

Definition og diagnostiske kriterier for de specifikke tilstande

Der er tale om en kategori af diagnoser, der adskiller sig fra de øvrige psykiatriske diagnoser (undtagen de her udeladte F43 diagnoser) ved, at den omfatter tilstande, som karakteriseres ikke alene ved deres symptomatologi og forløb, men også ved tilstedeværelsen af årsagsfaktorer. Det drejer sig om betydende livsændringer og længerevarende belastninger, der resulterer i emotionelle eller adfærdsmæssige symptomer. De belastende omstændigheder er de primære og dominerende årsagsfaktor, uden hvis indvirkning tilstanden ikke ville være opstået.

Diagnostiske kriterier:

I ICD-10 er kriterierne for tilpasningsreaktioner:

- A. Kendte traumer eller belastninger gennem længere tid, mindst inden for den sidste måned, (ikke af usædvanlig eller katastrofekarakter som ved PTSD).
- B. Emotionelle og adfærdsmæssige symptomer, men UDEN AT OPFYLDE KRITERIERNE FOR ANDRE PSYKISKE LIDELSER ELLER TILSTANDE.
- C. Varighed < 6 måneder (undtaget F43,21: < 2 år) (1).

Incidens/prævalens

Der findes ikke valide tal for incidens og prævalens med reference til dette område. F.43 diagnoserne er ofte anvendt i psykiatriske sammenhænge men også her er det vanskeligt at angiv hyppigheden, da diagnosekriterierne er vage og der kan være differentiell diagnostiske problemer i relation til affektive lidelser og angstlidelser. (2).

Arbejdsrelateret ætiologi

Der foreligger utilstrækkelig baggrundslitteratur omkring F 43 diagnoserne, som belyser sammenhængen med det psykosociale arbejdsmiljø. Derimod findes longitudinelle undersøgelser, der rapporterer positive associationer mellem arbejdsrelaterede belastninger (oftest mål for krav / kontrol / social støtte eller 'effort-reward imbalance') og forskellige mål for psykisk helbred, f.eks. angsttilstande, depressive tilstande, eller uspecifikke psykosomatiske symptomcheckliste (3-6). Antallet af metodisk veludførte studier er dog fortsat begrænset. Den foreliggende litteratur omhandler ikke specifikt F43 diagnoserne, men mentalt helbred i generel forstand.

Anden ætiologi

Tilpasnings- og belastningsreaktioner kan opstå i forbindelser med alle former for betydende livsændringer og belastninger i privatlivet såvel som arbejdslivet.

Individuel sårbarhed

Ifølge ICD-10 spiller individuel disposition og sårbarhed en rolle ikke

alene i forhold til risikoen for tilstandens opståen men også for hvordan den kommer til udtryk. Der mangler dog forskning der dokumenterer dette (7).

Der findes betydelig forskning vedrørende individuel disposition og forhold, der øger sårbarheden i forhold til 'stress'. Denne forskning omfatter mange forskellige måder at operationalisere stress på. Eksempler på faktorer, som øger sårbarhed er neuroticisme (8) og lav social støtte (9). Oftest skelnes der ikke mellem 'normale' stressreaktioner og stress-relaterede patologiske tilstande.

Udredning og rådgivning

Eksponerings art og omfang

Da tilpasnings- og belastningsreaktioner opstår som resultat af interaktioner mellem belastninger i eller udenfor arbejdsmiljøet og en person med bestemte personlighedstræk, copingstrategier, erfaringer, mm., er det vigtigt at beskrive betydende forhold både på arbejdspladsen, hos patienten og i patientens liv i øvrigt (se bilag 1 for forslag til journalskabelon).

Arbejdspladsen beskrives med hensyn til art og størrelse, ledelsesforhold, samarbejde, kommunikation, konflikter, mobning, organisatoriske ændringer, arbejdsmængden, kompleksiteten og forudsigelighed samt muligheder for indflydelse på eget arbejde. Der anføres en detaljeret beskrivelse af patientens arbejdsfunktioner Dette gøres så konkret og objektivt som muligt. Det er vigtigt at beskrive sværhedsgraden af de arbejdsmæssige belastninger i kontrast til patientens øvrige hverdag.

Herudover beskrives patientens egen oplevelse af belastningerne. Hvornår begyndte patienten at opleve forholdene som belastende? Hvem er involveret? Er der taler om bestemte situationer eller generelle forhold? Hvordan har patienten forsøgt at takle de oplevede problemer, og hvad har dette ført til? Er der taler om belastninger, der opleves af andre? Er der flere der er sygemeldt med baggrund i arbejdsstress? Har arbejdspladsen svært ved at fastholde medarbejdere, osv.. [Se fælleskodning i ARMONI vedr. psykosociale påvirkninger her.](#)

Der beskrives eventuelle psykiske belastninger, der ikke er arbejdsrelaterede, f.eks. i parforholdet og familielivet. Man skal være opmærksom på mulige vekselvirkninger mellem arbejde og hjem. Afhængig af journalopbygning kan andre relevante oplysninger placeres forskellige steder, men udredningen skal inkludere en beskrivelse af opvækstvilkår, tidligere psykisk sygdom og psykisk habitus, generelt og i forhold til de aktuelle arbejdsmæssige belastninger. Er der f.eks. tale om en ressourcestærk person, én der er pligtopfyldende, perfektionistisk, introvert, følsom overfor kritik, handlingsorienteret eller reflekterende. Har patienten forsøgt at hente støtte fra andre på arbejdspladsen?

Helbred

Symptomerne varierer og omfatter nedtrykthed, angst, bekymring,

følelse af magtesløshed, uoverskuelighed. Symptombilledet kan også være mere præget af træthed og kognitive symptomer med hukommelses- og koncentrationsbesvær. Der er ofte somatiske symptomer, som kan optræde sammen med de psykologiske symptomer, eller undertiden som den dominerende del af symptombilledet. Det kan bl.a. omfatte hovedpine, svimmelhed, syns- og høreforstyrrelser, snurren i armene, hjertebanken og mavebesvær. Der kan tillige være adfærdsmæssige symptomer som tilbagetrækning og isolation, trøstespisning og øget alkoholforbrug. Der kan være vanskelighed ved at fortsætte i den nuværende arbejdsmæssige funktion, samt nedsat evne til at gennemføre dagligdags gøremål. Det daglige funktionsniveau i hjem og på arbejde skal beskrives. Det kliniske billede kan efter de fremherskende træk tage form af en kortere eller længerevarende depressiv reaktion, blandet anxiøs og depressiv reaktion eller reaktioner med andre emotionelle forstyrrelser og adfærdsforstyrrelser..

Symptomerne beskrives med hensyn til art, debut og efterfølgende forløb. Der kan forventes stor variation fra patient til patient med baggrund i kontekst- og personspecifikke forhold. Er symptomerne generaliserede eller mere intense i bestemte situationer. Har symptomerne fluktueret i forbindelse med weekender og ferie? Er der primært tale om affektive symptomer såsom depressive symptomer, angst, bekymring, spænding eller vrede, adfærdsforstyrrelser, søvnforstyrrelser, kognitive forstyrrelser som koncentrationsbesvær og manglende overblik, eller en blanding heraf. Er der stillet en psykiatrisk diagnose, og er der tidligere eller i gangværende behandling, f.eks. i form af antidepressiv medicin, og i så tilfælde hvilken effekt har der været.

Klinisk observeres patientens fremtræden i forbindelse med undersøgelsen. Hvordan er stemningsleje og affektpræg? Er stemningslejet altomfattende, eller kan patienten afledes? Hvordan oplever undersøgeren den emotionelle kontakt med patienten? Bliver bestemte symptomer fremprovokeret under samtalen, f.eks. angst eller bekymring, når talen falder på et problematisk forhold til en overordnet eller kollega?

Differentiel diagnostisk skal man især være opmærksom på depression og angst tilstande, da der kan være betydeligt overlap i symptombilledet.

Tilstedeværelsen af evt., somatisk comorbiditet skal altid vurderes. Det drejer sig især om stofskiftelidelser, hjertesygdomme og reumatologiske lidelser. Følgenvirkninger af medicinsk behandling kan give bl.a. træthed, kognitive og andre symptomer, der kan tolkes som psykisk belastningsreaktion.

I diagnostisk henseende er det afgørende, at patienten undersøges for alle psykiske symptomer, især depressive og anxiøse, for ikke at overse en depressions- eller angstlidelse. Dette gøres bedst ved et

semistruktureret diagnostisk interview. Herudover kan der ad hoc suppleres med testning, f.eks. personlighedstests med henblik på vurdering af individuel sårbarhed.

Diagnostik og årsagsvurdering beror på eksponerings- og sygehistorien. Der bør lægges vægt på eksponeringens karakter, intensitet og tidsmæssig udstrækning samt øvrige eksponeringer. Den tidsmæssige sammenhæng mellem eksponering og udvikling af symptomer er afgørende. Endvidere indgår der i vurderingen den personlige sårbarhed, udelukkelse af anden psykisk lidelse, evt. somatiske lidelser, medicinforbrug og misbrug. Som følge af betydelig variation i personlig sårbarhed kan det undertiden være vanskeligt at vurdere, om der forefindes en overbevisende sammenhæng mellem eksponeringens intensitet og de psykiske reaktioner. Såfremt der forud er et upåfaldende arbejds- og privatliv, og der ikke er anden lidelse som depression, angst eller alkoholmisbrug eller aktuelle problemer i privatsfæren, volder diagnose og årsagsvurdering dog sjældent vanskeligheder.

Diagnosekoder

Som diagnosesystem anvendes almindeligvis ICD-10, kapitel V.

F43,20 Depressiv reaktion, kortvarig
 F43,21 Depressiv reaktion, længerevarende
 F43,22 Blandet angst-depressions reaktion
 F43,23 Tilpasningsreaktion med andre emotionelle symptomer
 F43,24 Tilpasningsreaktion med overvejende adfærdsforstyrrelser
 F43,25 Tilpasningsreaktion med adfærdssymptomer og emotionelle symptomer
 F43,28 Tilpasningsreaktion, anden
 F43,8 Andre belastningsreaktioner
 F43,9 Belastningsreaktioner, uspecificeret

Hyppigst anvendes diagnosekoderne F43,2 til F43,9
 I ICD-10 opereres der med diagnostiske kriterier for depression, angst og tilpasningsreaktioner. Belastningsreaktioner, undtagen PTSD og akut belastningsreaktion, er eksklusionsdiagnoser uden specifikke positive kriterier. Adskillelsen mellem tilpasnings- og belastningsreaktioner beror primært på sværhedsgraden i belastninger og helbredsudfald. F43,8 og 9 anvendes i relation til svær belastning. Forskellige faktorer af betydning for helbredstilstanden (herunder arbejdsmæssige belastninger) eller kontakten med sundhedsvæsenet kan anføres med en Z-kode som tillægskode, f.eks. kan nævnes Z57 og Z58.

Prognose og prognostiske faktorer

Generelt er prognosen god, idet der som regel kan opnås en bedring i tilstanden ved reduktion eller fjernelse af stressorerne. Ifølge de diagnostiske kriterier er der tale om tilstande, hvor symptombedring indtræffer indenfor 6 måneder efter endt belastning (undtagen F43,21), men studier indikere et længere forløb hos nogle patienter (1,

6). Såfremt tilstanden ikke bedres i løbet af op til 2 år må anden diagnose overvejes.

Rådgivning

Rådgivning er afhængig af kontekstspecifikke forhold, der vedrører belastningen og personen (10). Den er også afhængig af hvilke muligheder den enkelte klinik har med hensyn til intervention i form af kortere kognitiv samtaleforløb og/eller involvering på arbejdspladsen. Som minimum skal udredningen gerne føre til en samtale med patienten, med henblik på at fremme indsigt i egen belastningsreaktion og handlemuligheder rettet mod konkrete ændringer på arbejdspladsen. Sammen med patienten etableres en handleplan, der kan følges op i evt. kontrolsamtaler.

Der har de senere år været flere randomiserede kontrollerede forsøg med stressbehandling på de arbejdsmedicinske klinikker med moderat behandlingseffekt (11-14). Flere klinikker har etableret tilbud med kognitiv terapi enten individuelle- eller gruppeforløb.

Et vigtigt spørgsmål er, om det er tilrådeligt at fortsætte på den samme arbejdsplads. En tidlig afklaring er vigtigt for at afkorte det videre forløb og mindske risikoen for, at patienten overgår til et langvarigt fravær og i værste fald mister tilknytning til arbejdet. Det taler for bibeholdelse af arbejdet, at et arbejdsskift er en yderligere belastning i en situation, hvor selvværd og evnen til at fremstille sig selv i et gunstigt lys er nedsat. Derfor har det høj prioritet at undersøge mulighederne for at genoptage det gamle arbejde, såfremt problemerne her kan løses. Det er som regel muligt i situationer der er domineret af arbejdsoverbelastning. Omvendt er det vigtigt at være realistisk for ikke at trække sagen i langdrag, og ikke sjældent er det klogest på et tidligt tidspunkt at erkende, at forløbet kræver et arbejdsskift. Det gælder især ved chikane og konflikter.

Administrative forhold

Anerkendelseskriterier

Tilstande omfattet af denne vejledning er ikke på erhvervssygdomslisten og anerkendes som regel ikke (15). Er der særligt tunge sager kan det overvejes at anmode om forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget, et stigende antal sager anerkendes via denne sagsgang.

AT-vejledninger

AT-vejledning D. 4.1.nov.2009 – kortlægning af psykisk arbejdsmiljø.

AT-vejledning D. 4.2.marts 2002 – mobning og seksuel chikane.

AT-vejledning D.4.3-3.juni 2011, opdateret dec.2015 – voldsrisiko i forbindelse med arbejdets udførelse

Dokumentation

Referencer:

(1) World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO.

- (2) Gur, S., Hermesh, H., Laufer, N., Gogol, M. & Gross-Isseroff, R. (2005) Adjustment disorders: A review of diagnostic pitfalls. *The Israel Medical Association Journal*; 7 (11): 726-731
- (3) Cox, T., Griffiths, A. & Rial-Gonzales, E. (2000) Research on work-related stress. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
- (4) Stansfeld, S. & Candy, B (2006) Psychosocial work environment and mental health- a meta analytic review. *Scand J Work Environ Health*; 32 (6): 443-462.
- (5) de Lange, A.H., Taris, T.W., Kompier, M.A.J., Houtman, I.L.D. & Bongers, P.M. (2003) The very best of the millenium: longitudinal research and the demand-control-(support) model. *J Occup Health Psych*; 8: 282-305.
- (6) Van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H. & Schaufeli, W. (2005) Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med*; 60: 1117-31.
- (7) Casey, P. (2001) Adult Adjustment Disorder: A Review of Its Current Diagnostic Status. *Journal of Psychiatric Practice*; 7(1): 32-40.
- (8) De Gucht, V., Fischler, B. & Heiser, W. (2003) Job stress, personality, and psychological distress as determinants of somatization and functional somaticsyndromes in a population of nurses. *Stress and Health*; 19: 195-204.
- (9) Plaisier, I., de Bruijn, J.G.M., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A.T.F. & Penninx, B.W.J.H. (2007) The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Social Science and Medicine*; 64: 401-410.
- (10) Ekman R, Arnetz B (red), (2006). Stress. Individet – samfundet – organisationen – molekylerne. FADL's Forlag, København.
- (11) Thulstrup, AM. (2010) Midler mod arbejdsrelateret stress, MARS – en klinisk randomiseret undersøgelse af intervention mod arbejdsrelateret stress. Afslutningsrapport til Arbejdsmiljøforskningsfonden vedrørende projekt-nr. 11-2005-09, Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital.
- (12) Netterstrøm, B. (2012) En undersøgelse af effekten af to stressbehandlingsprogrammer: Effekten umiddelbart efter behandling. (en rapport omhandlende foreløbige resultater fra COPESTRESS-projektet).
- (13) Ryom, PK. (2013) Afrapportering stressprojekt: Sygemeldt, tilbage til arbejdet. Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg.
- (14) 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 Arbejdsmiljøforskningsfonden vedrørende projekt-nr. 34-2007-03. Arbejdsmedicinsk Klinik, regionhospitalet Herning.
- (15) Vejledning om erhvervs sygdomme. Arbejdsskadestyrelsen, december 2004, 1. udgave.

Forfatter: David Glasscock, psykolog
Arbejdsmedicin Herning

Review: Ole Carstensen, overlæge
Arbejdsmedicin Herning

Redaktør Ole Carstensen, overlæge
Arbejdsmedicin Herning

Dato 29. september 2017

Revideres 29. september 2020

