

Forskningsstøttet stressbehandling

– Åben og Rolig-metoden og dens resultater

Af Christian Gaden Jensen, psykolog, Ph.D., Postdoc i Sundhedspsykologi
Centerleder ved Center for Psykisk Sundhedsfremmelinstitut for Psykologi,
Københavns Universitet.

„Den folkesundhedsmæssige konsekvens [af stress] vil være markant ... Hertil kommer, at stress formentlig har en stigende betydning for brug af sundhedsvæsenet, førtidspension (inklusive efterløn), sygefravær, produktivitet mv. Disse forhold gør stress til et betydeligt folkesundhedsproblem og understreger vigtigheden af at udvikle strategier, som kan reducere problemet“

(Sundhedsstyrelsen, 2007, s. 25, min kursivering)

Stress er et folkesundhedsproblem, som Sundhedsstyrelsen understreger for 10 år siden (citatet herover). Andelen af danskere, som ofte føler sig stresset stiger fra 6% i 1989, til 9% i 2005 og er nu cirka 15%. Begrebet stress er uklart, men tendensen er klar. Offentlige tiltag imod stress og med henblik på mental sundhedsfremme og forebyggelse af psykisk sygdom anbefales af Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø samt internationalt. Stresskonferencer afholdes hvert år, og Folkemødet i Allinge havde flere stressdebatter i år end nogensinde. England og Sverige har vedtaget femårige nationale handlingsplaner. Christiansborg debatterer dette i skrivende stund.

Her i den historiske Almanak vil jeg argumentere for, at offentlige stressklinikker støttet af universitetsbaseret forskning bør implementeres i sundhedssystemet. Jeg har ved Rigshospitalet og Center for Psykisk Sundhedsfremme ved Københavns Universitet (KU) igennem seks år arbejdet for at etablere, udvikle og dokumentere forskningsstøttede stresskurser i Københavns Kommune og Aalborg Kommune især. Disse klinikker kan tre centrale ting: 1. De hjælper tusindvis af borgere hvert år. 2. De bidrager til forskningsbaseret vidensudvikling om stress og mental sundhed. 3. De giver direkte empirisk funderede sundhedspolitiske input.

Indledningsvist beskriver jeg tre hovedproblematikker ved stress. De vedrører helbredet, arbejdslivet samt den stigende belastning på sundhedssektoren. Dernæst fortæller jeg om vores forskningsbaserede arbejde med en interventionsmodel, som kunne understøtte både fleksibilitet og forskningsbaseret udvikling og faglig specialisering. Modellen kaldes i daglig tale *Åben og Rolig* (ÅR). Resultaterne fra de offentlige klinikker præsenterer jeg dernæst. Til sidst nogle overvejelser og svar til nuværende debatter om, hvorvidt offentlige klinikker er en del af løsningen på problemet, eller om de er med til at vedligeholde et dysfunktionelt system.

Tre hovedproblematikker ved stress

Selvom stressbegrebet anvendes forskelligt, fremhæver forskellige typer stressforskning tre gennemgående problemstillinger. De udgør væsentlige områder for et velfærdssamfund. De bør alle tages alvorligt. Pladsen her tillader kun en ganske kort skitsering af de tre hovedproblematikker.

Hovedproblematik 1. Helbredet

Den første hovedproblematik er, at langvarig stress skader menneskets helbred på alle niveauer. Stress skal her forstås som en overbelastningsreaktion udviklet over tid, når forskellige belastninger (arbejdspress, kropslig lidelse, økonomi, social ulighed, forurening mv.) overskrider individets samlede muligheder (biologiske, livshistoriske, psykiske, situationelle, sociale, kulturelle, materielle mv.) for at bringe belastningerne eller deres negative indflydelse til ophør, hvilket kan kaldes mestring (coping) eller, bredere, tilpasning (adaptation).

Studier har siden Walter B. Cannon's forskning i *Det Generelle Tilpasningsyndom* i 1930'erne dokumenteret, at væsners kontinuérliche forsøg på tilpasning til langvarige belastninger resulterer i funktionsforringelser og patologiske symptomer i cellulære, kardiovaskulære, immunologiske, metaboliske og neurale (nervebanemæssige) systemer, inklusiv i hjernen. Langvarig stress er relateret til depression, angst, Alzheimers, demens, kredsløbssygdomme, søvnforstyrrelser, forringede evner til restitution mv. Sundhedsprofilundersøgelser af danskerne viser også, at stress er forbundet med et mere usundt kostmønster, rygning, alkoholindtag, flere stillesiddende aktiviteter og svær overvægt. Langvarig stress er også ofte forbundet med social tilbagetrækning, indadvendthed og ensomhed og med nedsat empati, og øget irritabilitet, opfarethed og impulsiv aggressivitet – konsekvenser, som skader sociale relationer, netværk og social støtte. Selvom stress-risikoforskningen ofte er baseret på tværsnitstudier og ikke direkte undersøger stress-ætiologisk kausalitet, er der forskningsmæssigt enighed om, at stress over længere tid udgør en direkte og indirekte risikofaktor for mange sygdomme. Hovedproblematikken er central og hænger nært sammen med de to næste hovedproblematikker.

Hovedproblematik 2. Arbejdslivet

Den anden hovedproblematik er, at stress og psykisk mistrivsel er forbundet med problemer i arbejdslivet. Dette nedsætter vores livskvalitet og arbejdsmarkedets bidrag til samfundet. Langvarig arbejdsrelateret stress kan affødes af høje eller uklare krav (fx pga. dårlig ledelse eller hård konkurrence), høj grad af personlig indsats (fx overarbejde, fravalg af fritidsinteresser) samt lave grader af kontrol (fx for lidt viden, social støtte, manglende kompetencer) og for lave grader af belønning (fx løn, positiv feedback, meningsfuldhed). Langvarig arbejdsrelateret stress er relateret til forøget sygefravær og psykiske arbejdsskader, tab af erhvervsevne og førtidspension, og flere arbejdsulykker (Borg et al., 2010; EU-OSHA, 2014; NFA, 2016). Arbejdsrelaterede psykiske sygdomme viser en markant stigning på 78% i Danmark fra 2010–2015, hvilket er den største stigning inden for inden for erhvervsygdomme i perioden iflg. Arbejdsskadestyrelsens arbejdsskadestatistik. Der ses også en stigning i førtidspensioner: „Specielt har der inden for de sidste 10 år været vækst i andelen af førtidspensioner som følge af 'nervøse og stressrelaterede tilstande'“ (Regeringens Udvalg om Psykiatri, 2013, s. 32). Høje grader af stress forøger også risikoen for at miste sit arbejde over tid. EU's Arbejdsmiljøagentur vurderer ud fra europæisk forskning, at omkostningerne ved dårligt arbejdsmiljø er ca. 1–3% af bruttonationalproduktet (EU-OSHA, 2014). Vurderingen har mange usikkerheder, men hvis dette tab er bare 2% i Danmark, svarer det til 40 milliarder. Til sammenligning er Danmarks samlede kommunale sundhedsbudget også på 40 milliarder per år. Sundhedsstyrelsen vurdering fra 2016 er, at psykisk belastende arbejdsmiljø i Danmark koster ca. 3,4 mia i tabt produktivitet, 670.000 dage med kortvarigt sygefravær, 350.000 dage med langvarigt sygefravær og 170 førtidspensioner (Sundhedsstyrelsen, 2016). Hertil kommer, at et forringet eller ophørt arbejdsliv for mange betyder tab af livskvalitet og mening, af følelsen af at bidrage, af selvværd og selvudfoldelse og sociale netværk. Man kan ikke sætte lighedstegn mellem belastende psykisk arbejdsmiljø og stress (stress mangler jo en definition), men arbejdslivsproblematikken er også en helt central konsekvens af stressproblemet, både for det enkelte menneske og for samfundet.

Hovedproblematik 3. Sundhedssektoren

Den tredje hovedproblematik er, at stress og psykisk mistrivsel i stigende grad belaster sundhedssektoren. Dette belaster os alle, fra spædbørn til pensionister. Hele 94% af 111 praktiserende læger i Danmark oplever et stigende antal henvendelser angående stressrelaterede sygdomme og tre ud af fire (75%) mangler henvisningsmuligheder til stresstilbud (Psykiatrifonden, 2015). Danske læger rapporterer selv en højere grad af stress end de fleste andre faggrupper (NFA, 2016), hvilket også ses internationalt. Tragikomisk angiver 73% af 149 amerikanske læger, at de ikke har tid til at rådgive om stress! (Avey et al., 2003). WHO har forudsagt, at depression bliver en af sundhedssektorens

to største sygdomsbyrder i år 2020 (WHO, 2012), og stress er en klar risikofaktor for depression. Sundhedsbyrden af stress er ikke (og kan formentlig ikke i praksis) opgøres præcist, da langvarig stress altså også *indirekte* belaster sundhedssektoren ved risikoforøgelse for mange andre sygdomme, som registreres som sådan (dvs. ikke som „stress“) i sundhedssektoren. Belastende psykisk arbejdsmiljø er dog i sig selv en markant byrde for sundhedssektoren og resulterer i 17.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg per år, 13.000 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg samt 31.000 ekstra læge-kontakter per år. Endelig resulterer belastende psykisk arbejdsmiljø i 2.000 ekstra somatiske indlæggelser per år – altså over 5 somatiske indlæggelser om dagen (Sundhedsstyrelsen, 2016). Alligevel er der mangel på solide stressindsatser i sundhedssektoren. Statens Institut for Folkesundhed (SIF) udgav i 2007 en rapport over 60 danske stressindsatser. Konklusionen var, at „De fleste indsatser var baseret på egne erfaringer og teori, og der var begrænset brug af evidensbaseret forskning“ (2007, s.3). SIF konkluderede også, at effektmålinger sjældent forekom. Dette er stadig aktuelt. Vi undersøgte i år ved KU 33 større danske kommuner og fandt, at 70% af kommunerne ikke havde noget tilbud til stress (Jensen, Hansen & Andersen, 2017), hvilket også skyldtes, som mange kommuner anførte, at de ikke vidste, hvordan de skulle definere det. Men der er altså ikke adgang til stresskurser i ca. 7 ud af 10 kommuner i Danmark. Yderligere var det for de 30%, der havde stresstilbud generelt utydeligt, hvilke faggrupper, der forestod tilbuddene. I de fleste tilfælde anvendtes termen „sundhedsprofessionelle“. Fire tilbud (12%) blev forestået af psykologer. Mental sundhed er underprioriteret i kommunerne. Størstedelen af kommunale sundhedstilbud er knyttet til KRAM-paradigmet (Kost, Rygning, Alkohol og Motion). Men det er også politisk underprioriteret. I 2016 udgav Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening en publikation om de *Nationale Mål for Sundhedsvæsenet 2016*. Visionerne nævnte ikke stress, mental sundhed, livskvalitet eller depression, men forbedring af behandlingen af de fysiske sygdomme. Sundhedssektorproblematikken er derfor todelt: Dels belastes sundhedssektoren af stressrelaterede problemer (inklusive arbejdsrelateret psykisk belastning) og deraf følgende sygdomme. Dels er sundhedssektoren i Danmark ikke gearet til at imødekomme problemet.

Visionen om offentlige stressklinikker

I tussmørket af ovenstående opstod visionen om at udvikle forskningsstøttede *kommunale* stressklinikker. Vi vedtog i en arbejdsgruppe af psykologer, forskere og læger, at der var brug for en forskningsbaseret grundmodel, som kunne udgøre fundamentet for flere typer kurser til brede borgergrupper. Grundmodellen skulle befordre samarbejder mellem forskere og praktikere og lede til faglig specialisering. I 2010 lykkedes det os at indhente finansiering her til fra Nordeafonden. Projektet blev forankret ved et hjerneforskningscenter på Rigshospitalet¹, og involverede også et samarbejde med eksperter i meditation

¹ Center for Integrated Molecular Brain Imaging, ledet af Neurobiologisk Forskningsenhed (www.nru.dk).

² Se mere om Benson-Henry-Institute (herefter BHI) på www.massgeneral.org/bhi.

og stress ved *Benson–Henry Institute of Mind–Body Medicine*² ved Harvard University, hvorfra jeg var uddannet i stressbehandling.

Dilemmaet mellem fleksibilitet og systematik

I projektet henviste 20 lægehuse i København stressede borgere til vores forskningsenhed på Rigshospitalet. Stresskurset var specifikt udviklet til en bred målgruppe med meget forskellige stresshistorikker, mestrings-strategier og –ressourcer. Det var, antog vi, anvendeligt for både 18 årige med studiestress, midaldrende taxachauffører, forældre belastet af at få familieliv og arbejdsliv til at hænge sammen, unge og gamle, langt- og kortuddannede, kvinder og mænd, rige og fattige borgere. *Fleksibilitet* var det ene nøgleord i udviklingen. Målgruppen er, i mere faglige termer, borgere over 18 år med milde alvorlige symptomer på stress (vurderet ved en stressskala samt i en 1–times visitationssamtale), og hvor årsagerne primært er længerevarende udsættelse for belastning(er) og ikke, fx, et alvorligt traume. Deltagerne skal være motive-rede, de skal deltage fordi de ønsker det, og de skal kunne tale, læse og forstå dansk uden væsentlige problemer. De skal endelig også have oplevet funktionsnedsættelser i hverdagen af en vis grad og varighed. Deltagere rapporterer oftest milde moderate symptomer på fx depression og må ikke lide af behandlingskrævende psykiatriske sygdomme og må ikke have et misbrug af alkohol eller stoffer. Kursisternes fysiske symptomer rummer eksempelvis udtalt træthed, søvnbesvær, smerter, synsforstyrrelser eller andre kropslige helbredsproblematikker. Flere fortæller også om svære sociale problematikker, enten som en del af årsagen (fx dårligt socialt arbejdsmiljø eller familiebelastninger) eller som en del af reaktionen (fx vredesudbrud, social tilbagetrækning eller socialangst-symptomer). Borgergruppen har altså både kropslige, psykiske og sociale symptomer og årsager. Metoden er derfor opbygget med kropsligt, psykisk og socialt fokus.

Borgerne har meget forskellige stresshistorier, men arbejdsproblematikken fylder meget. Blandt 586 borgere henvist til ÅR v. Center for Mental Sundhed i Aalborg Kommune i 2016 angav 54%, at årsagen var både arbejde og privatliv, 38% at årsagen kun var arbejdet, og 8% at kun privatlivet var årsagen. Dermed oplevede 92%, at arbejdslivet var medvirkende til deres stress, og vi har lignende opgørelser i Københavns Kommune. Denne fordeling stemmer også overens med danskernes oplevelser af stressårsager fra NFA. Samtidig rapporterede seks ud af ti (54% + 8% = 62%) altså, at årsagerne til stress også lå andre steder end i arbejdslivet.

Udover at imødekomme denne kompleksitet i målgruppen og deres stresshistorier skulle metoden understøtte forskning og faglig specialisering, som netop mangler i kommunerne. Stressklinikkerne, skulle være et sted, hvor borgerne følte sig sikre på kvaliteten og fagligheden. Hvor viden om stress blev

udviklet og undersøgt i et fællesskab af praktikere og forskere. Dilemmaet mellem fleksibilitet og systematik var en drivkraft i metoden.

Kernemodellen Åben og Rolig

Åben og Rolig (ÅR) blev udviklet på baggrund 40 års forskning i stress og forskellige typer meditativ trænings sammenhæng med kropslige, psykiske og sociale sundhedseffekter. Herbert Benson, leder af vores samarbejdsenhed ved Harvard Universitet, blev verdenskendt som ophavsmanden til termen afslapningsresponsen (*relaxation response*), som han identificerede omkring 1970. Bensons forskning var med til at legitimere den store meditationsforskning, vi ser i dag. Bensons tilgang var historisk speciel, fordi han ved BHI ikke fokuserede på én type kontemplativ træning, men på at identificere tilgrundlæggende mekanismer og teknikker på tværs af forskellige typer meditation, yoga mv. Det siges efter min mening lidt for sjældent i dag, at forskellige typer meditation (transcendental meditation, mindfulness, yogatyper, zen meditation, *relaxation response* mv.) virker lige godt. Hvor der i 1970'erne var et stort fokus på transcendent meditation, er der i dag fokus på mindfulness, men der er altså ikke evidens for, at den ene type meditation skulle være at foretrække generelt fremfor andre (Sedlmeier et al., 2012). Inspirationen fra Benson var for mig netop at forsøge at finde de mest gennemgående træk på tværs af forskellige metoder, fordi de kunne antages at udgøre de mest funktionelle. *Relaxation response* tilgangen inspirerede os i arbejdsgruppen til en metateoretisk og metametodisk modeludvikling, og for at anerkende dette ophav hedder ÅR også formelt set *Relaxation Response–based Mental Health Promotion* på engelsk (Jensen et al., 2015). Modellens metateoretiske fundament betyder at den, inspireret af Bensons tilgang, udrager gennemgående komponenter og strategier på tværs af forskning i stress, meditation og psykologisk sundhed. Videnskabsfilosofien i ÅR er kort sagt (se Jensen & Holde, 2016) kontekstuel funktionel pragmatisme. *Kontekstualismen* specificerer, at alle „genstande“ (dvs. dét, som man vil analysere eller arbejde med, såsom en persons stressrespons, en meditativ øvelse eller en dialog skal forstås i dens kontekst. Den biopsykosociale model specificerer også at krop–psyke–social–interaktioner er fundamentale i alle fænomener. Funktionalismen kendetegner et postmodernistisk videnssyn og specificerer, at dét arbejde med at udvikle viden ikke handler om at finde absolutte sandheder. Gyldig viden er dét, der fungerer (er brugbart for en kursist) i en given kontekst. Funktionalismen giver plads til forskellighed og implicerer en ydmyghed hos instruktøren, som aldrig ved, hvad der virker. Instruktørens rolle i ÅR er derfor at være en *ligeværdig metodisk tovholder* for en systematisk undersøgelse af metodernes funktionalitet. *Pragmatismen* beskriver endelig det primære formål med hele ÅR–projektet, nemlig at skabe effektive kurser, eller bredere formuleret: at gavne i praksis. Det betyder at mindske lidelse, fremme sundhed, trivsel og resiliens. Dette er et anderledes formål end fx at ønske at udvikle viden,

uanset om anvendeligheden heraf kan ses. De tre videnskabsfilosofiske positioner har mange år og variationer på bagen, men sammenfattes i de disse år under kontekstuel adfærdsvidenskab udviklet omkring bl.a. *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT).

Den Grundlæggende Metode

Åben og Rolig-modellen har fire centrale, metateoretisk udfundne kerne-strategier, som tilsammen kaldes *Den Grundlæggende Metode* (DGM). De fire kerne-strategier er: *Åben Opmærksomhed*, *Rolig Bearbejdning*, *Bevidst Deltagelse* og *Personlig Forståelse*. De er hver især beskrevet detaljeret og operationelt i manualen. DGM er for instruktøren en pædagogisk–psykologisk model og for kursisten et personligt udforsket værktøj, en strategisk rækkefølge af fire strategier, som antages at være bredt anvendelige til især stressreduktion, mental sundhedsfremme og forebyggelse af tilbagevenden af stress. DGM er altså både den metode, instruktøren anvender i instruktørarbejdet og samtidig det værktøj, deltagerne undersøger funktionaliteten af. DGM bruges eksplicit på kurset, i en kursusbog, på handouts, i oplæg mv. De fire kerne-strategier anses for lige vigtige, dvs. principielt lige funktionelle. Rækkefølgen i DGM er altså ikke et værdiudsagn om, at den første strategi er vigtigere end den sidste, og heller ikke et ontologisk udsagn om, at de fire strategier eksisterer reelt hver for sig. Tværtimod påvirker de fire kerne-strategier hinanden og foregår altid samtidigt. De fire kerne-strategier har derimod forskellige *funk-tioner*, og adskillelsen af dem er et pædagogisk–psykologisk greb, som skal gøre det nemmere at undersøge og opbygge hver strategi mere systematisk. Instruktørmanualen til ÅR rummer udover kerne-strategierne sektioner om visitationen til kurset, gruppeprocesser, arbejdsalliancen mellem instruktør og deltager, teoretiske udviklinger igennem kurset mv. En bogudgivelse herom planlægges.

Prioritering af multimodalitet

ÅR-modellen er metodisk multimodal. Det betyder, at der skal anvendes flere typer aktiviteter, såsom meditation og psykoedukation, kropslige øvelser, skriftlige handouts og reflekterende dialoger, ligesom der indgår såkaldt teknologisk støtte i form af en ÅR-app og en ÅR-hjemmeside. Den multimodale vinkel tilsigter at øge fleksibiliteten og dermed den brede anvendelighed. Den meta–teoretiske antagelse er igen, som for ACT, at forskellige aktiviteter (fx en dialog og en meditation) udmærket kan anvendes *funktionelt* systematisk til at understøtte den samme proces eller virkningsmekanisme (fx at styrke opmærksomheden på et fænomen, jf. kerne-strategierne). Valget af aktiviteter har samtidig typiske forskelle. Eksempelvis muliggør et fagligt oplæg fra instruktøren faglig psykoedukation i langt højere grad end meditation, som er mere befordrende for en introspektiv, fænomenologisk oplevelse. Multimodalitet er derfor en *makrostandardisering* i ÅR, noget man ikke må

afvige fra med mindre praksis- og forskningsfællesskabet på baggrund af erfaringerne bliver enige herom (i funktionalismens ånd står alt rent principielt til forhandling). Alle sessioner skal derfor indeholde flere typer meditationer, mindst to længere gruppedialoger, mindst ét psykoedukativt rum mv.

Den biopsykosociale model

Et yderligere metateoretisk fundament af ÅR er anvendelsen af den i sundhedsvidenskabernes anerkendte biopsykosociale model, som Engell (1977) fremlagde som et alternativ til det biomedicinske paradigme. Modellen implicerer, at forskning skal anvendes fleksibelt i praksis, at den bør tilpasses hver enkelt patient (i ÅR kaldet *deltager*), da subjektets oplevelse er et afgørende aspekt af sundhed. Modellen implicerer et helhedsorienteret syn på stress og sundhed, hvor både kropslige/biologiske, psykiske/livshistoriske og sociale/kulturelle perspektiver bør medtænkes. I nyere sundhedsforskning understreges også strukturelle og materielle (fx økonomiske og rettighedsmæssige) perspektiver. Den centrale metode i ÅR er at kombinere de fire kerne-strategier (DGM) med den biopsykosociale model, og dette vel at mærke kontekstuel–fagligt og situationelt tilpasset. Kerne-strategierne anvendes således tematisk uge for uge på enten *kropslige*, *psykiske* eller *sociale* aspekter af stressreduktion, sundhedsfremme og forebyggelse. Øvelser og metoder konkretiseres alternativt af deltagerne selv i et ligeværdigt samarbejde med instruktøren.

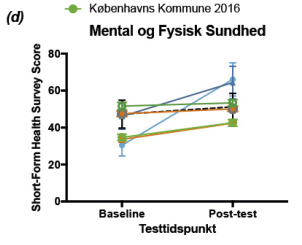
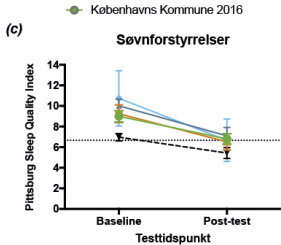
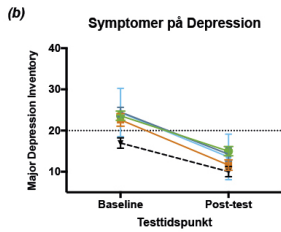
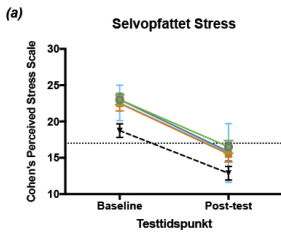
Resultater fra de offentlige stressklinikker

Åben og Rolig–metoden er blevet undersøgt i en randomiseret kontrolleret trial (RCT) (Jensen et al., 2015), tolv kommunale og universitetsbaserede evalueringsrapporter³, to universitetsbaserede kvalitative studier og i flere pilot-projekter. Alle undersøgelserne viser, at ÅR har store, positive effekter (se Tabel 1). Effekterne er store i sammenligning med andre meditationsinkluderende programmer, som typisk viser effektstørrelser omkring Cohen's $d=0.50$ (Gotink et al., 2015; Sedlmeier et al., 2012), hvilket kaldes en medium effekt. Som Tabel 1 viser har effekterne af ÅR på de centrale mål konsistent ligget på over $d=0.80$, hvilket er en „stor“ effekt ifølge statistisk konsensus. De kommunale stressklinikker viser altså særdeles lovende resultater.

Fysiologiske effekter

RCT'en undersøgte to fysiologiske stressmarkører, nemlig mængden og dynamikken i kortisol-udskilning, når man vågner om morgenen (kortisol-opvågnings-responset). Kursister i ÅR viste her et signifikant større fald i kortisolmængden end borgere, som modtog andre typer hjælp til stress. Herudover viste 18 ÅR-kursister et fravær af dynamik i kortisolsystemet ved opvågning, hvilket tyder på udbrændthed. De fleste heraf (13 borgere=72%) fik efter kurset genetableret dynamikken, hvilket tyder på, at disse borgere fik genetableret

³ Evalueringsrapporterne kan alle downloades fra www.cfps.dk.



PANEL 1. Effekter i Københavns Kommune, Aalborg Kommune samt v. Rigshospitalet. De ensartede og positive fund på alle effektmål støtter, at den standardiserede metode virker effektivt og ens i forskellige udrulningskontekster. Error bars markerer 95% konfidensintervallet af gennemsnittet. SF-12 data er ikke afbilledet for KK i år 2015, da SF-12-data ikke kunne opgøres af rent tekniske årsager i KKs pilotår.

responsiviteten i kroppens fysiologiske evne til at støtte aktivitet. Et problem i forskningen i kortisol har været, at man ofte kun har analyseret mængden af kortisol og har overset de dynamiske forandringer.

Socioøkonomisk anvendelighed

Åben og Rolig er specifikt udviklet med henblik på en bred socioøkonomisk anvendelighed. Dette formål synes opnået. Alle evalueringsrapporterne har indikeret, at effektstørrelserne af ÅR ikke er afhængige af køn, alder,

Tabel 1. Statistiske effektstørrelser i Åben og Rolig-undersøgelser til voksne med langvarig stressoplevelse

Undersøgelse	Stress ¹	Depression ²	Søvnforstyrrelser ³	Mental Sundhed ⁴	Livskvalitet ⁵
	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>
Rigshospitalet (Jensen et al., 2015)	0.92***	0.91***	0.47***	0.89***	1.01***
Rigshospitalet: 3-md. follow-up	1.30***	1.44***	0.73***	0.99***	1.06***
Københavns Kommune (2016)	1.37***	1.19***	0.77***	.6	.6
CFPS og Aalborg Kommune (2016)	1.13***	1.16***	0.83***	2.75***	.6
CFPS og Aalborg Kommune (2017)	1.11***	1.09***	0.61***	0.87***	.6
Københavns Kommune (2017)	1.22***	1.05***	0.52***	0.75***	.6
Gennemsnitlige effektstørrelser ⁷	1.15	1.19	0.64	1.32	1.01

Noter. ***. $p < .001$ (two-tailed, Bonferroni-Holm-justeret). Alle værdier repræsenterer within-group effektstørrelser udtrykt ved Cohen's *d*. CFPS = Center for Psykisk Sundhedsfremme (www.cfps.dk). ¹Stress: Cohens Perceived Stress Scale (10-items). ²Depression: Major Depression Inventory (12 items). ³Søvnforstyrrelser: Pittsburgh Sleep Quality Index (39 items, Global PSQI scores). ⁴Mental Sundhed: Mental Component Summary scores fra SF-36 (Jensen et al., 2015) eller SF-12 (alle andre rapporter). ⁵Livskvalitet: WHO Quality of Life (WHO-5 items, sumscore). ⁶Data ikke tilgængeligt i den pågældende evaluering (vi begynder nu igen at indsamle WHO-5 data). ⁷Gennemsnitlige effektstørrelser inkluderer ikke follow-up-data (dette ville generelt have forøget effekterne).

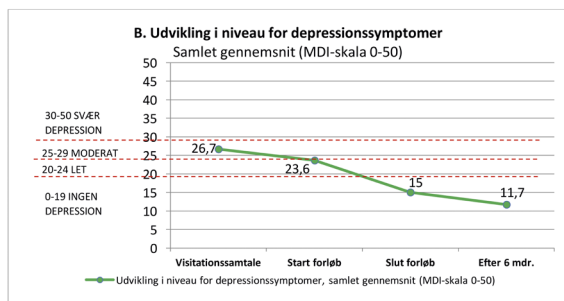
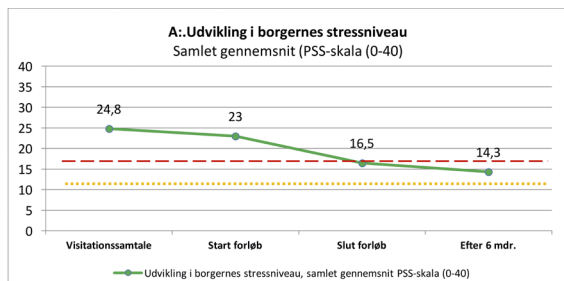
uddannelse, beskæftigelse, eller indvandrerstatus. Mænd og kvinder, unge og gamle, langt- og kortuddannede får statistisk set lige meget ud af programmet. Den eneste variabel, som forudsiger borgernes effekter er deres indledende symptomgrader. Her viser alle rapporter, at borgere (voksne som unge) med de højeste grader af stress og depressionssymptomer også får de største positive effekter af kurset. Borgere med de største behov oplever altså også de største forbedringer. Dette er selvfølgelig ønskeligt.

Beskæftigelse og forsørgelse

Københavns Kommune udførte i 2017 en evaluering af beskæftigelsesrelaterede effekter med 472 borgere inkluderet. Evalueringen viste, at 58% af de borgere, som før kurset var sygemeldt fra deres arbejde var tilbage i arbejde seks måneder efter kurset. Herudover kom 38% af de borgere, som var sygemeldt fra ledighed før kurset, også tilbage i arbejde. Kun 8% viste altså en negativ udvikling. Flertallet (63%) svarede, at kurset havde medvirket til at forbedre deres arbejdsliv seks måneder efter kurset. Omkring en fjerdedel (27%) angav, at kurset havde forhindret dem i at miste deres arbejde. Endelig svarede 88% efter seks måneder, at kurset havde gjort det lettere for dem at håndtere stressede situationer. Kurset havde altså en forebyggende effekt også på lang sigt. Københavns Kommune konkluderede: „Tallene viser således en

positiv udvikling, hvor et væsentligt antal borgere, har flyttet sig fra blandt andet sygdommeldding og ledighed, til at være i reel beskæftigelse efter forløbet.” (Københavns Kommune, 2017, s. 4).

Tilsvarende viste en rapport fra Aalborg Kommune baseret på 102 borgere, at ud af 71 borgere, som var på sygedagpenge før kurset, var 55% blevet selvforsørgende 3–9 måneder efter kurset. Yderligere viste 20% positive effekter i deres beskæftigelses- eller forsørgelsesstatus. Der var alt i alt positive effekter for 3 ud af 4 sygedagpengemodtagerne (53/71=75%) og selvforsørgelse blev



PANEL 2. Seks-måneders follow-up resultater af *Åben og Rolig*. **A.** Udvikling i stressniveau. Jo lavere score, des mindre stress. Den prikkede orange linje markerer scoren 11.0, der afspejler danskernes gennemsnitlige stressniveau ifølge en befolkningsundersøgelse fra 2010. Den røde stiplede linje markerer scoren 17, som repræsenterer 80%-percentilen (dvs. de 20% mest stressede danskere ligger over denne score) og derfor inklusionskriteriet i Stressklinikkerne. **B.** Udvikling i depressionssymptomer. Jo lavere score des færre symptomer. De stiplede linjer markerer grænserne på MDI-skalaen for henholdsvis svær, moderat, let eller ingen depression. Figurer fra Københavns Kommunes evalueringsrapport 2017. Trykt med tilladelse.

fastholdt for 97% af de selvforsørgende borgerne. Aalborg Kommune konkluderede: „*Åben og Rolig* ser ud til at have en positiv indvirkning på borgernes arbejdsmarkedstilknytning” (Aalborg Kommune, 2016, s. 20).

De to rapporter viser altså, at halvdelen af tidligere sygdommeldding borgere kom tilbage i arbejde. På tværs af rapporterne var dette 129 ud af de i alt 246 sygdommeldding, dvs. 52.4%.

Langtidseffekter

Tre follow-up-undersøgelser viser, at effekterne af *ÅR* bliver vedligeholdt over tid. Rigshospitalets studium viser efter en 3-måneders follow-up periode langtidsforbedringer på alle effektmål (Tabel 1). Nye 6-8-måneders follow-up – data fra København viser igen konsistente langtids effekter på alle undersøgte effektmål, her stress, depression, søvnkvalitet og mental sundhed (Panel 2). Endelig viste en kontrolgruppe-kontrolleret 7-måneders follow-up-undersøgelse af *Åben og Rolig* for Unge (se www.cfps.dk) også signifikant forøgede effekter for unge med uddannelsesstress syv måneder efter kursets afslutning. Således var der før kurset store forskelle på *ÅR*-kursisterne og andre studerende, men kursisterne viste så positiv udvikling, at de 7 måneder efter kurset viste samme niveau af stress, livskvalitet, og nærvær i hverdagen som andre studerende.

Tilfredshedsundersøgelser og kvalitative studier

Københavns Kommune udførte i 2016 en tilfredshedsundersøgelse blandt 138 *ÅR*-deltagere. Der var 100,0% tilfredse blandt besvarelserne. Heraf var 81% ”meget tilfredse”, mens 19% var ”tilfredse” med kurset alt i alt. Næsten samtlige (99.3%) oplevede, at instruktørerne var kompetente og lydhøre. Næsten samtlige synes de kunne bruge det de lærte på kurset i deres hverdag (99.3%). Data- og Analyseafdelingen i Københavns Kommune fremhævede, at de aldrig tidligere havde set så positive evalueringer. Citaterne fra borgernes udtalelser kan ses i rapporten (se www.cfps.dk). Her vil jeg tillade mig at bringe et enkelt citat, som en borger skrev i 2017, seks måneder efter kursets afslutning:

„Forløbet har ændret 100 % på, hvordan jeg lever. Jeg bruger dagligt de redskaber, jeg har fået. Jeg har skiftet branche. Jeg er mere rolig og har overskud i dagligdagen. Jeg har næsten ingen angst mere. Det er det bedste, jeg har gjort for mig selv – det er at komme på stressforløbet. Tak for hjælpen.”

En ny tilfredshedsundersøgelse af *Åben og Rolig* i Aalborg viste tilsvarende at de nordjyske kursusedeltagere var meget tilfredse med tilbuddet. Aalborg Kommune konkluderede:

De forbedringsforslag der fremlægges af kursisterne har oftest at gøre med det omkringlæggende vedrørende kurset, men ingen kritik rejses mod det indholdsmæssige i kursusgangen. Der er generelt en meget stor tilfredshed med kurset, som kursisterne finder særdeles udbytterigt og anvendeligt.

(Aalborg Kommune, 2017, s. 18).

Konklusioner og perspektiver

Stress er et folkesundhedsproblem i Danmark. De kommunale, forskningsstøttede stressklinikker er de sidste seks år blevet realiseret i samarbejde med forskningsenheder og kommunale politikere. Resultaterne har været konsistente og lovende. Kursustilbuddet reducerer stress og symptomer på depression med store effektstørrelser, det fremmer psykisk sundhed og livskvalitet og sænker søvnforstyrrelser. Der er særdeles høj borgertilfredshed. Kurset hjælper på borgernes arbejdsparathed, deres tilbagevenden til arbejde og deres fastholdelse af arbejde. Forskningsgrupper ved både Københavns Universitet, Aalborg Universitet og Aarhus Universitet er i dag involveret i undersøgelser af metoden. Mere end 800 læger henviser til stressklinikkerne. Nye kurser udvikles og tilbuddene inkluderer omkring 2000 borgere hvert år. Tilbud som er gratis for borgerne.

Det er med dette store engagement vigtigt, at understøtte projektets forskning. Vores visioner rummer større randomiserede trials med forskning i samfundsoekonomi og sundhedsoekonomi over længere tid. ÅR-metodens modermetode ved Harvard University (*Relaxation Response*) viste eksempelvis i en undersøgelse af over 13.000 borgere en 13 – 49% større reduktion i forbruget af sundhedsydelse for kursusdeltagere end for kontrolpersoner et år efter kurset (Stahl et al., 2015). Der er behov for sådanne større studier i Danmark.

Samfundsproblematikker har ofte affødt forskningsfelter og nye tiltag. Udfordringer ved nye arbejdsformer har ledet til arbejdsforskning, arbejdsmiljøpolitik, arbejdstilbud mv. Uligheder mellem mænd og kvinder har foranlediget kønsforskning og ligestillingstiltag. Stressproblematikkerne er et lignende eksempel. Jeg har beskrevet tre hovedproblematikker vedrørende helbredet, arbejdslivet, samt sundhedssektoren. De kræver handling på nationalt niveau.

Stress er netop ikke individets problem, men samfundets. Det er en almen indvending, at kurser i stresshåndtering er for individualiserede. Man kan mene, at stressklinikkerne tørrer vand op under vandrørene i samfundet – i stedet for at fiske rørene væk. Det er jeg uenig i. Det er selvfølgelig korrekt, at vi også arbejder med konsekvenserne af et dysfunktionelt system, nemlig med mennesker i lidelse. Men for det første er det prisværdigt med kvalificeret praksis indenfor alle typer symptombehandling. Det er vel ingen uenig i. Hvis en person brækker benet i trafikken, så ønsker vi også et sundhedsvæsen, der behandler benbrud kvalificeret,

selvom det kun er „symptomet“, der behandles (sundhedsvæsenet arbejder jo ikke med trafikken). Hvis mange brækker benet samme sted i trafikken, ønsker vi, at trafikmyndighederne optimerer dette knudepunkt. Symptombehandling og strukturelle/politiske ændringer af samfundet går ikke imod hinanden. Tværtimod bør de informere og støtte hinanden. Netop fordi stress er et samfundsmæssigt problem, bør samfundet tage ansvar. For det andet er ÅR ikke kun symptombehandling. Stresskurserne bidrager til, at store menneskelige forandringer sker og varer ved over tid. Klinikkerne understøtter ikke et dysfunktionelt system. De er et officielt opgør med lige gyldigheden over for systemets slagside. De legitimerer, at indviden bidrager til at forandre stresssamfundet. For det tredje støtter klinikkerne praksisforankret stressforskning, som der er påtrængende behov for i den offentlige sektor. Klinikkerne kan dermed endelig bidrage direkte til at forandre samfundet ved at kvalificere sundhedspolitikken. Vi har vist et eksempel. Der er nu brug for en national handlingsplan, som inkluderer en markant opprioritering af mental sundhed, herunder af kommunale forskningsstøttede klinikker med fokus på reduktion og forebyggelse af stress samt fremme af mental sundhed.

Referencer

- Avey, H., Matheny, K., Robbins, A., & Jacobson, T. (2003). *Health Care Providers' training, perceptions, and practices regarding stress and health outcomes*. Journal of the National Medical Association, 95(9), 833-845.
- EU-OSHA (2014). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*. Literature Review. European Risk Observatory. European Agency for Safety and Health at Work. ISSN: 1831-9358.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196:129-136.
- Gofink, R. A., Chu, P., Buschbach, J.V., Benson, H., ... & Myrriam, J.M.G. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. PLoSOne, 15(10), 4, 1-17.
- Jensen, C.G. (2012). *Åben og Rolig* (1.udg.; 5.udg. i 2016) København: Strandberg Publishing.
- Jensen, C. G., Lansner, J., Petersen, A., Vangkilde S., Ringkøbing, S. P., Frokjaer, V., Adamsen, D., Knudsen, G. M., Denninger, J. W., Hasselbalch, S. G. *Open and Calm – A randomized controlled trial evaluating a novel meditation-based program for stress reduction and mental health promotion in Denmark*. BMC Public Health, 15(1). <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2588-2>
- Jensen, C.G., Hansen, A.V. & Andersen, M. A. (2017). *Har kommunale stressbehandlingsstilbud udviklet sig de sidste 10 år? En stikprøveundersøgelse af 33 danske kommuner*. KU: Center for Psykisk Sundhedsfremme (www.efps.dk).
- Jensen, C.G. & Holde, L.A.V. (2016). *Er mere meditation relateret til større behandlingseffekter? Empirisk baserede anbefalinger til en mere kontekstuel meditationsforskning og interventionspraksis*. Psyke og Logos, 37, 55-81.
- Malene Friis Andersen (2013). *Når omfavnelser bliver til kvalertag: Hvordan kan arbejdet blive et spørgsmål om liv eller død?* I: Andersen, M.F., & Brinkmann, S. (2013). *Nye Perspektiver på Stress*. Århus: Klim, s. 23-54.
- Nationalt Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) (2016). *Arbejdsmiljø og Helbred i Danmark 2016*.
- Psykiatrifonden (2015). *Læger ser flere patienter med stress*. <http://www.psykiatrifonden.dk/faa-jaelpaentaek-dig-staerkt/stress/laeger-ser-flere-patienter-med-stress.aspx>
- Regeringens udvalg om Psykiatri (2013). *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling*. Afrapportering fra Arbejdsgruppe 2 Under Regeringens Udvalg om Psykiatri. Oktober 2013.
- Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haairig, F., Jaeger, S., & Kunze, S. (2012). The psychological effects of meditation: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 138(6), 1139-1171.
- Stahl, J.E., Dosssett, M.L., Lajoie, A.S., Denninger, J.W., Mehta, D.H., Goldman, R., ... Benson, H. (2015). *Relaxation response and resiliency training and its effect on healthcare resource utilization* (Report), 10(10). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0140212>
- Statens Institut for Folkesundhed (2007). *Forebyggelse og behandling af stress i Danmark*. Ved Nielsen, L., Curtis, T., Gronbak, M. og Nielsen, N.R.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Stress i Danmark*. Hvad ved vi? Ved Nielsen, N. R. og Kristensen, T.R. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer*. Eriksen, L., Davidsen, M., Jensen, H.A.R., Ryd, J.T., Strøbak, L., White, E.D., Sørensen, J., Juul, K.
- World Health Organization (2012). *Depression*. [27-11-2014]. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/