

EN JÄMFÖRELSE AV TECKEN PÅ STRESS FÖRE OCH EFTER KURSEN
ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) ANVÄND INOM
FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN

Tiina Parkkila

Handledare: Kai Österberg

Ett projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2012/2013

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

☒ Sammanfattning	sidan 3
☒ Inledning	sidan 4
☒ Syfte och frågeställningar	sidan 4
☒ Undersökt grupp	sidan 5
☒ Metod	sidan 5
☒ Resultat	sidan 7
☒ Diskussion och slutsats	sidan 9
☒ Litteraturreferenser	sidan 11

SAMMANFATTNING

En jämförelse av tecken på stress före och efter kursen Acceptance and Commitment Therapy (ACT) använd inom företagshälsovården

Tiina Parkkila

Handledare: Kai Österberg

Ett projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2012/2013

Eftersom stress och psykisk ohälsa är mycket vanligt i Sverige och leder till följsjukdomar och nedsatt produktion, är behandling för dessa problem en viktig uppgift för företagshälsovården.

ACT förmedlar insikt i att lära sig att hantera den ofrånkomliga stressen i våra liv, att hantera stressande tankar, att undersöka hur livet helst skall se ut och hantera hinder för att nå dit. Vid en kommunal företagshälsovård erbjuds därför en ACT-kurs i gruppformat som är öppen för alla tillsvidareanställda inom kommunen som beviljats ledighet av arbetsgivaren.

Syftet med denna studie var att utvärdera om ACT är en effektiv metod inom den kommunala företagshälsovården. Mådde deltagarna bättre efter kursen? Minskade sjukskrivningen?

För att inkluderas i analyserna krävdes ifyllda symptomskattningsformulär före och efter kursen samt deltagande i flertalet kurstillfällen, vilket gav data för 13 deltagare från två kurser. De flesta kursdeltagare var kvinnor från drygt 20 års ålder upp till drygt 60 år, fördelade ungefär lika på administrativa tjänster och service-utbildning-omsorg. Som effektmått användes LUCIE (Lund University Checklist of Incipient Exhaustion) utvecklat av Arbets- och Miljömedicin i Lund. Dessutom studerades sjukskrivningsdata hämtade ur företagshälsovårdsjournaler, men ej sjukvårdsjournaler. I LUCIE ingår ett beräkningsprogram och varningsnivåer för stress uträknas. Det är en stressvarningsnivå och en utmattningsvarningsnivå. Före kursen var kursdeltagarnas medelvärde på stressvarningsskalan 50, mot 11 efter kursen. Antalet individer med stressvarning sjönk från 8/13 före kursen till 0 efter kursen. Bland fyra sjukskrivna deltagare återgick en till ordinarie arbete tidigt under kursen och två i slutet av kursen och en avslutade sin anställning under slutet av kursen under pågående sjukskrivning.

Att avgöra till hur stor del förbättringarna berodde på ACT är dock svårt eftersom det i flera fall pågick parallella åtgärder, t ex arbetsmiljöförbättringar, annan behandling och stöd från sjukvård/företagshälsovård. Dessutom påverkas tidpunkt för återgång i arbete sannolikt av Försäkringskassans aktuella policy. Att bedöma den specifika effekten av ACT skulle kräva en mer avancerad studiedesign, med t ex en obehandlad kontrollgrupp. Dessutom gjordes studien på en relativt liten grupp deltagare, vilket gör att resultaten bör tolkas med försiktighet. Trots dessa begränsningar kan studieresultaten tolkas som att ACT förefaller kunna ge den enskilde redskap för att förbättra sin hälsa och livskvalitet, i enlighet med andra studier, vilket kompletterar de traditionella insatserna från företagshälsovård och annan hälso- och sjukvård.

INLEDNING

Psykisk ohälsa och stress är mycket vanligt. Enligt nationella folkhälsoenkäten [1] upplevde 20-30 % av kvinnorna mellan 16 och 64 år 2009-2011 nedsatt psykiskt välbefinnande och motsvarande siffra för männen var 15-20 %. Vidare kände 15-20 % av kvinnorna sig stressade och bland männen 10-15 % och 20-45 % av kvinnorna och 20-30 % av männen upplevde sömnbesvär. En fjärdedel av startade sjukskrivningar 2009 bland vissa lärargrupper utgjordes av diagnoser för psykisk sjukdom [2]

Det är således en viktig uppgift för företagshälsovården att förebygga och lindra denna ohälsa då stress och otillräcklig återhämtning kan orsaka följsjukdomar, såsom utmattningsdepression och hjärtkärlsjukdom.

Gruppbaserad intervention enligt Acceptance and Commitment Therapy (ACT) erbjuds sedan våren 2012 vid den kommunala företagshälsovården i syfte att minska stress och främja hälsa.

ACT är en typ av kognitiv terapi där fokus ligger i att förmedla en accepterande attityd till obehagstankar och känslor och på så sätt skapa ökad flexibilitet, reducera undvikandebeteenden och möjliggöra handlingar i riktning mot de val och prioriteringar i livet man gjort. ACT ges gruppvis och under en relativt komprimerad tidsperiod med standardiserad manual. Genom att kursen ges i grupp blir resursutnyttjandet effektivare. ACT utvecklades i USA av Hayes på 1980-talet ur teorier att mänskligt beteende och reaktionssätt styrs av upplevelser och tankar. Genom associationer och generaliseringar relateras upplevelser och händelser. Enligt Hayes påverkar språket beteenden. Negativa tankar och känslor kan uppta energi, vara stressande och även ge upphov till undvikandebeteenden till nackdel för individen och uppnåendet av sina mål. Genom att acceptera obehagstankar och skapa distans till dem kan obehag och ångest minskas, liksom undvikandebeteenden.

Tidigare svenska studier av effekterna av ACT har visat positiva resultat. En studie av stressade lärare kunde konstatera en statistiskt säkerställd lägre stressnivå hos lärarna efter kursen [3]. En grupp socialsekreterare som gick kursen kände sig också mindre stressade och upplevde även en förbättring av den allmänna psykiska hälsan [4]. En tvåårsuppföljning av studenter som fått interventionen visade att stress- och ångestnivåerna var fortsatt lägre jämfört med kontrollgruppen [5]. I sistnämnda studie finns således också belegg för att effekten är hållbar över viss tid, vilket är betydelsefullt eftersom det är viktigt att kunna ha strategier för framtida stressorer. Utvärdering av ACT på gruppnivå inom vår företagshälsovård har tidigare inte gjorts och projektets syfte var att belysa om ACT bidrog till förbättrad upplevd hälsa och om sjukskrivningstalet minskade.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Följande frågor önskades belysas:

- Ledde ACT-kursen till att kursdeltagarna fick minskade tecken på långvarig stress och ökat välbefinnande?
- Gav ACT-kursen minskad sjukskrivning, dvs. ökad återgång i arbete?

UNDERSÖKT GRUPP

Kommunen har 5400 anställda med traditionella yrken inom service-omsorg-utbildning och administrativa yrken som vanligen förekommer inom kommunal förvaltning. Den undersökta gruppen var tillsvidareanställda som gått ACT-kursen och fått ledigt, samt hade deltagit under de flesta kurstillfällena och fyllt i en enkät (LUCIE) före och efter kursen. Vissa hade fått kursen rekommenderad av företagshälsovården och några var allmänt intresserade. Kriterier för deltagande i studien uppfyllde 13 kursdeltagare, varav 1 man. Bortfallet var 16 deltagare och bland dessa var 3 män. Beträffande åldersfördelning varierade den från drygt 20 år till drygt 60 år. Majoriteten av deltagarna var födda under 50- och 60-talet i såväl den studerade gruppen som bortfallsgruppen. Inom gruppen som avbrutit kursen fanns även några anställda födda under 40-talet. En person var född under 80-talet som fullföljde kursen liksom en som avbröt kursen. Fördelningen av rent administrativa arbetsuppgifter gentemot arbetsuppgifter inom omsorg-service-utbildning var relativt lika inom såväl studiegruppen som bland dem som avbrutit

METOD

ACT-kursens utformning

ACT-kursen som gavs gruppvis omfattade tolv timmar, fördelade över fyra tillfällen med några veckors intervall, samt en s.k. boosterträff ett antal månader senare (för studiegruppen cirka ett halvt år senare). Det de två kursledarna förmedlade var följande: Acceptans kring att livet kan vara smärtsamt. Att känslor som upplevs obehagliga inte behöver förträngas. Tankar och känslor är just tankar och känslor. Om att vara medveten om sina tankar och att låta tankarna få existera i nuet. Stöd i att sätta upp mål och få balans i livet och att agera utefter sina värderingar (committed action). Under kursen diskuterades ofrånkomlig stress som människan får lära sig att leva med och kring stressorer som kan behöva korrigeras liksom stressbalanserande faktorer. Deltagarna fick hemövningar relaterade till aktuellt kursmoment. Dessa hemövningar utgjorde en viktig del av kursen. En CD-skiva med övningar i mindfulness ingick också. Mindfulness innebär att vara i nuet med sina tankar och att observera dem men inte värdera eller försöka korrigera dem.

Utvärderingsinstrument

Utvärderingsinstrumentet var LUCIE [6], som är utarbetad vid Arbets- och Miljömedicin i Lund. LUCIE är en enkät med frågor kring symptom och upplevelser som kan erfaras efter lång tids stress och kan användas för detektion av tidiga tecken på arbetsrelaterad utmattning. Därmed möjliggörs insatser innan sjukdom etablerats. Utvecklingen av LUCIE baserades på observationen att personer sjukskrivna för utmattningssyndrom hade vissa gemensamma symptom halvåret innan sjukskrivningen. Detta kunde konstateras i samband med intervjuer, där patienterna också fick gradera sina symptom. Vid journalgenomgångar kunde ytterligare gemensamma symptom fastställas. Ur dessa symptom och besvär konstruerades frågorna till LUCIE, vilka sedan även provades ut i grupper av personer som hade långvarigt hög arbetsbelastning respektive långvarigt låg arbetsbelastning. Den slutliga versionen av LUCIE omfattar de 28 frågor där en tydlig gradient i svaren observerades från låg arbetsbelastning, via

hög arbetsbelastning, till utmattning. Dessa 28 frågor har fyra skalsteg (Inte alls – Lite – En hel del – Mycket) för att spegla intensiteten av besvären och upplevelserna. Frågorna fördelar sig över 6 delområden:

- *Sömn och återhämtning*
- *Avgränsning mellan arbete och fritid*
- *Gemenskap och socialt stöd på arbetsplatsen*
- *Kontroll över arbetsuppgifter och egen förmåga*
- *Privatliv och fritidsaktiviteter*
- *Hälsobesvär*

Svaren på LUCIE-frågorna matas in i ett beräkningsprogram [7] som automatiskt beräknar LUCIE-resultatet, såväl totalresultat som resultaten på delområdena. Resultatet visas grafiskt på två olika skalor; Stressvarningsskalan (SVS) och Utmattningsvarningsskalan (UVS). SVS syftar till att vara en känslig skala för subtila tecken på långvarig stress, medan UVS ger en mer skarp varning för tunga tecken på långvarig stress. Staplarna har en gradering, pedagogiskt markerad inom grönt-gult-rött område beroende på risk. Stapeln utgör en genomsnittlig procentuell summa av bejakande svar inom alla delområden sammanlagt och med varje delområde lika viktat. Man kan även välja att undersöka varje delområde för sig med risken för stress och utmattning uträknad. På både SVS- och UVS-skalan finns rämärken (s.k. cut-off) som vägledning för att bedöma om resultatet ger varning för stress/utmattning eller är väsentligen normalt. Resultat ovanför cut-off utgör den ”röda zonen” på respektive skala (se Figur 1 i avsnittet Resultat).

För att resultaten ska vara bedömbara rekommenderas minst 67% svarsfrekvens inom varje delområde.

LUCIE använts kliniskt sedan 2010 och är under fortsatt utveckling. Cirka 43 företagshälsovårdsenheter är för närvarande registrerade användare [8]. För denna studie användes även beräkningsprogrammet *LUCIE för gruppundersökning*, som istället för individresultat visar medelvärdena för en grupp.

Sjukskrivningsdata

Data erhöles från företagshälsovårdsjournalerna. Rehabiliteringsrutinerna är att företagshälsovården kontaktas vid sjukskrivning överstigande två veckor varför det förväntades att alla sjukskrivna var identifierade.

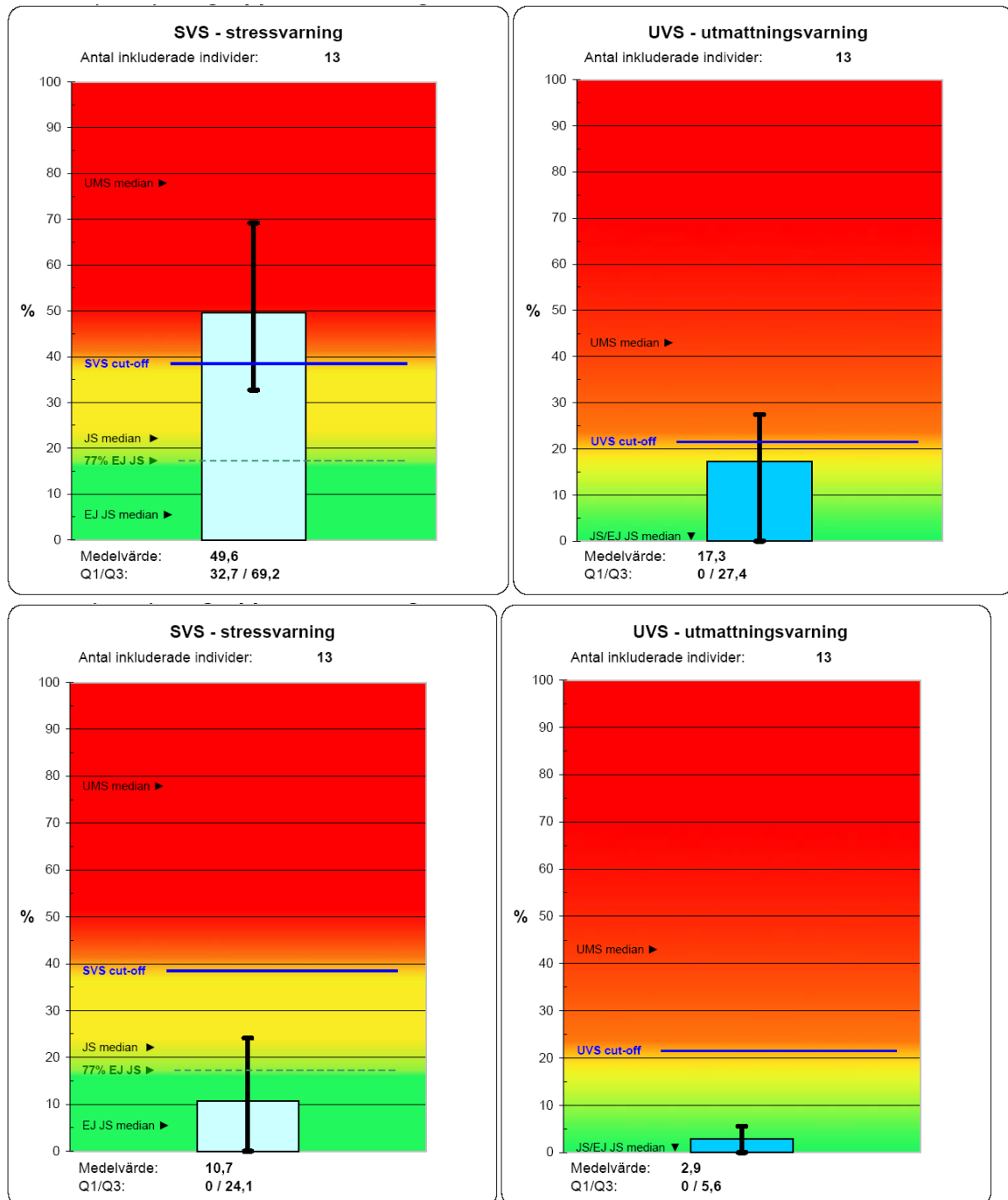
Statistiska metoder

För att jämföra poängen på SVS- och UVS-skalorna före och efter ACT valdes Wilcoxon's teckenrangtest. För jämförelser av kombinationer av resultat på både SVS- och UVS-skalorna före och efter ACT, klassades olika kombinationer på en skala från 1 till 4, från helt tillfredsställande resultat (1= gröna zonen i SVS och under UVS cutoff) till mycket belastande resultat (4= röda zonen i både SVS och UVS), se detaljerad beskrivning i Tabell 1. I alla statistiska analyser sattes gränsen för statistisk signifikans till $p < 0,05$.

RESULTAT

LUCIE

Medelvärdet på SVS sjönk från 49,6 före ACT till 10,7 efter ACT ($p=0,001$) och på UVS från 17,3 före ACT till 2,9 efter ACT ($p=0,025$) (Figur 1). Före ACT hade 8 av de 13 deltagarna stressvarning på SVS, varav 4 även hade utmattningsvarning på UVS, medan efter ACT samtliga deltagare låg under varningsgränsen på både SVS och UVS ($p=0,003$) (Tabell 1).

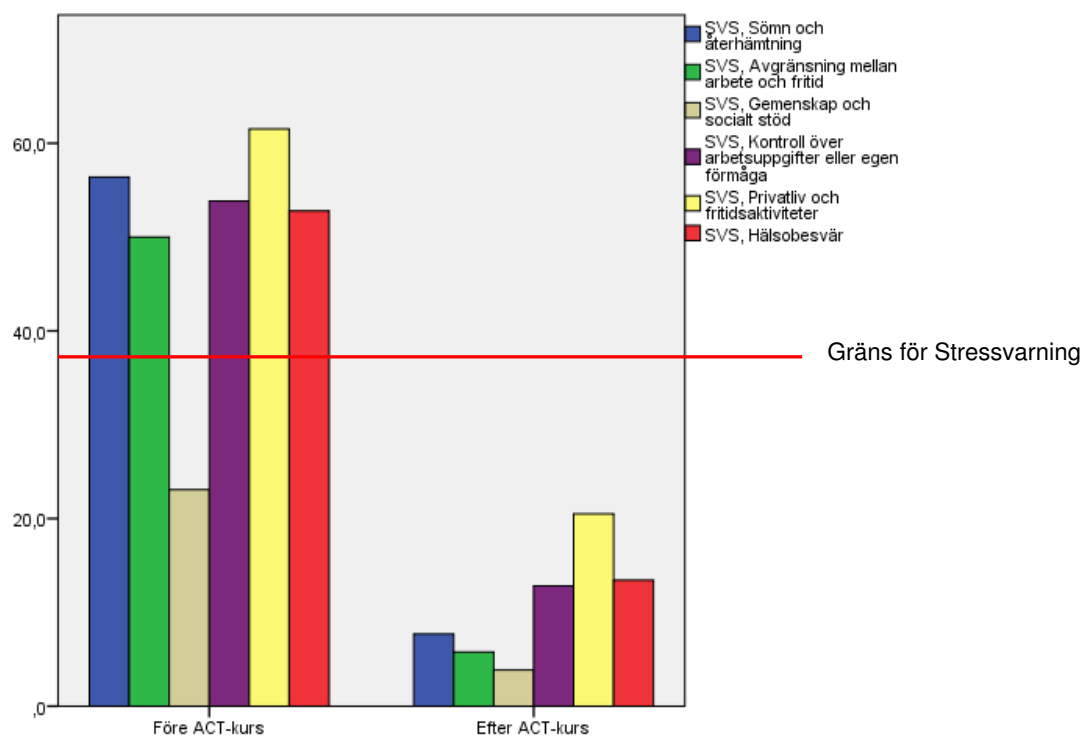


Figur 1. LUCIE-resultat före ACT (övre bilden) respektive efter ACT (undre bilden). Staplarnas höjd visar medelpoäng och de svarta T-staplarna visar övre och undre kvartil.

Tabell 1. Förändringar i sammanfattande LUCIE-klassning från före ACT till efter ACT

Kombination	Antal deltagare	
	Före ACT-kurs	Efter ACT-kurs
Gröna zonen i SVS och under UVS cutoff	1	8
Gula zonen i SVS och under UVS cutoff	4	5
Röda zonen i SVS men under UVS cutoff	4	0
Röda zonen i både SVS och UVS	4	0
Totalt	13	13

Vad gäller delområdena (Figur 2) så följde de i stort sett varandra med samma storleksordning på minskningen av SVS-poängen före jämfört med efter kursen, dock mindre tydligt för delområdet *gemenskap och socialt stöd* som hade lägre poäng före kursen jämfört med övriga delområden. Delområdet *privatliv och fritidsaktiviteter* hade högst poäng såväl före som efter kursen. Samtliga förändringar var statistiskt signifikanta (p-värden mellan 0,005 och 0,025).



Figur 2. LUCIE-medelpoäng på delskalorna för SVS före ACT respektive efter ACT.

Sjukskrivningsdata

Fyra deltagare var sjukskrivna vid ACT-kursens start, varav en återgick till ordinarie arbete tidigt under kursen och två sjukskrivningar avslutades vid ungefärlig tidpunkt för kursuppföljning efter cirka ett halvår. Den fjärde deltagarens sjukskrivning fortsatte till avslut av anställningen ett halvår efter kursstart varefter information saknas.

DISKUSSION OCH SLUTSATS

Syftet med studien var att se om kursdeltagarna efter ACT i gruppformat mådde bättre och om sjukskrivningen minskade bland deltagarna. En statistiskt signifikant sänkning från en medelnivå över stressvarning till nivå under stressvarning efter ACT-kursen kunde konstateras. Vid analys av delområdena i LUCIE sågs en i storleksordningen jämförbar minskning av samtliga delområden, dock mindre tydlig för delområdet *gemenskap och socialt stöd på arbetsplatsen* som torde vara en parameter som i högre grad påverkas av insatser i arbetsmiljön. Å andra sidan var detta delområde den enda som låg under stressvarningsnivån före kursen varför utrymmet för storleksminskningen också var mindre. Grovt konstateras att delområdena med upplevd högre stressnivå före kursen fick den största förbättringen. Det är dock svårt att veta till hur stor del detta var en effekt av ACT eftersom parallella åtgärder inom t ex sjukvården ej studerades. I vissa fall var det säkerställt att det pågick arbetsmiljöanpassningar vilket borde påverka utfallet positivt. Eftersom en kontrollgrupp saknas är det än svårare att dra slutsatsen att det är ACT som gör skillnaden. Studien av stressade socialsekreterare [4] var randomiserad och där kunde konstateras att gruppen som fått kursen var statistiskt säkerställt mindre stressad och utmattad jämfört kontrollgruppen som inte gått kursen, vilket kunde stödja denna studies resultat. En studiedesign med fortlöpande kontroll av insatser från sjukvård och företagshälsovård skulle kunna öka informationen om ACT interventionens del i utfallet. Tillvägagångssättet skulle göra studierna komplexa och det skulle kräva stora studiegrupper. Ovanstående grupp bestående av 13 personer är liten och risken för selektionseffekter ökar, vilket gör det svårare att generalisera. Enligt kursutvärderingsenkäterna har deltagarna haft blandade förväntningar och blandade åsikter om vad de tror om tillämpning av sina nyvunna kunskaper varför det kan antas att deltagarna haft en ordinär motivation. Således finns knappast något stöd för att gruppen skulle ha bestått av en selektion av extra motiverade deltagare som tagit till sig kursinnehållet på ett sätt som inte är representativt för kommunanställda i allmänhet. Kursdeltagarnas bakgrund har inte analyserats. Kunskap om eventuell sjukhistoria kan ha betydelse i bedömningen av vilka person-patientgrupper ACT är lämplig för. T ex kan det tänkas att personer som har sociala fobier eventuellt har svårare för att delta i gruppträffar. Det är tänkbart att en del avhopp berodde på sådan problematik, men inga data finns som stöd för detta antagande.

Bortfallet var mycket stort, 16 individer, och utgjorde således en lika stor del som deltagarantalet, vilket skulle kunna påverka resultatet starkt om det vore ett systematiskt bortfall. I ett försök att analysera bortfallsgruppens karaktär sändes LUCIE-enkäten och frågor om motiv till avhoppet till dem som avbrutit kursen men endast *en* individ svarade inom tidsramen för studien. Engagemanget långt efter kursen för dem som hoppat av föreföll således inte vara högt, vilket inte heller hade kunnat förväntas. Det hade annars varit möjligt att använda bortfallsgruppen som en kontrollgrupp, under förutsättning att avhoppet hade kommit mycket tidigt i kursen. Vid journalgenomgång av bortfallsgruppen saknades anteckningar i företagsjournalen i knappt hälften av fallen. Kanske fick de avhoppade personerna stöd på annat sätt istället och bedömde det tillräckligt? Att upplevd stress skulle vara mycket hög i avhoppgruppen bedöms som mindre sannolik eftersom företagshälsovården i sådana fall borde ha blivit konsulterad. Kanhända hade deltagarna andra förväntningar på kursen än de som fanns

bland målen? I de fall journalanteckningar fanns kunde konstateras att några personer önskade individuellt stöd istället och att några personer som avslutade kursen fick stöd kring fritidsrelaterade besvär på annat sätt, samt att en person blev remitterad till sjukvården. Framöver planeras att göra kursbeskrivningen tydligare i syfte att den som funderar på att delta får mer precisa förväntningar på kursens innehåll och för att öka flödet i kurserna och därmed effektivisera insatserna.

Är resultatet hållbart över längre tid? För en grupp svenska skolelever som gått ACT två år innan studien kvarstod effekten vad gäller t ex stress och psykologisk flexibilitet [5]. Recidiv i utmattning är inte helt ovanligt. Finns det därför skäl att låta personer som drabbats av utmattning att gå på regelbundna kontroller? Det vore i så fall möjligt att använda t ex LUCIE för att fånga upp recidiv i tidigt skede.

I denna studie utvärderades två konsekutiva kurser för att öka deltagarantalet till en rimlig miniminivå. Skillnaden i kursupplägget var att uppföljningar gjordes vid olika tidpunkter efter kursens slut, med uppföljning efter c:a fem månader respektive efter c:a sju månader. Att tillämpa ny kunskap tar tid och detta kan påverka resultatet i positiv riktning för gruppen med den senare uppföljningen. En ny frågeenkät efter ytterligare 2 månader till gruppen som hade den tidigare uppföljningen skulle kunna ge viss information om detta. För klinisk praxis torde detta dock vara mindre intressant.

Få män deltog i kurserna och bland männen var det förhållandevis många avhopp då tre fjärdedelar avbröt. I denna studie var männen i minoritet. Det är vanligare att kvinnor känner sig stressade enligt nationella folkhälsoenkäten [1] men även en betydande andel män upplever stress. Fördelningen mellan kvinnor och män i deltagargruppen var således betydligt skevare än proportionerna i olika nationella data om stressrelaterad ohälsa. Skulle fler män delta om företagshälsan erbjöd männen en egen grupp?

Sjukskrivningstalet sjönk i samband med studien. Under kursen var fyra personer sjukskrivna med stressrelaterade diagnoser. En deltagare hade varit sjukskriven sedan en längre tid och sjukskrivningen förlängdes under ett halvår efter kursstart varefter anställningen avslutades och därmed försvann möjligheten att få ytterligare information om sjukskrivningen. Två sjukskrivningar avslutades vid ungefärlig tidpunkt för kursuppföljning efter cirka ett halvår där sjukskrivningarna påbörjades vid kursstart respektive någon månad innan. Den fjärde personen var sjukskriven två månader innan kursstart och sjukskrivningen avslutades tidigt under kursen. Förmodligen spelade andra faktorer stor roll för återgång i arbetet i sistnämnda fallet eftersom kursdeltagaren knappast kunde ha tillämpat sig teknikerna i det tidiga skedet. Försäkringskassans regelverk kring sjukskrivning påverkar också tidpunkten för återgång i arbete liksom förstås medicinska åtgärder och arbetsmiljöanpassningsåtgärder. I den studerade gruppen var det få sjukskrivningsfall och även flera okända parametrar som gör det svårt att dra slutsatser kring effekten av ACT och sjukskrivningsförlopp. Om man kunde definiera de studerade gruppernas ingångskriterier, t ex ur sjukskrivningssynpunkt, kunde många små studier slås samman för en bättre bedömning av enskilda faktorer (såsom ACT) inverkan på resultatet.

Att ACT kan vara en del av åtgärderna för att minska psykisk ohälsa kan projektarbetet möjligen stödja eftersom det med LUCIE som effektmått kunde konstateras att stressvarningsnivån sjönk, t ex inom delområdena *sömn* och *hälsobesvär*, vilket kan tolkas som ett ökat välbefinnande. Reservationer vad gäller t ex avsaknad av kontrollgrupp, stort bortfall, att interventionsgruppen var liten samt att parallella åtgärder för stressreducerande åtgärder inte kontrollerats måste dock beaktas. Det är svårt att i dessa komplexa sammanhang uttala sig om varje enskild interventions effekt såsom t ex ACT. För den enskilde torde dock ACT vara ett hjälpmedel att påverka sin situation mot bättre hälsa och mindre stress.

REFERENSER

4. Brinkborg H, Michanek J, Hesser H, et al. Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011;49(6-7):389-98.
3. Hydman A, Larsson L. Acceptance and Commitment Therapy som stresshanteringsmetod för lärare. Psykologexamensuppsats. Lund: Lunds universitet, Institutionen för Psykologi och Stockholm: Stockholms universitet, Psykologiska institutionen; 2010
5. Jakobsson C, Wellin J. ACT Stress i skolan. En tvåårs uppföljning av interventionsbehandlingen. Psykologexamensuppsats. Uppsala: Uppsala universitet, Institutionen för Psykologi; 2006
2. Mulder M. Sjukskrivningsdiagnoser i olika yrken. Försäkringskassans socialförsäkringsrapport. 2011:17. Stockholm: Försäkringskassan; 2011
1. Nationella folkhälsoenkäten. Östersund: Folkhälsoinstitutet; 2011
7. Österberg K, Karlson B. Beräkningsprogram för LUQSUS version 1.2 (Computer software). Lund: Arbets- och Miljömedicin, Region Skåne, 2012
6. Österberg K, Karlson B. LUQSUS. Manualpaket version 1.2. Lund: Arbets- och Miljömedicin, Region Skåne, 2012
8. Österberg K. Personlig kommunikation, 2013.