

Ger deltagande i stresshanteringskurs minskad stress ?

Författare: Susanne Ågren, företagsläkare, specialist i rehabiliteringsmedicin.
Handledare: Gunnar Ahlberg jr, överläkare vid Institutet för Stressmedicin.

Efter handledaromdömet utfärdande har rapporten kompletterats i samråd med kursledningen.

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs
Universitet 2002/2003.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sidan
Förord	2
Sammanfattning	3
Inledning	4
Syfte	5
Undersökt grupp	5
Metod	6
Resultat	9
Diskussion	11
Rekommendation	12
Litteraturreferenser	13

FÖRORD

Jag vill tacka nedanstående utan vilkas stöd, hjälp och förståelse det skulle varit mycket svårare att genomföra projektet.

- ✓ Min familj Per-Håkan , Moa och Magnus
- ✓ Min chef Katarina Hagdahl
- ✓ Min handledare Gunnar Ahlborg jr.
- ✓ Sjukgymnast Anneli Samuelsson
- ✓ Deltagarna i stresshanteringskursen
- ✓ Mina arbetskamrater på mottagningen
- ✓ Mina väninnor Azar och Anne.

Susanne Ågren, Karl Gustavsgatan 67, 411 31 Göteborg
e post: susanne.agren@globalnet.net, susanne.agren@feelgood.se

Sammanfattning

Ger deltagande i stresshanteringskurs minskad stress?

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet 2002/2003 av Susanne Ågren, Karl Gustavsgatan 67, 411 31 Göteborg. susanne.agren@localnet.net

Sedan 1998 har en betydande ökningen av långtidssjukskrivningarna skett. Ökningen kan till stor del tillskrivas stressrelaterad ohälsa. En av orsakerna till den symtombild vi ser sägs bero på det höga tempo och de krav på förändringsbarhet individen utsätts för i vår moderna tid med rationaliserade arbetsstrukturer. Stressen tolkas ofta både av doktor och patient i huvudsak orsakad av arbetet d.v.s. arbetsrelaterad stress. Kortvarig stress är vanligen funktionell, till exempel kroppens reaktioner vid en fara. Vid s.k. dysfunktionell stress blir olika kroppsliga reaktioner förnimmbara och ofta påtagligt störande för individen. Dessa reaktioner är ofta de besvär och symtom vilka får individen att söka läkare. Inom företagshälsovården har detta inneburit en förändrad arbetssituation med krav på nya behandlingsmetoder mot arbetsrelaterad stress. För att behandla och rehabilitera individer framgångsrikt vet man med stöd från flerårigt kliniskt arbete att det krävs ett team som samarbetar kring individen. En del av behandlingen bör inriktas mot att öka individens förståelse och kunskap om de egna stressreaktionerna och att hitta ett nytt förhållningssätt till utlösande orsaker. Som en följd av detta erbjuder numera den företagshälsovård där jag arbetar utbildning i stresshantering.

Syfte: Att utvärdera om patienter som rekommenderas att genomgå en stresshanteringskurs som ett led i behandlingen förbättras med avseende på stressrelaterade symtom och beteenden.

Undersökt grupp och metod: Två grupper jämfördes. En kursgrupp bestående av tio individer vilka genomgick en stresshanteringskurs under åtta veckor. Kursens mål var bl.a. att "bli uppmärksam på kroppens stressreaktioner och att minska dessa". Som jämförelsegrupp utvaldes sex patienter från min mottagning. Dessa individer erhöll efter läkares bedömning "sedvanlig behandling" det vill säga kontakt med sjukgymnast, psykolog eller beteendevetare. Alla individerna uppvisade stressrelaterade besvär, till exempel trötthet och minnesstörningar. För att utvärdera effekterna av kursen med avseende på stressrelaterade symtom och beteenden användes två olika självskattningsformulär. Stress and Crisis Inventory-93 (SCI-93), avsnitt 1 av 6: "Symtomskattning med avseende på autonom dysfunktion" och the Swedish Stress Profile (SSP). SSP består av två delar. Första delen utgörs av frågor som relaterar till viktiga dimensioner av arbetslivet. Andra delen av formuläret baseras på frågor som utvalts efter dess relation till biokemiska markörer för stress. Båda formulären ifylldes vid kursstart och efter genomgången kurs av kursgruppen. Jämförelsegruppen ifyllde enbart SCI-93 vid motsvarande tidpunkter. För att få bakgrundsfakta hölls en muntlig intervju med varje deltagare i kursgruppen.

Resultat/diskussion: Medelvärdena för bägge grupperna avseende autonom dysfunktion minskade. Jämförelsegruppen uppvisade en större minskning. De erhöll behandling och kontinuerligt stöd av ett team och att individens chef tidigt deltog i rehabiliteringen. Rekryteringen av de bägge grupperna skiljde sig också åt. Kursgruppen uppvisade också en förbättring mätt med frågeinstrument som anses vara relaterat till biokemiska markörer för stress. Detta kan tolkas så att gruppen mellan mättillfällena, alltså under kursens gång, har förändrat sitt beteende och tillgodogjort sig en del av kursens målsättning. Här saknas dock resultat från jämförelsegruppen.

Slutsats: Frågeställningen om stresshanteringskursen i sig medförde förbättring kan efter detta projektarbete ej besvaras. Sammanfattningsvis gav studien inte stöd för att stresshanteringskursen för denna patientgrupp leder till minskad stress (stressrelaterade symtom och beteenden) i högre grad än "sedvanlig behandling". På grund av det lilla materialet och metodologiska brister får den i detta avseende betraktas som inkonklusiv. För att få ett strikt vetenskapligt underlag för en behandlingsrekommendation bör en kontrollerad studie genomföras med större homogen grupp ur vilken individerna randomiseras till kurs- och jämförelsegrupp.

Inledning

Sedan 1998 har sjukskrivningarna med sjukpenning 15 dagar eller längre ökat med cirka 20 % per år [1]. Den betydande ökningen av långtidssjukskrivningarna kan till stor del tillskrivas stressrelaterad ohälsa [2]. Även antal förtidspensioner ökar. Kostnaderna för långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar var år 2000 74,5 miljarder kronor. Påföljande år steg kostnaden till drygt 108 miljarder kronor. Riksförsäkringsverket (RFV) uppskattade sommaren 2002 ökande kostnader för sjukpenningen med ca 750 miljoner kronor i månaden [3]. Diagnospanoramata har under samma tid förändrats. Före 1998 dominerade besvär (till exempel värk och stelhet) från rörelseorganen, vilka ofta diagnostiserades som överbelastningsskador. Idag (efter-98) är det de psykiska symtomen (såsom trötthet, sömnsvårigheter, ledsenhet och glömska) som dominerar. Ofta sätts diagnosen utmattningstillstånd/-syndrom eller utmattningsdepression av läkaren. En av orsakerna till den förändrade symtombilden vi ser sägs bero på det höga tempo och de krav på förändringsbarhet individen utsätts för i vår moderna tid med rationaliserade arbetsstrukturer [4]. Det finns mycket forskat och dokumenterat om sambandet mellan arbetsrelaterad stress och psykofysiologiska och beteendemässiga stressreaktioner [5].

Begreppet stress i betydelsen påfrestning lanserades av Hans Selye redan på 1930-talet när han fann att däggdjur reagerade i princip på samma sätt oavsett vilken typ av påfrestning djuren utsattes för [3]. Stressen och de besvär den ger upphov till tolkas ofta både av doktor och patient i huvudsak orsakad av arbetet d.v.s. arbetsrelaterad stress. Kortvarig stress är vanligen funktionell, till exempel kroppens reaktioner vid en fara. Individen reagerar då på ett av tre sätt. Antingen genom att slåss (kamp), att fly (flykt) eller att bli passiv ("inte göra något", "spela död"). Om den fysiologiska reaktionen är dysfunktionell, d.v.s. inte leder till någon förändring för individen, och långvarig, påverkas det limbiska systemet ("det centrala styr- och omkopplingssystemet i hjärnan") på ett negativt sätt. En autonom dysfunktion uppstår d.v.s. en obalans i det "självstyrande" nervsystemet. Detta visar sig bl.a. genom att olika kroppsliga reaktioner (Tabell 1) blir förnimbara och ofta påtagligt störande för individen. Dessa reaktioner är ofta de besvär och symptom vilka får individen att söka läkare. Med stress avses fortsättningsvis de fysiologiska reaktioner som uppträder i kroppen vid exponering för stressorer (påfrestning). En stressor är det stimuli, till exempel en tanke, känsla eller upplevelse, vilken ger upphov till stress.

I svensk och internationell medicinsk litteratur finnes generellt väldigt lite dokumenterat om utvärdering av behandlingsmetoder och i synnerhet om behandling av arbetsrelaterad stress. De vetenskapliga studier med inriktning på effekten av interventioner vid arbetsrelaterade stresstillstånd som publicerats har så gott som uteslutande gällt preventiva behandlingsinsatser. En kvantitativ metaanalys omfattande 48 studier av någorlunda god kvalitet, inriktade på metodik för stressreduktion i arbetslivet, redovisar inte en enda studie som genomförts i kliniska sammanhang [6]. Försökspersonerna var således inte patienter i gängse bemärkelse. Endast fyra av dessa studier inkluderade personer som hade selekterats på basen av att de uppvisat höga stressnivåer på stressskalor. I de övriga studierna hade man använt sig av frivilliga försökspersoner verksamma i arbetslivet. Ett strikt vetenskapligt underlag för bedömning av effekterna av behandling och rehabilitering av personer som sjukskrivits för arbetsrelaterade stresstillstånd saknas således. Det finns dock stöd i litteraturen för att alla former av fysisk aktivitet påverkar den psykiska hälsan i positiv riktning [7].

För närvarande pågår ett antal kontrollerade behandlings- och rehabiliteringsstudier, som kan beräknas ge resultat inom något eller några år. I avvaktan på den vetenskapliga evidens som bör ligga till grund för behandlingsrekommendationer av stressrelaterad psykisk ohälsa, har

Socialstyrelsen tillsatt en arbetsgrupp med uppgift att kartlägga den befintliga litteraturen på området och försöka destillera fram preliminära konklusioner beträffande diagnostik, naturalförlopp, behandling, rehabilitering och prevention.

Inom företagshälsovården har ökningen av stressrelaterade tillstånd inneburit en förändrad arbetssituation med krav på nya behandlingsmetoder mot arbetsrelaterad stress. För att behandla och rehabilitera individer framgångsrikt vet man med stöd från flerårigt kliniskt arbete att det krävs ett team som samarbetar kring individen. Teamet bör förutom den drabbade individen bestå av läkare, beteendevetare/psykolog, och sjukgymnast. Även chefen bör delta på ett tidigt stadium. Det är också viktigt att anhöriga inbjudes och informeras. En del av behandlingen bör inriktas mot att öka individens förståelse och kunskap om de egna stressreaktionerna och att hitta ett nytt förhållningssätt till utlösande orsaker. Som en följd av detta erbjuder numera den företagshälsovård där jag arbetar utbildning i stresshantering.

SYFTE

I mitt arbete som företagsläkare under snart 3 år har jag saknat kvalitets- och effektmätningar av de behandlingsmetoder vi rekommenderar.

För att inte bara ha en ”känsla av” att en viss behandling är bra så beslöt jag att utvärdera effekterna av en stresshanteringskurs med avseende på stressrelaterade symtom och beteenden.

Frågeställningen var om patienter som rekommenderas att genomgå en stresshanteringskurs som ett led i behandlingen förbättras med avseende på stressrelaterade symtom och beteenden.

UNDERSÖKT GRUPP

KURSGRUPP (KG)

Kg utgjordes av tio deltagare i en stresshanteringskurs anordnad av sjukgymnast vid företagshälsovården Feelgood Lilla Bommen. Deltagarna var alla drabbade av stresstillstånd. Sjukgymnast tog löpande emot anmälningarna. Sju stycken rekommenderades till kursen av företagsläkare eller sjukgymnast. De övriga ”tipsades” av en kamrat. Alla tog således själva kontakt med kursledaren. Det kvinnliga könet dominerade ,endast en man deltog .Deltagarnas ålder varierade mellan 31 och 58 år. Alla var fast anställda. Sju av deltagarna hade högskola eller annan eftergymnasial utbildning. Övriga var utbildade internt inom eget företag. Nio av deltagarna utövade aktivt ett fritidsintresse 2-3 gånger per vecka, vanligen någon fysiskt aktivitet såsom promenad eller träning på gym. Sex individer var helt eller delvis sjukskrivna vid intervjutillfället. En person ansåg sina besvär vara helt och sex i huvudsak arbetsorsakade. Två uppgav blandade orsaker och en person svarade ”vet ej”. Endast en individ hade erhållit individuell behandling av sjukgymnast, psykolog eller beteendevetare. Återbesök tillsammans med chef hade inte förekommit.

Ingen hade några kända, allvarliga, fysiska eller psykiska sjukdomar.

KURSENS UPPLÄGG, INNEHÅLL, SYFTE OCH MÅL.

Stresshanteringskursen löpte under åtta veckor med ett utbildningstillfälle per vecka på två timmar. Vid varje tillfälle presenterades teori kring aktuellt ämne t.ex. ”Stress och

stresshantering”, ”Fysiska och mentala stressreaktioner”, ”Kroppsmedvetandeträning och avspänning”, ”Ergonomi och arbetsmiljö”, ”Smärta och yrsel”, ”Kondition och motion”, ”Mat” etc. Även praktisk träning i kroppskännedom och avspänning ingick regelbundet. Syftet var att ge ökad förståelse för hur stress kan påverka oss såväl fysiskt som psykiskt, samt att ge redskap till att hantera den egna stressreaktionen. Kursens mål var att ”bli uppmärksam på kroppens stressreaktioner och att eliminera eller minska dessa”, att ”kunna tillämpa avspänning i vardagsituationer”, att ”förstå sambanden stress/ohälsa” och att ”känna skillnad på spänning/avspänning i kroppen”.

Kursstart skedde när gruppen var full, d.v.s. bestod av tio deltagare. Att just den här gruppen valdes berodde på att tiden för kursstart passade inom tidsramen för projektet.

JÄMFÖRELSEGRUPP

Som jämförelsegrupp utvaldes patienter under två mottagningsdagar vilka sökt eller hänvisats till min mottagning på företagshälsovården för stressrelaterade besvär. De uppvisade olika symtom bl.a. trötthet, värk, minnesstörningar och ledsenhet. Totalt blev det sex patienter (fem kvinnor och en man) i åldrarna 34 till 55 år, alla fast anställda. Denna grupp erhöll ”sedvanlig behandling” det vill säga kontakt med sjukgymnast, psykolog eller beteendevetare utefter min bedömning av varje individs behov. Individens chef deltog ofta redan vid andra besöket hos mig efter ca 5 veckor.

METOD

För att utvärdera effekterna av stresshanteringskursen med avseende på stressrelaterade symtom och beteenden användes två olika självskattnings- formulär. Stress and Crisis Inventory-93 (SCI-93), delavsnitt 1 av 6 [8], och the Swedish Stress Profile (SSP) [9]. Båda formulärens ifylldes vid kursstart och efter genomgången kurs av kursgruppen.

Jämförelsegruppen ifyllde enbart SCI-93 vid två tillfällen vilka i tid motsvarade kursgruppens tillfällen.

Kursgruppen var informerad och tillfrågad om deltagande i projektet. Dessutom hölls en muntlig intervju med varje deltagare i kursgruppen enligt ett frågeformulär sammanställt av rapportförfattaren. Detta för att få lite bakgrunds- fakta angående ålder, anställning, utbildning, sjukskrivning och om annan behandling erhållits. Jämförelsegruppen genomgick inte den muntliga intervjun, varför kännedom om vissa bakgrundsfakta saknas.

SCI-93

Delavsnitt 1 ”Symtomskattning med avseende på autonom dysfunktion” är ägnat att kartlägga förekomst av stressymtom. Frågeformuläret består av 35 olika ”störande förnimmelser” av psykisk (emotionell), psykomotorisk och vegetativ (autonom/hormonell) karaktär (Tabell 1). Varje förnimmelse skattas utifrån frågan - ”I mitt vardagsliv störs jag av...” och graderas från ”inte alls”, ”lite grann”, ”måttligt”, ”ganska mycket” till ”våldigt mycket”. Poäng sättes från 0 (inte alls) till 4 (våldigt mycket). Skattningsskalan erbjuder en möjlighet att erhålla kvantitativa mått på patientens upplevelse av besvär ur psykiska, muskulära och autonoma/hormonella aspekter.

Tabell 1. De 35 olika störande förnimmelserna i SCI-93.

Spänningar i käkarna	Muskelsmärta	Muskelstelhet
Muskeltrötthet	Allmän trötthetskänsla	Att bli lättirriterad
Stickningar i kroppen	Domningar i armar/händer eller ben/fötter	Svidande känsla i huden
Sömnsvårigheter	Ögonirritation	Torrhetskänsla i munnen
Överkänslighet för lukter - ljus-ljud	Väderkänslighet	Svullnadskänsla i händer/fötter
Fumlighet i händer och fingrar	Darrhänthet	Yrsel
Växlande trög/lös avföring	Oro/rastlöshet	Klåda
Kalla händer/fötter	Frysningar/svetningar	Ett behov av att urinera ofta
Nedsatt koncentration	Sämre minne	Beröringssmärta i huden .Kokande känsla i kroppen
Minskad aptit	Feberkänsla utan feber	Hjärtklappning
Tryck över bröstet/tungt att andas	Ofta förekommande huvudvärk	Förändrad sexuell lust. Klumpkänsla i halsen.

Skattningsnivåer:

”Normalvärde” baserat på 99 friska, arbetsföra kvinnor anges till 16,2 poäng (SD 9,8) [8].

- Normal stressnivå 0-25. Utgör i sig ingen begränsning av förmåga.
- Stressnivå 26-50. Denna nivå -autonom dysfunktion –innebär en viss begränsning av förmåga och resurs för normal psykosocial funktion och yrkesinriktad rehabilitering.
- Stressnivå 51-75. Denna nivå -autonom dysfunktion –innebär en betydande begränsning av förmåga och resurs för normal psykosocial funktion och yrkesinriktad rehabilitering.
- Stressnivå 76-100. Denna nivå -autonom dysfunktion –innebär en stor begränsning av förmåga och resurs för normal psykosocial funktion och yrkesinriktad rehabilitering.
- Stressnivå 101-140. Denna nivå -autonom dysfunktion –innebär en mycket stor begränsning av förmåga och resurs för normal psykosocial funktion och yrkesinriktad rehabilitering.

SSP

Detta instrument består av två delar. Den första delen, SSP1, utgörs av frågor som relaterar till viktiga dimensioner av arbetslivet. Dessa är väl belagda i litteraturen och betydelsefulla för utvecklingen av stress. Frågorna och dess karaktär begränsar användbarheten till respondenter som har ett arbete. Den andra delen av formuläret, SSP2, baseras på frågor som utvalts efter dess relation till biokemiska markörer för stress [9].

SSP1 innehåller nio frågor eller påståenden, vilka alla relaterar till viktiga dimensioner av arbetslivet. Den svarande väljer ett av fem svarsalternativ (s.k. Likert-skala) med gradering från ett extremt svar till ett annat.

Följande frågor ingår:

- 1 Upplever Du stora krav i Ditt arbete?
- 2 Upplever Du tidspress i Ditt arbete?
- 3 Känner Du att Du måste anstränga dig för att klara av allt i ditt arbete?
- 4 Kan Du påverka din arbetsituation?
- 5 Tycker Du att Du har kontroll över din arbetsituation så att Du känner dig säker och lugn inför den?
- 6 Är Du nöjd med hur Dina prestationer uppskattas av Din arbetsgivare?

- 7 Människor i min omgivning ställer upp för mig
- 8 Blir Du lätt irriterad (antingen Du visar det eller ej) på Din arbetsplats?
- 9 Om det gick, skulle Du byta arbete eller arbetsplats?

Enligt manualen för bedömning berör fråga 1-3 krav (demand/effort), fråga 4-6 kontroll (control/reward), samt fråga 7-9 bemästring och stöd (coping/support). Vid evalueringen summeras poängen inom respektive kategori, vilket ger maximalt 15 poäng per kategori. Sedan adderas kategoripoängen och divideras med det totala antalet besvarade frågor. Detta ger då en "Global Mean Score" (GMS) med maximalt 5 poäng. Siffror över 2,68 för kvinnor indicerar stress i arbetslivet [9].

SSP 2 innehåller åtta frågor vilka utvalts efter dess relation till biokemiska markörer för stress. Frågorna besvaras på en glidande skala (s.k. VAS-skala) från ett extremt svar till ett annat. Den svarande skall sätta ett kryss på en 100 millimeter lång linje graderad från "Nej, inte alls/aldrig" till "Ja, alltid/mycket ofta/i allra högsta grad". Antalet millimeter från vänster till krysset mäts. Antal millimeter motsvarar antal poäng .

Följande frågor ingår:

- 1 Har Du bråttom?
- 2 Använder Du liknelser när Du vill förklara hur Du mår?
- 3 Blir Du lätt arg?
- 4 Är Du sådan att Du fullgör Dina plikter till varje pris om det behövs?
- 5 Har Du lätt att leva Dig in i andras känslor?
- 6 Drabbas Du ofta av en känsla av vanmakt?
- 7 "Kör Du fast" i känslomässiga relationer, det vill säga drabbas av en känsla att Du inte vet hur Du skall göra för att det skall bli bra igen?
- 8 Blir Du lätt irriterad (t.ex. i trafiken, på andras åsikter eller utseende och så vidare)?

Enligt upphovsmannen till SSP, Peter Währborg, ska dessa frågor korrelera med biologiska markörer för stress. Ett samband har påvisats mellan uppmätta biokemiska stressmarkörer såsom kortisol, dopamin, adrenalin och noradrenalin och poängsummorna i SSP2. Två faktorer har utkristalliserats. En faktor betecknas aggressiv stress (fråga 1,3,5,6 och 8) och den andra uppgivenhetsstress (fråga 1,2,4 och 7) [9] .

De bägge faktorernas summor adderas och divideras med antal besvarade frågor så att ett medelvärde "Global Mean Score" (GMS) fås. GMS över 60 anges vara ett tecken på stress.

STATISTIK

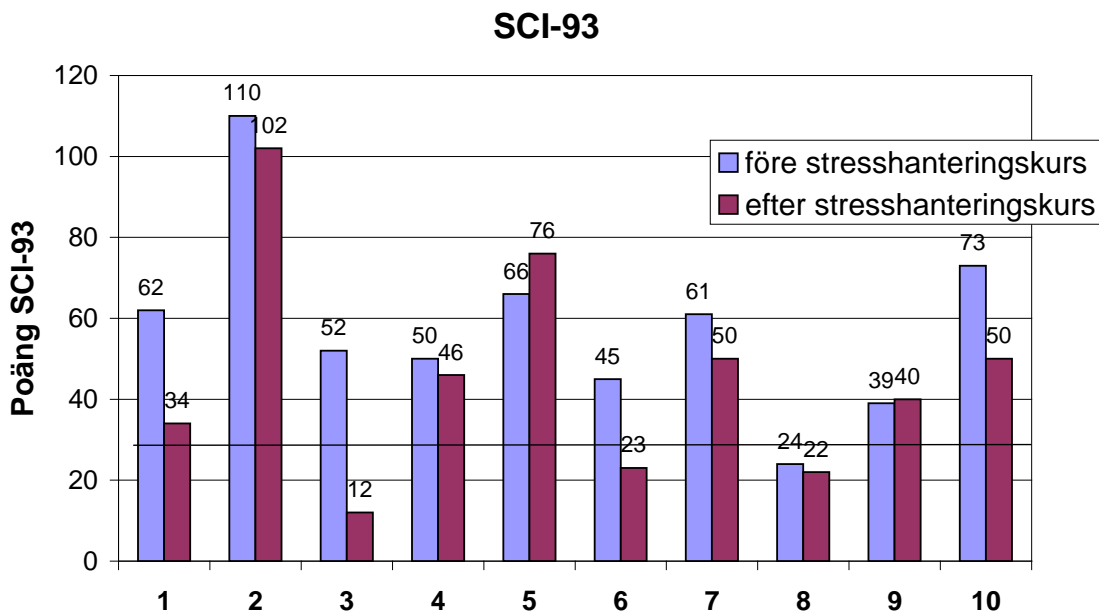
Syftet var att utvärdera effekterna av en stresshanteringskurs, med andra ord beskriva skillnaden i testresultat före och efter genomgången kurs med avseende på stressrelaterade symtom och beteenden.

Skillnaden före/efter kurs eller behandling testades statistiskt i kurs- (SCI-93, SSP1 och SSP2) och jämförelsegruppen (SCI-93) med ett icke-parametriskt test, Wilcoxons teckentest [10]. Detta test används vid små material det vill säga när antalet individer i den undersökta gruppen är så litet att villkoren för parametriskt test (t-fördelning) inte kan antas vara uppfyllda.

RESULTAT

SCI-93

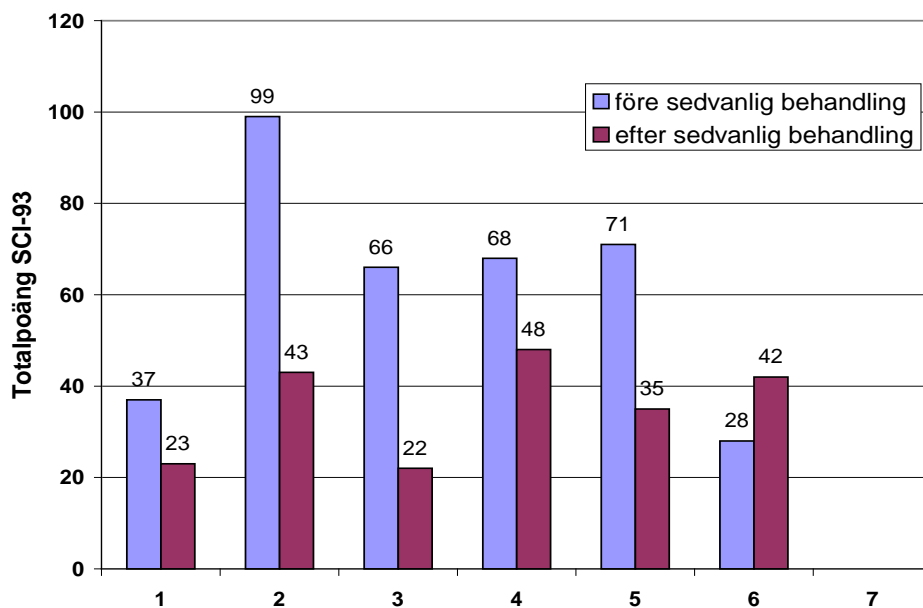
Spridningen mellan olika individer var stor både före och efter genomgången kurs (Figur 1). Medelvärdet i kursgruppen var 58,2 poäng (medianvärde 56,5; min. 24, max.110) före och 45,5 poäng (medianvärde 43; min.12, max.102) efter genomgången kurs. Alla individer utom två hade lägre värden efter kursen jämfört med före. Skillnaden i kursgruppen före/efter var statistiskt signifikant ($p=0,02$). Strecket vid 25 poäng markerar övre gränsen för det angivna "normalvärdesområdet" [8]. Värden däröver antas indikera en autonom dysfunktion. Sju individer låg fortfarande över detta värde efter kursen



Figur 1. Poängsumman för SCI-93 per individ i kursgruppen (n=10). 25 poäng utgör övre gräns för "normalvärdesområde". Högre värden antas visa en autonom dysfunktion.

Även i jämförelsegruppen skedde förbättring (Figur 2.). Alla individer utom en hade lägre värde vid andra mättillfället ($p=0,05$). Fyra låg dock fortfarande över 25 poäng. Medelvärdet vid första mätningstillfället 61,5 poäng (Medianvärde 67; min. 28, max. 99) och vid uppföljningen 35,5 poäng (Medianvärde 38,5, min. 22, max. 43).

SCL-93 för jämförelsegruppen

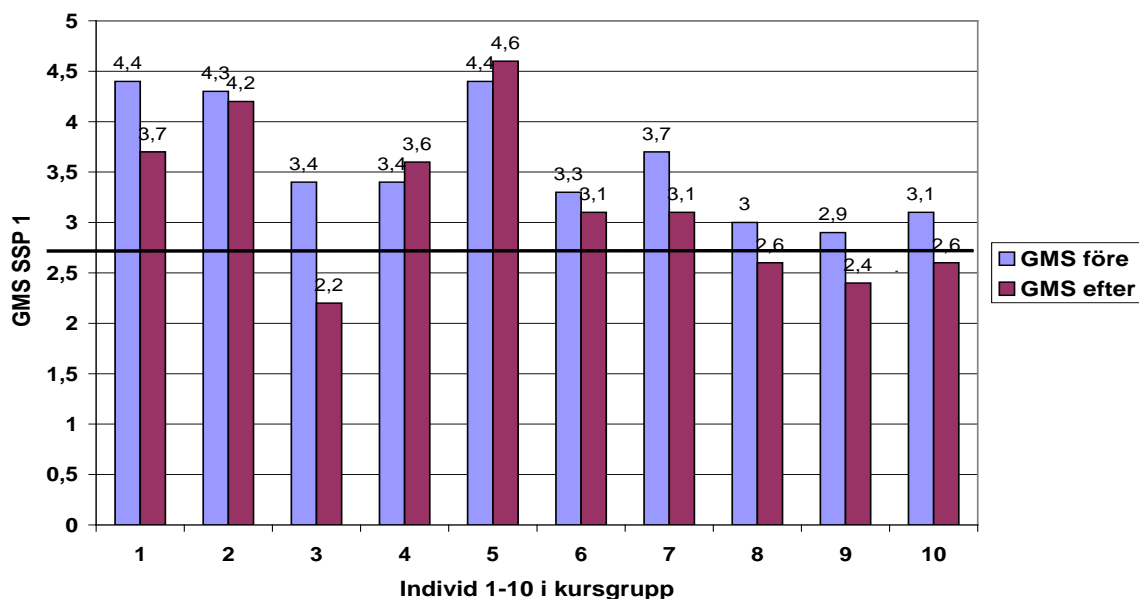


Figur 2. Poängsumman för SCI-93 per individ i jämförelsegruppen (n=6). 25 poäng utgör övre gräns för "normalvärdesområde". Högre värden antas visa en autonom dysfunktion.

SSP 1 och SSP2.

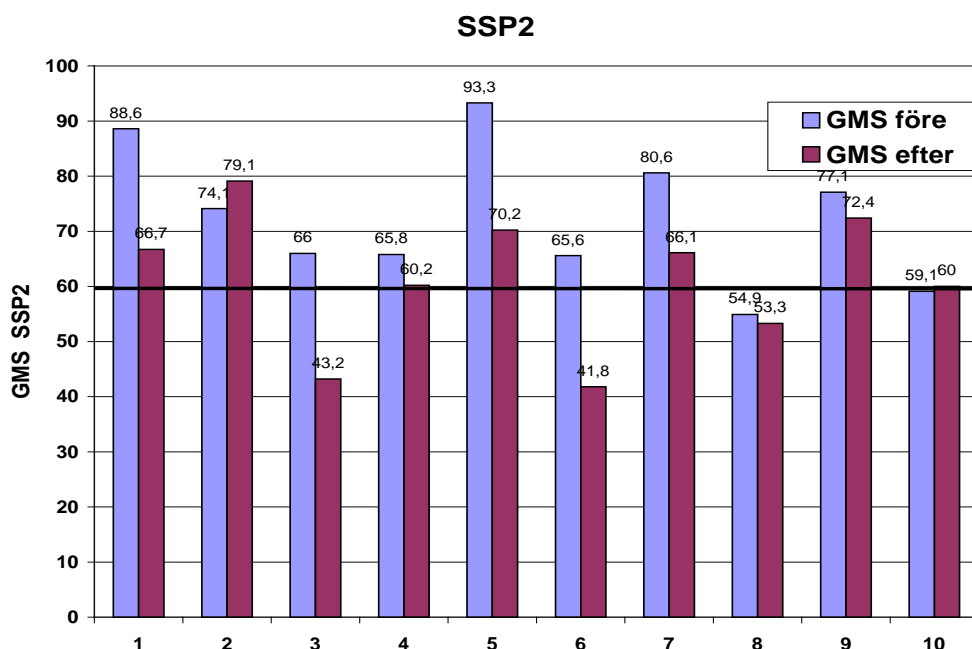
Frågorna i SSP1 frågar relaterar till viktiga dimensioner av arbetslivet. Gruppmedelvärdet för Global Mean Score [GMS] före genomgången kurs var 3,6 poäng (medianvärde ; min.3,0, max. 4,4) och efter kurs 3,2 poäng (medianvärde ; min. 2,2, max. 4,6). Åtta av de tio personerna hade dock lägre värden efter kursen jämfört med före (p=0,02) (Figur 3). Endast fyra hade nått under 2,68 poäng vilket för kvinnor anses indikera stress i arbetslivet [9].

SSP 1 - Global mean score



Figur 3. Global Mean Score (GMS) i SSP1 före och efter kurs för individ 1-10 i kursgruppen. Siffror över 2,68 (heldragen linje) för kvinnor indicerar stress i arbetslivet[9].

Frågorna i SSP2 relaterar till biokemiska markörer för stress. Gruppmedelvärdet av GMS för SSP 2 före genomgången kurs var 72,5 poäng (medianvärde ;min. 54,9, max. 93,3) och efter kursen 61,3 poäng (medianvärde ;min. 31,8, max. 79,1). Åtta individer hade lägre värden efter kursen ($p=0,02$) (Figur 4). Värden över 60 anses utgöra ett tecken på stress [9]. Endast fyra individer nådde 60 poäng eller lägre efter kursen.



Figur 4. Global Mean Score (GMS) i SSP2 före och efter kurs för individ 1-10 i kursgruppen. Poängtal över 60 antas utgöra tecken på stress.

DISKUSSION

Syftet med projektet var att undersöka om en utbildning i stresshantering gav någon effekt på stressrelaterade symtom och beteenden. Idealt skulle de negativa besvären minska vilket de också gjorde i en majoritet av fallen avseende autonom dysfunktion (SCI-93). Att dra slutsatsen att förbättringen enbart berodde på kursinsatsen som gjordes går ej. Kanske hade de förbättrats spontant. Jämförelsegruppen som erhöll ”sedvanlig behandling”, förbättrades snarast ännu mer enligt den mätmetod som användes. En brist i undersökningen var att ingen ren kontrollgrupp fanns, dvs. individer med likartade besvär som inte fick någon behandling alls. Ytterligare en brist var att grupperna selekterades på olika sätt. Idealt vore om man först hade identifierat en grupp patienter med stressrelaterade besvär och sedan randomiserat dem, dvs. fördelat dem slumpmässigt till kurs- eller kontrollgrupp. Detta bedömdes dock inte praktiskt möjligt vid den aktuella tidpunkten. Hela den undersökta gruppen patienter borde även idealt bedömts av samma läkare utefter samma bedömningsgrunder och behandlats på samma företagshälsovård. Så var inte fallet, så därför fick individerna i jämförelse- och kursgruppen olika omhändertagande på företagshälsovården. Även inom kursgruppen fanns skillnader i rekrytering. Sannolikt hade det betydelse för resultatet om patienten själv valde att gå utbildningen eller blev hänvisad till det. Detta avseende motivationsgrad och mottaglighet. Vid bedömningen bör man också ta hänsyn till att endast två män (en i vardera grupp)

inkluderats och att uppdelning på kön inte var meningsfull, trots att man vet att det finns en skillnad mellan hur män och kvinnor drabbas av stress.

Att jämförelsegruppen uppvisade en större minskning av stressymtomen dvs. att deras störande förnimmelser hade minskat i högre grad än i kursgruppen kan ha flera olika förklaringar. De erhöll behandling och kontinuerligt stöd av ett team och individens chef deltog tidigt i förloppet, vilket enligt min erfarenhet är positivt. I litteraturen [2] finnes stöd för fördelarna med ett multidisciplinärt team. Detta team bör finnas inom varje företagshälsovård. En väl fungerande företagshälsovård anses vara av mycket stor betydelse i rehabiliteringsarbetet.

När det gäller resultaten av de frågor vilka relaterade till viktiga dimensioner i arbetslivet (SSP1) så var skillnaden statistiskt säkerställd, om än inte så stor. En majoritet av patienterna nådde inte under den rekommenderade nivån för stress i arbetslivet. Några av flera tänkbara förklaringar till detta kan vara att tiden mellan mättillfällena var för kort, att de individer vilka var sjukskrivna ej hade haft någon kontakt med arbetet eller chef. När man istället tittar på de frågor vilka relaterade till biokemiska markörer för stress (SSP2), ser man att skillnaden här är större dvs. en indikering mot förbättring med möjligtvis minskade stressnivåer även biokemiskt. Detta kan tolkas så att gruppen mellan mättillfällena, alltså under kursens gång, har förändrat sitt beteende och tillgodogjort sig en del av kursens målsättning. Vi kan dock inte dra denna slutsats på vetenskaplig grund eftersom det här inte fanns någon kontrollgrupp att jämföra med.

Sammanfattningsvis gav studien inte stöd för att stresshanteringskursen för denna patientgrupp leder till minskad stress (stressrelaterade symptom och beteenden) i högre grad än ”sedvanlig behandling”. På grund av det lilla materialet och metodologiska brister får den i detta avseende betraktas som inkonklusiv.

REKOMMENDATION

Föreliggande projektarbete kan ej på vetenskaplig grund besvara frågeställningen ”om patienter som rekommenderas att genomgå en stresshanteringskurs som ett led i behandlingen förbättras med avseende på stressrelaterade symptom och beteenden”. För att detta skall göras så rekommenderas en kontrollerad studie med större, homogen grupp ur vilken individerna randomiseras till kurs- och kontrollgrupp.

LITTERATURREFERENSER

1. Levi L. Stress och hälsa. Stockholm: Skandia Lifeline;2001.
2. Währborg P. Stress och den nya ohälsan. Smedjebacken: Natur och Kultur; 2002.
3. Iwarson S. På bredband rakt in i väggen - om stress och utbränning i arbetslivet. Göteborg: Säve Förlag; 2002.
4. Johannisson K. När otillräckligheten byter namn. I Ekman R, Arnetz B.[red] .Stress-Molekylerna, Individen, Organisationen, Samhället. Stockholm: Liber AB; 2002.
5. Levi L. Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death? Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
6. van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*. 2001;91:270-276.
7. Martinsen EW. Fysisk aktivitet - medicin mot utbrenthet? In: Roness A, Matthiesen SB, editors. Utbrent, krevende jobber - gode liv? Oslo: Fagbokforlaget; 2002.
8. Nyström C, Nyström O. Stress and Crisis Inventory-93.Manual och Dokumentation. Copyright Curt Nyström, Promenaden 2,433 34 Partille.
9. Währborg P. The Swedish Stress Profile . Manual Version 1- 2001. copyright Psychomedica, Box 53 176,400 15 Göteborg, Sverige.
10. Colton T. Statistics in medicine. Boston: Little,Brown and Company; 1974.