

Medicinsk Teknologi  
Vurdering

af

Behandling af  
arbejdsrelateret *Stress*

---

***DASAM***

---

Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin

# Indholdsfortegnelse

1. FORORD .....	3
2. PROBLEMSTILLINGEN OG FORMÅLET MED BEHANDLINGEN.....	4
2.1. Problem.....	4
3. TEKNOLOGIEN.....	5
3.1. Beskrivelse af det nye behandlingstilbud og dets anvendelsesområde. ....	5
3.2. Litteratursøgning.....	6
3.3. Dokumentation/vidensen i litteraturen for behandlingens effekter.....	6
3.4. Konklusion på vidensen i litteraturen for behandlingens effekter .....	8
4. FORHÅNDSKENDSKAB FRA DANSKE STRESSBEHANDLINGSTILBUD.....	9
4.1. Baggrund.....	9
Tabel 1. Kronologisk liste over danske stresshåndterings-programmer, hvor effekten er afprøvet i et randomiseret, kontrolleret forskningsdesign. ....	9
4.2. Format og indhold af stresshåndterings-programmer.....	10
Tabel 2.1 Oversigt over format af danske stresshåndterings-programmer. ....	11
Tabel 2.2 Oversigt over indhold af danske stresshåndterings-programmer. ....	12
4.3. Resultater fra danske stresshåndterings-programmer .....	12
Tabel 3. Oversigt over resultater fra studier af danske stresshåndterings-programmer.....	14
4.4. Opsamling på danske stresshåndterings-programmer .....	15
Konklusion på de danske erfaringer med behandlingen.....	16
5. PATIENTENS PERSPEKTIV .....	17
5.1. Patienternes oplevelse af behandlingen og effekterne heraf.....	17
5.2. Evalueringer og erfaringer .....	17
5.3. Resultaterne fra opgørelser af deltagernes feedback via spørgeskemaet.....	17
5.4. Resultater fra deltagernes feedback via mundtlig evaluering af gruppeforløb	18
5.5. Behandlernes erfaringer med muligheder og begrænsninger med stressbehandling i gruppe. ....	19
5.6. Vurdering af behandlingens enkelte bestanddele - opgørelser af deltagernes feedback via spørgeskemaet .....	19
5.7. Konklusion på patientens perspektiv .....	20
6. ORGANISATIONEN.....	21
6.1. Organiseringen og involverede aktører .....	21
6.2. Behovet for speciel uddannelse af behandlere.....	21

7. ØKONOMIEN.....	21
7.1. Samfundsøkonomi .....	21
Behandlingens omkostninger – normeringer på afdelingen. ....	21
Tabel 3.1. Omkostningerne ved tilbuddet som gruppebehandling. ....	22
Tabel 3.2. Omkostningerne ved tilbuddet som individuel behandling. ....	23
7.2. Besparelser i afdelingen og sundhedssystemet i øvrigt som følge af behandlingen. 23	
7.3. Omkostningseffektivitetsberegninger.....	24
4.1 Nødvendig omkostningseffektivitet i forhold til produktionstab .....	24
4.2 Nødvendig omkostningseffektivitet i forhold til offentlig kasseøkonomi.....	25
7.4. DRG-taksering af det nye behandlingstilbud og forventet antal behandlede..	25
7.5. Konklusion på økonomien.....	26
8. SAMMENFATNING/SYNTSESE .....	27
8.1. Sammenfatning af analyserne.....	27
8.2. Vurdering af de enkelte analysers betydning i det samlede MTV-grundlag ..	27
9. KONKLUSION OG ANBEFALING .....	27
9.1. Endeligt resultat af MTV'en.....	27
10. REFERENCER OG NOTER .....	28
10.1. Definitioner og akronymer .....	28
10.2. Internationale artikler.....	28
10.3. Danske artikler.....	30
10.4. Andre kilder .....	31
10.5. Bilag.....	32
Bilag 1 Litteratursøgning .....	33
Bilag 2a Vurdering af gruppeforløbet – tilfredshed med behandlingen .....	45
Bilag 2b Vurdering af behandlingens enkelte bestanddele - opgørelser af feedback .....	48
Bilag 3 a budget med bemærkninger for gruppeterapi .....	50
Bilag 3 b Budget med bemærkninger for individuel terapi .....	51

# 1. Forord

Forord:

Dette arbejde er udgået fra en arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Arbejds- og miljømedicin, med repræsentanter for de fleste Arbejdsmedicinske Afdelinger. Der har derudover været afholdt et medlemsmøde i selskabet i november måned 2012, hvor det blev besluttet at lave en MTV af ”Kognitiv baseret terapi” hos arbejdsstressramte.

Gruppens medlemmer har bestået af

Ole Carstensen (formand og daværende bestyrelsesmedlem i DASAM)

David Glasscock, psykolog, Arbejdsmedicinsk Klinik i Herning

Karen Brask, chefpsykolog, Arbejds- og miljømedicinsk klinik, Odense

Sigwe Christensen, ledende overlæge, Arbejdsmedicinsk klinik, Ålborg

Morten Willert, psykolog, Arbejds- og miljømedicinsk klinik, Århus

Jane Frølund Thomsen, overlæge, Arbejds- og miljømedicinsk afdeling Bispebjerg

Marianne Borritz, afdelingslæge, Arbejds- og miljømedicinsk afdeling Bispebjerg

Johanne Cecilie Andersen, psykolog, Arbejdsmedicinsk klinik, Nykøbing Falster.

Lene Bech Jeppesen, Psykolog Arbejdsmedicinsk Afdeling, Esbjerg

Arbejdsgruppen har læst og gennemgået den nationale og internationale litteratur der er resultatet af litteratursøgningen. Sammenskrivningen er forestået af Ole Carstensen, med hjælp fra David Glasscock og Morten Willert.

De økonomiske analyser og beregninger er foretaget af Christian Svinth Johansen, cand. scient. pol. i tæt samarbejde med Ole Carstensen og Lene Bech Jeppesen

Rune Bai Nielsen, cand. scient. pol. har kritisk gennemgået rapporten og færdiggjort og genberegnet omkostningsanalyserne.

Esbjerg Juli 2014

## 2. Problemstillingen og formålet med behandlingen

### 2.1. Problem

De arbejdsmedicinske klinikker i Danmark har gennem de senere år oplevet en stigning i antallet af patienter med psykiske belastnings- og tilpasningsreaktioner (4.5). Antallet af anmeldte psykiske sygdomme i 2011 er ca. 38 % over niveauet i 2005 og er blandt de hyppigste diagnoser sammen med skulder- og nakkesygdomme og hudsygdomme. Endvidere er arbejdsrelaterede psykiske belastninger forbundet med en øget risiko for langtidssygefravær. Tilpasningsreaktioner er blandt de hyppigste årsager til sygefravær med baggrund i psykiske helbredsproblemer. I en dansk opgørelse havde 19 % af sygemeldte på grund af stress og udbrændthed, ikke genoptaget arbejdet indenfor 40 uger(3.2). Stress er forbundet med forringet søvnkvalitet og kognitive vanskeligheder i form af svækket opmærksomhed, koncentration og arbejdshukommelse. Såfremt forringet søvn og kognitive vanskeligheder opstår, kan disse symptomer påvirke funktionsniveauet negativt og besværliggøre forsøg på at genoptage arbejdet efter en stressrelateret sygemelding. De samfundsmæssige omkostninger ved stress-relaterede tilstande er formentlige betydelige. Der foreligger ikke oplysninger om den præcise udbredelse af mentale helbredsproblemer i Danmark, men det anslås at de samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer i Danmark er ca. 55 milliarder kroner årligt.

I en undersøgelse blandt 5000 ansatte på 39 virksomheder i 2002, fandt man at i denne erhvervsaktive befolkning var stress i 23.5 % af tilfældene årsag til sygefravær over 2 uger (3.1). På de arbejdsmedicinske afdelinger i Danmark er der gennem de seneste 10 år sket mere end en fordobling af patienter med psykiske belastningsreaktion (stressreaktion). Andelen af patienter på de arbejdsmedicinske afdelinger er steget fra ca. 10 % i 2002 helt op til 45 % på nogle afdelinger. Dette har for afdelingerne været en organisatorisk udfordring, der har betydet at der er sket en betydelig kompetenceudvikling af den tværfaglige stab, der har deltaget i udredningen af disse patienter og gjort afdelingerne til videns- og kompetencecentre på arbejdsrelateret stress.

Ud over udredningen har der været en række forsknings- og udviklingsprojekter på de arbejdsmedicinske afdelinger, der har peget på nødvendigheden i at etablere et reelt behandlingstilbud for arbejdsstress ramte, med fokus på arbejdspladsen og tilbagevenden til arbejdet( 3.3; 3.4; 3.5; 3.6; 3.7; 3.8; 3.9). I de næste kapitler vil disse projekter og øvrig videnskabelig litteratur blive beskrevet for at vurdere om der bør indføres et sådant tilbud.

### 3. Teknologien

#### 3.1. Beskrivelse af det nye behandlingstilbud og dets anvendelsesområde.

Overordnet er der to typer af nye behandlingstilbud, en gruppebaseret intervention med 9-10 deltagere ad gangen og et individuelt samtaleforløb, som sigter efter inddragelse af patientens arbejdsplads (rådgivning af arbejdsgiver vedrørende ændring af belastende arbejdsforhold). Behandlingstilbuddene er rettet mod sygemeldte patienter i job med henblik på tilbagevenden til samme arbejde. I begge behandlingstilbud indgår elementer fra kognitiv adfærdsterapi (CBT cognitive behavioural therapy). Behandlingen kan suppleres efter behov med mindfulness-træning og inddragelse af social rådgiver. Behandlingen tilbydes visiterede patienter til de arbejdsmedicinske afdelinger/klinikker. Kun patienter med belastnings- og tilpasningsreaktioner eller let depression visiteres til behandling, og kun når der i forbindelse med udredning vurderes, at tilstanden er primært arbejdsrelateret.

Når der visiteres til gruppeforløb sigtes der efter skabelse af så homogene grupper som muligt af hensyn til gruppedynamikken. Det er af stor vigtighed at undgå inklusion af svært syge eller patienter med specielle behov, af hensyn til de øvrige ofte sårbare patienter i gruppen. Et andet kriterium for deltagelse i behandlingen er, at patienterne stadig er ansat på deres arbejdsplads, trods sygemelding, og har reel mulighed for at vende tilbage dertil. Gruppebehandlingen strækker sig over 8-10 møder og varer 2-2½ måned. Individuelle samtaleforløb indeholder 6-7 samtaler samt evt. et møde på patientens arbejdsplads, typisk med nærmeste leder, og kan vare op til ca. 4 måneder. I begge behandlingstilbud indebærer den kognitive metode, at patienten får hjemmeopgaver mellem sessioner. Behandlingstilbuddene er beskrevet i manualer der kan rekvireres hos de arbejdsmedicinske klinikker i henholdsvis Herning og Århus for individ og gruppebaserede behandlingsforløb<sup>1</sup>

Behandlingsforløbet vil blive varetaget af trænede psykologer eller læger, med erfaring i kognitiv terapi, eller under supervision fra erfarne kollegaer. Der vil evt. yderligere være en socialrådgiver tilknyttet. Der er mulighed for at tilbyde opfølgende hjælp til de patienter, som har behov for det. Dette kan både være anden psykologisk hjælp, socialrådgivning, samt en kombineret indsats i forhold til arbejdspladsen, f.eks. virksomhedsbesøg og deltagelse i rundbordssamtaler.

Blandt de gavnlige effekter ved gruppeterapiformen kan nævnes, at grupperne skaber et netværk mellem patienter i sammenlignelige situationer og et trygt forum til bearbejdelsen af problemer, jf. Aalborg-projektet (4.1). I samme rapport findes ligeledes en omhyggelig beskrivelse af en intervention, som kan tjene til eksempel, idet den dækker både individuelle, gruppe, og arbejdsplads-aspekter.

Blandt fordelene ved individuelle samtaleforløb er øget mulighed for at tilpasse forløbet den enkelte patients behov samt tage højde for de ofte komplekse problemstillinger, der er knyttet til arbejdsmæssige belastninger, fx samarbejdsvanskeligheder, konflikter og mobning. Samtaleforløbet giver også gode muligheder for en nøje drøftelse af, hvilke arbejdsforhold der skal ændres, også med henblik på forebyggelse af tilbagefald.

---

<sup>1</sup> Manualen for individbaseret behandling er udviklet i forbindelse med BAS-projektet i Herning og manualen for den gruppebaserede behandling er udviklet i forbindelse med COPESTRESS-projektet i Århus. Der findes nærmere beskrivelser og litteraturhenvisninger til projekterne i afsnit 4.1 herunder.

### 3.2. Litteratursøgning

Litteratursøgningen er beskrevet i Bilag 1 (10.5). Med udgangspunkt i de 34 artikler, der ud fra læsning af abstrakts ved screening af sammendrag blev udvalgt til gennemlæsning, begrundes udvælgelsen af 16 artikler til at indgå i dokumentationen for denne teknologivurdering i det følgende afsnit. De ekskluderede artikler findes i litteraturlisten, men er ikke behandlet i denne rapport.

### 3.3. Dokumentationen/evvidensen i litteraturen for behandlingens effekter

Internationalt findes der mange empiriske undersøgelser af stressinterventionsprogrammer. Desværre er kvaliteten af disse undersøgelser meget svingende. Randomiserede, kontrollerede studier (RCT)(1.1) er bedst egnede til at besvare spørgsmålet om, hvorvidt en given intervention virker efter hensigten eller ej. Der findes to kvantitative metaanalyser fra henholdsvis 2001 og 2008, der gennemgår randomiserede, kontrollerede studier og andre eksperimentelle studier (2.16; 2.17). En konklusion fra disse er, at stressinterventionsprogrammer er effektive sammenlignet med ingen behandling, og at kognitiv-adfærds orienterede interventioner synes at være mere effektive end andre interventionsformer.

Den eksisterende litteratur er dog kendetegnet ved en del metodiske begrænsninger. En svaghed ved den eksisterende litteratur vedrører de undersøgte populationer. Givet de efterhånden mange RCT-studier er det overraskende, at der mangler undersøgelser af henviste patienter med et dokumenteret klinisk behov. Næsten alle undersøgelser foretages med frivillige deltagere, som typisk bliver selekteret fra bestemte arbejdspladser eller organisationer. Ofte er der ikke redegjort for, hvorvidt der er tale om personer, som oplever stress, og der er som regel ikke tale om sygemeldte personer. Et eksempel er Munz, Koehler og Greenbergs studie fra 2001 (2.31). Kun få undersøgelser har selekteret deltagere på baggrund af et højt stressniveau ved baseline.

En anden svaghed ved den eksisterende litteratur er, at der har været tale om evaluering af *enten* individfokuserede *eller* organisationsfokuserede interventioner. Der er indikationer i den eksisterende forskning på, at individfokuserede interventioner med et kognitiv-adfærds orienteret tilgang er mest gavnlige for ansatte med relativt meget kontrol over eget arbejde. Det er usikkert om denne positive effekt gælder for ansatte med ringe job kontrol. I disse tilfælde især kunne tiltag rettet direkte mod en ændring af de arbejdsbetingede belastningsforhold tænkes at være et nyttigt supplement til et individuelt forløb.

Der blev lavet en ny litteraturgennemgang fra 2012, hvor originale RCT og review-artikler blev selekteret, hvis de levede op til følgende krav: Randomiseret kontrolleret design, klare inklusionskriterier og symptom sværhedsgrad, klare og validerede outcome mål (både symptomniveau og sygefravær), intervention byggende på elementer af kognitiv terapi, psykoeducation og mindfulness, og hvor deltagerne var tidligere somatisk raske personer. Både individuelle og gruppebaserede interventioner blev inddraget (Se Bilag 1(5.1)). To nye review siden Van der Klink m.fl. fra 2001 (2.16) viste at Individuel kognitiv terapi i RCT ser ud til at virke med forbedring af psykiske symptomer, ressourcer og livskvalitet (2.2; 2.3).

Ud over de to review blev der fundet 19 internationale studier der levede op til inklusionskravene, heraf 5 danske bidrag (3.3; 3.4; 3.5; 3.6; 3.7). Der var 13 inkluderede studier med CBT elementer (2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7; 2.8; 2.10; 2.12; 2.13; 2.14; 2.15; 3.5; 3.6) de to med Mindfulness (2.9; 2.11). Tre artikler indeholdt en kombination af fysisk træning/CBT (2.3; 2.15; 3.6). Outcome mål i studierne var validerede skalaer for selvoplevet stress, mentalt helbred og livskvalitet (GHQ; PSS, SRS; DASS, ERI; SCL90;4DSQ;MBI\_NL, Maastricht-q). I 8 studier anvendte man derudover sygefravær som outcome mål. Sygefravær blev målt som (dicotomt ja-nej ved follow up; antal dage; graduering- 0-100% sygemelding) (2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.6; 2.12; 2.15; 3.5). Tre studier anvendte derudover biologiske outcome mål som cortisol, alpha-amylase, heart rate variability og blodtryk (2.8; 2.9; 2.11).

Resultaterne viste at i 8 ud af de 15 internationale studier sås en effekt på symptomniveau i form af forbedringer i selvoplevet søvn, oplevet stress, livskvalitet, depressive symptomer eller angst. Fire studier viste en effekt på sygefravær (helt eller delvist sygemeldt) og to studier viste en ændring i Spytkortisol og heart rate variability. To studier viste både en effekt på symptom score og sygefravær.

I tidssvarende publicerede studier fra Danmark er der fundet en effekt af kognitiv adfærdsterapi på gruppeniveau i selvoplevet stress, søvnkvalitet og kognitive problemer ved den arbejdsmedicinske klinik i Århus (3.33.4;3.5) . Data til disse studier er hentet fra MARS-projektet (4.2;4.3).

Der er også fundet en effekt af 2 forskellige interventioner, én gruppebaseret og én med individuelt forløb, i forhold til tilbagevenden til arbejdet og reduktion af symptomniveau i fra den arbejds- og miljømedicinske klinik i Bispebjerg (3.6;3.7;3.8). Data til disse studier er hentet fra COPESTRESS-projektet (4.4).

På Arbejdsmedicinsk klinik i Herning, er der to projekter med individuel tilgang og arbejdspladsbesøg i forhold til henviste med lettere depressioner og belastningsreaktioner. Det ene projekt er evalueret og der ses en effekt på selvrapporeret stress og mentalt helbred af samme størrelsesorden som i MARS projektet (3.9;4.5).

På arbejdsmedicinsk klinik i Aalborg viser foreløbige analyser af resultaterne fra projektet ”Stress sygemeldt tilbage til arbejdet” (SSTTA) at behandling med udgangspunkt i erfaringer og principper fra MARS-projektet har positiv effekt på reduktion af symptomer og tilbagevenden til arbejde. De endelige resultater kan dog først indsamles og analyseres i slutningen af 2014 og der foreligger trods positive sammenhænge endnu ikke statistisk signifikante resultater (4.1).

På Arbejds- og miljømedicinsk klinik i Århus og i Odense, har de erfaringer man har gjort i MARS-projektet betydet at man har valgt at tilbyde henviste patienter et gruppebaseret forløb byggende på metoderne anvendt i MARS- projektet. Inklusionen og evalueringen bygger på de samme instrumenter anvendt i dette randomiserede forsøg.

Ud af de 4 danske artikler der var i overensstemmelse med udvælgelseskriterierne er det kun resultater fra COPESTRESS-projektet der har vist en statistisk signifikant effekt både på symptom scores og sygefravær. Der er derfor kun medtaget 1 dansk artikel i evidensgrundlaget (3.6).

Aktuelle og relaterede review og metaanalyser af RCT af CBT er gennemlæst og ingen af resultaterne er i modstrid med resultaterne af vores litteraturgennemgang. (2.17; 2.27; 2.28.28; 2.30)



### 3.4. Konklusion på evidensen i litteraturen for behandlingens effekter

Konklusionen på litteraturgennemgangen af erfaringer med behandling af stress typisk målt som tilpasnings og belastningsreaktioner i ICD-10<sup>2</sup> er, at kognitiv adfærdsterapi/mindfulness/fysisk træning giver symptom reduktion sammenlignet med kontrolgrupper. Over halvdelen af disse undersøgelser er foretaget i Holland, hvor kontrolgrupperne har modtaget ”sædvanlig behandling” frem for ingen behandling. Da sædvanlig behandling i Holland ofte er rimelig omfattende, er det mere sandsynligt at behandlingseffekt bliver undervurderet frem for overvurderet. Der er sparsom evidens for at behandlingen reducerer sygefravær og der er ingen sikre biologiske mål der ændrer sig. Sygefraværslængde er sandsynligvis påvirket af andre forhold end helbredstilstanden alene, hvorfor der er behov for mere forskning for at afdække disse forhold. Et review med fokus kun på arbejdsplads intervention har ikke vist effekt.

---

<sup>2</sup> ICD10 kode F43.0 og F43.2 (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F43.0>)

## 4. Forhåndskendskab fra danske stressbehandlingstilbud

### 4.1. Baggrund

Behandlingen er allerede indført som led i stresshåndteringsprogrammer i varierende udformning adskillige steder i landet: Aarhus Universitetshospital, Herning Universitetshospital, Bispebjerg Hospital og Aalborg Sygehus, samt netop igangsat på Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg(4.1; 4.2; 4.4;4.5)

På de arbejdsmedicinske klinikker/afdelinger er der igennem de senere år blevet udført en række randomiserede, kontrollerede studier af effekten af de forskellige stresshåndteringsprogrammer. Programmerne er selvstændigt udviklede, men indeholder i format og indhold en række lighedspunkter, ligesom opgørelse af effekterne har en række ligheder, der muliggør sammenligning på tværs af programmerne.

I tabel 1 gives en kronologisk liste over de randomiserede, kontrollerede danske studier der foreligger aktuelt. Historisk set har den såkaldte Hillerød-model der indgår i COPESTRESS-projektet den længste historie og er udviklet igennem en årrække på den tidligere arbejdsmedicinske klinik i Hillerød, som nu er en del af Arbejdsmedicinsk Afdeling på Bispebjerg Hospital. Effekten af Hillerød-modellen er tidligere afrapporteret i et ikke-randomiseret, kontrolleret studie og indgår siden i det randomiserede, kontrollerede COPESTRESS-studie (3.6; 3.7;3.8;4.4). Et andet tidligere studie der udgik fra Arbejdsmedicinsk Klinik på Skive Hospital er i 2005-2006 blevet afprøvet i et kontrolleret design, men indgår ikke i oversigten, da der ikke var tale om et randomiseret studie (3.9). De øvrige modeller (MARS, BAS, SSTTA) er alle udviklet i årene umiddelbart op til deres afprøvning i de respektive studier.

**Tabel 1. Kronologisk liste over danske stresshåndterings-programmer, hvor effekten er afprøvet i et randomiseret, kontrolleret forskningsdesign.**

År	Projektitel	Akronym	Forankring
2007-2009	Midler mod Arbejdsrelateret Stress	MARS	Arbejdsmedicinsk Klinik, Aarhus Universitetshospital
2008-2011	Reduktion af Stress og Sygefravær blandt Patienter med Arbejdsrelaterede Belastnings- og Tilpasningsreaktioner	BAS	Arbejdsmedicinsk Klinik, Herning Universitetshospital
2010-2011	Copenhagen Stress Treatment Project	COPE-STRESS	Arbejds- og miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital
2010-2012	Stress-Sygemeldt Tilbage til Arbejdet	SSTTA	Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg

## 4.2. Format og indhold af stresshåndterings-programmer

Formålet med gennemgangen af de danske studier er dels at give et overblik over de forskellige formater og indholdet af interventionerne som er afprøvet, samt sammenfatte hvilke resultater der kan opnås ved at tilbyde stresshåndteringsprogrammer i en dansk kontekst.

I tabel 2.1 og 2.2 gives et overblik over format og indhold af de stresshåndteringsprogrammer, der er undersøgt i de danske studier. Disse programmer spreder sig mellem individuelle samtaler, gruppesamtaler og interventioner på arbejdspladsen, eks. rundbordssamtaler. Undersøgelserne varierer i forhold til hvor sammensat interventionsprogrammerne er. Den enkleste intervention indeholder gruppesamtaler alene. Den mest sammensatte intervention indeholder en kombination gruppesamtaler, individuelle samtaler og deltagelse i rundbordsamtale rettet mod tilbagevenden til arbejdet. De undersøgelser der anvender et interventionskoncept, der består af sammensatte elementer, er ikke designet således, at effekten af de enkelte elementer kan vurderes særskilt. Som udgangspunkt antages det, at de sammensatte elementer komplementerer hinanden.

Der er tale om forholdsvis korte forløb, hvor længden af interventionerne spænder over 2½ til 4 måneders kontakt med deltagerne. Mængden af behandlings-kontakter med deltagerne ligger mellem 7–21 kontakter, inklusive den visiterende samtale inden randomisering.

Generelt kan det siges at alle de undersøgte interventioner anvender teknikker fra kognitiv adfærdsterapi. I tre af interventionerne (Hillerød, Kalmia og SSTTA) indgår mindfulness-træning som selvstændige elementer, mens det i MARS og BAS indgår som et mindre delelement i psykologbehandlingen. Alle interventioner anvender psykoedukation, problem- og målliste, arbejder med leveregler samt udforskende og forandrende spørgsmål. Gennem sådanne metoder forsøger samtlige interventioner at øge deltagerens indsigt i egne stressprocesser samt at styrke deltagerens stresshåndtering og følelse af kontrol over egen situation.

Arbejdspladsrettet intervention tilbydes i 3 ud af 4 projekter, og vurderes at være mest udbygget i SSTTA-projektets interventionsmodel. Tiltag rettet mod arbejdspladsen sigter mod en ændring af arbejdsforhold i en begrænset periode, således at tilbagevenden til arbejdet bliver lettere. Dette søges opnået enten via rundbordssamtaler eller mindre formelle møder, fx med deltagelse af patienten, nærmeste leder og behandlende psykolog, hvor der udarbejdes konkrete planer for, hvordan patienten kan genoptage arbejdet med nedsat arbejdstid og opgavekompleksitet og sidenhen trække op til fuld raskmelding. Der siges også mod mere permanente ændringer, der medfører en reel belastningsreduktion, fx via omplacering eller en konkretisering af funktionsbeskrivelser. Det er en generel erfaring fra projekterne, at dialog med arbejdspladsen ofte har hjulpet til at tilrettelægge en gradvis optrapning af arbejdstid og opgaver. Langt fra alle deltagere har dog sagt ja til dette tilbud om dialog med arbejdspladsen. I disse tilfælde har man forsøgt at påvirke arbejdspladsen indirekte ved at rådgive patienten om kommende samtaler med nærmeste leder, således at gradvis tilbagevenden og reduktion af belastende arbejdsforhold kommer på dagsordenen.

I alle undersøgelser foregik interventionen efter en manual. Da der samtidig var behov for at tage hensyn til den enkelte deltagers konkrete situation, fx om belastningen var relateret til for stor arbejdsmængde eller mobning, blev der i flere af undersøgelserne skabt råderum for en vis fleksibilitet. I praksis har dette udmøntet sig ved, at manualen udgjorde en bruttoliste over anvendelige behandlingsteknikker. Den enkelte behandler har så kunnet vælge teknikker ud fra denne liste, som vurderedes at være hensigtsmæssige i den konkrete situation.

**Tabel 2.1 Oversigt over format af danske stresshåndterings-programmer.**

Format	MARS	BAS	COPESTRESS		SSTA
			Hillerød	Kalmia	
Medarbejderrettet	Gruppe	Individuel	Individuel + mindfulness i gruppe (statisk)	Gruppe (2 slags, dynamisk)	Individuel +Gruppe +TTA-aktiviteter
Arbejdspladsrettet	Nej	Tilbudt	Tilbudt	Tilbudt	Tilbudt
Faggruppe	Psykolog	Psykolog	Læge eller psykolog	Psykolog	Psykolog +Mindfulness-instruktør +Socialrådgiver
Psykiatrisk vurdering			Ved behov, psykiater	Psykiater	
Lægelig undersøgelse			Arbejdsmedicinere	Ved behov	
Oplæring	Psykologer med efteruddannelse i kognitiv terapi	Metode udviklet i samarbejde med specialist i kognitiv terapi, som også forestod oplæring	Træning under ansættelse ved Stressklinikken i Hillerød ved patientkontakt og supervision	Terapeutuddannede ved Psykiatrisk Center Stolpegård	Psykologer ansat på Arbejds-medicinsk Klinik
Tidsforbrug	8 x 3 t. i gruppe	6 x 1 t. individuelt +evt. møde på arbejdsplads	8 x 1 t. individuel +8 x 2 t. mindfulnessgruppe + evt. møde på arbejdsplads	10 x 2 t. gruppe +10 x 1½ t. Body Awareness Therapy	7 x 1 t. individuelt + 6 x 4 t. i gruppe + TTA-aktiviteter
Varighed	3 mdr.	4. mdr.	3 mdr.	2 ½ mdr.	3 mdr.

**Tabel 2.2 Oversigt over indhold af danske stresshåndterings-programmer.**

Indhold	MARS	BAS	COPESTRESS		SSTA
			Hillerød	Kalmia	
Stressmodel	X	X			X
Psykoedukation	X	X	X	X	X
Problem- og målliste	X	X	X	X	X
<i>Indhold</i>					
Registreringsøvelse	X	X	X		
Fordele/Ulemper	X	X			X
Adfærdseksperiment / Rollespil	X	X			
Leveregler	X	X	X	X	X
Omstrukturering	X	X			
Kolonneskema	X	X			
Kognitive forvrængninger	X	X	X	X	
Udforskende og forandrende spørgsmål	X	X	X	X	X
Vejrtræknings-/ mindfulness-øvelse	X	X	X	X	X
Tilbagefalds-forebyggelse	X	X	X		X
Gradueret eksponering	X	X	X	X	X
Problemløsning	X	X	X	X	X
Hjemmearbejde	X	X	X		X
Body Awareness Therapy				X	
Motionsplan			X		

### 4.3. Resultater fra danske stresshåndterings-programmer

I det følgende gennemgås resultaterne fra de fire danske stresshåndteringsprojekter der indgår i denne oversigt. I tabel 3 ses en opsummerende beskrivelse af studiedesigns og resultater fra de fire projekter, der tilsammen dækker over 5 forskellige interventionsprogrammer, MARS, BAS, COPESTRESS: Hillerød og Kalmia, samt SSTA. Der er indtil videre publiceret videnskabelige artikler i tidsskrifter med peer-review fra MARS-projektet (3.3; 3.4; 3.5) og COPESTRESS-projektet (3.6;3.7;3.8). Der er publiceret endelige rapporter fra SSTA, MARS og BAS (4.1;4.2;4.5) og der er gjort en foreløbig rapport tilgængelig i COPESTRESS (4.4)

Herunder følger en sammenlignende gennemgang af studiedesign og resultater på tværs af kolonnerne i tabel 3.

De gennemførte studier dækker geografisk bredt i Danmark, fra hovedstadsregionen i COPESTRESS, over BAS og MARS fra det centrale Jylland, og SSTA i Nordjylland, og de er alle gennemført over en kortere årrække fra 2007-2012.

Der ses en tendens til at de nyeste studier har flere deltagere end de ældre studier, med en spredning fra 102 deltagere i det ældste studie (MARS) til 300 deltagere i SSTA. Efter randomisering har det mindste studie 51 deltagere i hver arm, to studier har 60-70 deltagere i hver arm, og det største studie har 150 personer i hver arm.

Alle studierne rekrutterer deltagere fra den generelle erhvervsaktive befolkning, med en overvægt af kvindelige deltagere der varierer mellem 77–84 %, og uden at foretage selektion på fag eller andre demografiske grupperinger. Henvisning til deltagelse foregår i alle studierne via egen læge, samt ved henvisning fra kommuner og fagforeninger i nogle af projekterne.

Alle undersøgelser bruger et randomiseret, kontrolleret design, hvor kontrolgrupperne udgøres af enten venteliste-kontrol, ingen behandling, eller treatment-as-usual.

Studiernes inklusions- og eksklusionskriterier er på mange måder sammenlignelige. I alle studier blev henviste deltagere indkaldt til en visiterende samtale, inden randomisering blev foretaget. Potentielle deltagere blev her vurderet ifht. en tærskelværdi, enten i form af et cut-off på et spørgeskema eller en diagnostisk tærskel, samt om arbejdet vurderes at være relateret i betydelig grad til deres aktuelle vanskeligheder. Eksklusionskriterier er gennemgående manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, længde af sygefravær før henvisning, alkohol/stofmisbrug, sværere psykiatrisk lidelse, samt en række andre forhold der varierer projekterne imellem

Tre af projekterne (MARS, BAS, COPESTRESS) har første follow-up måling umiddelbart efter afslutning af interventionen og måler herefter langtidseffekten frem til 9–12 måneder efter baseline. I SSTA-projektet ligger første follow-up måling ved 9 måneder efter baseline, godt og vel 6 måneder efter afslutning af behandlingen. I dette projekt følges deltagerne herefter op til 27 måneder efter baseline. I alle projekter er udviklingen i deltagerens sygefravær og tilbagevenden til arbejde fulgt gennem registeroplysninger om sygedagpengerefusioner i Arbejdsmarkedsstyrelsens såkaldte DREAM-database.

I alle studierne indgår psykologiske effektmål, baseret på deltagerens besvarelser af spørgeskemaer om mentalt helbred og arbejdspåvirkninger, samt mål for sygefravær/tilbagevenden til arbejde (TTA). I MARS og COPESTRESS indgik ligeledes fysiologiske effektmål.

Generelt findes der i studierne positive effekter på de psykologiske effektmål. Effekterne på sygefravær og TTA er mindre konsistente, gående fra signifikant effekt, til delvis effekt, til ingen effekt. I BAS og SSTA mangler den endelige analyse af DREAM-data vedrørende sygefravær/TTA. For de fysiologiske effektmål findes der positiv effekt for Hillerød-modellens

**Table 3. Overview of results from studies of Danish stress management programs.**

Studie	Antal (n)	Deltagere (køn, erhverv, mm.)	Intervention	Design	Inklusion / Eksklusion	Længde	Follow-up (mdr)	Effekt mål	Effekt
MARS 2007-2009 Aarhus	102	Generel befolkning (Studiesample: 82% kvinder, social-, sundheds- undervisnings- og administrations-sektor dominerer)	Gruppe: 8 x 3 timer	RCT (venteliste-kontrol)	Interview og vurdering af problemer over tærskelværdi, samt planlagt tilbagevenden til arbejde indenfor 4 uger  Eksklusion: Sygemelding >26 uger, livsbegivenheder, mobning, sværere psykiatrisk lidelse, alkohol eller stofmisbrug.	3 mdr.	Spørgeskema: 0-3-6-9 + DREAM-register	Psykologiske Fysiologiske Sygefravær/TT A	Positiv Ingen forskel Delvist
BAS 2008-2011 Herning	137	Generel befolkning. Patienter henvist via egen læge. Ingen eksklusion pga erhverv. (Studiesample: 84% kvinder, flest indenfor undervisning/pædagogisk arbejde, sundhedsvæsen, administrativt arbejde)	Individuelt samtaleforløb: 6x1 time + tilbudt arbejdspladsintervention	RCT (kontrolgruppe: ingen behandling)	Klinisk interview for udredning og diagnose, samt vurdering af in- og eksklusionskriterier.  Inklusion: Belastnings- eller tilpasningsreaktion (ej PTSD), let depression Arbejdsforhold spiller betydende rolle. Fastansat + sygemeldt.  Eksklusion: Opsagt stilling /afskedigelse. Pt. vil ikke tilbage til aktuel arbejdsplads. Sygefravær > 4 mdr. Anden psykiatrisk lidelse. Alkohol misbrug. Nyopstået kronisk sygdom eller smertetilstand. Graviditet.	4 mdr.	Spørgeskema: 0-4-10 + DREAM-register	Psykologiske Sygefravær/TT A	Positive Ingen (afventer opgørelse på registerdata fra DREAM-databasen)
COPESTRESS 2010-2011 København	268	Generel befolkning. Henvist via egen læge. (Studiesample: 78 % kvinder, 1/3-del akademikere/selvstændige 1/3-del mellemlang uddannelse, 1/4-del LO-medlemmer).	2 interventioner: Hillerød: Individuelt 8x1 t. + mindfulness 8x2 t. Kalmia: Gruppe 10x2 t. + mindfulness og BAT 10x1½ t. + tilbudt arbejdspladsintervention	RCT (2 kontrol: 'treatment as usual' og venteliste-kontrol)	Visitationssamtaler efter henvisning mhp. vurdering af in- og eksklusions-kriterier.  Inklusion: Skal have et arbejde og sygemeldt pga. stress.  Eksklusion: Alkohol eller stofmisbrug, væsentlige fysiske lidelser, tilgrundliggende psykisk lidelse. (Der blev ekskluderet deltagere i alle grupper, især pga. sidstnævnte, efter randomisering.)	Hillerød: 3 mdr. Kalmia: 2½ mdr.	Spørgeskema: 0-3-12 + DREAM-register	Psykologiske Fysiologiske (kun målt for Hillerød) Sygefravær/TT A	Positiv Delvist Positiv
SSTTA 2010-2012 Aalborg	300	Generel befolkning Patienter henvist via egen læge eller Jobcenter. (Studiesample: 77% kvinder, flest indenfor socialområdet, sundhedsområdet, administrativt arbejde)	Individuelt 7x1 t. + Gruppe (kognitiv terapi/mindfulness) 6x4 t. + Tilbage-til-arbejde aktiviteter	RCT (Kontrolgruppe fik Treatment-as-usual, dvs. 2-3 støttende samtaler ved visiterende psykolog + socialrådgiver)	Visitationsinterview hos henholdsvis socialrådgiver og psykolog  Inklusion: Sygemeldt <8 uger, bosat i Aalborg Kommune, henvist af læge eller Jobcenter, frivilligt fremmøde, gode danskundskaber, primært arbejds-betinget/-udløst stresstilstand, diagnosekode (ICD-10) Z56.6 eller Z72.3  Eksklusion: Psykiatrisk lidelse, alkohol/stofmisbrug., manglende arbejdstilknytning, afslag fra henviste	3 mdr. (13 ugers forløb)	Spørgeskema: 0-9-18-27 + DREAM-register	Psykologiske Sygefravær/TT A	Resultater endnu ikke videnskabeligt publiceret

#### 4.4. Opsamling på danske stresshåndterings-programmer

Det primære mål for samtlige undersøgelser var at teste, om samtaleforløb baseret på kognitiv adfærdsterapi, evt. kombineret med tiltag rettet mod ændring af arbejdsforhold, kan fremme en hurtigere bedring af deltagernes helbredstilstand. Hvad angår de psykologiske mål for stress, både selvoplevet stress og mål for stresssymptomer, kunne det ses at deltagere i både behandlingsgrupperne og kontrolgrupperne fik det bedre med tiden, men at deltagerne i behandlingsgrupperne oplevede en signifikant hurtigere bedring. I de undersøgelser, hvor første follow-up måling skete umiddelbart efter afslutning af interventionen, kunne en signifikant behandlingseffekt ses allerede på det tidspunkt.

Resultaterne for de fysiologiske effektmål og for sygefravær/TTA var derimod blandede. Dette afspejler de internationale erfaringer og kan formentlig delvis forklares ved, at disse mål også påvirkes af andre forhold end den enkeltes psykologiske stresstilstand. Generelt har stressforskningen endnu ikke haft held til at identificere et pålideligt objektivi mål for stress. Der er givetvis mange kontekst-relaterede forhold, som indvirker på hvornår den enkelte deltager eks. bliver raskmeldt, ud over selvoplevet stress. Fx har nyere svensk forskning vist, at organisatorisk klima samt den enkeltes 'work commitment' har betydning for TTA for kvinder, men ikke for mænd (2.29).

Mens resultaterne af de danske undersøgelser generelt kan siges at være positive, er der endnu ikke et tilstrækkeligt grundlag til at drage konklusioner vedr. en optimal behandling. Dette skyldes til dels, at 'arbejdsrelateret stress' er svært at definere på en entydig måde. I praksis har alle de danske undersøgelser gjort meget for at sikre en skarp afgrænsning af målgruppen for intervention. Man har fx ekskluderet anden psykiatrisk lidelse, bortset fra let depression, samt sikret gennem udrednings- eller visitationssamtaler, at belastende arbejdsforhold har spillet en betydende rolle i stresstilstandens opståen. Generelt kan deltagerne siges at have tilpasnings- og belastningsreaktioner, men inden for denne diagnostiske gruppe er der stor variation i symptombilledet og forløb.

Der har også været forskelle undersøgelserne imellem i hvordan målgruppen er blevet afgrænset. F.eks. har man i MARS ekskluderet stresstilstande knyttet til mobning og konflikter, mens disse sager blev inkluderet i de andre projekter. I de projekter, hvor tilbud om intervention rettet mod arbejdspladsen var en del af pakken, var det ikke alle deltagere, der ønskede at benytte sig af dette. Det er muligt, at det var lettere at etablere møder med arbejdspladsen, når der oplevedes tillid og fravær af konflikter mellem den sygemeldte medarbejder og nærmeste leder, end når der var konflikter eller manglende tillid.

Det er sandsynligt, at der ikke findes en ensartet optimal behandling for alle stresspatienter, men at der skal sigtes mod en optimering af det konkrete behandlingstilbud i hvert tilfælde på baggrund af symptombilledet, tilstandens varighed ved behandlingsstart og arten af de belastende forhold. Der er fortsat behov for forskning samt opsamling af kliniske erfaringer vedr. betydningen af disse forhold for behandlingseffekt. Der synes dog at være et tilstrækkeligt grundlag for at konkludere, at interventioner baseret på kognitiv adfærdsterapi, som er blevet afprøvet i de danske RCT-undersøgelser, fremmer en hurtigere bedring af stresstilstande end ingen behandling.



## **Konklusion på de danske erfaringer med behandlingen**

COPESTRESS projekt er bedre end de eksisterende behandlingstilbud til at få patienterne tilbage til fuldtidsbeskæftigelse (3.6; 3.7). Der er i de andre danske projekter positive men ikke signifikant bedre resultater.

Behandlingen reducerer patienternes stressrelaterede symptomer og risikoen for at udvikle psykiske følgesygdomme og der er i de danske behandlingsforløb en høj grad af patienttilfredshed.

Behandlingen reducerer patienternes brug af andre sundhedsydelser, og gør det muligt at forbedre og effektivisere vidensopsamling, effektmål og evaluering af stressbehandling i det danske sundhedsvæsen (4.6).

## 5. Patientens perspektiv

### 5.1. Patienternes oplevelse af behandlingen og effekterne heraf.

På de arbejdsmedicinske klinikker har der, som tidligere nævnt i oversigten over danske stresshåndteringsprogrammer, igennem de senere år blevet tilbudt sygemeldte patienter med lettere depressive tilstande, tilpasnings og belastningsreaktioner forskellige stresshåndteringsprogrammer. Det drejer sig om både om individuelle og gruppeforløb, og som det fremgår af oversigten har der overvejende været tale om positive resultater på de opstillede effektmål i de randomiserede, kontrollerede studier.

Formålet med herværende opsamling er at indsamle og sammensatte erfaringerne med patient tilfredshed i de stresshåndteringsprogrammer, der har været afprøvet og tilbudt sygemeldte patienter på de arbejdsmedicinske klinikker.

Eftersom der primært synes at foreligge resultater fra patienttilfredshed med behandlingen i Midler mod Arbejdsrelateret Stress (MARS) fra Arbejdsmedicinsk Klinik, Aarhus Universitetshospital og de heraf inspirerede stresshåndteringsforløb på Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling, Odense Universitetshospital og Arbejdsmedicinsk afdeling, Sydvestjysk Sygehus, er beskrivelsen baseret herpå. Dette velvidende at der blandt deltagerne i stresshåndteringsprogrammerne i Copenhagen Stress Treatment Project (COPESTRESS) på Arbejds- og miljømedicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital, Reduktion af Stress og Sygefravær blandt Patienter med Arbejdsrelaterede Belastnings- og tilpasningsreaktioner (BAS) på Arbejdsmedicinsk Klinik, Herning Universitetshospital samt Stress-Sygemeldt Tilbage til Arbejdet (SSTTA) på Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg Sygehus formentlig også har været positive evalueringer og relativ høj tilfredshed med behandlingsforløbene.

### 5.2. Evalueringer og erfaringer

I stresshåndteringsforløbene i MARS projektet på arbejdsmedicinsk Klinik i Århus, samt på Arbejds- og miljømedicinsk afdeling i Odense og Arbejdsmedicinsk afdeling i Esbjerg, som ligeledes har afprøvet og gennemført stresshåndteringsprogrammer, der i store træk følger manualen i MARS-projektet, indgår der, i spørgeskema-batteriet, en række spørgsmål vedr. udbytte og tilfredshed ifht. behandlingen som helhed og programmets enkelt-elementer, som deltagerne udfyldte efter behandlingens afslutning. Udover disse kvantitative mål, foretages der kvalitativt ved afslutningen af hvert gruppeforløb, en mundtlig evaluering af stresshåndteringsforløbet, herunder hvad der har været virksomt/hjælpsomt – for enkelte, - og hvilke af elementerne i forløbet, der har haft betydning.

### 5.3. Resultaterne fra opgørelser af deltageres feedback via spørgeskemaet

I spørgeskemaet indgik 7 spørgsmål vedrørende vurderingen af gruppeforløbet og tilfredshed med det samlede behandlingstilbud. Der var 5 svarmuligheder: ”Slet ikke”, ”en smule”, ”i nogen grad”, ”i høj grad” og ”i meget høj grad”. Ved at slå procentsatserne fra svar-kategorierne ”I høj grad” og ”I meget høj grad” sammen opnås et samlet positivt mål for høj tilfredshed/udbytte, mens svarkategorierne ”en smule/i nogen grad” som nogen, men begrænset udbytte, og ”slet ikke” anvendes som udtryk for et negativt mål for tilfredshed/udbytte.

Generelt set synes der at være en relativ høj patienttilfredshed med stressbehandling i gruppeforløb på tre forskellige arbejdsmedicinske klinikker, der har været oplært i, fulgt og afprøvet manualen fra MARS projektet. Patienterne vurderer overvejende at behandlingen i grupper generelt har været afstemt med deres behov, at forløbet har været tilfredsstillende, og anbefalelsesværdigt. Patienterne er dog delte i spørgsmålet om hvorvidt behandlingen har afhjulpet stressrelaterede problemer, rustet dem til at varetage deres arbejde og øget deres livskvalitet (Se Bilag 3a; (5.3)).

#### **5.4. Resultater fra deltagernes feedback via mundtlig evaluering af gruppeforløb**

Udover disse kvantitative mål, foretages der kvalitativt ved afslutningen af hvert gruppeforløb, en mundtlig evaluering af stresshåndteringsforløbet, herunder hvad der har været virksomt/hjælpsomt – for enkelte, - og hvilke af elementerne i forløbet, der har haft betydning.

Af de mundtlige evalueringer fremgår det af det første stresshåndteringsforløb på Arbejdsmedicinsk afdeling i Esbjerg overordnet set, at deltagernes målsætninger og forventninger med at deltage i stresshåndteringstilbuddene er blevet indfriet. Disse har af sagens natur været meget individuelle, men hovedvægten har haft forventninger og mål om at opnå mere viden om stress og større selvindsigt, mere optimal håndtering af stress samt at tilegne sig værktøjer til at reducere stressniveauet. Derudover har det handlet om at få det bedre, finde fodfæste igen og undgå at få stress igen, selvom det psykiske arbejdsmiljø ikke nødvendigvis er ændret.

Deltagerne oplever generelt, at kurset har givet dem øget indsigt i deres egen måde at håndtere stress på, og de har formået at omsætte den opnåede indsigt til at ændre adfærd. Det synes primært at være samværet i gruppe af ligestillede kombineret med undervisningsformen, der har bidraget til den øgede indsigt.

De fleste oplever, at det har fungeret godt med gruppeformen, idet det har virket fremmede for den enkeltes arbejde med stresshåndtering ved at erfare, at man ikke er alene, - og se, at andre har det på samme måde. Rart ikke at være alene og være i en gruppe, hvor alle har det samme problemer med arbejdsrelateret stress og på mange måder kan identificere sig med hinanden. At kunne føle sig ok, trods aktuel stresstilstand og indre kaos, samt at der igennem undervisningsformen og gruppeleder arbejdes fremmede med normalisering og validering af deltagere.

Det har været godt at se, at deltagerne er vidt forskellige steder i sygemeldingsforløbet med stress. Det har virket fremmede, fordi deltagerne har været forskellige steder i deres stresstilstand, hvilket har indgivet håb om bedring til dem, der var hårdest ramte tidligst i sygemeldingsperiode, og opbygning af mere selvtillid og mestringsoplevelse til deltagere, der havde oplevet en vis bedring og var længere i deres sygemeldingsforløb, og dermed havde overskud til at yde støtte og forståelse til andre. Det har tillige virket fremmede at være i gruppe ved at få øje på nye ideer og handlemuligheder samt at bryde uhensigtsmæssige tanke og adfærdsmønstre.

Enkelte har skullet vænne sig til gruppeformen, og oplevet det som hæmmende at skulle rumme de andre problemer, men ved at tale om dette tidligt i forløbet ændrede det sig, så det blev godt at høre om andres problemer, bare det ikke blev for meget, og styret af gruppelederens ro og overblik.

Nogle fremhæver værktøjerne, dvs. selve de kognitive metoder eller mindfulness-teknikker som det mest virkningsfulde, (ex. hjemmearbejde med registrering og modificering af negative automatiske tanker/leveregler, mindfulness-øvelser til få ro i kroppen og blive opmærksom på tankemønstre), mens andre pegede på selve gruppedynamikken som det mest virkningsfulde.

### **5.5. Behandlernes erfaringer med muligheder og begrænsninger med stressbehandling i gruppe.**

Der er ingen selektion på fag, leder/medarbejder, køn, idet de kliniske erfaringer fra MARS-grupperne på arbejdsmedicinsk klinik i Århus, der har været gennemført fortløbende med ca. 10 hold årligt siden 2007/2008, viser, at det går fint med en bred gruppesammensætning på tværs af fag, køn og stillingsbetegnelse, hvilket derimod netop synes at berige med flere vinkler.

Det er endvidere effektivt for deltagerne, som lærer af hinandens overvejelser og erfaringer. Desuden har gruppen en støttende funktion.

Det er effektivt for behandler ved at kunne nøjes med at sige det samme én gang til 8-9 deltagere. Det giver mulighed for flere facetter og bredde i diskussioner, men kræver større overblik i forhold til gruppedynamik m.m.

Gruppeformen giver naturligvis også nogle begrænsninger, da den er bedst til det, som deltagerne har tilfælles. Derimod er det sværere at behandle konflikter/mobning, privatliv m.m., som der lettere at behandle i individuelle forløb.

### **5.6. Vurdering af behandlingens enkelte bestanddele - opgørelser af deltagerne feedback via spørgeskemaet**

Opsummerende fra opgørelse fra resultaterne af de enkelte delelementer fra erfaringer fra gruppeforløbet kan således siges, at de non-specifikke faktorer ved gruppeformat generelt vurderes som meget positivt, og de kognitiv- adfærdsterapeutiske specifikke komponenter vurderes højt af deltagere, bortset fra viden om stress og stressorer, der overraskende nok vurderes en anelse lavere, hvilket muligvis kan hænge sammen med, at det ligger først i forløbet. Derimod synes de enkelte metoder, som de virksomme komponenter leveres igennem at vurderes lavere, og her nok især gruppearbejdet og afspændingsøvelser som mindre gavnlige elementer af behandlingen. 3/5 dele oplevede dog hjemmearbejdet og de enkelte øvelser som et positivt element af behandlingen.

Der er ikke blevet målt på følgende elementer af behandlingen i grupper: Undervisning og øvelser om søvnhygiejne, prioritering af tid og opgaver, kommunikation og rollespil, tilbagevendende til arbejde og mindfulness øvelser.

Endelig er der i herværende beskrivelse udelukkende fokuseret på patienttilfredshed ved deltagelse i stresshåndteringsgrupper udviklet i relation til MARS-projektet, hvor deltagere er visiteret til gruppeforløb ud fra bestemte inklusionskriterier. Opgørelserne er lavet på de 102 deltagere, der deltog i det oprindelige Mars-projekt, hvor dataene blev indsamlet i projektperioden fra 2007-2008. (Se (Bilag 3b; (5.3)). Det er derfor vigtigt at pointere, der er behov for både individuelle og gruppeforløb, eftersom ikke alle patienter og arbejdsrelaterede stressproblemstillinger vil være egnede til gruppeforløb. Så vidt vides er der ikke specifikt målt på patienttilfredshed i de øvrige danske stresshåndteringsprogrammer som COPESTRESS, BAS og SSTTA

### **5.7. Konklusion på patientens perspektiv**

For patienterne i behandlingstilbuddets målgruppe er der gode erfaringer med at tilbyde patienterne et gruppeforløb, selvom nogle patienter kan have vanskeligt ved at dele egne og andres oplevelser i en gruppe. Der er også patienter der på grund af særlige forhold ikke deler oplevelser og situation med andre patienter og derfor har størst udbytte af individuelle behandlingsforløb.

Patienterne giver generelt udtryk for at behandlingen hjælper dem til at perspektivere, forstå og acceptere deres situation og symptomer, men kan have vanskeligt ved at omsætte behandlingens praktiske uddannelse og vejledning til personlige håndteringsstrategier, de har tillid til vil fungere i deres hverdag.

Patienterne oplever også at behandlingen afhjælper deres symptomer. De får det hurtigere bedre og bliver mere velfungerende i trygge rammer.

## 6. Organisationen

### 6.1. Organiseringen og involverede aktører

Stressbehandlingsforløbet for patienter med arbejdsrelateret stress, skal udbydes på de arbejdsmedicinske klinikker i Danmark. Forløbenes administrative opgaver varetages af den enkelte kliniks sekretariat, mens behandling, opfølgning og evaluering skal varetages af klinikkernes tilknyttede socialrådgivere og psykologer.

### 6.2. Behovet for speciel uddannelse af behandlere.

Der er i budgettet afsat midler til løbende uddannelse af behandlere. Det er overvejende udvikling af kompetencer til kognitiv adfærdsterapi der vil være nødvendige. På baggrund af de eksisterende erfaringer med behandlingen på arbejdsmedicinske klinikker i Danmark forventes det at der allerede er kvalificerede behandlere og undervisere på flere af de klinikker der vil tilbyde behandlingen. Nye tilbud vil kunne trække på undervisere fra andre arbejdsmedicinske klinikker i samme region, eller eksterne udbydere.

## 7. Økonomien

### 7.1. Samfundsøkonomi

De samfundsmæssige omkostninger ved arbejdsrelateret stress, belastnings/tilpasningsreaktioner skal estimeres i overensstemmelse med Det Europæiske Arbejds miljøagenturs principper (4.7).

På det eksisterende datagrundlag i Danmark er det meget vanskeligt at estimere risici for følgesygdomme og invaliditet, ligesom det er vanskeligt at fastsætte nuværende og fremskrevne immaterielle og indirekte omkostninger ved arbejdsrelateret stress. Med udgangspunkt i data fra stressbehandlingsforløbet på arbejdsmedicinsk klinik i Århus (MARS projektet (4.2)) beregner Østergaard en marginal omkostningseffektivitet ved behandlingen på 870 kr. pr. sparet sygedag i forhold til den eksisterende behandling (4.6).

Der er dog flere problemer ved at bruge Østergaards beregning. For det første findes der ikke en klart defineret behandlingsform på tværs af de danske regioner. Østergaard sammenligner med eksisterende behandlingstilbud til kontrolgruppen i MARS-projektet, hvilket gør det vanskeligt at udlede en generaliserbar landsdækkende konklusion på Østergaards beregning. Dertil kommer at med udgangspunkt i Østergaards skøn over analysens følsomhed overfor usikkerheden på de nødvendige estimater vurderes en cost/benefit analyse at resultere i et usikkert og uigennemsigtigt resultat.

Alternativt gennemføres der i det følgende to forenklede omkostningseffektivitets analyser, der ikke relateres til eksisterende behandlingstilbud, da disse er for forskellige, eller ikke er etableret.

Overvejelser om den absolutte omkostningseffektivitet ved den nye behandling i forhold til fortsat at tilbyde en eksisterende behandling bør indgå i de mere generelle overvejelser omkring behandlingstilbuddets fordele og ulemper for patienten, samfundet og sundhedsvæsenet som behandles i afsnit 5.3 "Argumenterne for at behandlingen er bedre end status quo og alternativerne"

### Behandlingens omkostninger – normeringer på afdelingen.

I det følgende præsenteres omkostningsberegningerne på den nye behandling. Der er lagt vægt på, at udføre en så detaljeret beregning som muligt, og samtidig bibeholde råderummet for justering af forløbet til patienternes behov.

Forskellen i prisen pr. behandlet patient på den gruppebaserede og individuelle behandling er knap 1000 kr. Den individuelle behandling er dyrere i personale og lokaler, men når den alligevel ikke koster mere skyldes det at der samtidig er et reduceret antal timer i det individuelle forløb. Bemærk desuden, at normeringerne er gennemsnitsbetragtninger, hvor der er plads til, inden for visse rammer, at variere behandlingernes indhold. Den grundlæggende struktur og forløb er dog ens.

Tabellerne 3.1 og 3.2 herunder viser opgørelsen af driftsomkostningerne ved behandlingstilbuddet i MTV'en. Det er denne beregning, som afdelingerne mener bør ligge til grund for en DRG-taksering tillige med dokumentationen fra Østergaard 2009, samt de allerede eksisterende takster på det psykiatriske område. Etablering og vedligeholdelsesomkostninger, som ikke er direkte patientafhængige er ligeledes medtaget delt ud på antallet af forløb/patienter så de totale driftsomkostninger fremgår (jf. Sundhedsstyrelsen 2006 (4.8;4.10)).

**Tabel 3.1. Omkostningerne ved tilbuddet som gruppebehandling<sup>3</sup>.**

Omkostninger fordelt på personale og andet	Personale antal	Timeforbrug pr. behandler pr. patient	Antal gange (9)/forløb (5)/beløb	Patienter Antal	Kr.
<b>Omkostninger - psykolog</b>					
Undervisning	1,5	3,5	9		10952,55
Forberedelse	1,5	3,5	9		10952,55
Opfølgning	1,5	2		9	6258,60
Evaluering	1,5	5			1738,50
Tidsforbrug på uddannelse	1	50	5		2318,00
Transporttid udd.	1	50	5		2318,00
Journal skrivning	1,5	0,75		9	2346,98
Ændringer	1,5	3			1043,10
Rundbordssamtale	1,5	6		2	4172,40
Visitation	1,5	1,5		9	4693,95
<b>Omkostninger - sekretær</b>					
Booking, journal	1	0,75	9	9	10813,50
Materialeforberedelse	1	1		9	1602,00
<b>Socialrådgiver</b>					
Ekstra opfølgning	1	2		3	1390,80
Forberedelse	1	0,75		3	521,55
Rundbordssamtale	1	6		2	2781,60
<b>Omkostninger - andet</b>					
Materialer indkøb					500,00
Forplejning					750,00
Transport patient			250	9	2250,00
Videreuddannelse pris	1		60000		12000,00
Kørsel til udd. Beløb	1		2500		500,00
Administration og drift					11985,61
<b>Samlede omkostninger</b>					<b>91889,69</b>
<b>Samlede gennemsnits-omkostninger pr. patient</b>					<b>10209</b>

<sup>3</sup> Noter: Tabel 3.1+3.2: De angivne tal summerer ikke helt til den gennemsnitlige omkostning pga. afrundinger. De 1,5 behandlere repræsenterer periodisk oplæring. Flere uddybende noter kan findes i Excel-regnearkene, Bilag 4

**Tabel 3.2. Omkostningerne ved tilbuddet som individuel behandling<sup>4</sup>.**

Omkostninger fordelt på personale og andet	Antal personale	Timeforbrug pr.behandler /patient/gang	Antal gange	Antal patienter	Pris	Forløb	Kr.
<b>Omkostninger - psykolog</b>							
Undervisning	1,5	1	7	1			2433,90
Forberedelse	1,5	0,5	7	1			1216,95
Opfølgning	1,5	2		1			695,40
Evaluering	1,5	5				9	193,17
Tidsforbrug på uddannelse	1	50				45	257,56
Transporttid udd.	1	50				45	257,56
Journal skrivning	1,5	0,75		1			260,78
Ændringer/udvikling	1,5	3				9	115,90
Rundbordssamtale	1,5	6		0,22			463,60
Visitation	1,5	1,5		1			521,55
<b>Omkostninger sekretær</b>							
Booking, journal	1	0,75	7	1			929,25
Materialeforberedelse	1	1		1			178,00
<b>Omkostninger socialrådgiver</b>							
Ekstra opfølgning	1	2		0,33			154,53
Forberedelse	1	0,75		0,33			57,95
Rundbordssamtale	1	6		0,22			309,07
<b>Andet</b>							
Materialer indkøb					500	9	55,56
Transport patient				1	250		250,00
Videreuddannelse pris	1				60000	45	1333,33
Kørsel til udd. Beløb	1				2500	45	55,56
Administration og drift							1460,94
<b>Gennemsnitlige samlede omkostninger pr. patient</b>							11200

## 7.2. Besparelser i afdelingen og sundhedssystemet i øvrigt som følge af behandlingen.

Der vil være besparelser i konsultationer i andre afdelinger, som ellers kunne være nødvendige som en konsekvens af ubehandlet stress. Ligeledes undgår man også en forværring af sygdommen, som ville kræve markant flere af sygehusets ressourcer senere. Der forventes også et mindre antal konsultationer hos egen læge. I Østergaards udregninger har interventionsgruppen et noget mindre forbrug af øvrige offentlige sundhedsydelser. Deres omkostninger udgør samlet ca. 60% af ventelistegruppens omkostninger til øvrige sundhedsydelser. Der er dog ikke den store forskel i samtaler med egen læge, hvor interventionsgruppens brug af ydelserne ligger på 80% af den andens. Til gengæld bruger interventionsgruppen kun 54 % af de psykologsamtaler, ventelistegruppen bruger. De 46 personer, som modtog behandling benyttede for 47.788,97 kr. andre ydelser, mens tallet var 78.737,14 for den anden gruppe (48).

<sup>4</sup> Noter: Tabel 3.1+3.2: De angivne tal summerer ikke helt til den gennemsnitlige omkostning pga. afrundinger. De 1,5 behandlere repræsenterer periodisk oplæring. Flere uddybende noter kan findes i Excel-regnearkene, Bilag 4



### 7.3. Omkostningseffektivitetsberegninger

Det er i enkelte studier påvist at behandlingen resulterer i en signifikant reduktion i antallet af sygedage for patienter i målgruppen, hvilket er et godt effektmål for de direkte gevinster ved behandlingen (2.1;2.4;2.6;3.6). Der er dog tale om en behandling hvor eksisterende teknologi skal vurderes i forhold til at indføre en ny teknologi der er dyrere, men mere effektiv og der er ikke evidens for at effektivitetsgevinsten ved behandlingen overstiger omkostningerne i et samfundsøkonomisk perspektiv. Det er derfor mere relevant at opstille en målsætning for omkostningseffektiviteten af behandlingen i form af reduktionen i behandlede patienters sygedage. Der kan eventuelt løbende evalueres på denne målsætning hvilket anbefales i andre undersøgelser af behandlingen (4.6).

#### Omkostningseffektivitet i forhold til produktionstab

Med udgangspunkt i en timeløn på 178 kr. pr time<sup>5</sup> kan der opstilles et forsigtigt skøn over hvornår udgifterne til behandling opvejer det samfundsmæssige produktionstab efter humankapital metoden. Det antages altså at der er fuld beskæftigelse, og der tages ikke hensyn til overførsler mellem aktører som eksempelvis sygedagpenge, eller udbetalinger fra private forsikringer.

Det antages også at der ikke er nogen indirekte omkostninger ved behandlingen som eksempelvis tabt arbejdsfortjeneste for patienten. Denne antagelse bygger på at patienten forventes at være helt eller delvist sygemeldt fra sin arbejdsplads for at blive visiteret til behandlingen. Der er altså ikke umiddelbart en alternativ omkostning for patienten ved at deltage.

#### **4.1 Nødvendig omkostningseffektivitet i forhold til produktionstab**

	Gruppe behandling	Individuel behandling
Omkostninger til behandling pr. patient	10209 kr.	11200 kr.
Produktionstab svarende til behandlingsomkostninger = Direkte omkostninger til behandling/timeløn 1 sygedag =7,4 timer	10209kr./178 kr./timer =57 timer 57 timer/ 7,4 timer/dag	11200kr./178 kr./timer =63 timer 63 timer/ 7,4 timer/dag
Krav til behandlingens reduktion i antallet af sygedage	7,7 sygedage	8,4 sygedage

Af tabel 4.1 fremgår det at der i en simpel samfundsøkonomisk omkostningseffektivitetsberegning skal skæres mindst 7,7 og 8,4 sygedage af de visiterede patienters sygdomsperiode, for henholdsvis gruppebehandlingstilbuddet og det individuelle behandlingstilbud, for at behandlingen betaler sig i forhold til gennemsnitlige sygemeldte patienter med arbejdsrelateret stress der ikke tilbydes denne behandling.

<sup>5</sup> Nedre kvartil, standardberegnet timefortjeneste 2012 jf. Danmarks Statistik.

## Omkostningseffektivitet i forhold til offentlig kasseøkonomi

Med udgangspunkt i den aktuelle sygedagpengesats på 815 kr. pr. dag<sup>6</sup> kan der opstilles et forsigtigt skøn over hvornår udgifterne til behandling opvejer det offentlige kasseøkonomiske tab. Det antages at alle patienter har mere end de første 14 sygedage der betales af arbejdsgiver, og at behandlingsforløbet i overensstemmelse med tidligere erfaringer resulterer i at patienterne har et mindre forbrug af egen læge, og tilbud om rådgivning fra en socialrådgiver tilknyttet kommunen.

### **4.2 Nødvendig omkostningseffektivitet i forhold til offentlig kasseøkonomi**

	Gruppe behandling	Individuel behandling
Brutto omkostninger til behandling pr. patient	10209 kr.	11200 kr.
Sparede udgifter andre steder i det offentlige Sundhedsvæsenet <sup>7</sup>	672 kr.	672 kr.
Kommunale kasser <sup>8</sup>	521 kr.	521 kr.
Netto omkostninger til behandling pr. patient	9016 kr.	9978 kr.
Kasseøkonomisk tab svarende til behandlingsomkostninger = Netto omkostninger / Sygedagpengeudgift	9016 kr./ 815 kr./dag	10007 kr./ 815 kr./dag
Krav til behandlingens reduktion i antallet af sygedage	11,0 sygedage	12,2 sygedage

Af tabel 4.2 fremgår det at der i en simpel kasseøkonomisk beregning skal skæres mindst 11 og 12,2 sygedage af de visiterede patienters sygdomsperiode, for henholdsvis gruppebehandlingstilbuddet og det individuelle behandlingstilbud, for at behandlingen betaler sig i forhold til gennemsnitlige sygemeldte patienter med arbejdsrelateret stress der ikke tilbydes denne behandling.

### **7.4. DRG-taksering af det nye behandlingstilbud og forventet antal behandlede.**

Det forventes, at behandlingen vil blive tilbudt ca. 400 patienter pr. år på landsplan. I gruppeforløb med ca. 10 personer i hver giver dette omtrent 40 forløb. Prisen pr. patient for et gruppeforløb er estimeret til 10209 kr., dvs., at den samlede DRG-takst er på forventede 4,1 mio. kr./år for behandling af 400 patienter. Alternativt kan behandlingen tilbydes som individuel intervention. I denne form vil behandlingsudgiften pr. patient være ca. 11200 kr., i alt: 400 gange 11200 = ca. 4,5 mio. kr./år. Det foreslås af gruppen bag MTV'en at oprette en fælles takst for individuel og gruppebehandling, som giver mulighed for at variere denne efter behov, ligesom der endnu ikke er tilstrækkelig stort forskningsmateriale til at afgøre endeligt, hvilken af de to interventionstyper, som har den største effekt.

<sup>6</sup> Jævnfør lov om sygedagpenge §50 og Beskæftigelsesministeriets hjemmeside  
”<http://bm.dk/da/Tal%20og%20tendenser/Satser%20for%202014/Sygedagpenge.aspx>”

<sup>7</sup> Besparelsen er estimeret af Østergaard (4.6) og omfatter mindreforbrug af læge og psykolog under behandlingsforløbet for de visiterede patienter. 78737 kr. – 47788 kr. /46 patienter = 672 kr. pr. patient

<sup>8</sup> Besparelsen svarer til den del af behandlingen der omfatter brug af sundhedsvæsenets socialrådgivere. Det forventes at kommunerne kan spare et tilsvarende beløb i form af visiterede patienters mindreforbrug af kommunale socialrådgivere. Samlede udgifter til socialrådgiver pr gruppeforløb / 9 patienter, eller pr. patient i individuelt forløb = 521 kr. pr. patient

## **7.5. Konklusion på økonomien**

I det danske BAS projekt fra Arbejdsmedicinsk klinik i Herning er der for en kontrolgruppe på 59 patienter med arbejdsrelateret stress beregnet en periode på gennemsnitligt 131 dages sygdom inden patienterne har genoptaget deres arbejde, eller igen står til rådighed for arbejdsmarkedet (4.5).

På trods af at der kun er set en positiv sammenhæng, men mangler signifikante svar på størrelsen af behandlingens effekt på længden af patientens sygdomsforløb er der altså med ganske få midler store muligheder for samfunds- og kasseøkonomiske gevinster ved at tilbyde patienter med arbejdsrelateret stress den nye behandling, og det kræver maksimalt en afkortning af det gennemsnitlige sygdomsforløb på to uger svarende til cirka 10 % for at behandlingen også er økonomisk fordelagtig.

## **8. Sammenfatning/syntese**

### **8.1. Sammenfatning af analyserne.**

Ved behandling for arbejdsrelateret stres oplever patienterne en stigende grad af velbefindende på grund af færre symptomer og måske hurtigere tilbagevenden til arbejdspladsen.

Teknologien er løsningsorienteret og udstyrer patienterne med nogle redskaber til at håndtere stress og arbejdspress i deres dagligdag. Målgruppen er sygemeldte personer, som kun behøver en relativt let hjælp for at komme tilbage til deres funktioner.

Der er ingen negative effekter eller risici for patienten ved at deltage i behandlingen (udover risikoen for tilbagefald i form af f.eks. fyring og dets konsekvenser for selvopfattelse og symptomer).

Organisatorisk er der ikke tale om ændringer i personalesammensætningen (afh. dog af rollefordelingen på nogle hospitaler). Efter-/specialuddannelse af er dog nødvendigt.

Den økonomiske analyse viser at behandlingen er en relativt lille investering med et stort potentiale for at reducere samfundets og de offentlige kassers økonomiske tab i forbindelse med stressrelateret sygdom. Tilbuddet vil også gøre det muligt at evaluere på disse parametre med en langt højere grad af præcision end det er tilfældet i dag, hvilket er hensigtsmæssigt da der ses en stigning i antallet af patienter i sundhedsvæsenet med arbejdsrelateret stress. Der kan forventes en besparelse i forhold til andre kontakter med sygehusvæsenet. De samlede udgifter forbundet med behandlingerne er forventeligt mindre end stigningen i produktionen, målt som løn, og dermed er den marginale effekt en lille positiv gevinst (positiv return-to-scale).

### **8.2. Vurdering af de enkelte analysers betydning i det samlede MTV-grundlag.**

Det vurderes, at det økonomiske fundament for at tilbyde behandlingen er til stede gennem lave udgifter til behandling og en række moderate effekter, såvel psykologiske, som økonomiske. Organisatoriske udfordringer er ubetydelige. Der er ligeledes kun positive udsigter for patienterne ved deltagelse i forløbet, hvilket vejer tungt og taler for at tilbyde behandlingen. Teknologiens anvendelsesområde er begrænset, og effekterne er ikke alle stabile, men viser samlet en vis effekt.

## **9. Konklusion og anbefaling**

### **9.1. Endeligt resultat af MTV'en**

Stress behandlingen har effekt og få ulemper. Der er relative lave økonomiske omkostninger, og med mulighed for menneskelige og til en hvis grad økonomiske gevinster, anses behandlingen som formålstjenlig til at bidrage til at løse problemet med stressrelaterede problemer og risiko for udfald af arbejdsmarkedet. Det anbefales derfor at der implementeres DRG—takster til etablering af en ny samlet takstpakke dækkende behandling.

## 10. Referencer og noter

### 10.1. Definitioner og akronymer

- 1.1 RCT Randomized Controlled Trial
- 1.2 CBT Cognitive Behavioral Therapy
- 1.3 DREAM Den Registrerede Evaluering Af Marginalsamfundet.  
Forløbsdatabase fra beskæftigelsesministeriet
- 1.4 DRG Diagnose Relateret Gruppe
- 1.5 ICD-10 International Classification of Diseases 10. Edition WHO
- 1.6 TTA Tilbage til Arbejdet. (RCT studie fra arbejdsmedicinsk klinik  
Ålborg)

### 10.2. Internationale artikler

- 2.1 J. J. van der Klink, R. W. Blonk, A. H. Schene, and F. J. van Dijk. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup. Environ. Med.* 60 (6):429-437, 2003
- 2.2 Arends, I., Bruinvels D.J., Rebergen D.S., Nieuwenhuisen K., Madan I., Neumeyer-Gromen A., Bültmann Y., Verbeek J.H.: Intervention to facilitate return to work in adults with adjusting disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD006389. DOI: 10.1002/14651858.CD006389.pub2.
- 2.3 Bhui, K.S., m.fl.: "A Synthesis of the Evidence for Managing Stress at Work: A Review of the Reviews Reporting on Anxiety, Depression, and Absenteeism". *Journal of Environmental and Public Health*, vol. 2012, Article ID 515874, 21 p.
- 2.4 Perski, A Grossi, G Behandling af langtidssjukskrivna patienter med stressdiagnose *Läkertidningen* 2004, 101, 14
- 2.5 GARDNER B. Cognitive Therapy and behavioural coping in the management of work-related stress. *Work and Stress* 2005; 19:137-152
- 2.6 BLONK RW. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of workrelated psychological complaints among the self-employed. *Work and Stress* 2006; 20:129-144
- 2.7 De Vente, W, Kampuis, JH; Emmelkamp, PMG, Blonk RWB. (2008) "Individual and Group Cognitive-Behavioral Treatment for Work-Related Stress Complaints and Sickness Absence: A Randomized Controlled Trial"
- 2.8 NICKEL C, TANCA S, KOLOWOS S et al. Men with chronic occupational stress benefit from behavioural/psycho-educational group training: a randomized, prospective, controlled trial. *Psychol Med* 2007; 37:1141-1149
- 2.9 WOLEVER, BOBINET KJ, MCCABE K et al. Effective and viable mind-body stress reduction in the workplace: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol* 2012; 17:246-258
- 2.10 FLAXMAN PE, BOND FW. Worksite stress management training: moderated effects and clinical significance. *J Occup Health Psychol* 2010; 15:347-358.
- 2.11 Maryanna D. Klatt, PhD Janet Buckworth, PhD William B. Malarkey, MD Effects of Low-Dose Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR-ld) on Working Adults *Health Educ Behav OnlineFirst*, May 9, 2008

- 2.12 Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJH, Nieuwenhuijsen K: Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2013, 39 (2).
- 2.13 Sandra H van Oostrom,<sup>1</sup> Willem van Mechelen,<sup>1</sup> Berend Terluin,<sup>2</sup> Henrica C W de Vet,<sup>3</sup> Dirk L Knol,<sup>3</sup> Johannes R Anema<sup>1</sup> A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial *Occup Environ Med* 2010;<sup>67</sup>:596e602.
- 2.14 LMM H, GÜNDEL H. Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2011; 68
- 2.15 Therese Stenlund & Christina Ahlgren & Bernt Lindahl & Gunilla Burell & Katarina Steinholtz & Curt Edlund & Leif Nilsson & Anders Knutsson & Lisbeth Slunga Birgander Cognitively Oriented Behavioral Rehabilitation in Combination with Qigong for Patients on Long-Term Sick Leave Because of Burnout: REST—A Randomized Clinical Trial *Int. J. Behav. Med.* (2009) 16:294–303

Internationale artikler der ikke er inkluderet i evidensgrundlaget

- 2.16 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.
- 2.17 Richardson KM, Rothstein HR (2008) “Effects of occupational stress management intervention programs: A metaanalysis.” *Journal of Occupational Health Psychology*, 13:69-93.
- 2.18 MINO Y, BABAZONO A, TSUDA T, YASUDA N. Can stress management at the workplace prevent depression? A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2006; 75:177-182
- 2.19 REBERGEN DS, BRUINVELS DJ, BOS CM, VAN DER BEEK AJ, VAN MW. (2010) Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems--process evaluation of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 36: 488-498
- 2.20 Ahola, Kirsi; Vuori, Jukka; Toppinen-Tanner, Salla, et al.: Ressource-enhancing group intervention against depression at workplace: who benefits? A randomised controlled study with a 7-month follow-up. *Occup Environ Med* 2012: 870-876 originally published in June 2012.
- 2.21 Bakker, Ingrid M., Berend Terluin, Harm W.J. van Marwijk, Danielle A.W.M. van der Windt, Frank Rijmen, Willem van Mechelen, Wim A.B. Stalman: "A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS CLINICAL TRIALS* 2007.
- 2.22 ROLLIN MCCRATY, Ph.D., MIKE ATKINSON, and DANA TOMASINO, B.A.. Impact of a Workplace Stress Reduction Program on Blood Pressure and Emotional Health In Hypertensive Employees *THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE* Volume 9, Number 3, 2003, pp. 355-369
- 2.23 Vlasveld, C. Moniek; van der Feltz-Cornelis, Christina M.; Adèr, Herman J.; Anema, Johannes R.; Hoedeman, Rob; Willem van Mechelen; Beekman, Aartjan T.F. "Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: A randomized controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med* 2013 (70), 223-230.

- 2.24 Evelien P.M. Brouwers, Ph.D.a, Bea G. Tiemens, Ph.D.b, Berend Terluin, M.D., Ph.D.c, Peter F.M. Verhaak, Ph.D.a, Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial, *General Hospital Psychiatry* (sciencedirect), nr. 28, February 2006
- 2.25 Rhenen W. van, R. W. Blonk, W. B. Schaufeli, and F. J. van Dijk. Can sickness absence be reduced by stress reduction programs: on the effectiveness of two approaches. *Int.Arch.Occup. Environ.Health* 80 (6):505-515, 2006
- 2.26 Hees, L. Hiske; de Vries, Gabe; Koeter, Maarten W.J.: Schene, Aart H.: "Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial.", *Occup Environ Med* 2013, 70, pp. 252-260.
- 2.27 W. van Rhenen, R. W. B. Blonk, J.J.L. van der Klink, F.J.H. van Dijk, W.B. Schaufeli: The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *Int. Arch Environ Health* (2005): 78.
- 2.28 Taimela S.: "Randomised trials on return to work programmes for major depressive disorder", commentary. *Occup Environ Med*, 70: 521-22.
- 2.29 K. Holmgren, E. Ekbladh, G. Hensing, and L. Dellve, "The combination of work organizational climate and individual work commitment predicts return to work in women but not in men.," *J Occup Environ Med*, vol. 55, pp. 121–127, Feb 2013.
- 2.30 A Marine, JH Ruotsalainen, C Serra, and JH Verbeek. Preventing occupational stress in healthcare workers. *The Cochrane Library* 1, 2009
- 2.31 Munz, D.C., Kohler, J.M. & Greenberg, C.I. (2001) Effectiveness of a comprehensive worksite stress management program: Combining organizational and individual interventions. *International J Stress Management*, 8 (1): 49-62.

### 10.3. Danske artikler

- 3.1 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 DWECWS/DREAM. *J. Occupational and Environmental Medicine*, 47 (11): 1141-1147.)
- 3.2 Nielsen MB, Madsen IE, Bultmann U, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R. (2011) Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: Findings from a longitudinal study. *European Journal of Public Health*, 21 (6): 806-11.
- 3.3 Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J, Bonde JP (2009) Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 35 (2): 145-152.
- 3.4 Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J, Bonde JP (2010) Sleep and cognitive failures improved by a three-month stress management intervention. *International Journal of Stress Management*, 17 (3): 193-213.
- 3.5 Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP (2011) Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work – results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 37 (3): 186-195.

- 3.6 Netterstrøm B, Friebel L, Ladegaard Y (2012) The effects of a group based stress treatment program (the Kalmia concept) targeting stress reduction and return to work. A randomized, wait-list controlled trial. *Journal of Environmental and Occupational Science*, 1 (1): 111-120.
- 3.7 B. Netterstrøm, L. Friebel, and Y. Ladegaard, "Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial.," *Psychother Psychosom*, vol. 82, no. 3, pp. 177–186, 2013.
- 3.8 B. Netterstrøm and P. Bech, "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*, vol. 10, p. 658, 2010.
- 3.9 F. Lander, C. Friche, H. Tornemand, J. H. Andersen, and L. Kirkeskov, "Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders?," *BMC Public Health*, vol. 9, p. 372, 2009.

#### **10.4. Andre kilder**

- 4.1 Ryom, Pia K., Arb.med. klinik, Aalborg UH: "Afrapportering stressprojekt: Stresssygemeldt, tilbage til arbejdet". Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg Universitetshospital.
- 4.2 Thulstrup, Ane Marie (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.
- 4.3 M. V. Willert, *Measures Against Work-Related Stress - results from a randomized, wait-list controlled trial of a group-based, cognitive behavioural stress management intervention*. Phd dissertation, Aarhus University, Faculty of Health Sciences, 2010.
- 4.4 Netterstrøm B (2012) En undersøgelse af effekten af to stressbehandlingsprogrammer: Effekten umiddelbart efter behandling. (En rapport omhandlende foreløbige resultater fra COPEstress-projektet)
- 4.5 David Glasscock, Ole Carstensen & Ligaya Dalgaard: (2014) "Afslutningsrapport til Arbejds miljøforskningsfonden vedrørende projekt-nr. 34-2007-03" Arbejdsmedicinsk klinik, Regionshospitalet Herning
- 4.6 Østergaard, Gert B.: Masterafhandling: Arbejdsrelateret stress og fysisk kondition. 2009 fra Aarhus Universitetshospital
- 4.7 Det Europæiske Arbejds miljøagentur: "Skøn over omkostninger ved ulykker og sygdomme på Arbejdspladsen Resumé" Luxembourg, Den Europæiske Unions Publikationskontor, 2013.
- 4.8 Sundhedsstyrelsen, Enhed for medicinsk teknologivurdering, Kristensen F.B. og Sigmund H. (red.): *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. 2007
- 4.9 Det Regionale MTV-kompetencecenters hjemmeside, Odense Universitetshospital. Kvalitet og Forskning/MTV.
- 4.10 Forsknings- og Udviklingsafdelingen, OUH: MTV-vejledning (dias). Odense Universitetshospital 2006.
- 4.11 Sundhedsstyrelsen: ABC-analyse af Arbejdsmedicin. 2006.



## **10.5. Bilag**

- 5.1) Bilag 1 Litteratursøgning
- 5.2) Bilag 2 Patienttilfredshedsundersøgelser
- 5.3) Bilag 3 Behandlingstilbuddets budgetter

## Bilag 1 Litteratursøgning

Der er lavet en litteratursøgning ud fra nedenstående søgestrategi

Terms	MeSH	Fri tekst søgning
Diagnose	Mental disorders Stress,	Stress
Behandling	Psychological/therapy* Psychotherapy, Group*	intervention
Population	Workplace/psychology* Work Occupations Humans	work
Studie design	Randomized Controlled Trial Review	Clinical trial <u>Controlled Trial</u>

Der er søgt i Pub Med, Web of Science, PsycInfo, Embase, OSH-rom (OSH References) og SweMed+. Litteratursøgningen er foretaget efter samme søgestrategi. Det har dog været nødvendigt at tilpasse søgetermer og MeSH-lines til de enkelte databaser for at opnå en brugbar søgning, hvorfor visse termer er ændret, eller der er benyttet underinddelinger. I Embase og SweMed+ blev søgningerne derfor gennemført efter søgestrategien med lettere afvigelser. Hovedsøgningen blev foretaget i juli måned 2013, og gentaget i juni 2014.

Resultatet blev 193 artikler siden 2003. Ud fra abstrakt blev 29, heraf 6 danske udvalgt til nærlæsning. De danske resultater er beskrevet i et selvstændigt afsnit om danske erfaringer med behandlingen. Udvælgelsen blev foretaget af 2 personer i arbejdsgruppen. Kriterierne for dem der opfyldte følgende blev udvalgt til nærlæsning.

### RCT

Beskrevne CBT elementer og mindfulness i behandling

Beskrevne inklusionskriterier  
Beskrevne eksklusionskriterier  
Veldefinerede outcome

- Symptomscore
- Biologiske mål
- Sygefravær

Arbejdsgruppen fik tildelt fra 2-4 artikler hver til gennemlæsning, hvor Cochrane instituttets skemaer og scoringsmetoder blev brugt.

Ved to møder i sommer og efterår 2013, blev resultaterne af litteraturgennemgangen gennemgået og ved konsensus blev de 16 internationale og 5 danske studier som litteraturgennemgangen bygger på udvalgt. Et studie er senere tilføjet, og 4 metastudier er læst, fravalgt og figurerer ikke i den detaljerede liste herunder. De 4 studier omfatter: Richardson Rothstein 2008 (2.17), W. van Rhenen, R. W. B. Blonk 2005 (2.27), A Marine, JH C. Ruot-salainen, Serra, JH Verbeek 2009 (2.30) og S. Taimela 2013 (2.30).

## Studier der medtages i evidensgrundlaget

Forfatter	Antal n	Intervention	Design	Inklusion	Tidsforløb	Followup måneder	Effekt mål	Effekt	Profession
Nickel 2007	72	CBT + psykoedukation  Kontra kontrolgruppe	RCT	Selvhenviste frivillige med score > gennemsnit på stress skala. Ingen eksklusion pga arbejdsløshed eller psykiatrisk diagnose, ingen krav om sygefravær.	2 mdr.	0-2	Symptomscore (TICS, STAXI, SF- 36) Bloodtryk + cortisol	Positiv  Positiv	Mænd, kronisk stressede pga arbejdspres.
De Vente 2008	82	CBT Gruppe / individuelt + kontrol (care as usual)	RCT	Sygemeldt pga. Arbejdsrelateret stress	Individuel : 12 x 1 time Gruppe: 12 x 2 timer Varighed: 4 mdr.	0-4-7-10	3 subskalaer fra MBI (emotional exhaustion, distance, competence) 3 subskalaer fra DASS (depression, angst, stress)  Fatigue (subskala fra CIS)  Antal sygefraværdsdage  Tid til fuld raskmelding	Ingen  Ingen  Ingen  Ingen	Alle professioner (ingen beskrivelse af disse i artiklen)
Wolever 2012	239	Gruppe – enten fysisk el. online 1 gruppe yoga 1 gruppe mindfulness 1 kontrolgrup.	RCT, pilot- studium	Score på over 16 i PSS- stressmåling. Ikke sygemeldt v. baseline  . Eksklusion ved hjerterytmeforstyrrelser, rygning, graviditet, større sygdom, samt meditativ træning	12 uger	0-½	Blodtryk, åndedræt,  hjerterytme PSS (stress), PSQI (søvn),  CES-D, smerte, m.v.	Positiv	Overvejende kvinder, fra forsikringssels- kab
van Oostrom 2010	145	Individ. (Participatori sk arb.pl.int.)  Workplace intervention  (RTW) + Usual Care kontra Usual Care	RCT	2-8 ugers sygemelding, over given grænse på distress-skala. Eksklusion: Juridisk arb.pladskonflikt, arbejdstid u. 12 t/uge, graviditet samt øvrigt sygefravær		0-3-6-12	4DSQ.	Ingen (dog subnive au- effekt)	Universitet og dets lægeklinik, stålfabrik

Studier der medtages fortsat

Forfatter	Antal n	Intervention	Design	Inklusion	Tidsforløb	Followup måneder	Effekt mål	Effekt	Profession
Blonk 2006	122	3 grupper CI gruppe: CBT-baseret 5-6 x 1t, 2 t/uge + rådgivning CBT gruppe: 11t á 45 min. Kontrolgruppe: 2 sessioners tjek udført af GP	RCT	100% sygefravær Eksklusion: Alvorlige psykiske forstyrrelser, afhængighed	20 mdr.	4. og 10. md. efter start Observationsperiode 360 d	Sygefravær (median af dage) DASS + MBI	Positiv (?)	Overvejende mænd, selvstændige
Flaxman 2010	311	Gruppebaseret 3 x 2½-3 t	Randomiseret venteliste-kontrol (SMT+C)			0-2-6	GHQ-12	Positiv	Statsansatte
Stenlund 2009	136	Gruppebaseret. Begge grupper: 35 x 1 t på 1 år. CBT+QG- grp. desuden 30 x 3 t CBT på 1 år	RCT	25-55 år, sygefravær pga. burnout i pct. af arbejdstid Eksklusion: Alternative årsager til sygefravær, afhængighed, m.v.	0-6-12	18-24	Sygefravær	Ingen	Overvejende kvinder, langtidssygemeldte
Limm 2011	189	Stresshåndteringsseminar (psykodynamisk/konflikt/emotionel teori): (8 x 90 min. over 2 dage + 2 boostersessioner)	RCT	Stressede, raske, 18-65 år, min 2 år til pension. Eksklusion: Forestående pension eller operation + sygdom m. forventet længere sygefravær		12 mdr.	Stress, arb.analyse, depression og angst	Positiv	Altovervejende mænd, driftsledere/mellemledere i tung industri
Gardner 2005	138	Gruppebaseret. Kognitiv int. eller adfærdssint. 3 x 3½ t Venteliste-kontrolgruppe	RCT	Alle interesserede	3 uger	3 mdr.	GHQ-12, ikke hele populationens scorer opgivet	Positiv på subniveau	Overvejende kvinder, sundheds- og omsorgsarbejdere i NHS

Studier der medtages fortsat

Forfatter	Antal n	Intervention	Design	Inklusion	Tidsforløb	Follow up	Effekt mål	Effekt	Profession
van der Klink 2003	192	CBT individuelt. 4-5 x 90+ min. over 6 uger eft. sygemelding + 1 efter raskmelding Usual Care- kontrolgruppe	RCT	Sygemeldt for 1. gang min. 2 uger med tilpasningsreaktion (DSM IV), alder 39 og 42.  Eksklusion: Anden psykiatrisk/somatisk m. betydning for sygefravær, graviditet, snarlig afskedigelse	1 år	Efter 3 og 12 mdr.	4DSQ, (stress, depression angst, fysisk)  Sygefravær	Ingen  Positiv	Post/tele-virk-somhed
Klatt 2008	48	Gruppe: 1 time pr. uge (6 uger) Low-Dose Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR-ld) Individ: 20 minutters daglig meditation samt lytte til CD- meditation 20 minutter daglig 4 dage pr. uge	RCT	18-60 år, BMI<30, <math>\leq 2</math> træning/dag. Max 2 genstande og seks kopper kaffe/dag. Eksklusion: Gravide, ammende, kronisk medicinkrævende sygdom, regelmæssig yoga	6 uger	Start + 6.uge	MAAS PSS PSQI Cortisol (ingen tal)	Sign. positiv for IG. Kun PSQI for CG.	Overvejende kvinder, universitets-ansatte
Arends 2012	Studier: 11	Undersøger mange af de ovenstående studier. Kun RCT	Metastudium /review	RCT, 18-65-årige, smlign. sygefravær ml. grupper, diagnose jf. DSM-IV/ICD10.  Eksklusion: >30% alvorligt deprimerede, anden psykisk eller fysisk lidelse.	Studierne spænder fra 2003-2011	-	Primære outcomes: Tiden indtil hhv. delvis og fuld RTW. Sekundære outcomes: Symptomer fra en psykisk tilpasningslidelse målbar ud fra psykometrisk skala (f.eks. 4DHQ, DASS, MBI, CIDI).  Arbejdsevne/ produktivitet. Effekten på økonomi eller kvalitet. Måles med (f.eks. WLQ, SPS). Den samlede funktionsduelighed Målt ud fra (f.eks. SF-36, EuroQol).	Moderat evidens for, at CBT ikke mindsker tiden til delvis RTW, og en svag tendens til at det heller ikke har en effekt på fuld RTW. Moderat evidens for, at PST (problem solving) har positiv effekt på delvis RTW (dog kun på kort sigt).	

Studier der medtages fortsat

Forfatter	Antal n	Intervention	Design	Inklusion	Tidsforløb	Followup måneder	Effekt mål	Effekt	Profession
Noordik 2013	160	<p>Individintervention:</p> <p>RTW-E: Aktiv problemløsning og gradvis exposure (forhindre avoidance behaviour).</p> <p>Care-as-usual: Problemløsning + graduerede aktiviteter. (faktisk alm. RTW iflg. hollandske retningslinier)</p>	RCT på behandler-niveau	<p>CMD (common mental disorder; stress tilpasning, angst, depression, iflg. holl. klassifikation), 2-8 ugers sygefravær, DSM IV-diagnose</p> <p>Eksklusion: Primært somatisk syg</p>		12 mdr. 3-6-9-12 efter sygemelding	<p>Median-tid til fuld arbejdsgenoptagelse (&gt;28 d): RTW-E- gruppe: 209 d</p> <p>Kontrolgruppe: 153 d</p> <p>(signifikant forskel)</p> <p>Sekundære mål: tid til delvis arb.genopt. Ikke sign.</p> <p>Sygemeldingsgentagelser Ikke sign. ,SDQ: Ingen sign. forskel på stress, depression og somatisk.</p> <p>Anxiety er sign. (diskuteres dog)</p> <p>Tilfredshed m. OP (efter 9 mdr.) ikke sign. forskel.</p> <p>I RTW-E-gruppe</p> <p>55% behandlet som planlagt (løste hjemmeopgaver).</p>	<p>Negativ</p> <p>Ingen</p> <p>Ingen</p> <p>Ingen</p> <p>Negativ</p>	Udvalgte patienter hos occ. Physicians
Bhui 2012	Studier: 23	Undersøger reviews med opsamlinger af studier. Individuel, organisatorisk og blandet intervention.	Metastudium /review	<p>a) english language articles,</p> <p>(b) reviews published from 1990 to July 2011,</p> <p>(c) systematic reviews,</p> <p>(d) reviews with data/narrative synthesis,</p> <p>(e) meta-analyses.</p> <p>The articles excluded were</p> <p>(a) theoretical and educational reviews, (b) those published prior to 1990.</p>	-	-	Mental sundhed og sygefravær.	<p>Individoutcomes: Individ- intervention har effekt på individuel mental sundhed, blandet int. har også effekt, organisationsint. uafklaret.</p> <p>Organisationsoutcome/sygef ravær: Individintervention ikke effekt herpå. Uafklaret effekt af org.-intervention. Ingen studier m. blandet interventions effekt på sygefravær.</p> <p>-CBT giver større effekt end andre typer individuel intervention</p>	-

Studier der medtages fortsat

Forfatter	Antal n	Intervention	Design	Inklusion	Tidsforløb	Followup	Effekt mål	Effekt	Profession
Perski 2004	80	1½ md. kognitiv adfærd/afslapning (gruppe) + 4½ md fortsat gruppe + 4½ md individuelt tilrettelagt forløb + opfølgingsmøde Venteliste-kontrolgruppe	RCT	Stressrelateret sygdomsmeldelse på over 90  Dage. Eksklusion: Behov for anden beh.	1½ år	6-12	CPRS-S-A (depression m.v.) Burnout (SMBQ) Udmattelse (Maastricht Q) Søvn (KSQ) Sygefravær	Positiv	Fra forsikrings-selskab, overvejende kvinder
Arends 2012	Studier: 11	Undersøger mange af de ovenstående studier. Kun RCT	Metastudium /review	RCT, 18-65-årige, smlign. sygefravær ml. grupper, diagnose jf. DSM- IV/ICD10.  Eksklusion: >30% alvorligt deprimerede, anden psykiatrisk eller fysisk lidelse.	Studierne spænder fra 2003-2011	-	Primære outcomes: Tiden indtil hhv. delvis og fuld RTW. Sekundære outcomes: Symptomer fra en psykisk tilpasningslidelse målbar ud fra psykometrisk skala (f.eks. 4DHQ, DASS, MBI, CIDI).  Arbejdsevne/ produktivitet. Effekten på økonomi eller kvalitet. Måles med (f.eks. WLQ, SPS). Den samlede funktionsduelighed Målt ud fra (f.eks. SF-36, EuroQol).	Moderat evidens for, at CBT ikke mindsker tiden til delvis RTW, og en svag tendens til at det heller ikke har en effekt på fuld RTW. Moderat evidens for, at PST (problem solving) har positiv effekt på delvis RTW (dog kun på kort sigt).	

Danske studier der er medtaget i evidensgrundlaget

Forfatter	Antal n	Intervention	Design	Inklusion	Tidsforløb	Followup måneder	Effekt mål	Effekt	Profession
Netterstrøm et al 2012	199	Gruppe 1: Kalmia stress therapy concept Gruppe 2: Hillerød Concept Kontrolgruppe: UC	RCT med venteliste-design	Sygemeldte m. vedvarende stressympt., Henvi sning. Eksklusion: Forsk. typer misbrug, somatisk, samt	9 mdr.	3 mdr.	SCL-92 ->GSI MDI COPSOQ Spørgeskema vedr. søvnkvalitet, arb.evne (WAS), stress, ekstern beh.	IG og CG i fht. venteliste-gruppe positiv på GSI, WAS samt depression Fuldtidsarb.: (OR) IG/CG: 3,20-3,47 (1,3-9,4) IG/venteliste: 5,89-9,51 (2,4-36,4)	Generel befolkning. Henvist via egen læge. (Studiesample: 78 % kvinder, 1/3-del akademikere/selvstændige 1/3-del mellemlang uddannelse, 1/4-del LO-medlemmer).
Netterstrøm et al (2013)									
Willert et al (2009)									
Willert et al (2010)									
Willert et al (2011)									



## Studier der ikke medtages i evidensgrundlaget

Forfatter	Antal n	Intervention	Design	Inklusion	Tidsforløb	Followup måneder	Effekt mål	Effekt	Profession
Van Rhenen 2006	242	CBT for 1 gruppe stressramte og for 1 gruppe ikke stressramte  Fysisk træning + afslapning for 1 gruppe stressramte og for 1 gruppe ikke stressramte	Randomized trial (men INGEN kontrolgruppe)	Deltagere selekteret fra spørgeskemaundersøgelser i en organisation. En høj stress gruppe selekteret på baggrund af score over cut-off på 4DSQ-Distress scale + tilsvarende antal tilfældigt udtaget blandt de ikke stressede.	8 uger med 4 x 1 time i begge type intervention.	1 år	sygefravær	ingen	Forskellige faggrupper fra samme telfon selskab
Mino 2006	58	2 x 4 timers gruppeundervisning Psykoedukation og fysisk træning. Frivillig efterfølgende rådgivning	RCT	Over gennemsnit i stress-score (manglende metodeangivelse)	3 mdr.	3 mdr.	GHQ, CES-D (depression), Uehata stress score, effort score, reward score	Ingen  Positiv  Ingen	Mænd, 38 år, kontormiljø
McCarty 2003	38	Forsøgsgruppe fik 16 timers emotionel stresshåndtering (IQM). Hjerterytmee- undervisning, mental/emotionel teknik  Randomisering til beh.- el. kontrolgruppe	RCT	Diagnosticeret med hypertension Blodtryksregulerende medicin el. forhøjet blodtryk	3 mdr. m. 16 timers undervisning over to uger	3 mdr.	Blodtryk	Positiv	Overvejende mænd, fra IT-virksomhed
Bakker 2007	433	Gruppe: 7 t træning (MISS) samt 3 konsultationer  Kontrolgruppe UC	Case-kontrol studium v. 4 fagcentre	20-60 år, konsulterende egen praktiserende læge. sygefravær. Eksklusion:	12 mdr.	Samtidig 2-6-12 e. inklusion	Stress, depression, angst, somatisering (4DSQ)	Ingen (dog subniveau-effekt)	Ikke specificeret. Patienter.
Rebergen 2010	240	Guideline-based care: stressfaktorer, diagnosticering, RTW, forebyggelse  Kontrolgruppe UC – psykolog	RCT	Fuldtids- /deltidssygemeldte pga. mentalt helbred (nærmere kriterier ikke specificeret)		0-2-6	Hospital Anxiety Depression Scale Stress, angst depression (DASS) Sygefravær (RTW)	(Scorer ikke oplyst).  Ingen	Ansatte v. politiet

Studier der ikke medtages fortsat

Forfatter	Antal n	Intervention	Design	Inklusion	Tidsforløb	Followup måneder	Effekt mål	Effekt	Profession
Ahola 2012	718	Interventionsgruppe: Aktiv læring. Arbejde med styrker, interesser, livslang læring, øvelser i at håndtere org.- ændringer, ressourcer fra sociale netværk, konfliktløsning og styring af karriere som aktiv læring. Forberedelse på risikoen for fall-back. Social støtte blandt patienterne. Kontrolgruppe	RCT	Ikke angivet.	2 uger	7 mdr.	Job strain ja/nej (Job Content Questionnaire) Depressive symptomer (BDI) Potentiel depression: Af dem uden job strain Af dem med job	7 mdr. senere: Positiv IG: 7% CG: 10%. Positiv	Offentligt og privat (18%) ansatte. Overvejende kvinder.
Hees 2012	117	Interventionsgruppe: Individ- og gruppebaseret "occ. therapy"+ møde m. arbejdsgiver. CG og IG: TAU. "highly specialized treatment at an academic department for mood disorders", bl.a. psykoedukation, supportive therapy, CBT. Ugentligt	RCT	Sygemeldte. Skulle kunne arbejde 2 timer om ugen, for at bruge det lærte. Alderskrav 18-65 år., diagnosticeret med stor depression, som skal være skyld i mindst 25% af sygefraværet, og depressionen skal have varet min. 3 mdr. eller varigheden af sygefravær min. 8 uger. Arbejdet årsag til min. 25% af depr. eller depr. skal hindre produktivitet og RTW.		18 mdr.	WLQ, UCL, HRSD, IDS-SR, MOS-SF36. RTW in good health Symptomer Sygefravær	6-12 mdr.: Største fremskridt på næsten alle målinger for både IG og CG sker i denne periode. Positiv Signifikant forskel. IG: større bedring Ingen	
Vlasveld 2012	139	Interventionsgruppe: Collaborative care: 6-12 gange med PST, manual- guided self-help, workplace intervention og mulighed for antidepressiv behandling. Kontrolgruppe: CAU	RCT	Sygemeldt ml. 4 og 12 uger. Dyb depression jf. DMS-IV og MINI (neuropsykiatrisk interview). Cut-off-score 10 på PHQ-9.		3-6-9-12	Responstid på behandling. Sekundær mål: tid til (mere varig?) bedring (PHQ-9) Fuld RTW	Signifikant Positiv Ingen Ingen	

Forfatter	Antal n	Intervention	Design	Inklusion	Tidsforløb	Followup måneder	Effekt mål	Effekt	Profession
Brouwers 2006	194	Henviser til samme som hos van der Klink 2003. Interventionsgrupp e: 5 x 50 min over  10 uger. Stadier: Anerkende problem, løsningsforslag og implementering af disse.  Kontrolgruppe: UC inkl. vejledning, medicin, henvisning til mental health care.	RCT	Følelsesmæssigt stress eller mindre mentale problemer. (iflg. både GP og patient). Desuden skal de modtage overførsler fra det offentlige, samt sygemeldt el. planlagt sygemeldt med nyligt problem. Alder 18-60 år.	10 uger	3-6-18	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)  4DSQ  SF-36  Sygefravær	Ingen  Ingen  Ingen forskel ml. grupper	

### Eksempel på litteraturgennemgang

GARDNER B. Cognitive Therapy and behavioural coping in the management of work-related stress. Work and Stress 2005; 19:137-152		
<b>Metode</b>		
	<b>Design</b>	Randomiseret kontrolleret studie mellem kognitiv (K) eller adfærdsintervention (A) og venteliste-kontrolgruppe (V)
	<b>Land</b>	England
	<b>Gruppe</b>	Sundheds- og omsorgsarbejdere i NHS
	<b>Randomisering – hvordan</b>	Randomisering af behandlingsgrupper (K, A)
	<b>Inklusion</b>	Information blev spredt i organisationen og alle interesserede kunne deltage
	<b>Eksklusion</b>	Ingen eksklusionskriterier beskrevet
	<b>Studieperiode</b>	3 ugers interventionsperiode
	<b>Follow up</b>	3 mdrs. follow-up tid
<b>Deltagere</b>		
	<b>Antal</b>	138
	<b>Frafald</b>	Ikke velbeskrevet, mangler flowchart
	<b>Køn</b>	82 % kvinder
	<b>Alder</b>	37 år (range: 18-64)
	<b>Score ved baseline</b>	GHQ score ved baseline for hele populationen mangler, er kun opgivet for GHQ "cases": K (n=18): 6.83 (SD 2.46) A (n=19): 6.73 (SD 2.84) V (n=9): 6.22 (SD 1.39)
	<b>Sygefravær ved baseline</b>	
<b>Intervention</b>		
	<b>Type (gruppe/individ etc)</b>	Gruppebaseret (5-12 deltagere)
	<b>Personale</b>	Klinik psykolog og psykolog- assistent
	<b>Træning – kompetencer hos personale</b>	Ikke beskrevet
	<b>Hyppeghed antal gange</b>	3 x 3½ time
<b>Outcome</b>		
	<b>Skalaer (GHQ, DASS, PSS CFS, SL, SF36, PSQI etc)</b>	GHQ-12
	<b>Sygefravær</b>	
	<b>Biologiske mål (hvilke)</b>	
	<b>Scoring ved baseline</b>	GHQ score ved baseline for hele populationen mangler, er kun opgivet for GHQ "cases": K (n=18): 6.83 (SD 2.46) A (n=19): 6.73 (SD 2.84) V (n=9): 6.22 (SD 1.39)
	<b>Scoring ved followup 1</b>	GHQ score post-intervention (3 uger fra baseline) for hele populationen mangler, er kun
	<b>Scoring ved followup 2</b>	GHQ score ved tre måneders followup efter endt intervention for hele populationen mangler,
	<b>Sygefravær followup</b>	
	<b>Frafald</b>	Frafald i alle tre grupper på omkring 10% fra pre- til post-intervention, stigende til omkring 30% ved 3 mdrs. follow-up

### Eksempel på litteraturgennemgang fortsat

GARDNER B. Cognitive Therapy and behavioural coping in the management of work-related stress. Work and Stress 2005; 19:137-152		
<b>Bias</b>		
	<b>Selektionsbias</b>	Deltagerne var selvhenviste og værtsorganisationen tillod ikke at de som henvendte sig blev screenet mhp. at afgøre "caseness". Studiepopulationen bestod derfor af flere deltagere med symptomer under GHQ's "caseness" cut-off og færre med symptomstyrke over GHQ's "caseness" cut-off. Dette er søgt imødegået ved subgruppe-analyse af "cases", hvor der, i modsætning til hovedanalysen, findes signifikante forskelle imellem intervention og kontrol.
	<b>Randomisering</b>	Manglende beskrivelse af randomisering til ventelistekontrol-gruppe, muligvis med hældning mod at de som angav at kunne vente på behandling havde større chance for at komme i ventelistekontrol-gruppen. Tre deltagere randomiseret til ventelistekontrol-gruppen fik lov at komme i en af interventionsgrupperne. Randomisering på gruppe- niveau førte til at ikke alle allokerede fik udfyldt baseline- spørgeskema, og dermed eks. baggrundsvariable for hele studiepopulationen.
	<b>Missing data</b>	Der er lavet intention-to-treat analyser.
	<b>Treatment as usual</b>	Man må formode at ventelistekontrol-gruppen har modtaget treatment-as-usual mens de ventede, men der er ikke indhentet oplysninger om hvad dette har bestået i.
	<b>Ensartethed i behandling</b>	Alle grupper blev ledet af samme behandler. Der er ikke lavet analyse af adherence-to- manual" eller om der har været spill-over effekter fra den ene behandlingsform til den anden (kognitiv vs. adfærdsterapeutisk)
	<b>Drop out bortfalds analyseer</b>	Der er foretaget frafaldsanalyse, som ikke viste forskel på de som faldt fra ifht. de som blev.
	<b>Rapporterings bias</b>	Diskussionen starter med at opsummere fundet for subgruppe-analysen af "cases" og ikke hovedanalysen af alle deltagere, både cases og non- cases.

## Bilag 2a Vurdering af gruppeforløbet – tilfredshed med behandlingen

Opgørelserne fra AMK, Århus er lavet på de 102 deltagere, der deltog i det oprindelige MARS-projekt som indgik i ph.d.-afhandlingen: ”Measures Against Work-Related Stress – results from a randomized wait-list controlled trial of a group-based, cognitive behavioural stressmanagement intervention”. Heraf besvarede 88 spørgsmålene om vurdering af behandlingen. Dataene blev indsamlet i projektperioden fra 2007-2008. Til sammenligning er der tillige lavet opgørelser fra lignede gruppebaserede stresshåndteringsforløb fra AMK, Odense, hvor 26 ud af 48 deltagere, der har deltaget i 7 gruppeforløb i perioden 2011-2013 besvarede spørgsmålene. (Herudover er 3 igangværende forløb i 2013). Endelig er der en opgørelse fra et pilotprojekt med en videreudvikling af samme stresshåndteringsprogram på AMK i Esbjerg, hvor 9 ud af i alt 9 deltagere, der har deltaget i det første gruppeforløb i foråret 2013, har besvaret spørgsmålene om vurdering/tilfredshed med behandlingen (Herudover er aktuelt 1 igangværende forløb i efteråret 2013).

	Antal deltagere	Antal besvarelser	Svarprocent
Århus	102	88	86 %
Odense	48	26	54 %
Esbjerg	9	9	100 %
Samlet	159	123	77 %

På det første spørgsmål, om hvorvidt deltagerne fik den behandling, de havde brug for, oplevede 71 % af deltagere i Århus, 66 % af deltagere i Odense og 89 % af deltagerne i Esbjerg oplevede det i høj eller meget høj grad.

I Århus svarede 29 % af deltagere, at de en smule/nogen grad havde fået den behandling, de havde brug for, mens dette var tilfældet hos 34 % af deltagere i Odense, og 11 % i Esbjerg. Ingen deltagere havde nogle af behandlingsstederne svaret, at de slet ikke havde oplevet at få den behandling, de havde brug for. Med andre ord synes hovedparten (66-89 %) at have fået den behandling, de havde brug for.

Spørgsmål Fik deltagerne den behandling de havde brug for

	Slet ikke	En smule	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Århus	0 %	29 %		71 %	
Odense	0 %	34 %		66 %	
Esbjerg	0 %	11 %		89 %	
Samlet	0 %	29 %		71 %	

Næste spørgsmål drejede sig om, behandlingen blev udført på en tilfredsstillende måde? I Odense besvarede 89 %, at de oplevede dette i høj/meget høj grad, mens dette var tilfældet hos 100 % i Esbjerg. 12 % af deltagere oplevede, at behandlingen i nogen grad er blevet udført på en tilfredsstillende måde. Ingen deltagere oplevede, at behandlingen slet ikke var blevet udført på en tilfredsstillende måde. Samlet set synes behandlingen således at være udført på en tilfredsstillende måde.

Spørgsmål Blev behandlingen udført på en tilfredsstillende måde

	Slet ikke	En smule	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Århus	1 %	11 %		88 %	
Odense	0 %	11 %		89 %	
Esbjerg	0 %	0 %		100 %	
Samlet	1 %	10 %		89 %	

Spørgsmål 3 lød som følgende: Hvis en ven havde tilsvarende problemer som dine, ville du så anbefale dem dette tilbud? Hertil besvarede 85 % af deltagere i Odense, at de i høj/meget høj grad ville anbefale det behandlingstilbuddet til en ven med samme problemer, mens dette var tilfældet hos 100 % af deltagere i Esbjerg. 15 % af deltagere i Odense vil gøre det i nogen grad. Ingen ville slet ikke anbefale det.

Spørgsmål Hvis en ven havde tilsvarende problemer som dine, ville du så anbefale dem dette tilbud

	Slet ikke	En smule	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Århus	0%	0%	9 %		89 %
Odense	0 %	0 %	15 %		85 %
Esbjerg	0 %	0 %	0 %		100 %
Samlet	0 %	0 %	10%		90 %

På spørgsmålet om, i hvor høj grad behandlingen har hjulpet på alle stressrelaterede problemer, besvarede 56 % af deltagere i Århus, 50 % af deltagere i Odense og 67 % af deltagere i Esbjerg, at det i høj eller meget høj grad havde hjulpet. I Århus oplevede 44 % af det havde hjulpet en smule eller i nogen grad på de stressrelaterede problemer, mens dette var tilfældet hos 50 % i Odense og 25 % i Esbjerg. Ingen af behandlingsstederne havde deltagere svaret, at det slet ikke havde hjulpet. Samlet set synes behandlingen således at have hjulpet på alle de stressrelaterede problemer hos lidt over halvdelen af deltagerne.

Spørgsmål I hvor høj grad har behandlingen hjulpet på alle stressrelaterede problemer

	Slet ikke	En smule	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Århus	0 %		44 %		56 %
Odense	0 %		50 %		50 %
Esbjerg	0 %		25 %		67 %
Samlet	0 %		44 %		56 %

På spørgsmålet om, i hvor høj grad har det hjulpet deltagere med at klare deres arbejdsliv, besvarede 56 % af deltagere i Århus, 39 % i Odense og 29 % i Esbjerg, at det i høj/meget høj grad havde hjulpet dem til at klare deres arbejdsliv.

Derimod havde 41 % af deltagere i Århus, 51 % i Odense og 71 % i Esbjerg svaret, at det i nogen grad/en smule havde hjulpet dem til at klare deres arbejdsliv. 3 % i Århus oplevede, at det slet ikke havde hjulpet. Overordnet set noget svingende resultater (fra 29 % til 56 %), så lidt under halvdelen synes, at det havde hjulpet dem til at klare deres arbejdsliv, mens den anden halvdel af deltagere havde oplevet, at det i begrænset grad havde hjulpet på deres arbejdsliv.

Spørgsmål I hvor høj grad har behandlingen hjulpet deltagere med at klare deres arbejdsliv

	Slet ikke	En smule	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Århus	3 %		41 %		56 %
Odense	10 %		51 %		39 %
Esbjerg	0 %		71 %		29 %
Samlet	5 %		45 %		50 %

Hvad angår spørgsmålet om behandlingen har hjulpet deltagere så meget, at de synes at være i stand til at føre et tilfredsstillende liv besvarede 52 % af deltagere i Århus, 50 % i Odense og 38 % i Esbjerg, at det i høj eller meget høj grad havde hjulpet dem til at føre et mere tilfredsstillende liv.

Dette var tilfældet i nogen grad/en smule hos 43 % i Århus, 43 % i Odense og 62 % i Esbjerg, at det havde hjulpet dem til at føre et tilfredsstillende liv. Endelig oplever 5 % af deltagere i Århus og 4 % af deltagere i Odense, at det slet ikke havde hjulpet med at være i stand til at føre et tilfredsstillende liv. Samlet synes behandlingen således, at kunne hjælpe omkring halvdelen til at være i stand til at føre et tilfredsstillende liv.

**Spørgsmål** Har behandlingen hjulpet deltagere så meget, at de synes at være i stand til at føre et tilfredsstillende liv

	Slet ikke	En smule	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Århus	5 %		43 %		52 %
Odense	4 %		43 %		50 %
Esbjerg	0 %		62 %		38 %
Samlet	10 %		40 %		50 %

Det sidste spørgsmål gik på, hvor tilfredse deltagere i det hele taget var med det tilbud, de har modtaget i grupper. Hertil besvarede 88 % af deltagere i Odense og 100 % af deltagere i Esbjerg, at de har i høj/meget høj grad generelt har været tilfredse med at have i gruppertilbuddet. 12 % af deltagere i Odense oplevet det i en smule/nogen grad. Ingen af deltagere var slet ikke tilfredse med gruppertilbuddet. Besvarelser fra Århus mangler desværre i skrivende stund, hvorfor deltagerantallet ikke er tilstrækkeligt repræsentant til at drage en endelig overordnet konklusion, men umiddelbart synes de fleste deltagere overvejende at være meget tilfredse med gruppertilbuddet.

**Spørgsmål** hvor tilfredse var deltagere i det hele taget var med det tilbud, de har modtaget i grupper

	Slet ikke	En smule	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Århus	1 %		16 %		83 %
Odense	0 %		12 %		88 %
Esbjerg	0 %		0 %		100 %
Samlet	1 %		14 %		85 %



## **Bilag 2b Vurdering af behandlingens enkelte bestanddele - opgørelser af feedback**

Opgørelserne er lavet på de 102 deltagere, der deltog i det oprindelige Mars- projekt, hvor dataene blev indsamlet i projektperioden fra 2007-2008. Der er 88 svar fra 102 deltagere i perioden 2007-2008, som udfyldte spørgeskemaet efter endt behandling. Resultater fra gruppeforløbene på de arbejdsmedicinske klinikker i Odense og Esbjerg, er endnu ikke opgjort og foreligger derfor ikke i skrivende stund.

I spørgeskemabatteriet indgår 18 spørgsmål, der er adapteret fra et andet spørgeskema anvendt ved kognitiv- adfærdsterapi for angst. Der bliver her målt på non-specifikke komponenter ved kognitiv-adfærdsterapi, specifikke komponenter og metoder anvendt i kognitiv-adfærdsterapi gruppesessioner.

Under de non-specifikke komponenter af, hører gruppeformen, normalisering, accept og erkendelse af problematikker som centrale dele. 86 % af deltagere oplevede det at være i en gruppe af personer med tilsvarende problemer som et element i behandlingen som i høj grad som positivt, mens 11 % oplevede de i nogen grad, mens kun 2 % slet eller kun oplevede det som en smule gavnligt.

Endvidere oplevede 74 % af deltagere det som positivt at blive opmærksom på, at andre har problemer, der ligner deres egne, mens 23 % oplevede det i nogen grad samt 3 % oplevede det en smule eller slet ikke gavnligt. 75 % oplevede det som et positivt element i behandlingen at lære at acceptere, at de havde en stresspolitik, hvorimod 17 % oplevede det i nogenlunde, mens 8 % oplevede det som en smule eller slet ikke gavnligt. Endelig oplevede 78 % af deltagere det som et positivt element at blive bevidst om sider af sig selv, de ikke tidligere havde været opmærksom på. Derimod oplevede 14 % det i nogen grad og 8 % en smule eller slet ikke som et gavnligt element af behandlingen at blive bevidst om sider af sig selv.

Under de specifikke komponenter i kognitiv adfærdsterapi hører psykoedukation om stress, fokus på tanker, adfærd og leveregler. Hertil svarede 67 % af deltagerne, at viden om stress og stressorer i høj eller meget høj grad havde været et positivt element i behandlingen, mens 19 % oplevede det i nogen grad og 14 % en smule eller slet ikke som gavnligt. Hvad angår kognitiv omstrukturering, dvs. at ændre den måde, de tænker på i stressende situationer, oplevede 86 % i høj eller meget høj grad som et positivt element i behandlingen, mens 10 % oplevede det nogenlunde, og 3 % kun en smule eller slet ikke som et gavnligt element i behandlingen.

Til gengæld oplevede 93 % af deltagere i høj eller meget høj grad som et positivt element i behandling med adfærdsændringer, dvs. at ændre håndtering af situationer, hvor de oplevede stress. Kun 5 % oplevede det som nogenlunde og 2 % kun en smule eller slet ikke som et gavnligt element i behandlingen.

83 % af deltagere oplevede det at formulere og blive klar over egne leveregler som i høj grad eller meget høj grad et positivt element af behandlingen, men 14 % oplevede det som nogenlunde, og 3 % en smule eller slet ikke et gavnligt element i behandlingen. Endelig oplevede 79 % det som et positivt element at arbejde med at justere leveregler, mens 17 % oplevede det som nogenlunde, og 3 % som en smule eller slet ikke gavnligt.

Sidst, men ikke mindst er de anvendte metoder i kognitiv-adfærdsterapi gruppesessioner i form af gruppearbejde, hjemmearbejde, øvelser og afspænding. Hertil svarede 33 % af deltagerne, at det i høj eller meget høj grad havde været positivt at arbejde i de mindre grupper, mens 42 % oplevede det i nogen grad, og 25 % en smule eller slet ikke som et gavnligt element ved behandlingen. Derimod oplevede 61 % i høj eller meget høj grad de øvelser, der blev lavet som et positivt element i behandlingen, mens 30 % oplevede det i nogen grad og 9 % en smule eller slet ikke gavnligt.

Hjemmearbejdet mellem gruppemøderne fandt 60 % af deltagere i høj eller meget høj grad som et positivt element, mens 34 % oplevede det i nogen grad, og 7 % en smule eller slet ikke som et gavnlig element ved behandlingen. Endelig synes 38 % af deltagere i høj eller meget høj grad, at de afspændingsøvelser, de havde lært var et positivt element af behandlingen, hvorimod 41 % oplevede det i nogen grad, og hele 21 % kun en smule eller slet ikke som et gavnligt element af behandlingen.

Opgørelser lavet på de 102 deltagere, der deltog i det oprindelige Mars- projekt, hvor dataene blev indsamlet i projektperioden fra 2007-2008. Der blev afleveret 88 besvarelser svarende til 86 %

**Vurdering af behandlingens bestanddele:** I det følgende vil vi bede om din vurdering af hvad der var hjælpsomt for dig, i forbindelse med din deltagelse i gruppen.

Spørgsmål	Slet ikke	En smule	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
At få viden om hvad stress er og hvad der kan give stress	1 %	13 %	19 %	45 %	22 %
At få viden om typiske reaktioner på stress	1 %	7 %	20 %	45 %	27 %
Den visiterende samtale jeg var til inden jeg deltog i gruppen	8 %	29 %	33 %	22 %	8 %
At være i en gruppe med personer der har tilsvarende problemer til mine	1 %	1 %	12 %	45 %	41 %
At fortælle om mine problemer til de andre deltagere i gruppen	3 %	7 %	33 %	34 %	23 %
At lære at acceptere, at jeg har en stress-problematik	1 %	7 %	17 %	43 %	32 %
At blive opmærksom på at andre har problemer, der ligner mine	1 %	2 %	23 %	34 %	40 %
At blive bevidst ved sider ved mig selv, som jeg ikke tidligere var opmærksom på	1 %	7 %	14 %	35 %	43 %
Gruppeledernes faglige dygtighed	1 %	6 %	9 %	32 %	52 %
Gruppeledernes personlighed	0 %	8 %	13 %	32 %	47 %
At arbejde på at ændre min måde at håndtere situationer, hvor jeg oplever stress	1 %	1 %	5 %	53 %	40 %
At arbejde med at ændre den måde jeg tænker på i stressede situationer	1 %	2 %	11 %	45 %	41 %
Gruppearbejdet i de mindre grupper	5 %	20 %	42 %	22 %	11 %
De øvelser vi har lavet	1 %	6 %	32 %	44 %	17 %
At blive klar over mine leveregler	1 %	2 %	14 %	34 %	49 %
At arbejde med at justere mine leveregler	1 %	2 %	18 %	36 %	43 %
Hjemmearbejdet imellem gruppemøderne	2 %	5 %	33 %	38 %	22 %
De afspændingsøvelser jeg har lært	6 %	15 %	41 %	28 %	10 %

### Bilag 3 a budget med bemærkninger for gruppeterapi

Omkostningsbegregning til MTV (gruppe)												
	Antal personale	Timer pr.gang pr. patient	Antal gange	Antal patienter	Pris	Forløb	Kr.	Bemærkninger				
<b>Omkostninger - psykolog</b>												
Undervisning	1,5	3,5	9				10952,55	Pga. udskiftning af medarbejdere, skal der to på en del af tiden -> sat til 1.5				
Forberedelse	1,5	3,5	9				10952,55	Løn-timesats er Østergaards psykløn fra 2008, 231,8 kr.				
Opfølgning	1,5	2		9			6258,60	1 time pr. behandler pr. patient? Opfølgning både under og efter forløb				
Evaluering	1,5	5					1738,50	1 pr. behandler til evaluering af forløb pr. forløb				
Tidsforbrug på uddannelse	1	50				5	2318,00	Udgift fordelt på antal forløb (timetal?)				
Transporttid udd.	1	50				5	2318,00	Udgift fordelt på antal forløb (timetal?)				
Journalsskrivning	1,5	0,75		9			2346,98	Tidsforbruget på landevejen også mistet arbejdstid				
Ændringer	1,5	3					1043,10					
Rundbordssamtale	1,5	6		2			4172,40	Ca. 25% af sagerne/virksomhedsbesøg				
Visitation	1,5	1,5		9			4693,95	Ekstra tidsforbrug på udvælgelse af patient				
<b>Omkostninger sekretær</b>												
Booking, journal	1	0,75	9	9			10813,50	45 min pr patient pr. uge (hvis alt efter plan)				
Materialeforberedelse	1	1		9			1602,00	Psykolog el. sekretæropgave? Udskrivning og samling af mapper 1t?				
<b>Omkostninger socialrådgiver</b>												
Ekstra opfølgning	1	2		3			1390,80	Socialrådgiverløn forsøgsræssigt angivet som psykologløn				
Forberedelse	1	0,75		3			521,55					
Rundbordssamtale	1	6		2			2781,60	Ca. 25% af sagerne/virksomhedsbesøg				
<b>Andet</b>												
Materialer indkøb							500,00					
Forplejning							750,00	Kaffe og kage ca. 100 kr./gang?				
Transport patient				9	250		2250,00	Selvom sygehuset og ikke afd. betaler, skal den opgøres som udgift. Gæt.				
Videreuddannelse pris	1				60000	5	12000,00	Udgift fordelt på antal forløb				
Kørsel til udd. Beløb	1				2500	5	500,00	Udgift fordelt på antal forløb				
Administration og drift							11985,61	Udgifter til central administration, lokaler, IT, og lignende (overhead) Der er taget udgangspunkt i AMK Esbjerg 15%				
<b>Gennemsnitlige samlede omkostninger</b>							91889,69	Behandlingens samlede pris				
<b>Gennemsnitlige samlede omkostninger pr. patient</b>							10209,97	1/9 af forløbspris v. 9 patienter/forløb				

### Bilag 3 b Budget med bemærkninger for individuel terapi

Omkostningsbegrening til MTV (indivuel)								
	Antal personale	Timeforbrug pr. behandler /patient/gang	Antal gange	Antal patienter	Pris	Forløb	Kr.	Bemærkninger
<b>Omkostninger - psykolog</b>								Løn-timesats 231,8 kr.
Undervisning	1,5	1	7	1			2433,90	Pga. udskiftning af medarbejdere, skal der to på en del af tiden -> sat til 1.5
Forberedelse	1,5	0,5	7	1			1216,95	
Opfølgning	1,5	2		1			695,40	1 time pr. behandler pr. patient? Opfølgning både under og efter forløb
Evaluering	1,5	5				9	193,17	Evaluering af forløb for hver 9 personer behandlede, derfor /9 individuelle forløb
Tidsforbrug på udd.	1	50				45	257,56	Udgift fordelt på antal patient. (=45 = 5 forløb af 9, optimistisk?) (timetal?)
Transporttid udd.	1	50				45	257,56	Udgift fordelt på antal patienter (=45 svarende til 5 forløb af 9) (timetal?)
Journalskrivning	1,5	0,75		1			260,78	Tidsforbruget på landevejen også mistet arbejdstid
Ændringer/udvikling	1,5	3				9	115,90	Ændring af forløb for hver 9 personer behandlede, derfor /9 individuelle forløb
Rundbordssamtale	1,5	6		0,22			463,60	Ca. 25% af sagerne/virksomhedsbesøg
Visitation	1,5	1,5		1			521,55	Udvælgelse af patient
<b>Omkostninger sekretær</b>								Løn-timesats 178 kr.
Booking, journal	1	0,75	7	1			929,25	45 min. pr patient pr. uge (hvis alt efter plan)
Materialeforberedelse	1	1		1			178,00	Psykolog l. sekretæropgave? Udskrivning og samling af mapper 1t?
<b>Omkostninger socialrådgiver</b>								Socialrådgiverløn forsøgsmæssigt angivet som psykologløn
Ekstra opfølgning	1	2		0,33			154,53	
Forberedelse	1	0,75		0,33			57,95	
Rundbordssamtale	1	6		0,22			309,07	Ca. 25% af sagerne/virksomhedsbesøg
<b>Andet</b>								
Materialer indkøb					500	9	55,56	
Transport patient				1	250		250,00	Selvom sygehuset og ikke afd. betaler, skal den opgøres som udgift. Gæt.
Videreuddannelse pris	1				60000	45	1333,33	Udgift fordelt på antal forløb
Kørsel til udd. Beløb	1				2500	45	55,56	Udgift fordelt på antal forløb
Administration og drift							1460,94	Udgifter til central administration, lokaler, IT, og lignende (overhead) AMK Esbjerg brugt som udgangspunkt 15%
<b>Gennemsnitlige samlede omkostninger</b>							11200,54	Behandlingens samlede pris