

April 2007



Forebyggelse og behandling af stress i Danmark

Line Nielsen
Tine Curtis
Morten Grønbæk
Naja Rod Nielsen

Forebyggelse og behandling af stress i Danmark

Line Nielsen

Tine Curtis

Morten Grønbæk

Naja Rod Nielsen



2007



Forebyggelse og behandling af stress i Danmark

Forfattere: Line Nielsen, Tine Curtis, Morten Grønbæk, Naja Rod Nielsen

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, København, april 2007
Uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.
Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Omslag: United A/S
Tryk: Det Samfundsvidenskabelige Fakultets Reprocenter, KU
Oplag: 150 stk.

Notatet kan downloades på:
<http://www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser/Notater.aspx>

Notatet kan endvidere rekvireres ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed (SIF)
Øster Farimagsgade 5A, 2.
1399 København K
Telefon 39 20 77 77
Fax 39 20 80 10
sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk

ISBN: 977-87-7899-114-0

Sammenfatning

Stress er for alvor kommet på dagsordenen – både i den offentlige debat og på arbejdspladserne. Det udbredte fokus på stress som problem har meget naturligt medført et stigende udbud af forskellige kurser, foredrag og rådgivningsforløb, og en række private og offentlige aktører har meldt sig på banen med forebyggelse og behandling af stress.

Forebyggelsen og behandlingen af stress er ikke tidligere blevet belyst ved hjælp af systematiske undersøgelser, og området er særligt relevant set i lyset af, at der endnu ikke findes en national strategi for forebyggelse og behandling af stress. Første skridt på vejen til at udvikle en strategi er at skabe overblik over den nuværende forebyggelse og behandling af stress. Formålet med dette notat er at skabe overblik over danske indsatser rettet mod stress.

Stressindsatser blev identificeret ved søgning på Internettet samt kontakt til stressforskere og forebyggelseskonsulenter. Data blev indsamlet via spørgeskemaer og telefoniske interviews.

Hovedresultater:

- De fleste stressindsatser blev udbudt af private konsulenter
- Over halvdelen af indsatserne blev udbudt i Region Hovedstaden
- Deltagerne var især funktionærer og i aldersgruppen 30-59 år
- Stress blev primært opfattet som et individuelt anliggende, og kun få indsatser havde fokus på det organisatoriske niveau
- De fleste indsatser var baseret på egne erfaringer og teori, og der var begrænset brug af evidensbaseret forskning
- Måling af indsatsernes effekt forekom sjældent

Undersøgelsen understreger behovet for øget forskning i virkningsfulde forebyggelses- og behandlingsmetoder, som både retter sig mod det individuelle og det organisatoriske niveau. På længere sigt kan denne forskning danne baggrund for en samlet strategi for forebyggelse og behandling af stress i Danmark.

Indholdsfortegnelse

Baggrund og formål.....	6
Materiale og metode.....	7
Resultater	8
Karakteristik af større indsatser	10
Karakteristik af mindre indsatser.....	12
Videnskabeligt grundlag og evaluering	14
Diskussion	15
Konklusion.....	16
Referencer.....	17

Baggrund og formål

Stress er et stigende problem i Danmark. I en landsdækkende befolkningsundersøgelse fra år 2005 rapporterede ni procent af danskerne ofte at være stressede, mens 34 procent meddelte, at de af og til var stressede [1]. Det er en betydelig stigning siden 1987, hvor de tilsvarende tal var seks og 29 procent [2]. Stress er relateret til storrygning, dårligt socialt netværk og belastende arbejdsvilkår, og stressede personer er generelt mere syge end personer, der ikke oplever stress i hverdagen [3].

Stress har en negativ indvirkning på livskvalitet og velbefindende, og flere studier har vist, at stress påvirker risikoen for store folkesygdomme som hjertekarsygdomme og depression [4-9]. Endelig er psykisk belastende arbejdsmiljø en betydelig stressbelastning for den erhvervsaktive del af befolkningen, og det er estimeret at psykisk arbejdsbelastning er årsag til tab i danskeres middellevetid på 6-7 måneder, en million sygefraværsdage om året og ca. 855 millioner kr. i merforbrug i sundhedsvæsenet på årsbasis [10].

På trods af at stress i forhold til udbredelse og helbredskonsekvenser er et folkesundhedsproblem på niveau med for eksempel manglende fysisk aktivitet og alkohol, optræder stress ikke som en selvstændig risikofaktor i Regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele livet" [11], og der mangler en samlet national strategi for stressforebyggelse og stressbehandling. I de senere år er udbuddet af forskellige kurser, foredrag og rådgivningsforløb rettet mod stress øget, men der er ikke tidligere lavet en beskrivelse af disse indsatser. Første skridt på vejen til at udvikle en samlet strategi for forebyggelse og behandling af stress i Danmark er at skabe overblik over igangværende og gennemførte indsatser. Formålet med denne undersøgelse er derfor at undersøge hvilke aktører, der står bag indsatserne, hvilke typer af indsatser, der udbydes, hvordan indsatserne er fordelt geografisk, hvilke faggrupper der er involveret i gennemførelsen af indsatserne, hvilke målgrupper og deltagere de retter sig mod, hvilket videnskabeligt grundlag de bygger på, og hvorledes indsatserne finansieres og evalueres.

Materiale og metode

Kortlægningen af indsatser rettet mod stress foregik fra december 2005 til april 2006. Vi identificerede aktører (organisationer, virksomheder og enkeltpersoner), der var involveret i indsatser, gennem stressforskere, kontakt til forebyggelseskonsulenter i landets amter samt ved søgninger på ordene "stressforebyggelse", "stresshåndtering", "stressprojekt" og "stresskonsulent" på Internettet. Herudover benyttede vi snowball-metoden [12] ved at spørge aktørerne om kendskab til andre indsatser.

Vi opdelte indsatserne i mindre og større indsatser for at differentiere mellem kortere kurser og længerevarende gennemgribende indsatser. En *mindre indsats* blev defineret ved at have som primært formål at forebygge eller behandle stress, rette sig mod voksne og være igangværende eller nyligt gennemført (efter januar 2003). En *større indsats* skulle herudover sigte mod at indføre konkrete ændringer i deltagernes dagligdag og tidsmæssigt strække sig over minimum en hel dag.

Vi kontaktede aktørerne telefonisk. Aktører med mindre indsatser fik tilsendt et spørgeskema, hvor indsatserne kunne beskrives som kurser/workshops, foredrag, rådgivning, uddannelse, gruppesamtaler, individuelle samtaler, internetbaserede indsatser og andet. Spørgeskemaet indeholdt desuden spørgsmål om faggrupper involveret i gennemførelsen, kunder, deltagere, videnskabeligt grundlag og måling af effekt. Ved de større indsatser blev der gennemført telefoniske interviews med de ansvarlige personer. Interviewet tog ca. 30 min., og foregik ud fra en semistruktureret spørgeguide, som interviewpersonen fik tilsendt forinden. Interviewet omhandlede baggrund, formål, beskrivelse af indsatsen (herunder aktiviteter, ændringer i deltagernes dagligdag, sted og varighed), videnskabeligt grundlag, målsætninger, faggrupper involveret i gennemførelsen, antal og karakteristik af deltagere, resultater, evaluering og finansiering. Referat af interviewene blev sendt til interviewpersonerne til verifikation.

Af 82 udsendte skemaer til mindre indsatser blev 60 returneret, hvilket gav en svarprocent på 73 %. Vi rykkede for svar telefonisk og pr. mail. Alle de 29 personer, der var ansvarlige for større indsatser, deltog i telefoninterviewet. Ti aktører var både involveret i mindre og større indsatser og udfyldte både spørgeskemaet og deltog i interviewet.

Resultater

Undersøgelsen omfattede i alt 29 aktører involveret i større indsatser rettet mod stress og 60 aktører involveret i mindre indsatser rettet mod stress (Tabel 1). Interviewet og spørgeskemaet tog udgangspunkt i enkelte indsatser, selvom flere aktører var involveret i mere end én indsats. Interviewet og spørgeskemaet skal ses som repræsentativt for aktørernes generelle metode-mæssige tilgange, og antallet af indsatser i undersøgelsen er altså ikke lig med antallet af indsatser i Danmark.

Af tabel 1 fremgår det, at der blandt udbyderne af de større indsatser var en ligelig fordeling af offentlige og private aktører, mens fordelingen ved de mindre indsatser var mere skæv med 18 % offentlige og 82 % private udbydere.

Tabel 1. Udbydere af indsatser rettet mod stress

	Større indsatser	Mindre indsatser
	N (%)	N (%)
Antal	29 (100)	60 (100)
Offentlige udbydere	14 (48)	11 (18)
Amt	2 (7)	5 (8)
Arbejdsmedicinsk klinik	2 (7)	-
Branchearbejds miljøråd	1 (3)	-
Fagforening	-	3 (5)
Forskningsinstitution	5 (17)	1 (2)
Institution under ministerium/styrelse	1 (3)	2 (3)
Kommune	2 (7)	-
Virksomheden selv	1 (3)	-
Private udbydere	15 (52)	49 (82)
Interesseorganisation	-	1 (2)
Klinik	2 (7)	3 (5)
Konsulent	11 (38)	42 (70)
Kursusvirksomhed	-	3 (5)
Virksomheden selv	2 (7)	-

Der var mange forskellige faggrupper involveret i gennemførelsen af begge typer indsatser. Det ses i tabel 2, at psykologer, læger, og certificerede coaches hyppigt var repræsenteret i både større og mindre indsatser, og at psykoterapeuter ofte var med ved gennemførelsen af mindre indsatser.

Tabel 2. Faggrupper involveret i gennemførelse af indsatser rettet mod stress

	Større indsatser N (%)	Mindre indsatser N (%)
Faggrupper involveret*		
Afspændingspædagog	2 (7)	4 (7)
Certificeret coach	6 (21)	10 (17)
Fysioterapeut	2 (7)	8 (13)
HR medarbejder	4 (14)	-
Kommunikationsmedarbejder	4 (14)	14 (23)
Læge	7 (24)	10 (17)
Psykolog	21 (72)	28 (47)
Psykoterapeut	2 (7)	18 (30)
Pædagog	-	9 (15)
Socialrådgiver	2 (7)	5 (8)
Sociolog/samfundsvidenskabelig uddannelse	7 (24)	4 (7)
Sygeplejerske	1 (3)	8 (13)
Andet†	8 (28)	11 (18)

* Summerer til mere end 100 %, da flere faggrupper kan være involveret i gennemførelsen af samme indsats.

† Advokat, bibliotekar, diætist, ergoterapeut, ingeniør og lærer.

Geografisk var indsatserne rettet mod stress skævt fordelt (tabel 3). Over halvdelen af både de større og mindre indsatser blev udbudt i Region Hovedstaden, heraf primært i København. I hele landet var udbuddet størst omkring de større byer.

Tabel 3. Geografisk fordeling af indsatser rettet mod stress

	Større indsatser N (%)	Mindre indsatser N (%)
Geografisk fordeling		
Region Hovedstaden	17 (58)	34 (57)
Region Midtjylland	2 (7)	6 (10)
Region Nordjylland	2 (7)	6 (10)
Region Sjælland	4 (14)	8 (13)
Region Syddanmark	4 (14)	6 (10)

Karakteristik af større indsatser

Vi foretog en analytisk opdeling af de større indsatser i fire kategorier. Vi klassificerede indsatser som *forebyggende forløb på arbejdspladser*, hvis indsatserne rettede sig mod ansatte på en arbejdsplads. Ved "arbejdsplads" skal forstås virksomheder, kommuner, institutioner, organisationer osv. En *forskningsorienteret indsats* var en del af et forskningsprojekt og sigtede mod at indsamle viden om effektive metoder til forebyggelse og behandling af stress, en *behandlende indsats* havde som primært formål at behandle stressede personer, og *efteruddannelse* var et længerevarende uddannelsesforløb.

Tabel 4. Karakteristik af større indsatser

	N (%)		N (%)
Antal	29 (100)	Deltagere	
Type		Alder*	
Forebyggende forløb på arbejdspladser	20 (69)	15-19 år	1 (3)
Forskningsorienteret indsats	5 (17)	20-29 år	6 (21)
Behandlende indsats	3 (10)	30-39 år	13 (45)
Efteruddannelse	1 (3)	40-49 år	15 (52)
Finansiering		50-59 år	10 (34)
Amt	2 (7)	60-69 år	6 (21)
Deltager	2 (7)	70-79 år	1 (3)
Fagforening	1 (3)	80-89 år	1 (3)
Fonde	5 (17)	Ingen oplysninger	11 (38)
Kommune	7 (24)	Socioøkonomisk gruppe*†	
Virksomhed/organisation	12 (41)	Højere funktionærer	19 (66)
Målgruppe		Mellemfunktionærer	21 (72)
Ansatte på arbejdspladser	25 (86)	Lavere funktionærer	17 (59)
Henviste personer	3 (10)	Selvstændige	8 (28)
Sygemeldte	1 (3)	Faglærte	12 (41)
Deltagere		Ufaglærte	10 (34)
Køn		Arbejdsløse	2 (7)
Begge køn	18 (62)	Studerende	1 (3)
Primært kvinder	9 (31)	Pensionister	1 (3)
Primært mænd	2 (7)	Ingen oplysninger	5 (17)

* Summerer til mere end 100 %, da en indsats kan rette sig mod deltagere i flere aldersgrupper og i flere socioøkonomiske grupper.

† Socioøkonomisk gruppeinddeling: Højere funktionærer (f.eks. kontorchefer, overlæger, slagschefer, gymnasielærere), mellemfunktionærer (f.eks. sygeplejersker, folkeskolelærere, postmestre), lavere funktionærer (f.eks. ekspedienter, sygehjælpere, postbude), selvstændige, faglærte arbejdere (f.eks. fotografer, slagtere, gartnere, håndværkere), ufaglærte arbejdere (f.eks. postarbejdere, lagerarbejdere, rengøringsassistenter), arbejdsløse, studerende og pensionister (alderspensionister, førtidspensionister og efterlønsmodtagere).

I alt 20 af de større indsats var *forebyggende forløb på arbejdspladser* (Tabel 4). Arbejdspladserne havde typisk oplevet en stigning i stressforekomsten og så stress som et problem for det psykiske arbejdsmiljø og/eller økonomien. Et eksempel på et sådant forløb var en indsats rettet mod alle kommunale arbejdspladser i en kommune. Arbejdspladserne skulle hver især fokusere på trivsel og stress og planlægge en lokal indsats. Undervejs kunne arbejdspladserne få konsulentbistand fra psykologer. Alle ledere og medarbejdere kom på temadage med undervisning i stresshåndtering, og på kommunens intranet var der en "projekt-bank" over arbejdspladsernes indsats.

Vi definerede fem af de større indsats som *forskningsorienterede indsats*. Et eksempel var en prospektiv og randomiseret undersøgelse af et kognitivt funderet stresshåndteringsprogram. Målgruppen var amtskommunalt ansatte med væsentlige arbejdsrelaterede stressproblemer, og interventionen bestod af gruppesamtaler, der blev fulgt af psykologer. Deltagerne skulle beskrive deres fysiske og psykiske helbred ved baseline, ved afslutning af intervention og ved follow-up, og på den måde ville interventionens effekt kunne vurderes.

Et eksempel på en *behandlende indsats* var en indsats rettet mod personer, der var sygemeldt på grund af stress eller depression. Formålet var at give deltagerne værktøjer til at håndtere stress og depression samt afklare fremtidige arbejdsmuligheder. Indsatsen begyndte med et gruppeforløb med samtaler, afdækning af jobmuligheder, temadag og motion, og blev efterfulgt af et individuelt forløb med praktik, motion og behandlingssamtaler.

Endelig karakteriserede vi en enkelt af de større indsats som *efteruddannelse*. Denne indsats var et længerevarende uddannelsesforløb omhandlende stress rettet mod læger på amtets sygehuse.

De større indsats, som vi karakteriserede som forebyggende forløb på arbejdspladser, blev hovedsagligt betalt af virksomheder/organisationer eller kommuner, mens de forskningsorienterede indsats primært blev finansieret af fonde (Tabel 4). De behandlende indsats blev betalt af deltageren eller dennes kommune.

Hovedparten af de større indsats rettede sig mod ansatte på en arbejdsplads, mens få rettede sig mod henviste eller sygemeldte personer (Tabel 4). Deltagerantallet varierede og lå mellem ti og flere tusinde. Kønsfordelingen var lige i 62 % af indsatsene, mens 31 % rapporterede en overvægt af kvinder. Størstedelen af deltagerne var mellem 30 og 59 år og dermed i den erhvervsaktive alder, og indsatsene rettede sig især mod funktionærer. Ved de kvalitative interviews gav flere af aktørerne udtryk for, at deltagerne ofte var engagerede og flittige personer. Endvidere erfarede vi, at de fleste større indsats fokuserede på det individuelle niveau ved at

lære de ansatte at håndtere og forebygge stress, mens kun få havde fokus på det organisatoriske niveau og forsøgte at ændre på arbejdsgange eller omlægge organisationsstrukturer.

Karakteristik af mindre indsatser

Hovedparten af aktørerne involveret i de mindre indsatser angav at udbyde *kurser/workshops* eller *foredrag* (Tabel 5). De mindre indsatser var typisk enkeltstående og korterevarende aktiviteter, der spændte fra psykologfaglige samtaler over virksomhedsforedrag til meditationskurser. De mindre indsatser rettede sig primært mod private og offentlige virksomheder, men målgrupperne inkluderede også privatpersoner og fagforeninger. Deltagerantallet svingede mellem en enkelt og flere hundrede.

Virksomheder/organisationer var hovedfinansieringskilden til alle typer af de mindre indsatser (Tabel 5). Derudover blev en del af indsatserne betalt af deltagerne selv, mens flere internetbaserede indsatser var gratis. I alt 85 % af de mindre indsatser angav, at deltagerne bestod af begge køn, og der var særligt mange deltagere mellem 30 og 59 år. Det kan fremhæves, at deltagerne især var højere funktionærer og mellemfunktionærer, og at der kun var et mindre antal indsatser rettet mod studerende, arbejdsløse eller pensionister.

Tabel 5. Karakteristik af mindre indsatser

	N (%)		N (%)
Antal	60 (100)	Deltagere	
Typer*		Køn	
Kurser/Workshops	57 (95)	Begge køn	51 (85)
Foredrag	50 (83)	Primært kvinder	8 (13)
Rådgivning	39 (65)	Primært mænd	1 (2)
Uddannelse	12 (20)	Alder 	
Gruppesamtaler	13 (22)	15-19 år	8 (13)
Individuelle samtaler	47 (78)	20-29 år	35 (58)
Internetbaserede indsatser	18 (30)	30-39 år	57 (95)
Andet†	13 (22)	40-49 år	59 (98)
Finansiering‡		50-59 år	50 (83)
Virksomhed/organisation	185 (66)	60-69 år	19 (32)
Deltager	63 (23)	70-79 år	2 (3)
Andre§	23 (8)	80-89 år	1 (2)
Gratis	8 (3)	Socioøkonomisk gruppe **	
Målgruppe 		Højere funktionærer	50 (83)
Privatpersoner	41 (68)	Mellemfunktionærer	50 (83)
Private virksomheder	53 (88)	Lavere funktionærer	36 (60)
Offentlige virksomheder	51 (85)	Selvstændige	38 (63)
Fagforeninger	34 (57)	Faglærte	33 (55)
Andre¶	4 (7)	Ufaglærte	24 (40)
		Arbejdsløse	13 (22)
		Studerende	6 (10)
		Pensionister	14 (23)

* Summerer til mere end 100 %, da en aktør kan udbyde flere typer af mindre indsatser.

† Teambuilding, events, friluftsture, adfærdsterapi, neurofeedback som behandling og sagsbehandling af arbejdsskader.

‡ Aktørerne har svaret på spørgsmål om finansiering for hver type mindre indsats. Oplysningerne er her lagt sammen, hvorfor antallet summerer til mere end det samlede antal på 60.

§ Kommune, medlemsydelse, fonde, conferenceudbyder, fagforening, forsikringsselskab og sygesikring.

|| Summerer til mere end 100 %, da en indsats kan have flere målgrupper og deltagere i forskellige aldersgrupper og socioøkonomiske grupper.

¶ Uddannelsesinstitutioner, foreninger, lægehenviste klienter og medlemmer af fagforeninger.

** Socioøkonomisk gruppeinddeling: Højere funktionærer (f.eks. kontorchefer, overlæger, slagschefer, gymnasielærere), mellemfunktionærer (f.eks. sygeplejersker, folkeskolelærere, postmestre), lavere funktionærer (f.eks. ekspedienter, sygehjælpere, postbude), selvstændige, faglærte arbejdere (f.eks. fotografer, slagtere, gartnere, håndværkere), ufaglærte arbejdere (f.eks. postarbejdere, lagerarbejdere, rengøringsassistenter), arbejdsløse, studerende og pensionister (alderspensionister, førtidspensionister og efterlønsmottagere).

Videnskabeligt grundlag og evaluering

Omkring halvdelen af de større indsatser byggede på egne erfaringer kombineret med teori, mens den øvrige del var baseret på forskning, egne erfaringer eller teori (Tabel 6). Det videnskabelige grundlag for de mindre indsatser var især teoretisk eller egne erfaringer kombineret med teori. Der blev ikke spurgt til typen af teori i spørgeskemaet til de mindre indsatser, men interviewene viste, at der blev brugt forskellige former for teori i de større indsatser. Det drejede sig blandt andet om teorier om stress, psykologi, økonomi og virksomhedsledelse.

Tabel 6. Videnskabeligt grundlag for indsatser rettet mod stress

	Større indsatser N (%)	Mindre indsatser N (%)
Primært egne erfaringer	5 (17)	2 (3)
Teoretisk	3 (10)	31 (52)
Både egne erfaringer og teori	15 (52)	25 (42)
Forskning (angiver referencer til videnskabelige artikler)*	6 (21)	-
Intet angivet	-	2 (3)

* Mindre indsatser er ikke blevet spurgt om referencer til videnskabelige artikler.

Flertallet af både de større indsatser og de mindre indsatser foretog evaluering i en eller en anden form (Tabel 7). De mest brugte evalueringsformer for begge typer indsatser var evaluering gennem spørgeskema og mundtlige kommentarer fra deltagerne, mens egentlig effektmåling kun blev benyttet i 17 % af de større indsatser.

Tabel 7. Evaluering af indsatser rettet mod stress

	Større indsatser N (%)	Mindre indsatser N (%)
Foretager evaluering	21 (72)	45 (75)
Evalueringsmetoder*†		
Effektmåling	5 (17)	-
Evalueringsmøder	3 (10)	-
Før- og eftermåling af stressniveau/sygefravær	4 (14)	-
Mundtlige kommentarer fra deltagere	5 (17)	36 (60)
Skriftlige kommentarer fra deltagere	-	20 (33)
Spørgeskema	11 (38)	28 (47)
Andet‡	4 (14)	10 (17)

* Mindre indsatser har kun haft valgmulighederne: mundtlige kommentarer fra deltagere, skriftlige kommentarer fra deltagere, spørgeskema og andet.

† Summerer til mere end 100 %, da en indsats kan benytte flere evalueringsmetoder.

‡ Målopfyldelse, intern referenceevaluering og procesevaluering.

Diskussion

Undersøgelsen viser, at den danske stressforebyggelse og stressbehandling er præget af anvendelse af "sund fornuft". Egne erfaringer spiller en væsentlig rolle - enten alene eller i kombination med teori, og brugen af evidensbaseret forskning og effektmåling er sparsom. Hverken i Danmark eller internationalt er der konsensus om, hvordan stress bør forebygges og behandles. The European Agency for Safety and Health at Work har udviklet en række anbefalinger til forebyggelse af arbejdsrelateret stress [13], og herhjemme arbejder Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø [14] og flere arbejdsmedicinske klinikker med danske initiativer. Generelt lægger disse anbefalinger vægt på, at stressproblematikken systematisk integreres i personalepolitikken for at øge de ansattes indflydelse på arbejdssituationen, styrke det sociale sammenhold og opstille klare retningslinier for hvordan medarbejdere med stress identificeres og vejledes. Nærværende undersøgelse viser dog, at mange indsatser ikke evalueres på et videnskabeligt grundlag, og derfor bliver mulige forebyggende effekter ikke dokumenteret. Der bør derfor udvikles flere videnskabeligt velfunderede indsatser med grundig metodebeskrivelse og opfølgningstid, der gør det muligt at vurdere effekten. I den forbindelse er det relevant at benytte de danske forskningsorienterede indsatser, som kan udbrede viden om effektiv forebyggelse og behandling af stress. Det er ligeledes væsentligt at trække på international forskning i stressforebyggelse og stressbehandling, og her kan der blandt andet henvises til Stressmottagningen [15] i Sverige.

De fleste indsatser retter sig mod erhvervsaktive personer, og der er kun få tilbud til personer uden for arbejdsmarkedet. Samtidig er indsatserne særligt målrettet funktionærer, som måske netop er den gruppe, der har overskud til at deltage i indsatserne. Gruppen af stressede danskere er ikke homogen, og et tidligere studie har vist, at høj stressrapportering både er karakteristisk for grupper med højere socioøkonomisk status og grupper med belastende arbejdsvilkår [3]. Det er altså vigtigt, at forebyggelsen og behandlingen fremover i højere grad omfatter alle grupper i befolkningen. Ellers kan det have negative konsekvenser for den sociale ulighed i sundhed.

Hovedparten af de større indsatser fokuserer på det individuelle niveau, mens fokus på det organisatoriske niveau er begrænset. Vi kan slutte, at stress primært bliver opfattet og behandlet som et individuelt anliggende. Det kan være problematisk, da det kan være svært at komme stressproblemet til livs, hvis årsagerne primært findes på det organisatoriske niveau. Derudover kan det individuelle fokus føre til self-blaming, hvor den enkelte skyder skylden på sig selv, hvilket kan forværre stresssituationen.

Endelig finder vi, at mange forskellige faggrupper er involveret i indsatserne. Det kan muligvis være et problem, at personer uden egentlig uddannelse udøver forebyggelse og behandling, da manglende viden kan øge risikoen for, at stresssituationen forværres.

Formålet med nærværende undersøgelse har været at beskrive den danske forebyggelse og behandling af stress. Kombinationen af kvalitative og kvantitative metoder har givet en bred indsigt i området. De kvalitative interviews har givet mulighed for opklarende spørgsmål, hvilket har minimeret eventuelle misforståelser. Samtidig har aktørerne bag indsatserne i denne undersøgelse optrådt anonymt, og vi formoder, at aktørerne dermed har kunne udtrykke sig mere frit. Ligeledes har det mindsket muligheden for, at kommercielle interesser har påvirket aktørernes svar. Selvom en del af aktørerne var involveret i flere indsatser, udførte vi kun ét interview eller tilsendte ét spørgeskema til hver aktør, da vi formoder, at aktørernes teoretiske og metodiske tilgang til indsatserne er relativ ens. I forhold til repræsentativiteten har vi bestræbt os på at identificere så mange aktører som muligt ved at have en flerstrengt identificeringsmetode. Der vil dog sandsynligvis være aktører, der arbejder med stress, som vi ikke har identificeret. Samtidig har vi ekskluderet aktører med indsatser, der ikke opfyldte vores inklusionskriterier, især fordi indsatsernes primære formål ikke var at forebygge eller behandle stress.

Konklusion

Vi kan konkludere, at der er et stort udbud af indsatser rettet mod stress i Danmark. Det er dog problematisk, at indsatserne sjældent bygger på evidensbaseret forskning, og at egentlig effektmåling kun undtagelsesvist forekommer. På trods af at stress er et folkesundhedsproblem på linje med alkohol og manglende fysisk aktivitet, ved vi meget lidt om, hvordan vi effektivt håndterer dette problem. Der er derfor behov for øget forskning i virkningsfulde forebyggelses- og behandlingsmetoder, som både retter sig mod det individuelle og det organisatoriske niveau. På længere sigt kan denne forskning danne grundlag for en samlet strategi for forebyggelse og behandling af stress i Danmark.

Referencer

1. Statens Institut for Folkesundhed. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. Interviewskema med svarfordeling. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
2. Kjølner M. Sundhed og helbredsrelateret livskvalitet. I: Kjølner M og Rasmussen NK (red.): Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
3. Nielsen NR, Kjølner M, Kamper-Jørgensen F et al. Stress blandt erhvervsaktive danskere. Ugeskrift for Læger 2004;166:4155-4160.
4. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364:953-62.
5. Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D. Job strain and cardiovascular disease. Annu Rev Public Health 1994;15:381-411.
6. Rosengren A, Tibblin G, Wilhelmsen L. Self-perceived psychological stress and incidence of coronary artery disease in middle-aged men. Am J Cardiol 1991;68:1171-5.
7. Iso H, Date C, Yamamoto A et al. Perceived mental stress and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women: the Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk Sponsored by Monbusho (JACC Study). Circulation 2002;106:1229-36.
8. Rugulies R, Bultmann U, Aust B et al. Psychosocial Work Environment and Incidence of Severe Depressive Symptoms: Prospective Findings from a 5-Year Follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. Am J Epidemiol 2006;163:877-887
9. Wang J, Patten SB. Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. J Occup Health Psychol 2001;6:283-9.
10. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
11. Regeringens folkesundhedsprogram Sund hele livet: <http://www.folkesundhed.dk/page208.aspx> d. 27. marts 2007.
12. Pedersen AR. En præsentation af sneboldsmetoden. I: Sørensen E og Sørensen P (red.): Samfundsforskning Bottom-up – teori og metode. Roskilde Universitetsforlag 1998.
13. European Agency for Safety and Health at Work: <http://agency.osha.eu.int/OSHA> d. 27. marts 2007.
14. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk> d. 27. marts 2007.
15. Stressmottagningen: <http://www.stressmottagningen.nu/index.php> d. 27. marts 2007.



Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1399 København K
Tlf. 39 20 77 77
e-mail: sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk

