned for krav i privatlivet? | Hvordan prioriteres arbejdsopgaverne? Kan du aflastes hjemme – kan børnene/ægtefællen hjælpe til? | Har du spurgt din leder om hjælp til prioritering? |
| Deadlines | Har leder eller patient lagt for stramt program? | Hvilke opgaver har en deadline? Er der nok tid til opgaverne? | Er deadline aftalt med lederen? Har du forsøgt at udskyde deadlines? Er der opgaver som kunne varetages af andre? |
| Samarbejde | Er der kolleger, der kan støtte? | Har du mulighed for at få støtte fra dine kolleger? Ved de, du er stresset? | Er der en af dine kolleger, tillidsrepræsentanten eller sikkerhedsrepræsentanten du kan tale med? |
| Trusler | Indebærer arbejdet risiko for trusler eller vold? | Føler du dig truet på arbejdet? Har I retningslinjer på arbejdet, hvis medarbejderne bliver udsat for trusler? | Tag emnet op med sikkerhedsrepræsentanten. Diskuter evt. henvendelse til Arbejdstilsynet. |
| Ressourcer | Hjælpe- og støtte muligheder på arbejdet og i privatlivet. | Hvor kan du få støtte og hjælp på arbejdet? Hvor kan du få støtte og hjælp i privatlivet? Hvorfra kan du hente energi (interesser, motion, socialt) | Gør noget godt for dig selv hver dag. Lad kolleger, familie og venner hjælpe til. |
| Motion | Opfordre til fysisk aktivitet, som får pulsen op – hjælper både på søvn og humør. | Dyrker du motion? Ved du at motion kan afhjælpe symptomerne? Hvad skal der til for at du kommer i gang med at motionere? | Er der en eller anden form for motion, du kunne have lyst til at gå i gang med? Tænk over det til næste gang. Prøv som minimum at komme ud og gå eller cykle en tur hver dag/2-3 gange om ugen. |

patienten med at få overblik over sin situation og vil i mange tilfælde bidrage til, at patienten selv finder løsninger. En gennemgang af ugens gøremål privat og på arbejde kan i visse tilfælde hjælpe patienten til at nedsætte et (for) højt ambitionsniveau.

Lægen kan ved at lytte til patienten yderligere være med til at kortlægge patientens positive resurser, som igen kan bidrage til patientens egenindsigt og mulighed for at påvirke sin situation (mestring).

Lægen kan hjælpe patienten med at finde positive resurser – det kan være patientens egne styrker, eller det kan være muligheden for at få støtte fra ægtefælle, familie, venner, kolleger eller lederen. I mange tilfælde vil den professionelle samtale og lægens råd kunne medvirke til at støtte patienten til at finde løsninger, f.eks. at få talt med sin leder om en midlertidig aflastning fra belastende arbejdsopgaver. I sådanne tilfælde kan man tale om en positiv *coping*, hvor patienten går styrket ud af krisen og undgår sygemelding.

Der vil i mange tilfælde være behov for at inddrage resurser udefra i form af tredjepersoner som f.eks. arbejdsleder, tillidsrepræsentant, fagforening eller socialt netværk. Arbejdslederens indstilling og støtte er ofte afgørende for patientens forbliven/tilbagevenden til arbejdet. Mange arbejdsgivere har forsikringer eller indgået aftaler, som giver mulighed for gratis og anonym psykologbistand (f.eks. Falck Healthcare). Visse patienter kan via privat sundhedsforsikring – eller ægtefælles forsikring – få tilbudt psykologbehandling. Patienter, som modtager sygedagpenge, vil i visse tilfælde kunne tilbydes psykologbistand gennem de kommunale jobcentres tilbud.

I tilfælde, hvor patienten risikerer fyring, kan fagforeningen ofte hjælpe med f.eks. at forhandle fratrædelse og fritstilling.

Langvarige sygemeldinger bør som tidligere nævnt undgås, da disse bidrager negativt i form af stigmatisering i sygerollen og med risiko for opsigelse og udstødning fra arbejdsmarkedet. Sygemeldinger anbefales derfor være kortvarige – den første højst et par uger, som kan forlænges ved fortsat behov med 2-4 uger, men samlet bør patienten ikke fuldtidssygemeldes mere end højst 1-1½ måned.

Deltidssygemelding kan med fordel benyttes, så snart dette er gennemførligt. At møde på arbejde – bare nogle timer dagligt – er i sig selv en væsentlig del af behandlingen og kan være med til at forebygge opsigelse og deraf afledte problemer.

Ved manglende fremgang i løbet af få uger efter første lægekontakt – varierende fra person til person, men almindeligvis forventes bedring inden for de nærmeste 2-4 uger – bør diagnosen revurderes.

Stress har et stort symptomoverlap med andre psykiske lidelser som angst og depression og kan desuden medvirke til debut af psykiske lidelser hos disponerede. Tilstande som (stressrelateret) depression, angst og personlighedsforstyrrelser kan behandles enten af praktiserende læge (afhængig af den enkeltes erfaring og interesse) og/eller henvises til psykiater, psykiatrisk ambulatorium, arbejdsmedicinsk afdeling eller psykolog, afhængigt af symptomer, problemstilling og lokale muligheder. Det kan også være en mulighed at rådføre sig med psykiatrisk bagvagt i tilfælde, hvor man er i tvivl om diagnose eller behandling.

Det er vigtigt, at den praktiserende læge løbende holder kontakt

Boks 4 / Behandlingsmuligheder.

| |
|---|
| Samtaleforløb i praksis – ved læge, ved andre behandlere |
| Rådgivning, psykoedukation |
| Patientens egne resurser |
| – personligt netværk |
| – arbejdsnetværk (leder/tillidsrepræsentant/ sikkerhedsrepræsentant), fagforening |
| Psykolog (via praksis, arbejdsplads, fagforening, pensionsordning, jobcenter) |
| Psykiater |
| Sygemelding/deltidssygemelding |

Arbejdsmedicin

med patienten – også selvom andre aktører bidrager eller overtager den terapeutiske behandling. I de tilfælde, hvor patienten tilbydes psykologsamtaler, anbefales det, at egen læge fortsat følger patienten ved regelmæssige kontakter.

Den praktiserende læge er den centrale tovholder mellem patient og kommune og er patientens tilknytning til arbejdet.

Økonomiske interessekonflikter: Alle forfattere har været aflønnet af forskningsmidler fra TrygFonden til gennemførelse af Copestress projektet som danner grundlag for artiklerne.

Litteratur

1. Engsig A. Langvarig stress – aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse – rådgivning til almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
2. Center for Forebyggelse. Kender du til stress? Sådan kan du gøre noget ved det. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
3. van der Klink JJ, van Dijk FJ. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scand J Work Environ Health* 2003;29:478-87.
4. Netterstrøm B. Stresshåndtering. København: Hans Reitzels Forlag, 2007.
5. Borg V, Nexø M, Kolte I et al. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2010.
6. Lander F, Friche C, Tornemand H et al. Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders? *BMC Public Health* 2009;9:372.
7. Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work – results from a randomized wait-list controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2011;37:186-95.
8. Netterstrom B, Bech P. Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic. *BMC Public Health* 2010;10:658.
9. Netterstrøm B, Friebel L, Ladegaard Y. The effect on return to work and absenteeism of a multidisciplinary stress treatment programme. A randomized control study. *Eur J Pub Health* 2011;21(Suppl 1):191.