

# Evalueringsrapport

2016



AALBORG  
KOMMUNE

**Kvantitative effektmålinger af *Åben og Rolig*  
til stressramte borgere i Aalborg Kommunes  
Center for Mental Sundhed**

## **Evalueringsrapport 2016 – Kvantitative effektmålinger af *Åben og Rolig* til stressramte borgere i Aalborg Kommunes Center for Mental Sundhed**

Rapporten er udarbejdet af:

Christian Gaden Jensen  
Cand.Psych., Postdoc i Sundhedspsykologi  
Centerleder for Center for Psykisk Sundhedsfremme  
[www.cfps.dk](http://www.cfps.dk)  
[www.åbenogrolig.dk](http://www.åbenogrolig.dk)

Gitte Westphael  
Cand.Psych., videnskabelig medarbejder  
Center for Psykisk Sundhedsfremme - Forskningsenheden

Indsamling af data udført i samarbejde med:  
Aalborg Kommune

Kodning og scoring af data udført i samarbejde med:  
Søren Christian Krogh  
Aalborg Kommune

Rapporten planlagt i samarbejde med  
Bettina Bisp Jensen, Aalborg Kommune

Der skal fra CFPS lyde en stor anerkendelse af medarbejderne i Center for Mental Sundhed for deres stærke engagement og for det gode samarbejde, som er udviklende på mange planer.

Dataejer er Aalborg Kommune. Interesserede er velkomne til at henvende sig til Bettina Bisp Jensen, leder af Center for Mental Sundhed, for anmodning om indblik i data.

Rapportens primære udarbejder (CGJ) står inde for kvaliteten og objektiviteten af rapporten. Det er dog væsentligt, at rapporten er udarbejdet med henblik på inklusion i den samlede rapport, som udgives selvstændigt og uafhængigt af Aalborg Kommune. Nærværende rapport er altså et kvantitativt udsnit af en større og bredere rapport, som udarbejdes af Aalborg Kommune.

Version 1.2.  
Publiceret d. 29. april, 2017. (inkl. rettelse s. 13).

# Indhold

<b>Resume .....</b>	<b>4</b>
<b>Indledning .....</b>	<b>5</b>
<b>Hovedaktiviteter i efteråret 2016 .....</b>	<b>5</b>
<b>Åben og Rolig .....</b>	<b>5</b>
<b>Rapportens formål .....</b>	<b>6</b>
<b>Effektundersøgelsen .....</b>	<b>6</b>
<b>Procedurer for inklusion .....</b>	<b>6</b>
Inklusionskriterier .....	6
Informeret samtykke .....	6
Økonomi og vederlag .....	6
<b>Anvendte spørgeskemaer .....</b>	<b>6</b>
<b>Analytiske procedurer .....</b>	<b>8</b>
Programmets anvendelighed i brede borgergrupper .....	8
<b>Beskrivelse af deltagerne .....</b>	<b>9</b>
Årsager til Stress .....	9
Psykiatrisk Sygdom .....	9
Uddannelse .....	9
Meditationserfaring .....	9
<b>Primære analyser: Forandringer fra før til efter i stress og stress-symptomer .....</b>	<b>11</b>
Programmets anvendelighed i brede borgergrupper .....	13
Tilfredshedsevaluering v. Sygedagpengehuset .....	13
<b>Diskussion .....</b>	<b>14</b>
<b>Begrænsninger ved evalueringen .....</b>	<b>15</b>
<b>Konklusion .....</b>	<b>16</b>
<b>Referencer .....</b>	<b>17</b>

## Resume

Evalueringsrapportens formål var at evaluere effekterne af stressforløbet *Åben og Rolig* som det udrulledes i Aalborg Kommunes Center for Mental Sundhed. Effekterne evalueres via skemaer som måler hhv. stress, depressionssymptomer, søvnforstyrrelser, samt mental sundhed.

En bredere og mere dybdegående evaluering af udrulningen af *Åben og Rolig* i året 2016 i Aalborg Kommune ses i den fulde evalueringsrapport fra Aalborg Kommune. Heri beskrives eksempelvis procedurer for henvisning, brugen af kurset og tilfredsheden med kurset. Aalborg Kommunes Sygedagpengehus har også udført også en kvalitativ undersøgelse med interviews af borgere samt psykologer, som beskrives i den fulde rapport.

Resultaterne er konsistent positive, med signifikant og stor effekt på det primære effektmål, selvopfattet stress, samt på sekundære effektmål (symptomer på depression, søvnforstyrrelser, samt mental sundhed).

Resultaterne replicerer effekterne som observeredes i pilotåret 2015 i Aalborg Kommune (Center for Psykisk Sundhedsfremme og Aalborg Kommune, 2016) samt i evalueringsrapport fra Københavns Kommune (Københavns Kommune, 2016) samt i Rigshospitalets randomiserede undersøgelse af metoden (Jensen m.fl., 2015).

Endelig viser resultaterne, at alder, køn, uddannelse, forekomst af lettere psykiatriske lidelser samt andre baggrundsvariable ikke var relateret til eller kunne forudsige effekterne for borgerne. Derimod var indledende grader af stress en væsentlig faktor for effekterne, således at de borgere, som viste størst stressgrad initialt, også viste de største forbedringer.

*Åben og Rolig*-forløbet var derfor effektivt, bredt socioøkonomisk anvendeligt, og særligt effektivt for de hårdest belastede, som intenderet.

Konklusionen på rapporten er, at *Åben og Rolig*-forløbet fortsat viser bemærkelsesværdigt store effekter og derfor fortsat kan anbefales.

## Indledning

Aalborg Kommune etablerede i 2015 Center For Stressforebyggelse, ledet af Sundhedsstrategisk Team (Torben Krogh Kjeldgaard samt Bettina Bisp Jensen). Centeret indgik samarbejde med Center for Psykisk Sundhedsfremme (CFPS) om implementeringen af kursusforløbet *Åben og Rolig* udviklet specifikt med henblik på implementering i den offentlige sundhedssektor som et evidensbaseret tilbud til stressreduktion, psykisk sundhedsfremme samt øget stressrobusthed (Jensen et al., 2015). Center for Stressforebyggelse blev i 2016 omlagt til Center for Mental Sundhed v. centerleder Bettina Bisp Jensen. Præ-pilotfasen blev defineret som efteråret 2015 samt foråret 2016 i kontrakten mellem CFPS og Aalborg Kommune. Projektet indgik i den egentlige driftsfase i Aalborg fra august 2016. Rapporten her er dermed ikke baseret på et tilfældigt nedslag i data, men er foruddefineret og planlagt evaluering af den første udrulningsfase i Aalborg Kommune.

## Hovedaktiviteter i efteråret 2016

Udrulningsfase 1, efteråret 2016, rummede følgende hovedaktiviteter i samarbejdet:

1. Uddannelse af en ekstra psykolog fra Aalborg Kommune i kurset *Åben og Rolig*.
2. Udrulningen af borgerhold til voksne.
3. Udvikling og pilot-testning af *Åben og Rolig for Unge*. Pilot-evaluering heraf er udgivet (Jensen, 2017). Evaluering af unge-programmet udgives i løbet af foråret 2017.
4. Effektundersøgelsen af *Åben og Rolig* til voksne (beskrevet i nærværende rapport).
5. Videre samarbejde om kompetenceudvikling af instruktører, revision af instruktørmanualer samt forskningsbaseret udvikling af stressprogrammet, herunder kvalitative studier i samarbejde med Aalborg Universitet (Lektor Hanne Dauer Keller) samt forskning i årsager til frafald fra programmet i samarbejde med Københavns Universitet (prof. Peter Elsass).

## Åben og Rolig

Åben og Rolig Standard (Å&R) er et 9-ugers videnskabeligt udviklet stressforløb baseret på den biopsykosociale sundhedsmodel og sammensatte metoder (meditation, kognitive øvelser, psykoedukation, samt kropslige øvelser og sociale samtaleøvelser). Å&R er specifikt udviklet til en bred offentlig implementering i et samarbejde mellem Christian Gaden Jensen v. Rigshospitalet og eksperter i meditationsbaseret sundhedsfremme og stressbehandling v. Harvard Universitet. En randomiseret kontrolleret trial viste positive effekter på stress, depression, livskvalitet, søvnkvalitet, psykisk sundhed, stress-fysiologi samt opmærksomhed (Jensen et al., 2015).

Å&R adskiller sig fra en række meditationsbaserede kurser på grund af den specifikke hensigt om at udvikle et kursusparadigme til offentlig implementering for en bred socioøkonomisk gruppe. Kurset har en enkel, videnskabelig opbygning og indeholder ingen fremmedord eller religiøs-mytilogiske modeller. Gentagelser, enkelthed, ligeværd og metodisk konsistens er didaktiske principper. Å&R kursusparadigmet udvikles i fire versioner og udrulles af 39 certificerede psykologer i samarbejde med tre kommuner (Aalborg, København, og Rebild Kommune via et samarbejde med Aalborg Kommune) til i alt ca. 1300 voksne samt 120 unge med stress hvert år. Seks danske universitetsbaserede forskningsenheder v. Københavns Universitet, Århus Universitet, DPU samt Aalborg Universitet undersøger aspekter af implementeringen af Å&R. Se mere om Åben og Rolig-programmet på [www.cfps.dk](http://www.cfps.dk) samt [www.åbenogrolig.dk](http://www.åbenogrolig.dk).

## Rapportens formål

Nærværende rapport fokuserer på punkt 4 ovenfor, dvs. undersøgelsen af effekterne af forløbene for borgere fra Aalborg Kommune. Beskrivelser af henvisningsprocedurer, kvalitative resultater mv. kan som nævnt ses i den fulde rapport udgivet af Aalborg Kommune.

## Effektundersøgelsen

Evalueringen rummer udrulningen af Åben og Rolig-hold udrullet i Center for Mental Sundhed i efteråret 2016 af Åben og Rolig-certificerede psykologer. Her beskrives kort inklusionskriterier, samtykke, effekt mål, analytiske procedurer samt deltagerne, og naturligvis resultaterne.

## Procedurer for inklusion

### Inklusionskriterier

Følgende inklusionskriterier visiteredes i et screeningskema samt til en 1-times personlig visitationssamtale ifølge en standardiseret manual. Hovedkriterierne for inklusion var:

- 1) Minimum 18 år gammel.
- 2) Evnen til at tale, forstå og læse dansk uden væsentlige problemer.
- 3) En kvalitativ oplevelse af stressbelastning i minimum én måned
- 4) Stressgrad målt som en score på *Perceived Stress Scale* på  $> 16$ .
- 5) Praktisk mulighed og motivation for at deltage.
- 6) Lyst til at undersøge meditation.
- 7) Bosiddende i Aalborg Kommune.

### Informeret samtykke

Alle borgere inkluderet i rapporten afgav informeret samtykke til at medvirke i forløbet samt til at deres data er anvendt i evalueringen.

### Økonomi og vederlag

Borgerne aflønnedes ikke økonomisk og kompenseredes heller ikke på anden måde for deres deltagelse, hvilket blev tydeliggjort i rekrutteringsprocesserne. Deltagelsen var altså frivillig.

## Anvendte spørgeskemaer

Alle skemaer udfyldtes online i en sikkerhedskrypteret portal (systemet *Analyzer* anvendtes). De fem spørgeskemaer er beskrevet herunder og målte følgende:

- 1) Selvpfattet stress (Cohen's Perceived Stress Scale, PSS)
- 2) Symptomer på depression (Major Depression Inventory, MDI)
- 3) Søvnforstyrrelser (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)
- 4) Mental Sundhed (SF-12 – Mental Component Summary, SF-12-MCS)
- 5) Fysisk Sundhed (SF-12 – Physical Component Summary, SF-12-PCS)

### *Screeningsskemaet*

Et screeningskema udfyldtes inden visitationssamtalen med Åben og Rolig-psykologerne ved Aalborg Kommune. Dette skema rummede spørgsmål til demografi, socioøkonomi, livsstil, sygdomshistorie (psykisk og fysisk), motivation for at deltage, stressoplevelse, symptomer på depression mv. Ligeledes anvendtes f.eks. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) til at identificere problematisk forbrug af alkohol. En score >20 var eksklusionskriterium i screeningen.

### *Cohen's Perceived Stress Scale*

Perceived Stress Scale (PSS; Cohen & Williamson, 1988) måler selvopfattet stress med 10 items der rates på en 0-4 Likert skala. PSS er velvalideret og befolkningsnormer haves (Nielsen et al., 2008; Olsen et al., 2004; Stigsdotter et al., 2010). Selvrapporteret stress er relateret til en række sundhedsproblemer og var hovedmål ligesom i Rigshospitalets randomiserede trial om Å&R (Jensen et al., 2015). PSS anvendtes i en konsensus-version (Eskildsen et al., 2015). Målet for PSS-evalueringen var derfor at vurdere, om borgerne faldt i stressgrad samt om de faldt til en PSS-score på under 17, hvilket svarede til en score lavere end den 5. kvartil i Danmark (Stigsdotter et al., 2010).

### *Major Depression Inventory*

Major Depression Inventory (MDI; Bech et al., 2001; Olsen et al., 2003) er udviklet i samarbejde med WHO som mål for depressionsgrad og ICD-10-diagnosesystemets depressionsdiagnose. Den danske udgave er valideret (Olsen et al., 2003). MDI anvendtes til screening for alvorlig depression og som baseline depressions-mål. Depressionssymptomer er stærkt relateret til stress og langvarig stress betragtes som en væsentlig risikofaktor for depression. MDI-scores ansås for vigtige indikatorer for, om borgerne var i risiko for depression. MDI-scores >20 indikerer let depression, scores >24 moderat depression og MDI-scores >29 anses for indikation for svær depression.

### *Pittsburgh Sleep Quality Index*

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI, Byusse et al., 1989) måler via 19 spørgsmål aspekter af søvnforstyrrelser i den sidste måned. PSQI-Global anvendes til at vurdere den overordnede grad af søvnforstyrrelser og var effektmålet her. PSQI-Global scores > 5 anvendes traditionelt som markør for nedsat søvnkvalitet. Nye studier viser samtidigt, at normalscores (gennemsnitscores +/- én standardafvigelse) i forskellige befolkningsgrupper på PSQI Global er ca. 6-7 (N=3144; Tomfohr et al., 2013). Danske studier har også vist PSQI-Global gennemsnitscores på > 7 i større søvnforstyrrede patientgrupper, såsom gigtpatienter (Løppenthin et al., 2015) og kræftpatienter (Colagiuri et al., 2011). Vi betragtede da to kriterier: Andelen af deltagere med scores ≤ 5, samt andelen af deltagere med scores indenfor befolkningsnormalscores 6-7 (Tomfohr et al., 2013).

### *Short Form Health Survey-12*

Short-Form Health Survey (SF) findes i flere versioner (Ware et al., 1993). SF-12 er et bredt anvendt spørgeskema med 12 spørgsmål om fysisk og psykisk sundhed. Åben og Rolig har vist positive effekter på SF-36 (Jensen et al., 2015). SF-36 og SF-12 er velvaliderede (Bjørner et al., 1997).

### *Skemaernes interne konsistens*

Dataenes interne konsistens testedes med Cronbach's *alpha*,  $\alpha$ . Alle skemaer viste tilfredsstillende intern konsistens ved alle udfyldninger (screening, baseline, samt post-treatment; PSS:  $\alpha = 0.82-0.89$ ; MDI:  $\alpha = 0.84-0.86$ ; PSQI:  $\alpha = 0.67-0.74$ ). Dette indikerer, at borgerne forstod samt udfyldte hvert skema på internt sammenhængende måder i forhold til de enkelte spørgsmål.

## Analytiske procedurer

Dataanalysen undersøgte initialt distributioner og potentielle outliers med samme procedurer som i evalueringen af pilotfasen i Aalborg (se Center for Psykisk Sundhedsfremme og Aalborg Kommune, 2016). Eksklusion af potentielle outliers ( $>3$  SD fra group mean) påvirkede ikke resultaterne væsentligt. Ingen data points er således ekskluderet fra nærværende analyser. Forandringer på effektmål undersøgtes i parrede  $t$ -tests eller (for skewed data) Wilcoxon Signed Rank tests. Der anvendtes Bonferroni-Holm korrektion til at justere for multiple tests (fem tests, jf. fem outcomes). Effektstørrelser fra før til efter udtrykkes med Cohen's  $d$  justeret for korrelationer mellem baseline- og post-treatment scores, jf. formel 8 i Morris & DeShong (2002). Denne strategi giver en anelse formindskede effektstørrelser, såfremt pre-post korrelationerne er  $< 0.5$ , hvilket var tilfældet her, men det har kun *formindsket* resultaterne i minimal grad, da korrelationerne (range  $r_{\text{pre-post}}=0.42-0.52$ ) var tæt på  $r=0.5$ . Ujusterede pre-post effektstørrelser (Cohen's  $d$ ) ville altså have været en anelse højere.

## Programmets anvendelighed i brede borgergrupper

Et yderligere vigtigt formål for evalueringen var at genundersøge, om programmet syntes anvendeligt i brede borgergrupper, som programmet er designet til. Vi undersøgte de følgende faktorer som potentielle prædiktorer for forandringsgrader på det primære outcome (PSS) samt for forandring på depressionssymptomer (MDI), da forebyggelse af stress-relateret depression er væsentligt for Å&R-programmet og for det forebyggende tiltag på Center for Mental Sundhed:

- Alder
- Køn
- Uddannelse
- Modersmål (dansk versus andet)
- Indledende stressgrad (PSS baseline scores)
- Indledende grad af depressionssymptomer (MDI baseline scores)
- Alkoholforbrug (alkoholgenstande pr. uge samt AUDIT-score)
- Psykiatrisk historie (nuværende eller tidligere diagnose versus ingen diagnose)
- Fysisk helbred (længevarende fysisk sygdom versus ingen længevarende fysisk sygdom)
- Forudgående meditationserfaring (regelmæssig erfaring [mediteret/dyrket yoga  $>1$  gang per uge i  $>1$  måned] versus ingen forudgående meditations- eller yoga erfaring; antal timers meditation eller yoga inden for det sidste år; samt antal timers meditation i livet)

Analysestrategien var her først at udføre ujusterede korrelationstests for at identificere potentielt relevante variable, hvilket defineredes som variable, der var relateret til ( $p<.05$ ) forandringsscores (post-treatment – baseline-scores) på de undersøgte outcomes (change scores). Dernæst udføres multiple lineære regressionsmodeller med alle relevante variable. Disse blev inkluderet samtidigt for at undersøge, om nogle potentielle prædiktorer forudsagde signifikant varians efter statistisk kontrol for de andre faktorer. Analyserne af anvendelighed er også relevante for visitationsprocedurer, hvor det er væsentligt at udvikle evidensbaserede forståelser for, hvilke faktorer der henholdsvis støtter samt er kontraindikerende for den typiske nytteværdi af kursusdeltagelsen. Der mangler viden om kontraindikerende faktorer for deltagelse i meditationsbaserede programmer (Dobkin et al., 2012).



## Beskrivelse af deltagerne

Tabel 1 beskriver basale demografiske og livsstilmæssige karakteristika ved borgerne baseret på screeningsskemaet. Tabel 2 viser deltagernes scores på effektmålene før og efter deltagelsen. Som det ses af Tabel 2 var der tale om et sample med en relativt høj initial stressgrad (PSS gennemsnit = 22.49).

## Årsager til Stress

Borgernes baggrunde og årsager til stress var meget forskellige. Gruppen rummede skolelærere og pædagoger, forskere og ingeniører, direktører og konsulenter, landmænd, kunstnere og pensionister. Årsagerne til stress var både arbejdsrelaterede, sygdomsrelaterede, familiært forårsaget stress og andre årsager, f.eks. mere enkeltstående begivenheder. Det er netop den gruppesammensætning med forskelligartede stressproblematikker, Åben og Rolig er udviklet til.

## Psykiatrisk Sygdom

En større del (38.9%) af borgerne rapporterede enten nuværende eller tidligere at have modtaget en diagnose for en psykiatrisk sygdom. Dette viser også, at der er tale om en sårbar borgergruppe. Af tidligere eller nuværende diagnoser udgjorde angst, stress eller depression langt den største andel (92.4%), mens PTSD eller andre diagnoser udgjorde de resterende (se Tabel 1).

## Uddannelse

Det ses også, at borgergruppen var bred mht. uddannelsesniveau, hvor 37.3% havde en kort uddannelse, 46.0% en mellemlang og 14.0% en længerevarende videregående uddannelse.

## Meditationserfaring

Af de inkluderede borgere havde 32.3% (98/303 borgere) mediteret eller dyrket yoga tidligere (>1 gang / uge i >1 måned) Af disse havde 14 (4.6%) personer mediteret eller dyrket yoga >100 gange; 10 personer 50-80 gange; samt 74 personer 1-42 gange i alt i løbet af det seneste år. Der var altså en relativt lav grad af regelmæssig meditationserfaring igennem længere tid (se Tabel i Supplerende Materiale).

Der var efter korrektion for multiple tests ingen signifikante sammenhænge mellem forudgående meditationserfaring og screeningsscores på PSS ( $r=.07$ ) eller MDI ( $r=.09$ ; dog  $p=.03$  ujusteret; indikerende en tendens til højere MDI-scores i personer uden forudgående regelmæssig meditationserfaring), baseline fysisk sundhed målt ved SF-12 PCS ( $r=-.003$ ), baseline psykisk sundhed målt ved SF-12-MCS ( $r=.05$ ), baseline samlet selv vurderet helbred på et spørgsmål herom på SF-12 ( $r=-.07$ ), søvnkvalitet på PSQI Global ( $r=-.03$ ), alkoholforbrug målt ved antal genstande per uge i de seneste tre måneder ( $r=.01$ ) eller ved AUDIT-score ( $r=-.02$ ), regelmæssig brug af medicin ( $r=.05$ ), længerevarende fysiske sygdomme ( $r=.10$ , dog ujusteret  $p=.020$ ; indikerende flere fysiske sygdomme blandt personer uden regelmæssige forudgående meditationserfaring). Ser man på antallet af gange, borgere tidligere har mediteret var der ingen tendenser til, at flere antal forudgående meditationer var forbundet med nogle af ovenstående mål, heller ikke forekomst af fysisk sygdom ( $r=.05$ ,  $p<.4$ ) eller MDI ( $r=.003$ ,  $p>.9$ ). Disse analyser indikerer, at borgere, som henvendte sig til stressforløbet og som havde regelmæssige forudgående meditationserfaring ikke adskilte sig fra andre borgere ved screening eller baseline.

Åben og Rolig er netop udviklet til borgergrupper, hvor det må forventes, at størstedelen ikke har prøvet at meditere. Samtidig er det et kriterium, som undersøges i visitationsprocessen, at borgeren udtrykker en klar interesse for at arbejde med meditation.

**Tabel 1.** Baseline-karakteristika for borgerne ved Å&R-program, Aalborg - 2016

	Alle (N=305) <sup>a</sup>		Kvinder (N=253)		Mænd (N=50)	
<i>Demografi</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alder (N=303; range 23-66 år)	45.69	10.30	45.32	10.28	47.56	10.29
Højeste gennemførte uddannelse (N=150)	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ingen uddannelse	1	0.7	0	0.0	1	4.2
- Ingen skolegang	0	0.0	0	0.0	0	0.0
- Grundskole	1	0.7	0	0.0	1	4.2
Ungdoms-/ kort videregående udd., < 3 år	56	37.3	47	37.3	9	37.5
- Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse <sup>b</sup>	2	1.3	2	1.6	0	0.0
- Erhvervsuddannelse <sup>c</sup>	28	18.7	22	17.5	6	25.0
- Kort videregående uddannelse (< 3 år)	26	17.3	23	18.3	3	12.5
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år	69	46.0	59	46.8	10	41.7
Lang videregående uddannelse > 4 år	21	14.0	17	13.5	4	16.7
Anden uddannelse	3	2.0	3	2.4	0	0.0
<i>Henvi sning og arbejdsstatus</i>						
Henvi sningsvej (N=149)	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sygedagpengehuset	47	31.5	43	34.4	4	16.7
Egen læge	91	61.1	75	60.0	16	66.7
Arbejdsmedicinsk Klinik	8	5.4	6	4.8	2	8.3
Sundhedscenter	3	2.0	1	0.8	2	8.3
Jobcenter	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Arbejdsstatus (N=303)	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
I arbejde ved screening	179	59.1	144	56.9	35	70.0
Ikke i arbejde ved screening	124	40.9	109	43.1	15	30.0
<i>Helbred og livsstil</i>						
Alkoholgenstande/uge <sup>d</sup> (N=303; range 0-30)	3.14	4.61	2.75	3.78	5.06	7.27
AUDIT-score (N=153; range 0-15)	3.85	2.94	3.73	2.97	4.42	2.73
Længerevarende fysisk sygdom (N=303)	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ja, længerevarende fysisk sygdom	53	17.5	49	19.4	4	8.0
Nej, længerevarende fysisk sygdom	250	82.5	204	80.6	46	92.0
Psykiatrisk diagnosticeret lidelse (N=303)	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ja, tidl. eller nuværende diagnose <sup>e</sup>	118	38.9	101	39.9	17	34.0
Nej, ingen psykiatrisk diagnose	185	61.1	152	60.1	33	66.0

*Noter.* <sup>a</sup>Totalt N er lig med antal inkluderede. Screeningsdata blev ikke opnået for et mindre antal inkluderede borgere (N=2), og disse fremgår derfor ikke i ovenstående tabel. <sup>b</sup>Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse udgør STX, HF, HXH, HTX. <sup>c</sup>Erhvervsuddannelse udgør lærlinge, EFG eller HG-uddannelse. <sup>d</sup>Alkoholgenstande/uge i gennemsnit over de sidste tre måneder. <sup>e</sup>Tidl. eller nuværende diagnose udgør stress, angst eller depression (92.4%), PTSD (4.2%) eller andre psykiatriske diagnoser (3.4%, jf. ADHD (N=1), borderline personlighedsforstyrrelse (N=2) eller diagnose rapporteret som ikke-konkret (N=2)).

## Primære analyser: Forandringer fra før til efter i stress og stress-symptomer

Deltagerne i Åben og Rolig viste signifikante forbedringer på alle anvendte effektmål (Tabel 2). Forandringernes effektstørrelser var store for stress, depression, samt mental sundhed,  $d=0.87-1.11$ . Det støtter, at deltagerne i kurset oplevede væsentlige sænkninger af deres daglige stressniveau (PSS-scoren), symptomer på depression (MDI-scoren) og af deres psykiske sundhed (SF-12-MCS-scoren). Borgerne rapporterede også højsignifikante og medium-store reduktioner af søvnforstyrrelser (PSQI-scoren),  $d= -0.61$ . Deltagerne oplevede endelig en signifikant, men statistisk set mindre forbedring af fysiske sundhed (SF-12-PCS-scoren),  $d=.030$ . Samlet set støtter disse resultater altså, at deltagerne oplevede væsentlige og konsistente forbedringer på de områder, som kurset fokuserer på (kurset fokuserer ikke på fysisk sundhed).

På det primære effektmål, stressskalaen PSS, startede deltagerne på en score på 22.49, langt over landsgennemsnittet på PSS, som er en score på 11.0 (Stigsdotter et al., 2010). Dette er konsistent med pilotfasen i Aalborg, og viser igen, at deltagerne i Aalborg oplevede højere grader af stress end 90% af befolkningen inden forløbet gik i gang. Efter forløbet viste deltagerne en score på 15.52, igen næsten identisk med resultaterne fra pilotfasen (gennemsnittet var her 15.31) dvs. 4.52 point over landsgennemsnittet. Denne score betragtes normalt som en uproblematisk grad af stress og ligger også under inklusionskriteriet (en PSS-score på minimum 17) på Center for Mental Sundhed i Aalborg Kommune. Scoren ligger også statistisk inden for 1 standardafvigelse (SD; 1 SD = 5.93 point) fra gennemsnittet i Danmark. Det procentuelle fald fra målingen før kurset til målingen efter kurset var på 31.0% ( $[22.49-15.52] / 22.49 \cdot 100 = 31.0\%$ ). Anvendes PSS fra screeningsskemaet som udgangspunkt er faldet 41.0% ( $[24.74-15.52] / 22.49 \cdot 100$ ).

Der er ikke konsensus om, hvad et væsentligt fald på PSS udgør i sundhedsfremme, men et fald på mere end 28% blev for nyligt foreslået som et kriterium for en klinisk væsentlig forandring i stresspatienter (Eskildsen et al., 2015). Normalt forventes *mindre* fald i sundhedsfremme end i klinisk behandling (på grund af det højere baseline-stressniveau i kliniske behandlinger), så et relativt fald på 31% må anses for en væsentlig stressreduktion. Dette fald er også enslydende med det opnåede fald i pilotfasen i Aalborg, hvor Åben og Rolig-holdene kørtes af CFPS-psykologer. Her var PSS-faldet på 29.5% (Center for Psykisk Sundhedsfremme og Aalborg Kommune, 2016).

På målet for depressionssymptomer, MDI, sås et fald på 41% (fra 19.8 til 11.62), på PSQI et fald på 24% (fra 8.57 til 6.51) og på SF-12-MCS en stigning på 25,8% (fra 34.14 til 42.95). Dette er væsentlige forbedringer inden for sundhedsfremme, hvor man forventer mindre effektstørrelser end i kliniske interventioner. Effekterne på PSQI og SF-12-målene er dog mindre end i pilotfasen. Dette kan skyldes mange faktorer, herunder almindelig variation, som diskuteret til sidst.

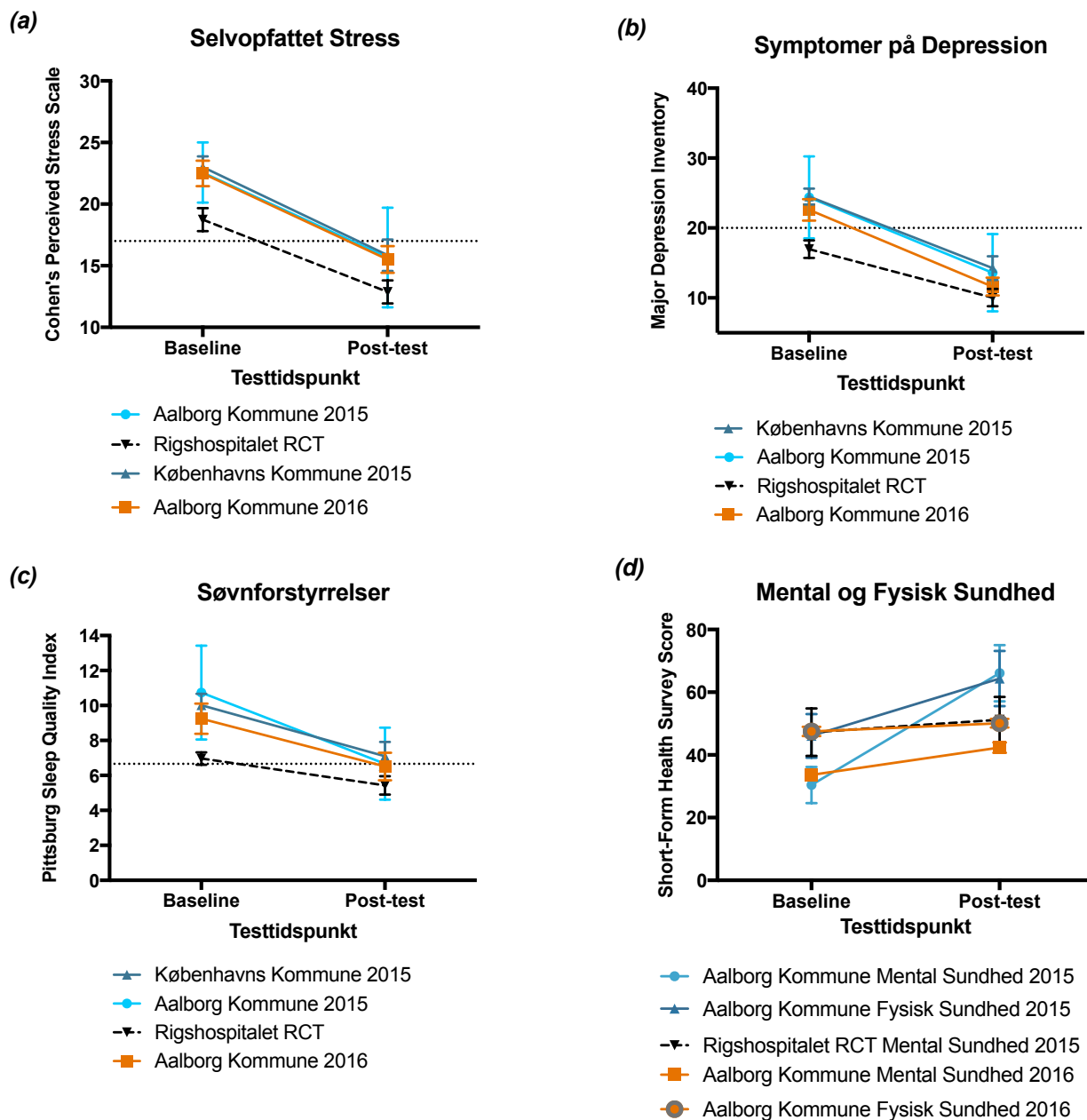
**Tabel 2.** Forandringer på effektmål

Effektmål	Screening (T0)		Baseline (T1)		Post-treatment (T2)		$t_{T1adj-T2}$	$df$	$p_{two-tailed}$	$d$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$				
PSS	24.74	4.85	22.49 <sup>a</sup>	5.87 <sup>a</sup>	15.52	6.15	12.43	125	0.000	-1.11
MDI	23.30	7.91	19.80 <sup>a</sup>	8.27 <sup>a</sup>	11.62	7.26	12.14	125	0.000	-1.09
PSQI	-	-	8.57	3.61	6.51	3.32	5.06	69	0.000	-0.61
SF12 MCS	-	-	34.14	9.81	42.95	9.53	-8.67	99	0.000	0.87
SF12-PCS	-	-	47.60	10.03	50.37	7.99	-2.99	99	0.004	0.30

*Noter.* PSS:  $N_{T0}=303$ ;  $N_{T1}=126$  ( $N_{T1total}=192$ );  $N_{T2}=126$ . MDI:  $N_{T0}=303$ ;  $N_{T1}=126$  ( $N_{T1total}=192$ );  $N_{T2}=126$ . PSQI:  $N_{T1}=70$  ( $N_{T1total}=151$ );  $N_{T2}=70$  ( $N_{T2total}=112$ ). SF12 PCS:  $N_{T1}=100$  ( $N_{T1total}=188$ );  $N_{T2}=100$  ( $N_{T2total}=125$ ). SF12 MCS:  $N_{T1}=100$  ( $N_{T1total}=188$ );  $N_{T2}=100$  ( $N_{T2total}=125$ ). <sup>a</sup>Grundet begrænset dataindsamling ved T1 for PSS og MDI er gennemsnit og standardafvigelse ved T1 medtaget fra T0, når T1 ikke er indsamlet. <sup>b</sup> $p$ -værdier er two-tailed og Bonferroni-Holm-korrigerede for multiple tests ( $N_{tests}=5$ )

## Sammenligning med tidligere fund

Panel 1 illustrerer, at effekterne af Åben og Rolig er sammenlignelige med tidligere studier.



**Panel 1.** Effekter i Københavns Kommune, Aalborg Kommune samt v. Rigshospitalets randomiserede kontrollerede trial (RCT; Jensen et al., 2015). De kommunale borgergrupper viser højere grader af (a) stress, (b) depressionssymptomer og (c) søvnforstyrrelser end i RCT'en. Effekterne er for alle effektmål ligeså store som på Rigshospitalet, hvor der heller ikke sås en initialt stor effekt på mental sundhed. De ensartede fund på alle effektmål støtter, at den standardiserede metode virker ens i en række forskellige undersøgte udrulningskontekster. Error bars markerer 95% konfidensintervallet af gennemsnittet (95% konfidensintervallet er større i Aalborg Kommune 2015, da data her kun reflekterer to Åben og Rolig-pilothold). KK-data afspejler 19 hold. SF-12 data er ikke afbilledet for København, da SF-12-data ikke kunne opgøres af rent tekniske årsager i Københavns første rapport.

## Programmets anvendelighed i brede borgergrupper

De indledende marginale (zero-point) ujusterede korrelationsanalyser med ovenstående liste af undersøgte variable (se Analytiske procedurer) viste, at hverken alder, køn eller uddannelse var relateret til forandringsgrader på PSS eller MDI (N=102, alle r-værdier <.12, alle p-værdier >.23).

PSS-screeningsscores var derimod var signifikant relateret til forandringsgraden på PSS ( $r=-.29$ ,  $p<.01$ ) samt på MDI ( $r=-.27$ ,  $p<.01$ ), hvor korrelationerne indikerede, at højere grader af stress på screeningsskemaet for borgerne var forbundet med større grader af stressreduktioner samt større fald i depressionssymptomer. Ligeledes var alvorligere depressionssymptomer i screeningen forbundet med større fald i stress-scores ( $r=-.23$ ,  $p=.020$ ) samt i depressionssymptom-scores ( $r=-.28$ ,  $p<.01$ ). At have en nuværende eller forudgående psykiatrisk diagnose var ligeledes forbundet med at rapportere et større fald på PSS ( $r=-.30$ ,  $p<.01$ ), men ikke til forandringer på MDI ( $r=.15$ ,  $p=.13$ ). Variablene vedrørende forudgående meditationserfaring tenderede ikke til at være forbundet med forandringer på PSS eller MDI (alle p-værdier >.37). Forekomst af længerevarende fysiske sygdomme samt alkoholvariable var heller ikke forbundet til effekterne, p-værdier >.23.

De to endelige regressionsmodeller inkluderede således PSS- og MDI-screeningsscores (henholdsvis) samt forekomst af psykiatriske diagnoser. Modellen for PSS-forandringsscores viste, at indledende stressgrad forudsagde forandringer i stressgrad ( $\beta=0.30$ ,  $p=.022$ ), ligesom forekomst af nuværende eller tidligere psykiatrisk sygdom ( $\beta=3.33$ ,  $p=.012$ ). Dette betyder, at personer med 10 point højere PSS-scores i screeningen statistisk i denne model ville forudsiges at falde 3 point mere end en på andre punkter sammenlignelig borger. Tilsvarende forudsiger modellen, at en person med en nuværende eller tidligere psykiatrisk diagnose falder 3.33 point mindre i PSS end en person uden nuværende eller forudgående psykiatrisk diagnose. Eksplorative analyser af disse sammenhænge viste, at baseline PSS var en bedre prædiktor for PSS-forandringerne ( $\beta=0.70$ ,  $p<.00001$ ), hvilket kan have praktisk betydning, som diskuteret til sidst. Eksplorative modeller af socioøkonomiske faktorer (alder, køn, uddannelse) bekræftede de simple korrelationsanalyser, i det de socioøkonomiske faktorer ikke forudsagde nogen effekter.

MDI-regressionsmodellen viste, at MDI-screeningsscores tenderede til at forudsige effekten på MDI, men ikke signifikant ( $p=.079$ ) efter kontrol for tilstedeværelsen af psykiatrisk diagnose, som derimod forudsagde MDI-forandringer ( $\beta=3.62$ ,  $p=.006$ ). Personer med en nuværende eller tidligere psykiatrisk diagnose forudsiges altså ifølge modellen at falde 3.62 point mere på MDI – altså at udvise større symptombedring – end personer uden psykiatrisk diagnose. En eksplorativ analyse, som fremfor MDI-screeningsscoren anvendte mean mellem screening og baseline MDI-scoren (et mindre varieret mål pga. gennemsnitsudregningen på tværs af to MDI-målinger) viste dog, at denne MDI-score forudsagde MDI-forandringen ( $\beta=-0.173$ ,  $p=.043$ ), indikerende, at højere initialer depressionssymptomer forudsagde en anelse større reduktioner på MDI.

Analyserne viser dermed, at PSS-scoren synes et vigtigere initialt mål end MDI-scoren.

### Tilfredshedsevaluering v. Sygedagpengehuset

Aalborg Kommunes Sygedagpengehus har gennemført en tilfredshedsevaluering, som beskrives i den fulde evalueringsrapport fra Aalborg Kommune. Den nævnes her for at perspektivere fundene indtil da. Konklusionen på rapporten lyder:

*Åben og Rolig oplever en særdeles positiv respons, eftersom borgerne i flere tilfælde tilkendegiver, at dette er første gang de bliver en del af et system eller forum, hvor de befinder sig blandt mennesker, som deler og forstår deres stressrelaterede udfordringer.*

## Diskussion

Center for Mental Sundhed har i 2016 udrullet forløbet Åben og Rolig til borgere med alvorligere grader af langvarig stress, baseret på en succesfuld pilotudrulning i 2015 (Center for Psykisk Sundhedsfremme og Aalborg Kommune, 2016).

Evalueringsrapporten for 2016 (den nærværende) viser, at Å&R-forløbet i Aalborg Kommune fortsat resulterer i de ønskede signifikante effekter på alle effektmål, og hvor de statistiske effektstørrelser, også på alle effektmål, fortsat tilsvarende den oprindelige randomiserede undersøgelse v. Rigshospitalet. Dette er væsentligt, da større udrulninger indebærer en lang række faktorer, som er svære at kontrollere, hvilket kan sænke effekterne i større interventionsprojekter i sammenligning med mere kontrollerede eksperimenter. Det støtter samlet set, at Aalborg Kommunes Center for Mental Sundhed forestår et succesfuldt og efterlevelsseværdigt tilbud.

Mere konkret er effekten på det primære outcome, selvopfattet stressgrad målt v. PSS, fortsat stor, med en gennemsnitlig reduktion af PSS-scores på 31% og en meget stor statistisk effektstørrelse,  $d = 1.11$ . På samme måde var effekten på depressionssymptomer stor (41% reduktion,  $d=1.09$ ), ligesom effekten på mental sundhed (26% stigning,  $d=0.87$ ). Effekten på søvnforstyrrelser var medium-stor (24% reduktion,  $d=0.61$ ). Fysisk sundhed er ikke i fokus på kurset, og der sås forventeligt kun en lille, men dog signifikant effekt herpå ( $d= 0.30$ ,  $p=.004$ ). Endelig var der en høj tilfredshed med kurset, som fremlagt i rapporten herom fra Aalborg Kommunes Sygedagpengehus (henvendelse herom skal ske til Aalborg Kommune). De kvantitative resultater fremlagt her støtter dermed uniformt, at Åben og Rolig-programmet fortsat giver særdeles gode resultater i Aalborg Kommune.

Rapporten støtter også fortsat (se Københavns Kommune, 2016), at Åben og Rolig har en bred socioøkonomisk effektivitet set i forhold til forskellige stressproblematikker og forudgående strategier til at mestre ens livssituation. Der var ingen statistisk signifikant forskel i nyttevirkning af forløbet alt efter køn, alder eller grad af forudgående akademisk eller erhvervsmæssig uddannelse, og der var ingen tendenser i disse retninger. Dette støtter et bredt potentiale for metoden, som netop nu udvikles i flere formater, såsom et Åben og Rolig-program tilrettet unge med uddannelsesstress udviklet i samarbejde med Aalborg Kommunes Center for Mental Sundhed (rapport herom udgives i foråret 2017).

En interessant eksplorativ observation var, at baseline-PSS var en bedre prædiktor for PSS-effekter end screenings-PSS scores. Dette tyder på, at PSS målt umiddelbart forud for kurset i højere grad forudsiger effekterne af kurset end tidligere målte PSS-scores (screeningen). I praksis betyder dette måske, at psykologerne i højere grad kan anvende PSS til at danne hypoteser om nytteværdien af kurset, når screeningen ligger tæt på holdstart. Det leder naturligt videre til den anbefaling, at der ikke bør gå for lang tid fra, at en borger screenes, til vedkommende tilbydes holdstart.

Dog er den væsentligste konklusion, at hvad end PSS anvendes som screenings- eller baseline-scores, så er det de borgere, der scorer højt på PSS, som oplever de største forbedringer. Opidset, så er det borgere med høj grad af stress, som rapporterer de største effekter.

Dette fund støtter også, at der ikke bør sættes en øvre grænse for PSS-scores i inklusionen. I tillæg hertil viste regressionsanalyserne af PSS, at borgere ( $n=33$ ) med nuværende eller tidligere psykiatiske sygdomme oplevede større forbedringer (36.5% reduktion) på PSS end det samlede sample (31%), samt ligeså stor reduktion af depressive symptomer (41.8%) som den samlede gruppe (41%).

Disse analyser tyder samlet set på, at de borgere, som har størst behov (højere stressgrad, højere symptomer på depression, nuværende eller tidligere psykiatrisk diagnose) – også er dem, der oplever størst effekt (både på stressreduktion og symptomer på depression). Dette skal på

ingen måde forstås sådan, at Å&R-Standard programmet uden videre kan anvendes til alvorlige psykiatriske lidelser. Dog giver det en indikation på, at screeningen i Å&R-udrulningen i Aalborg fungerer godt. Det ser ikke ud til, at det er nødvendigt at udelukke borgere, blot fordi de har en tidligere eller nuværende diagnose (angst, depression og stress udgjorde 92% af diagnoserne og PTSD udgjorde 4%). Tværtimod ser det netop ud til, at psykologernes grundige visitationsproces ved Center for Mental Sundhed har resulteret i, at de borgere, der blev inkluderet med psykiatriske diagnoser, også har profiteret væsentligt af forløbet. På samme måde viste evalueringsrapporten for Københavns Kommune for året 2015 (Københavns Kommune, 2016; Center for Psykisk Sundhedsfremme, 2016), at effekterne af Å&R heller ikke for de københavnske borgere var relateret til forekomsten af psykiatrisk sygdom (her var subsamplet med nuværende eller tidligere psykiatrisk sygdom på n=64 borgere), hverken for effekter på PSS ( $r=.04$ ,  $p>.7$ ) eller MDI ( $r=-.07$ ,  $p=.58$ ). Dette tyder alt i alt på, at borgere med en mindre alvorlig eller funktionsnedsættende psykiatrisk sygdom (inden for angst, depression og tilpasningsreaktioner) ikke nødvendigvis bør udelukkes fra forebyggende tiltag.

### Begrænsninger ved evalueringen

De væsentligste begrænsninger ved nærværende rapport vedrører:

- 1.** En stor mængde borgere fik ikke udfyldt effektmål før og/eller efter forløbene. Dette er ikke unormalt i undersøgelser i den offentlige sundhedssektor, hvor der arbejdes med meget brede borgergrupper og mange niveauer i implementeringen, men det svækker sikkerheden af fortolkningerne. Datatabet her har været omkring 50%.
- 2.** En anden begrænsning er naturligvis, at der ikke indgik en kontrolgruppe. Således er det principielt muligt, at de positive forandringer er opstået af andre faktorer (tilfældigheder, andre hændelser, spontan bedring) end Åben og Rolig forløbet. Imidlertid var det kliniske indtryk, som også støttedes af nye interviewundersøgelser af Sygedagpengehuset i Aalborg Kommune, at borgerne klart oplevede, at forløbet var årsagen til deres bedring (jf. den fulde evalueringsrapport fra Aalborg Kommune).
- 3.** Det er også en begrænsning, at rapporten ikke er udført af uafhængige forskere og ikke har været igennem peer-review. Den primære afsender af rapporten står naturligvis fuldt ud inde for analyserne, og data kan udleveres af Aalborg Kommune til efterprøvning. Derudover er der nu, efter de første års udrolning af Åben og Rolig, tilstrækkeligt data til, at der er blevet sammensat en bred forskergruppe, som vil publicere i peer-reviewede tidsskrifter på baggrund af de foreliggende rapporter. Derved vil data og analyser mv. igen blive underkastet uvildige forskeres perspektiver.
- 4.** Endelig er en begrænsning at finde i manglen på langtids-follow-up. Her udføres nu flere projekter; dels udfører Aalborg Kommune selvstændigt langtids-follow-up (3-6 mdr.) med skemadata; dels udfører Aalborg Universitet (Lektor Hanne Dauer Keller) et 1-årigt kvalitativt studium af langtidsvirkninger af deltagelse i Åben og Rolig i Aalborg.

## Konklusion

Åben og Rolig forløbet i Aalborg Kommune resulterer i signifikante og væsentlige forbedringer af stress, depressionsgrad, søvnkvalitet, samt mental sundhed, samt i mindre forbedringer af fysisk sundhed.

Effekterne tilsvare eller overgår fortsat effekterne i Rigshospitalets randomiserede undersøgelse, og replicerer effekterne i Københavns Kommunes Stressklinikker.

Åben og Rolig-udrulningen i Aalborg Kommune kan derfor fortsat anbefales ud fra de enslydende positive effekter, som nærværende rapport har dokumenteret.

..



## Referencer

Bech P, Rasmussen NA, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory using the present state examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord.* 2001;66:159–64.

Bjørner JB, Damsgaard MT, Watt T, Bech P, Rasmussen, Thunedborg K. Dansk manual til SF-36. København: Lif; 1997.

Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28:193–213.

Center for Psykisk Sundhedsfremme (2016). *Evalueringsrapport 2015 – Pilotåret 2015 Etablering af Stressforløbet Åben og Rolig i København Kommunes Forebyggelsescentre.*

Center for Psykisk Sundhedsfremme og Aalborg Kommune (2016). *Evalueringsrapport 2015 – Pilotåret 2015 Etablering af Stressforløbet Åben og Rolig i Aalborg Kommunes Center for stressforebyggelse.*

Carmody, J., & Baer, R. A. (2009). How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? *Journal of Clinical Psychology, 65*(6), 627-638.

Cohen S, Williamson G. In: Spacapan S, Oskamp S, editors. Perceived stress in a probability sample of the United States. CA: Sage. Newbury Park; 1988.

Dobkin, P. L., Irving, J. A., & Amar, S. (2012). For whom may participation in a mindfulness-based stress reduction program be contraindicated?. *Mindfulness, 3*(1), 44-50.

Jensen, CG. Åben og Rolig - Standardiseret Instruktørmanual [Open and Calm - Standardized Instructor's Manual]. Copenhagen: Centre for Mental Health Promotion. 2015. ([www.cfps.dk](http://www.cfps.dk)).

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>

Københavns Kommune (2016). *Evalueringsrapport 2015 – Pilotåret 2015 Etablering af Stressforløbet Åben og Rolig i Københavns Kommunes Forebyggelsescentre.*  
<http://cfps.dk/wp-content/uploads/2016/04/Evalueringsrapport-KK-CFPS-1.april-2016.pdf>

Stigsdotter UK, Ekholm O, Schipperijn J, Toftager M, Kamper-Jørgensen F, Randrup TB. Health promoting outdoor environments—associations between green space, and health, health-related quality of life and stress based on a Danish national representative survey. *Scand J Public Health.* 2010;38:411–7.

Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.

World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO; 2005. ISBN 92-890-1377-X.

# Evalueringsrapport

## Supplerende materiale

2016



AALBORG  
KOMMUNE

**Kvantitative effektmålinger af *Åben og Rolig*  
til stressramte borgere i Aalborg Kommunes  
Center for Mental Sundhed**

Supplerende materiale - version 1.2.

## Meditationserfaring

Af de inkluderede borgere havde 32.3% (98/303 borgere) mediteret eller dyrket yoga tidligere (>1 gang / uge i >1 måned) Af disse havde 14 (4.6%) personer mediteret eller dyrket yoga >100 gange; 10 personer 50-80 gange; samt 74 personer 1-42 gange i alt i løbet af det seneste år. Der var altså en relativt lav grad af regelmæssig meditationserfaring igennem længere tid.

**Tabel.** Meditationserfaring blandt borgerne ved Å&R-program, Aalborg – 2016

Variable	Alle (N=303) <sup>a</sup>		Kvinder (N=253)		Mænd (N=50)	
Tidl. regelmæssig meditation/yoga <sup>b</sup>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ja	98	32.3	88	34.8%	10	20.0
- Meditation/yoga >100 gange i løbet af seneste år	14	4.6	-	-	-	-
- Meditation/yoga 50-80 gange i løbet af seneste år	10	3.3	-	-	-	-
- Meditation/yoga 1-42 gange i løbet af seneste år	74	24.4	-	-	-	-
Nej	250	67.7	165	65.2%	40	80.0
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Antal t meditation/yoga (seneste år) (N=46) <sup>c</sup>	35.07	68.88	-	-	-	-
Antal t meditation i hele livet (N=46) <sup>d</sup>	560.9	2059.6	-	-	-	-

*Noter.* <sup>a</sup>Totalt N er lig med antal inkluderede med opnået screeningsdata. <sup>b</sup>Regelmæssig erfaring: Ja [mediteret/dyrket yoga >1 gang per uge i >1 måned] versus nej [ingen forudgående meditations- eller yoga erfaring]. <sup>c</sup>Range: 1-450t. <sup>d</sup>Range: 1-10000t.

### Sammenligning blandt alle inkluderede borgere

Af alle henviste borgere (N=536) blev 305 borgere inkluderet til Åben og Rolig-forløb, 118 blev ekskluderede og fra i alt 113 fremgår ikke en status på, hvorvidt de blev inkluderet eller ekskluderede. Denne rapport er baseret på de borgere, der med sikkerhed vides inkluderet til Åben og Rolig-forløb.

Blandt alle de inkluderede borgere (N=305) blev data på effektmålene, PSS og MDI, opnået ved follow-up for 41.3% (N=126;  $126/305 \cdot 100 = 41.3\%$ ) efter Åben og Rolig-forløbet. Data på effektmålene ved follow-up blev ikke opnået for de resterende 58.7% af inkluderet borgere (N=179;  $179/305 \cdot 100 = 58.7\%$ ), som bestod af registrerede dropouts ( $n=18$ ) og inkluderet borgere fra hvilke follow-up data ikke blev opnået ( $n=161$ ). Grundet denne store mængde af ikke-opnået data ved follow-up, var det derfor relevant at undersøge, hvorvidt borgerne fra hvilke data blev opnået versus ikke-opnået adskiller sig fra hinanden. Resultaterne viste ingen signifikante forskelle på relevante karakteristika, såsom køn, alder, arbejdsstatus og effektmål ved screening, blandt disse to grupper af inkluderet borgere (se Tabel).

**Tabel.** Sammenligning blandt alle inkluderet borgere ift. opnåelse af follow-up data

Variable	Opnået data <sup>a</sup> (N=126)		Ikke-opnået data <sup>b</sup> (N=179)		Test	df	$p_{\text{two-tailed}}^c$
	n	%	n	%			
Køn							
Kvinder	102	81.0	151	85.3	$\chi^2$		
Mænd	24	19.0	26	14.7	1.015	1	0.314
Alder	M	SD	M	SD	t		
	45.86	10.05	45.57	10.49	0.238	301	0.812
Arbejdsstatus ved screening	n	%	n	%			
I arbejde	80	63.5	99	55.9	$\chi^2$		
Ikke i arbejde	46	36.5	78	44.1	1.740	1	0.187
Effektmål ved screening	M	SD	M	SD	t		
PSS	24.99	4.60	24.55	5.02	0.776	301	0.439
MDI	23.12	8.31	23.43	7.64	-0.336	301	0.737

*Noter.*  $\chi^2$ : Pearson's chi-square test; t: Independent samples t-test. <sup>a</sup>Opnået data: Gennemsnit og standardafvigelse blandt inkluderet borgere fra hvilke follow-up på effektmålene, PSS og MDI, er opnået (N=126). <sup>b</sup>Ikke-opnået data: Gennemsnit og standardafvigelse blandt inkluderet borgere fra hvilke follow-up på effektmålene, PSS og MDI, ikke er opnået (N=179). Screeningsdata blev ikke opnået for et mindre antal inkluderet borgere (N=2), og disse fremgår derfor ikke i ovenstående analyser, der alle baseres på variable fra screeningsdata. <sup>c</sup>p-værdier er two-tailed.



*Center for* **PSYKISK  
SUNDHEDSFREMME**

**Forskningsbaserede Strategier  
Samfundsmæssigt Perspektiv  
[www.cfps.dk](http://www.cfps.dk)**