

Leva i Balans

Utvärdering av ett åtgärdsprogram vid stresstillstånd

Författare

Ulrica Eriksen

Leg läk, spec i allm med

Vid tiden för projektarbetet anställd vid Betanias Företagshälsovård, nu på Previa AB Kista.

Handledare

Peter Kaiser

Leg läk, Med Dr och vid tiden för projektarbetet, chef för Betanias Företagshälsovård

Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2010/2011

Innehållsförteckning:

Sammanfattning.....	3
Inledning	4
Syfte och frågeställning.....	5
Material och metoder.....	6
Resultat.....	9
Diskussion.....	10
Litteraturreferenser.....	12
Bilagor.....	13

Leva i Balans – utvärdering av ett åtgärdsprogram vid stresstillstånd.

Författare: Ulrica Eriksen Handledare: Peter Kaiser

”Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2010/2011”

Sammanfattning

Stress är idag en av de vanligaste orsakerna till ohälsa och sjukdom i västvärlden och en av de vanligaste diagnoserna vid sjukskrivning i Sverige. Arbete och arbetsmiljö är en viktig grund till upplevd stress. Detta gör att man som företagsläkare så gott som dagligen konfronteras med denna problematik. Mot denna bakgrund är det viktigt att hitta åtgärder för att hindra utveckling av stressrelaterad ohälsa, både på individ-, organisations-, och samhällsnivå. En av de viktiga aktörerna i detta arbete är företagshälsovården och företagsläkaren.

Betania har i flera år erbjudit sina kunder åtgärdsprogrammet ”Leva i Balans” vilket riktat sig till individer med stressrelaterad ohälsa. En enkät med ca 50 frågor om välbefinnande fylldes av deltagarna i före och efter genomgången program och bildade en ”Stressprofil”.

Syftet med projektet var att utvärdera åtgärdsprogrammet och se om man utifrån dessa svar kunde se att stressrelaterad ohälsa minskade efter genomgången program, om ”Stressprofilen” var ett lämpligt sätt att utvärdera programmet samt om något i åtgärdsprogrammet eller utvärderingen kunde utvecklas ytterligare. Den undersökta gruppen bestod av 268 deltagare under tiden 2005-2009. Vid det andra svarstillfället besvarade deltagarna vilken förändring de upplevt sedan den föregående mätningen. Samtliga förändringar var positiva och signifikanta och de områden som var starkast signifikanta var välbefinnande, livskvalité, allmän självtillit och avspändhet. Flera svagheter i åtgärdsprogrammet och utvärderingen identifierades som att information om ålder och kön saknades liksom eventuell sjukskrivningsgrad och någon fysiologiskt mätbar parameter. Resultatet från detta projekt samt från andra studier av stressbehandling talar för att det ger en klar positiv effekt att behandla människor med stressrelaterad ohälsa. Slutsatsen är att Betania bör fortsätta med sitt åtgärdsprogram ”Leva i Balans” med viss utveckling av såväl innehåll i program som i utvärderingsinstrumentet. För att kunna dra ytterligare slutsatser av Betanias åtgärdsprogram bör en kontrollerad studie utföras.

Inledning

Stress är idag en av de vanligaste orsakerna till ohälsa och sjukdom i västvärlden. 2010 var det den näst vanligaste diagnosen vid sjukskrivning (4). Stress är dock inte något nytt fenomen utan en reaktion som funnits med sedan tidernas begynnelse och som skyddat människoartens överlevnad.

Hans Selye, ungersk-kanadensisk endokrinolog, utvecklade termen ”stress” på 1930 talet och avsåg ursprungligen den ökade sekretion av ”stresshormon” som han kunde studera i sin forskning på skilda stimuli. Sedan dess har begreppet använts för att beskriva både miljöstimuli som orsakar denna reaktion, individens upplevelse av sin situation och den fysiologiska reaktion som följer (2). Selyes ansåg att stress är individuellt och påverkar individen på olika sätt. Studier har sedan gjorts på både djur och människor för att kunna identifiera skillnaden mellan ett positivt och ett negativt reaktionssätt på stress. På 1970 talet kom stressforskare fram till att individer kunde utsättas för stor påfrestning utan att bli sjuka av det. Man kom fram till att individens reaktion inte beror på de påfrestningar och hot vi utsätts för utan på en relation mellan belastning och vår möjlighet att påverka dem, den så kallade Karaseks krav/kontrollmodellen (2). Därur kommer den enklaste nuvarande definitionen av stress: ”Organismens reaktion på obalans mellan belastningar som den utsätts för och de resurser den har för att hantera dessa” (12). Att vara ”stressad” är ingen sjukdom utan en naturlig biologisk och psykologisk reaktion på hot och yttre påfrestning. Däremot kan långvarig stress leda till sjukdom både fysiskt som kardiovaskulär sjukdom, diabetes, bukfetma, nedsatt immunförsvar, funktionella mag-tarmbesvär och psykiskt som nedstämdhet, sömnstörning och utmattningssyndrom (2).

Arbetet och arbetsmiljön är en viktig grund till uppkomst av upplevd stress (5). Detta gör att man som företagsläkare så gott som dagligen konfronteras med denna problematik. Mot denna bakgrund är det viktigt att hitta åtgärder för att förebygga och behandla stressrelaterad ohälsa, både på individ-, grupp-, organisations- och samhällsnivå. Därav valet av ämne för projektarbetet.

Betania är en företagshälsovård med verksamhet enbart i Stockholm. Det är ca 45 st anställda i företaget och de yrkeskategorier som representeras är läkare, sjuksköterskor, ergonom, sjukgymnast, terapeuter, coacher, hälsopedagoger och personal inom administration, marknadsföring och försäljning. Betania driver företagshälsovård och sjukvård för ca 500 kundföretag, sammanlagt 24 000 anställda som övervägande utgörs av tjänstemän. Kundföretagens storlek varierar från enmansföretag till stora företag på flera hundra anställda. Det finns både privata företag och statliga verk och myndigheter bland de anslutna.

Mycket av den behandling som idag finns för stressrelaterade problematik och rehabilitering av utmattningssyndrom bygger på klinisk erfarenhet och det finns ännu inte så mycket vetenskaplig evidens för dess effektivitet. Få behandlingar och rehabiliteringsinsatser har utvärderats. En litteraturgenomgång av olika behandlingsstrategier vid lättare psykisk ohälsa (där stressrelaterad ohälsa utgör en stor andel) som syftar till åter i arbete visar att ett 40-tal studier rapporterats i de vanliga databaserna. Patientmaterialet har varit heterogent och

resultaten ej replikerbara varför det inte finns någon tillfredställande evidens för någon av behandlingsstrategierna(14)

Tills vi har mer evidens kan vi använda oss av konsensus kring behandlingsprinciper som till exempel finns i Rehabiliteringsrådets betänkande (7). Där framgår att viktiga faktorer är gruppsamtal, stressreduktion med någon av alla de metoder som finns idag, råd om och hjälp med livsstilsförändring, arbetsplatskontakt och att den bör vara multimodal och multiprofessionell.

Nyligen publicerades en artikel i Läkartidningen där man utvärderat en intervention som kallas ”Vardagsrevidering”. Grundtanken med interventionen var att omstrukturering av livsstil och aktivitetsmönster i vardagen skulle leda till en ökad hälsa och balans. I studien deltog 42 kvinnor sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa. Programmet innebar gruppträffar (2,5 tim) två gånger i veckan under 10 veckor och sedan uppföljning vid tre tillfällen under de följande 6 veckorna. Programmet byggde på självanalys, problemlösning, mål, lösning, utvärdering och dokumentation. Detta gjorde man dels som gruppdiskussioner, temaseminarier, övningar och hemläxor med bland annat dagbok. De kvinnor som genomgick ”Vardagsrevidering” hade jämfört med de kvinnor som fick sedvanlig handläggning vid Försäkringskassan i högre grad återgått i arbete och minskat sin sjukskrivningsgrad mer vid 12 månaders uppföljning (3).

Det finns flera studier som visar på att behandling av stressrelaterad ohälsa har effekt. A Perski och G Grossi visade i en studie där man utvärderade en behandlingsmodell för denna grupp att behandlingen var väldigt framgångsrik. Den undersökta gruppen på 40 deltagare genomgick ett stressbehandlingsprogram och jämfördes efter 6 månader med en kontrollgrupp. Ett halvår efter avslutad behandling var majoriteten av deltagarna i den undersökta gruppen signifikant förbättrade i alla uppmätta ohälsoparametrar. 61 % av deltagarna i behandlingsgruppen var åter i arbete, arbetsträning eller planerade arbetsträning vid uppföljningen jämfört med kontrollgruppen där det inte var någon (9). Den slutsats författarna drog av den studien var att man inte bara får sjukskriva patienter med utmattningssyndrom utan att man systematiskt måste erbjuda behandlings och rehabiliteringshjälp.

Syfte och frågeställning

På Betanias Företagshälsovård har man sedan 2005 erbjudit sina kunder ett åtgärdsprogram vid stressrelaterad ohälsa, ”Leva i balans” och sedan dess är det ca 400 personer som deltagit. Positiv feedback från nöjda deltagare och kunder ha gjort att vi trots på vårt åtgärdsprogram och fortsatt arbeta utifrån det utan att egentligen ha en objektiv utvärdering.

Att hitta ett lämpligt sätt att utvärdera programmet och samtidigt hitta eventuella förbättringsförslag var ytterligare en utmaning i projektet. Syftet med projektet var att utvärdera åtgärdsprogrammet ”Leva i Balans”

De specifika frågeställningarna var:

- Har stressrelaterad ohälsa minskat efter genomgången program?
- Är ”Stressprofilen” ett lämpligt instrument för att göra utvärderingen?
- Vilken ytterligare information behövs för att förbättra programmet och göra en säkrare utvärdering som man kan dra mer slutsatser från?

Material och metoder

Den undersökta gruppen bestod av 268 deltagare under tiden 2007-2009. Den grupp som svarat på båda enkäterna (vid inledning och uppföljning) var 210. Således var det ett bortfall på 58 deltagare. Deltagaren kunde vara allt från fullt arbetsför till helt sjukskriven.

De personer som erbjöds att delta i ”Leva i Balans” var de som uppvisat ”stressignaler” enligt nedan. Dessa inklusionkriterier fanns tillgängliga för samtliga specialister som remitterade deltagare till åtgärdsprogrammet. Ett av dessa kriterier var tillräckligt för att få delta men de flesta, ca 90 % , uppvisade 2 eller fler ”stressignaler”.

- Sömnstörning
- Muskelspänning
- Depression
- Ångest
- Oro
- Trötthet
- Uppmätt förhöjt blodtryck
- Mag/tarmbesvär

De specialister som erbjöd deltagande i åtgärdsprogrammet var: leg läkare, leg sjuksköterskor, leg psykoterapeut. För de personer som önskade delta hade arbetsgivarens godkännande inhämtats och arbetsgivaren hade även tagit på sig kostnaden för programmet.

Målet med ”Leva i Balans” var att ge kunskap och ökad motivation för eget förändringsarbete. Detta med mål att lära sig hantera stress på ett konstruktivt sätt, öka välbefinnandet, hitta en inre balans och kraft och att utveckla möjligheten att påverka och styra sitt eget liv. Programmet genomfördes i grupper med max 10 deltagare och omfattade 4 tillfällen à 2 timmar under ca 1 månad och därefter ett uppföljningstillfälle på 2 tim efter ca 5-6 månader. Programmet genomfördes av en hälsopedagog. I programmet varvades föreläsningar med andnings- och avspänningsövningar, gruppsamtal, reflektions- och värderingsövningar och hemläxor.

Vid programmets start samt vid uppföljningstillfället fyllde deltagarna i ett stressformulär (bilaga 1) som underlag för att ta fram en stressprofil. Stressformuläret är framarbetat av Jan Lindell som är fil.lic. i psykologi och statistiker, med långvarigt arbete inom företagshälsovård och psykosociala forskningsprojekt. Frågor i formuläret har konstruerats för forskning inom området stress/utmattning. Den första delen är använd av Hallsten med flera (5).

Stressformuläret innehöll ca 50 frågor om välbefinnande ur olika aspekter. Vid första tillfället besvarades frågorna på en femgradig skala utifrån i vilken mån man ansåg att frågans påstående ”stämmer bäst med hur du känt dig under det senaste året” (aldrig, sällan, ibland, ofta, mycket ofta). Vid uppföljningstillfället besvarades samma frågor men denna gång huruvida man upplevde en förändring i dessa tillstånd, det vill säga om tillstånden inträffade oftare eller mer sällan jämfört med tidigare. Denna metod att mäta skillnader har sin grund i

att forskare påvisat att det blir ett felaktigt resultat om man beräknar en skillnad mellan två tillfällen med samma svarsalternativ.

Frågorna var indelade i 6 olika huvudområden varav de flesta sedan delades in i delområden (12 delområden som nedan anges inom parantes).

- Välbefinnande(energi, värde, optimism, tillfredsställelse)
- Självförtroende(allmän självförtroende och prestationsbaserad självförtroende)
- Stressupplevelse(avspändhet, stressfrihet, belöning)
- Symtombild
- Smärtfrihet
- Livskvalitet(arbete, fritid, hälsa)

För vardera av dessa områden summeras resultatet i form av ett Index – ett medeltal beräknas över ingående frågor.

Medeltal

De frågor som besvaras har genomgående en 5-gradig svarsskala. För att uppnå en tydligare och mer pedagogisk resultatredovisning översätts indexvärdena i de 5-gradiga skalorna till en skala 1-100 och med en spridning lika med 10. Nivån 50 motsvarar en medelnivå, d v s den nivå där genomsnittet ligger i en stor grupp d v s databasen.

Spridning

Spridningsmåttet ligger vid ca 0.8 (mellan 0.6 och 0.9).

Reabilitet

Genom att göra medeltalsberäkningar uppnås en högre grad av mätkvalitet än vid användning av enskilda frågor. Meningen med uppdelningen är att dessa index kommer att återspegla individens uppfattning så att de omfattar mer generella begrepp än vad svar på en enskild fråga kan återspegla. Vi kan även för grupper av frågor beräkna ett mått på i vilken mån frågorna ”hänger samman” – reliabilitetskoefficienten - och vilket visar rimligheten i att resultatet kan sammanfattas på ett tillförlitligt sätt i dessa genomsnittsindex. Dessa koefficienter kan tolkas som att måtten är tillförlitliga om denna koefficient är minst = ca 0.60 och mycket bra om den är över 0.80. Reliabiliteten i förändringsmåtten visar sig vara lika höga eller högre i samtliga index utom när det gäller Livskvalitet – som även hade lägst reliabilitet vid första tillfället

Vid det andra tillfället besvarar personerna vilken förändring de upplever sedan den föregående mätningen. Det ger ett underlag för att uppskatta nivån vid den andra tidpunkten i den ursprungliga skalan genom att addera en procentuell förändring baserad på upplevd grad av förändring som anges vid avslutningstillfället. Förändring signifikansprövas statistiskt genom att pröva hur mycket svaren vid tidpunkt 2 skiljer sig från 3.0 (oförändrat). Av den första resultatcolumnen i tabell 1 framgår att samtliga index ligger klart under denna nivå, d v s man upplever en förbättring och i den sista columnen framgår att t-värdena ligger mycket skilt från gränsvärdet för signifikans (- 1.96).

Tabell 1. Resultatet av analysen av förändring i avseende på de olika huvud- och delområdena.

	Förändring (original 1.0 - 5.0)			Medeltal (transform 1-100)		Tidpunkt1 + beräknat förändringstillskott				Bilaga 2	
	Tidpunkt 2	Spridning	Reliabilitet	Tidpunkt 1	spridning	förändringstillskott		Förändring		Signifikant förbättring	
Områden - Index	N= 210			(för de med två mätningar)		M	S	ring	t-värde *)	(Tidp2-3.0) t *)	
1 Välbefinnande	2,28	0,64	0,95	27,6	22,7	48,5	22,4	21,9	18,9	-16,352	
2 Självttillit	2,46	0,61	-	32,5	23,4	46,7	24,8	14,2	16,7	-12,846	
3 Stressupplevelse	-	-	-	35,3	23,2	63,1	24,8	17,8	12,7		
4 Symtombild	2,44	0,63	0,89	34,0	21,1	60,4	22,3	16,4	14,1	-12,913	
5 Smärtfrihet	2,54	0,80	0,81	34,8	20,4	70,0	22,7	35,2	10	-8,274	
6 Livskvalitet	2,39	0,58	0,31	58,6	21,0	69,9	20,5	11,3	7,5	-15,338	
Delområden - Index											
1a Energi	2,34	0,64	0,89	27,5	21,7	48,5	21,5	21,0	17,8	-14,920	
1bVärde	2,11	0,80	0,90	34,0	22,7	66,2	21,1	21,2	17	-15,995	
1c Optimism	2,39	0,68	0,82	32,5	23,1	48,9	22,9	17,4	16,6	-13,110	
1d Tillfredsställelse	2,25	0,81	0,71	32,5	21,5	61,9	22,6	19,4	16	-13,485	
2a Allmän självttillit	2,25	0,67	0,80	34,9	23,5	63,2	22,8	18,3	17,7	-16,197	
2b Prest.baserad självttill.	2,60	0,71	0,86	35,9	22,2	46,4	24,6	10,5	11,7	-8,208	
3a Belöning	2,71	0,77	0,77	56,4	27,0	60,2	23,2	3,8	4,8	-5,338	
3b Stressfrihet	2,46	0,63	0,67	33,3	4,8	47,9	19,7	14,6	13,5	-12,418	
3c Avspändhet	2,20	0,68	0,84	50,0	19,2	65,1	16,7	15,1	15,5	-16,999	
6a Arbete	2,34	0,80	0,94	63,2	26,3	72,1	27,6	8,9	4,7	-11,737	
6b Fritid	2,25	0,91	0,80	54,3	23,9	67,8	26,2	13,5	8,3	-8,202	
6c Hälsa	2,31	0,96	-	56,3	34,7	72,4	29,0	16,1	5,8	-10,261	
Stressfrihet											
				1,6		2,99		14,1			
*) Samtliga skillnader är starkt signifikanta											

Programmets effektivitet utvärderas genom analys av den upplevda graden av förbättring som individerna skattade efter ca ett halvårs genomförande av programmet.

Det visar sig att det är fråga om starkt statistiskt signifikanta positiva effekter inom samtliga mätområden alltså har deltagarna en signifikant förbättring inom samtliga områden (Tabell 1 sista kolumnen). De starkaste effekterna finns inom huvudområdena välbefinnande , livskvalitet och självttillit. De delområden som visar särskilt stor effekt är avspändhet, allmän självttillit, värde och energi. (Effekten är beräknad med så kallat t-test av hur den skattade förändringsgraden skiljer sig från nivån oförändrat).

Resultat

Tabell 2.

Mätområden	Självskattad grad av förändring efter 6 månaders kursstart	Signifikant förändring
Välbefinnande	2.28	Ja
-energi	2.34	Ja
-värde	2.11	Ja
-optimism	2.39	Ja
-tillfredsställelse	2,25	Ja
Självttillit	2.46	Ja
-allmän självttillit	2.25	Ja
-prestationsbaserad självttillit	2.60	Ja
Stressupplevelse		Ja
-belöning	2.71	Ja
-stressfrihet	2.46	Ja
-avspändhet	2.20	Ja
Symtombild	2.44	Ja
Smärtfrihet	2.54	Ja
Livskvalite	2.39	Ja
-arbete	2.34	Ja
-fritid	2.25	Ja
-hälsa	2.31	Ja

Självskattad grad av förändring där 3 motsvarar oförändrat jämfört med skattningen i samband med programmets start och under 3 förbättring och över 3 försämring.

Det visar sig att det är fråga om starkt statistiskt signifikanta positiva effekter inom samtliga mätområden alltså har deltagarna en signifikant förbättring inom samtliga områden. De starkaste effekterna finns inom huvudområdena välbefinnande , livskvalitet och självttillit. De delområden som visar särskilt stor effekt är avspändhet, allmän självttillit, värde och energi. Resultaten med de stora förändringar som kan observeras talar för att effekterna av programmet är mycket stark. Den grupp som gått vidare till tidpunkt 2 är 210 personer. En frågeställning är huruvida de som inte besvarat uppföljningsenkäten skiljer sig från de som gör det. I bilaga 1 visar de fyra sista kolumnerna en jämförelse mellan de 58 som bara svarat vid det första tillfället med de 210 som svarat vid bägge. Det visar sig vara få skillnader: nivån i bortfallsgruppen är mer positiv i Tillfredsställelse och Stressfrihet. (Analysen genomförs i den skala (1-100) där höga poäng beskriver ett positivt värde.) Analysen av

spridningsmått visar att spridningen är större i bortfallsgruppen i Symtombild, Energi, Optimism och Fritid.

Diskussion

Denna utvärdering av ”Leva i Balans” visar att deltagarna genomgått en signifikant förbättring och minskat sin stressrelaterade ohälsa.

Det är intressant att denna korta, enkla och billiga intervention verkar ge starkt signifikanta förbättringar. Många behandlingsprogram är mycket mer omfattande och kostsamma än denna. Omfattningen av behandlingen beror förstås till stor del på hur länge individen varit sjuk och hur allvarligt drabbad den är. Många av de mest drabbade deltagarna i ”Leva i Balans” hade även annan behandling före eller parallellt med deltagandet i åtgärdsprogrammet. Att fortsätta rekommendera/remittera personer till åtgärdsprogrammet känns relevant efter denna utvärdering. Att komma in med detta åtgärdsprogram tidigt i en stressrelaterad ohälsa borde vara av stor vikt.

Det går dock inte att dra alltför stora slutsatser av utvärderingen då studien saknar ett vetenskapligt upplägg. För att kunna dra större slutsatser skulle en kontrollerad studie behöva göras. En annan svaghet i utvärderingen är att det saknas mätbara variabler som t ex blodtryck eller kortisolnivå i saliv. Flera andra studier har vid utvärderingen, förutom olika självskattningsformulär, någon form av fysiologisk mätning (9).

Att det inte framkommer information om eventuell annan form av samtidig behandling som läkemedel, psykoterapeutkontakt eller annat gör också resultatet svårvärderat. ”Leva i balans” är ju en förhållandevis mycket kort och billig intervention. Ska man försöka jämföra med andra studier är det svårt då dessa ofta har med även övriga behandlingar som till exempel individuell psykoterapi eller kroppsbehandling. Stressmottagningen på Karolinska sjukhuset har ju behandlat ca 400 patienter sedan 2000 där de går i gruppbehandling men parallellt med det individuellt anpassad behandling I utvärderingen av Stressmottagningens behandlingsprogram är det även andra behandlingar som ingår (5).

Vi vet heller inte om huruvida arbetsförhållandena ändrats under tiden fram till uppföljningen. Deltagaren kan ju ha bytt arbetsplats eller arbetsuppgifter, fått minskade krav eller kan andra åtgärder ha gjorts på arbetsplatsen som ökat individens möjlighet att hålla en balans i livet. En annan brist i utvärderingen är att det saknas uppgift om ålder, kön samt eventuell sjukskrivningsgrad på den undersökta gruppen. Många studier har med sjukskrivningsgrad som en variabel att mäta förbättring i (9).

”Stressprofilen” är ett lämpligt sätt att utvärdera ”Leva i Balans” och kan fortsätta användas. Efter att ha gjort denna studie kan följande rekommendationer ges för att göra utvärderingarna säkrare och möjliga att dra mer slutsatser rekommenderas att komplettera med någon objektiv mätbar fysiologisk variabel t ex blodtryck eller kortisol i saliv samt komplettera med fråga om:

- ålder, kön och typ av arbete.
- eventuell sjukskrivningsgrad.
- eventuellt annan samtidig behandling.
- eventuellt ändrade arbetsförhållanden vid uppföljningstillfället.

En uppföljningstid på sex månader är relativt kort i dessa sammanhang och det vore intressant att se hur det såg ut ytterligare 1 år efter avslutad behandling. Att kunna göra en ytterligare uppföljning 1 år efter avslutad "Leva i Balans" vore intressant och ett förslag inför framtiden är att lägga till ytterligare en uppföljningsträff + utvärdering 12 månader efter avslutat program. En annan utmaning blir att nå ut på organisationsnivå. En forskargrupp med både svenska och internationella forskare har sedan början av 2000 talet tittat på vilka faktorer som påverkar ohälsotalet och en generell slutsats som enligt Ekman och Arnetz går att dra av projektet är att anställdas hälsa eller ohälsa styrs mer av organisationsfaktorer än av den egna livsstilen. En annan slutsats som kan dras är att stressbehandlingsprogram på individnivå har en kortvarig och begränsad effekt på ohälsan jämfört med satsningar på att utveckla organisation och ledning (2).

Därför blir det viktigt att sprida "Leva i balans" ut på de företag som är Betanias kunder, inte bara för anställda som redan har en stressrelaterad ohälsa utan kanske allra helst som en hälsofrämjande insats hos de anställda och deras chefer och ledning. En studie där ca 50 kvinnor med arbete inom sjuk- och hälsovård som var i riskzonen för utmattning fick delta i "reflekterande grupper" på sina arbetsplatser visade att de vid uppföljning upplevde bättre hälsa, mindre krav och lägre grad av utmattning än kontrollgruppen. Detta kan vara ett sätt att inte bara minska ohälsa hos den enskilde anställda utan skulle också kunna medföra positiva effekter för organisationen och arbetsplatsen.

Genom att fler personer på samma arbetsplats tar del av samma program och kanske även chef och ledningen tror jag effekten kommer bli större genom ökad delaktighet, bättre utvecklingsmöjligheter, bättre produktivitet och större arbetsglädje. Tidigare forskning har visat att en kombination av anställdas delaktighet och arbetsledningens initiativ och engagemang har varit framgångsrikt i stressförebyggande åtgärder (10).

Slutsatsen blir att "Leva i balans" ger minskad ohälsa efter genomgången program. "Stressprofilen" är ett lämpligt instrument att utvärdera "Leva i balans" med och flera förbättringsförslag avseende kompletterande information har identifierats, som kan göra den ännu säkrare och ge möjlighet att kunna dra fler slutsatser av.

Litteraturreferenser

- 1 Björkman Å, Glise K. Utmattningssyndromet – klinisk bild och terapi. *Läkartidningen* 2004;13
- 2 Ekman R , Arnetz B Stress. Liber ; 2005
- 3 Eklund M, Erlandsson L Ny struktur på vardagen – en hjälp vid stressrelaterad ohälsa. *Läkartidningen* 2011;36
- 4 Försäkringskassan. Pågående sjukfall för vanligaste diagnoserna. Statistik. Försäkringskassan.se
- 5 Hallsten, L. och medförfattare. (2002). Utbränning i Sverige - en populationsstudie. *Arbete och Hälsa 2002:6*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- 6 Kompier M och medförfattare. Cases in stressprevention: The success of a participative and stepwise approach. *Stress Medicin* 1998; 155-168
- 7 Nygren Å och medförfattare. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. Stockholm :SOU; 2011
- 8 Perski A Rehabilitering av stressjukdomar sker i olika faser och blir ofta lång. *Läkartidningen* 2004;14
- 9 Perski A, Grossi G . Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. *Läkartidningen* 2004;14
- 10 Petersson U. Gruppsamtal på arbetsplatsen kan motverka utbrändhet. *Läkartidningen* 2011;36
- 11 Socialstyrelsen. Utmattningssyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa ; 2003 Socialstyrelsen.se
- 12 Währborg P. Stress – en folksjukdom. 2000
- 13 Währborg P. Stress och den nya ohälsan. 2:a rev upplagan ed Stockholm: Natur och Kultur; 2008

- 14 Åsberg M och medförfattare. Psykiskt sjuk av stress...diagnostik, patofysiologi och rehabilitering. *Läkartidningen* 2011;36