

Evalueringsrapport

Pilotåret 2015

Etablering af Stressforløbet Åben og Rolig i
Aalborg Kommunes Center for Stressforebyggelse



Center for **PSYKISK
SUNDHEDSFREMME**

Evalueringsrapport – Etableringen af stressforløbet Åben og Rolig i Aalborg Kommunes Center for Stressforebyggelse

Rapporten er udarbejdet af

Christian Gaden Jensen
Cand.Psych., Ph.D.
Centerleder for Center for Psykisk Sundhedsfremme
www.cfps.dk
www.åbenogrolig.dk

Indsamling af data udført i samarbejde med:
Linkberg, v. Thomas Lindbirk Berggren

Kodning og scoring af data udført i samarbejde med:
Søren Christian Krogh, Aalborg Kommune
Jannie Claudius Jakobsen

Dataindtastning, scoring og kvalitetskontrol af data udført i samarbejde med:
Liv Vadskjær Hjort
Cand.psych., Ph.D.-stipendiat
Neurobiologisk Forskningsenhed
Rigshospitalet
www.nru.dk

Rapporten planlagt i samarbejde med
Bettina Bisp Jensen, Aalborg Kommune
Torben Krogh Kjeldgaard, Aalborg Kommune

Tak til professor i klinisk psykologi, Peter Elsass, Københavns Universitet, samt centerleder v. Neurobiologisk Forskningsenhed, Rigshospitalet, Peter Steen Jensen, for konsultation ang. scoring og fortolkning af data.

Version 1.0
Leveret til Aalborg Kommune d. 1. April, 2016.

© Center for Psykisk Sundhedsfremme 2016
www.cfps.dk

Indholdsfortegnelse

Resumé: Formål, resultater og konklusioner.....	4
Etisk erklæring om rapportens indhold.....	4
Indledning.....	4
Formålene med evalueringsrapporten.....	5
1. Uddannelse af psykologer fra Aalborg Kommune i Åben og Rolig	5
2. Udrulning af to borgerhold med kurset Åben og Rolig	6
3. Effektundersøgelsen af Åben og Rolig i Aalborg 2015.....	6
Procedurer og henvisningsveje	6
Procedurer for pilotprojektet.....	8
Grundlæggende inklusionskriterier.....	8
Informeret samtykke.....	8
Anvendte spørgeskemaer	8
Beskrivelse af deltagerne.....	10
Primære analyser: Forandringer fra før til efter i stress og stress-symptomer	12
Frafald fra kurset	15
Brugen af kurset	15
Kvantitativ Tilfredshedsevaluering.....	15
2. Kliniske erfaringer	16
3. Kvalitativ undersøgelse af gruppeprocesser i Åben og Rolig.....	17
4. Fortolkning og diskussion	17
Samfundsmæssige perspektiver	18
Begrænsninger ved evalueringen	18
Konklusion på evalueringsrapporten	19
Bilag 1. Udførlig procedure- og metoderedegørelse.....	20
Økonomi og vederlag	20
Kort beskrivelse af Åben og Rolig programmet	20
Analytiske procedurer	20
Effektstørrelser	20
Datadistributioner og behandling af potentielle outliers.....	21
Referencer	22

Resumé: Formål, resultater og konklusioner

Evalueringsrapportens formål var at evaluere effekterne af stressforløbet *Åben og Rolig* som det udrulledes i Københavns Kommunes fem forebyggelsescentre (hhv. FC-Vanløse, FC-Nørrebro, FC-Vesterbro, FC-Østerbro og FC-Amager) igennem år 2015. Effekterne evalueres via tre spørgeskemaer som måler stress, depressionssymptomer samt søvnforstyrrelser, henholdsvis. Ligeledes beskrives pilotåret kort ud fra nogle samarbejds-mæssige perspektiver.

Resultaterne er enslydende positive. På alle effektmål viste borgere signifikante og betydningsfulde forbedringer. Det støtter, at de har oplevet væsentlige forbedringer af deres stressniveau, symptomer på depression samt af deres søvnkvalitet. Resultaterne viser endvidere ensartede effekter på alle fem forebyggelsescentre samt Center for Psykisk Sundhedsfremmes egen klinik. Effekterne i Københavns Kommune var helt sammenlignelige med resultaterne fra udrulningen af borgerforløbet i Aalborg Kommune samt i Rigshospitalets randomiserede undersøgelse af metoden. Endelig viser resultaterne, at alder, køn, uddannelse, beskæftigelse, indkomst samt andre baggrundsvariable ikke var relateret til eller kunne forudsige effekterne for borgerne. Åben og Rolig-forløbet var derfor bredt socioøkonomisk anvendeligt, som intenderet.

Konklusionen på rapporten er, at der er fortsat belæg for at gå videre med udrulningen af programmet og den evidensbaserede udvikling heraf.

Etisk erklæring om rapportens indhold

Rapporten er udformet i et samarbejde mellem Center for Psykisk Sundhedsfremme og Sundhedsstrategisk Team og Center for Stressforebyggelse, Aalborg Kommune.

Dataindsamling og scoring er foretaget i dette samarbejde. Der har været en stor åbenhed omkring procedurer. Alle data har været og er tilgængelige for alle involverede parter. Aalborg Kommune har indgået Databehandleraftale med Center for Psykisk Sundhedsfremme og IT-firmaet Linkberg om opsætning af onlinesystem til indsamling af data og behandling af data. Center for Psykisk Sundhedsfremme har afleveret rådata, statistiske syntax-filer, test-outputs mv. til Sundhedsstrategisk Team, så en replikation af nærværende analyser nemt kan foretages.

Rapportens primære ansvarlige, CFPS' centerleder, Christian Gaden Jensen, Ph.D., står fuldt ud inde for rapportens indhold, analyser og fortolkninger. Kommentarer er velkomne. Data kan kun udleveres af Aalborg Kommune, som er dataejer.

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*¹ udviklet specifikt med henblik på implementering i den offentlige sundhedssektor som et evidensbaseret tilbud til stressreduktion, psykisk sundhedsfremme samt øget stressrobusthed (Jensen, 2013, Jensen et al., 2015).

¹ En beskrivelse af Åben og Rolig-forløbet ses i Bilag 1 samt på www.aabenogrolig.dk.

Præ-pilotfasen blev defineret som efteråret 2015 samt foråret 2016 i kontrakten mellem Center for Psykisk Sundhedsfremme (herefter CFPS) og Aalborg Kommune (AaK) (Fase 1 i kontrakten). Der er dermed ikke tale om et tilfældigt nedslag i en datamængde, men om en planlagt evaluering af præ-pilotfasen. Åben og Rolig-projektet er nu i pilotfasen (Fase 2, forår 2016), hvor AaK udruller de første ca. syv hold. Projektet indgår i den egentlige driftsfase (Fase 3) i AaK fra august 2016.

Foråret 2015 rummede en relativt omfattende etablering af samarbejdet, herunder definitionen af samarbejdsfladerne, budget, tidsplaner, målsætninger, vurderingskriterier, arbejdsgange, logistik mv. Det er indtrykket i CFPS, at dette indledende samarbejdsforløb var meget vellykket, men referencer herfor må rettes til Sundhedsstrategisk Team.

Der skal fra CFPS lyde en stor anerkendelse af medarbejderne i Sundhedsstrategisk Team samt Center for Stressforebyggelse for deres entusiasme og professionalisme.

Præ-pilofasen, efteråret 2015, rummede følgende hovedaktiviteter, som gennemgås nedenfor:

1. Uddannelse af psykologer fra Aalborg Kommune i kurset Åben og Rolig.
2. Udrulningen af de to første borgerhold.
3. Effektundersøgelse af Åben og Rolig præ-pilot-holdene i Aalborg 2015.
4. Videre samarbejde om forskningsbaseret udvikling af stressprogrammet.

Formålene med evalueringsrapporten

Rapporten fokuserer på punkt 3 ovenfor, dvs. undersøgelsen af effekterne af forløbene for borgere fra Aalborg Kommune. Punkt 1, 2 og 4 nævnes dog kort.

1. Uddannelse af psykologer fra Aalborg Kommune i Åben og Rolig

Fire psykologer fra AaK indgik i psykologuddannelsen i Åben og Rolig i CFPS. To yderligere psykologer er nu under uddannelse. Uddannelsesforløbet er omfattende (uddannelsesordningen kan ses på www.cfps.dk) og rummer såvel stabil, personlig meditationspraksis som fagligt og professionelt arbejde med forskningslitteratur, faglige vurderinger og træningen i programmets øvelser og centrale metoder. En standardiseret instruktørmanual kan rekvireres fra CFPS.

Uddannelsesforløbet resulterede i certificering af tre af de fire psykologer. De to yderligere afslutter deres uddannelse i foråret 2016. Den sidste psykolog skiftede stilling undervejs i forløbet. AaK kan anmodes om udtalelser om psykologforløbet. CFPS' vurdering er, at AaK-psykologerne gennemførte forløbet med et stort engagement. En psykolog var af eksterne årsager ikke til stede ved én trænings-session, ellers var der fuldt fremmøde ved alle instruktørsessioner. Psykologerne etablerede og demonstrerede en høj faglig viden og kunnen. Det var, og er stadig, en stor fornøjelse at være en del af dette samarbejde, som i dag består i fortsat supervision og vidensdeling om udrulningen af Åben og Rolig-forløbene.

Det er erfaringen, at det er den fagligt rigtige beslutning at ansætte psykologer til udrulle kurserne. Stressbehandlinger i det offentlige rummer mange forskellige borgere og problematikker, mange forskellige grader og typer af stressoplevelser, og mange forskellige procesforløb. Borgere, som har oplevet langvarig stress, kan komme i kontakt med alvorlige problemstillinger, tidligere såvel som nuværende, som det kræver en psykologisk faglighed at varetage.

2. Udrulning af to borgerhold med kurset Åben og Rolig

Udrulningen kræver mange forberedelser, såsom strategier og aftaler for henvisningsveje og arbejdsgange, inklusionskriterier og -procedurer, informationsmaterialer, den lokale registrering og journalisering, logistik, aftaler om viderehenvisningsmuligheder ved eksklusion, forværring mv.

Sundhedsstrategisk Team og Center for Stressforebyggelse har fra CFPS' perspektiv arbejdet eminent med alle disse elementer. Aftaler bliver holdt, effektueret, beslutningskraften og velviljen er en lise at være vidne til. En væsentlig erfaring var, at det var meget hensigtsmæssigt at begrænse invitationen til de to hold, samt at vente med officiel omtale af projektet indtil procedurer og arbejdsgange var veletablerede.

Inklusionsprocessen omfattede 40 henvisninger fra projektpartnere (se kapitel 3, som specificerer henvisningsveje). Alle borgere blev visiteret, ingen venteliste opstod. Lokalerne var fra starten velforsynede med de nødvendige remedier: stole, måtter, forskellige typer puder, tæpper, alle kursusmaterialer, lommeterklæder, hyggelig forplejning osv. Screenings-skemaer var etableret i en sikkerhedskrypteret online portal (Enalyzer systemet anvendtes, opsat af IT-firmaet Linkberg i samarbejde med CFPS og AaK), så psykologerne forud for visitationssamtaler kunne downloade screeningsdata og være velforberejede til samtalerne. AaK sørgede for påmindelser til borgere vedrørende skemaer og mødetider. Af 40 bookede borgere mødte 39 frem. Således var alle muligheder til stede for en succesfuld udrulning af de første to hold.

3. Effektundersøgelsen af Åben og Rolig i Aalborg 2015

Præ-pilotstudiet rummer to Åben og Rolig-hold udrullet i Center for Stressforebyggelse i efteråret-vinteren 2015. Pilotstudiet blev primært evalueret kvantitativt igennem validerede spørgeskemaer. Sekundært udførtes en kvalitativ undersøgelse med interviews af to deltagere samt med udfyldning af AaK's interne tilfredshedsskema. Yderligere metodebeskrivelser ses i Bilag 1.

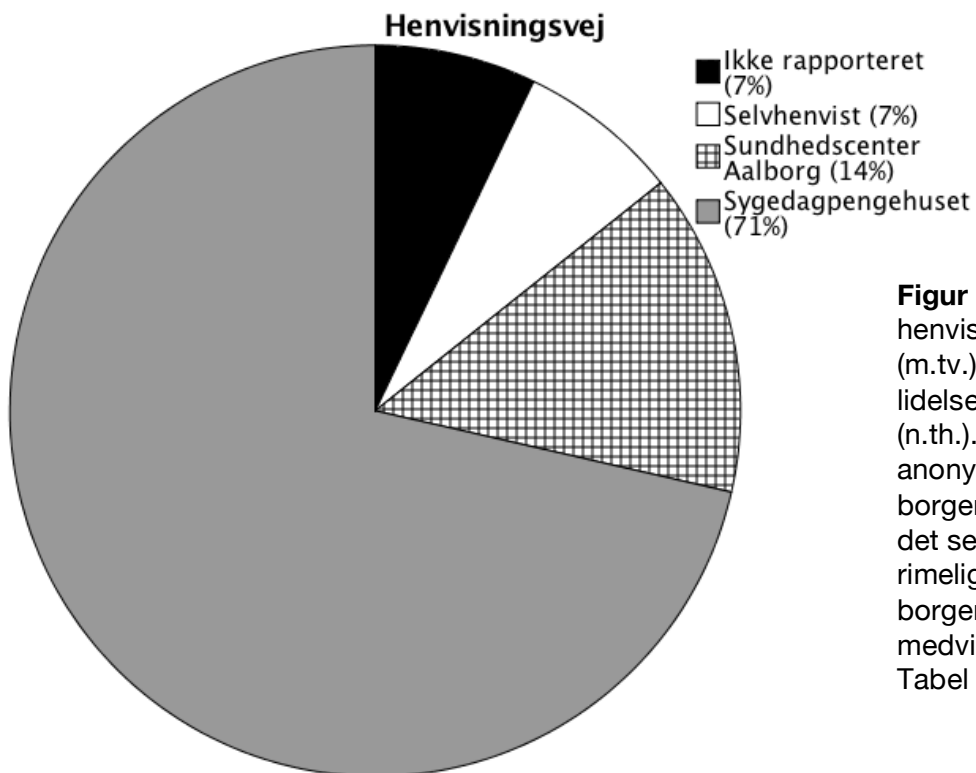
Procedurer og henvisningsveje

De fleste deltagere henvistes via Sygedagpengehuset i Aalborg. En informationspjece blev sendt ud, hvorefter interesserede borgere blev ringet op af Center for Stressforebyggelse, som kort interviewede og informerede borgeren. Virkede borgeren egnet, blev borgeren bedt om at udfylde et online screeningsskema via et unikt link. Når screeningsskemaet var udfyldt, blev det udtrukket af det sikkerhedskrypterede system af CFPS' psykologer, som dernæst orienterede Center for Stressforebyggelse om, hvilke borgere, der kunne bookes til visitationssamtaler.

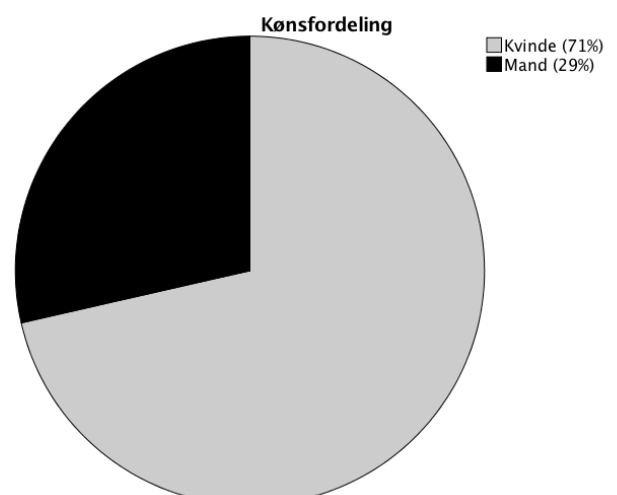
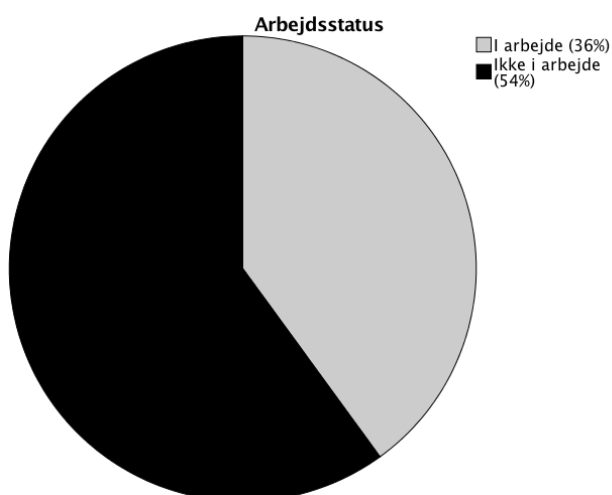
Enkelte borgere blev ringet op af CFPS med henblik på afklarende spørgsmål. Tre borgere blev inkluderet via telefoninterviews, da de ikke havde mulighed for at møde op til visitationssamtalen.

I alt blev 35 borgere henvist. To borgere udfyldte ikke skemaerne, 29 blev inkluderet. Dermed er inklusionsraten 83% af de henviste (29/35). Af de borgere, som kom til foramtaler (de visiterende samtaler) blev dermed 88% (29/33) inkluderet. Med andre ord blev omkring hver tiende person til foramtalerne ekskluderet (12%). I dette regi er dette en meget effektiv rekruttering. Der er blevet informeret præcist til Sygedagpengehuset og retningslinjerne er blevet fulgt. Til sammenligning ekskluderedes 33% (35/107 henviste borgere) i den originale undersøgelse på Rigshospitalet (Jensen et al., 2015).

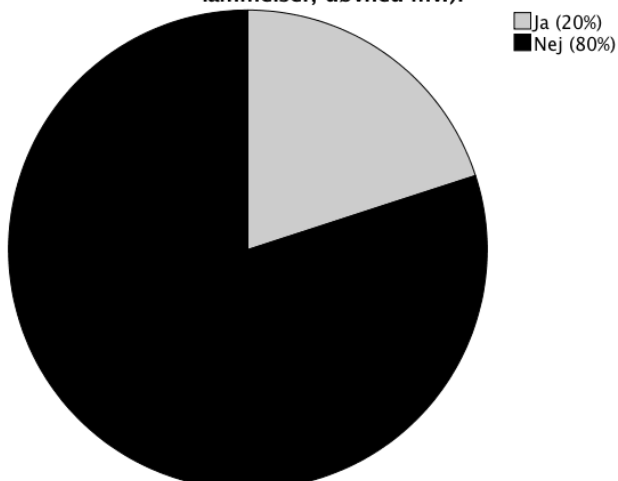
Figur 1 viser brugen af de anvendte henvisningsveje i pilotstudiet.



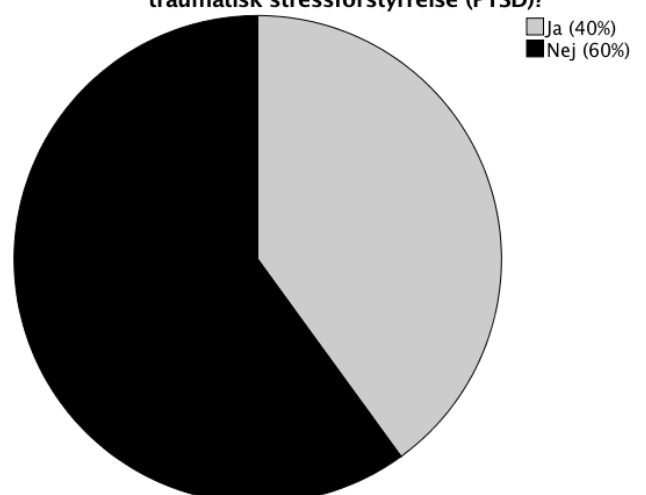
Figur 1. Tærte-diagrammer af hhv. henvisningsveje (ø.), arbejdsstatus (m.tv.), kønsfordeling (m.th.), psykiatrisk lidelse (n.tv.) samt fysisk sygdom (n.th.). Disse diagrammer baseres på anonyme opgørelser af alle inkluderede borgere ($n=28$) før effektmålinger. Som det ses tilsvare procentsatserne i rimelig grad procentsatserne for borgere, der gav samtykke til at medvirke til effektevalueringen ($n=23$, Tabel 1).



Har du længerevarende fysiske sygdomme eller et handicap (fx stofskiftesygdomme, sukkersyge, hjertekarsygdom, kræft, lammelser, døvhed mv.)?



Er du for tiden, eller har du tidligere været, diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse, fx depression, angst eller post-traumatisk stressforstyrrelse (PTSD)?



Procedurer for pilotprojektet

Grundlæggende inklusionskriterier

Følgende inklusionskriterier visiteredes online i et screeningsskema (kan rekvireres fra CFPS), som indeholdt en række mere detaljerede spørgsmål. Hovedkriterierne for inklusion var:

- Minimum 18 år gammel.
- Evnen til at tale, forstå og læse dansk flydende.
- En begyndende oplevelse af stress og/eller nedtrykthed. Stress-kriteriet operationaliseres som en score på Cohen's Perceived Stress Scale på minimum 17.
- Praktisk mulighed og motivation for at deltage.
- Lyst til at undersøge meditation.
- Bosiddende i Aalborg Kommune.

Informeret samtykke

Alle borgere afgav informeret samtykke til at medvirke i forløbet. Ud af de 28 medvirkende borgere afgav initialt 21 borgere (75%) skriftligt informeret samtykke til at deres data anvendtes i denne evaluering. De syv borgere som havde angivet ikke at ønske at samtykke hertil i screeningsskemaet online blev til visitationssamtalen adspurgt én gang mundtligt om de var informeret om, at samtykket ikke ville resultere i, at deres data ville blive tilgængelige uden for nærværende evaluering og kun havde til formål at støtte evalueringens kvalitet. Borgerne blev samtidigt klart informeret om, at det var helt frivilligt at samtykke og at det ikke ville påvirke deres mulighed for deltagelse. To borgere valgte til samtalen at ændre deres samtykke. Evalueringen er således baseret på data fra 23 borgere. De sidste fem borgere svarede enten nej (to borgere) eller undlod at aflevere samtykke (tre borgere). Disse fem borgeres data blev derfor ikke medtaget.

Anvendte spørgeskemaer

Alle skemaer udfyldtes online i en sikkerhedskrypteret portal (systemet *Analyzer* anvendtes). De fem spørgeskemaer er nærmere beskrevet i Bilag 1 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 screeningsskema udfyldtes inden visitationssamtalen med CFPS-psykologerne. Dette skema rummede spørgsmål til demografi, socioøkonomi, livsstil, sygdomshistorie (psykisk og fysisk), motivation for at deltage, stressoplevelse, symptomer på depression mv. Ligeledes anvendtes heri f.eks. AUDIT-skemaet til at identificere et problematisk forbrug af alkohol. En score > 20 var her 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 kropslige, psykiske og sociale sundhedsproblemer, og var hovedmål ligesom i Rigshospitalets randomiserede trial af metoden (Jensen et al., 2015). PSS anvendtes i to versioner, da en dansk konsensus-version af PSS blev offentliggjort midtvejs i pilotfasen (Eskildsen et al., 2015). Versionen af PSS havde ingen betydning for resultaterne. KK anvendte som nævnt en PSS-score på minimum 17 som inklusionskriterium. 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. kvintil (PSS-scores fra 17-40) i hovedstaden (Sundhedsprofilen, 2008).

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 stressgrad og langvarig stress betragtes som en potentielt meget væsentlig risikofaktor for depression. Således blev MDI-scores anses for vigtige indikatorer for, om borgerne var i risiko for at udvikle en depression. MDI-scores >20 betragtes som indikation for let depression, scores > 24 som indikation for moderat depression og MDI-scores >29 som indikation for svær depression. Målet for MDI-evalueringen var at undersøge, om borgere sluttede under kriteriet for lette tegn på depression, MDI-scores < 20. Et fald fra MDI>20 til MDI<20 ville betegnes som en risikoreduktion.

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 forskellige versioner (se Ware et al., 1993) og SF-12 er et bredt anvendt spørgeskema med 12 spørgsmål om fysisk og psykisk sundhed. Åben og Rolig har tidligere vist positive indflydelser på den fulde skala, kaldet SF-36, hvor Åben og Rolig-deltagere steg til over landsgennemsnittet i psykisk sundhed (Jensen et al., 2015). SF-36 og SF-12 er velvaliderede i Danmark (Bjørner et al., 1997).

Beskrivelse af deltagerne

Tabel 1 beskriver basale demografiske og livsstilsmæssige karakteristika ved borgerne baseret på screeningsskemaet, som blev modtaget inden for én måned før visitation. Som det ses af tabellen var der tale om et sample med en relativt høj initial stressgrad (PSS gennemsnit = 22.78). Ti borgere (fem kvinder, fem mænd) scorede over 25 på MDI ved screeningen, hvilket indikerer symptomer på moderat depression. Men MDI er stress-relateret og som CFPS' manual til visitationen foreskriver, skal en MDI-score derfor ikke fortolkes isoleret. Disse personer blev således inkluderet, da det kliniske indtryk ikke støttede en depressionsproblematik som primær.

Meditationserfaring

Det ses af Tabel 1, at næsten ingen af borgerne havde meditationserfaring. Kun seks kvinder havde mediteret 1-20 timer det sidste år, og kun én kvinde havde mediteret over 20 timer det sidste år. Ingen mænd havde regelmæssig meditationserfaring (over én meditation per uge).

Dette er ofte karakteristisk for målgruppen i det offentlige. Åben og Rolig er netop udviklet til den type borgergrupper, hvor det må forventes, at størstedelen aldrig har prøvet at meditere. Samtidig er det et kriterium, som undersøges i visitationsprocessen, at borgeren udtrykker en klar interesse for at arbejde med meditation, hvilket alle inkluderede her også bekræftede. Interessen er vigtigt at afdække i visitationen, da meditation er den primære metode på kurset.

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 del af borgerne rapporterede enten nuværende eller tidligere at have modtaget en diagnose for en psykiatrisk sygdom. Blandt de inkluderede borgere var alle tidligere eller nuværende diagnoser depression, angst eller stress (ICD-10 Tilpasningsreaktion, dvs. en diagnosticeret stress-reaktion).

Alkoholforbrug

Mænd havde et større alkoholforbrug end kvinder (Tabel 1), som i den almene danske befolkning. Yderligere var variationen større blandt mænd. Forskellen på den mindste og største score (*range*) for alkoholforbrug var 0-10 genstande per uge for kvinder og 0-20 blandt mænd. Tilsvarende var *range'n* for AUDIT-score langt større for mænd (2.0-17.0) end for kvinder (1.0-11.0).

AUDIT-scores over 7 fortolkes ifølge AUDIT-manualen som tegn på problematisk alkoholforbrug. Scores over 15 er klare tegn herpå, og AUDIT-scores over 20 tyder på et behandlingskrævende alkoholproblem. I visitationen fastsattes AUDIT-scores > 20 som eksklusionskriterium. Dette kan virke som et ganske højt niveau. Det var dog den kliniske erfaring, at ingen deltagere viste fravær pga. højt alkoholforbrug, dvs. at relativt høje initiale AUDIT-scores hos mændene ikke indikerede lavere udbytte af kurset.

Tabel 1. Beskrivelse af borgerne på stresskurset baseret på screeningsskemaet ^a.

	Alle (n=23)		Kvinder (n=16)		Mænd (n=7)	
Henvisningsvej	N	%	n	%	n	%
Sygedagpengehuset (%)	17	73.9	13	81.3	4	57.1
Sundhedscenter Aalborg (%)	4	17.4	2	12.5	2	28.6
Ikke rapporteret	2	8.7	1	6.3	1	14.3
Indledende stress- og symptomgrad	M	SD	M	SD	M	SD
Selvrapporteret stress v. screening (Cohen's Perceived Stress Scale)	22.78	3.13	22.69	3.53	23.00	2.16
Depressionssymptomer v. screening (Major Depression Inventory)	24.13	8.23	22.81	7.80	27.14	8.19
Demografi	M	SD	M	SD	M	SD
Alder	44.35	12.25	43.56	13.61	46.15	9.07
Arbejdsstatus	N	%	n	%	n	%
I arbejde ved screening	9	39.1	6	37.5	3	42.9
Ikke i arbejde ved screening	14	60.9	10	62.5	4	57.1
Sundhed						
Psykiatrisk diagnosticeret lidelse						
Ja, tidligere eller nuværende diagnose ^b	8	34.8	6	37.5	2	28.6
Nej, ingen psykiatriske diagnoser	15	65.2	10	62.5	5	71.4
Længerevarende Fysisk Sygdom						
Ja, længerevarende fysisk sygdom	4	17.4	3	18.8	1	14.3
Nej, ingen længerev. fysisk sygdom	19	82.6	13	81.3	6	85.7
Regelmæssigt medicinforbrug						
Ja, regelmæssigt forbrug	10	43.5	6	37.5	4	57.1
Nej, ikke regelmæssigt forbrug	13	56.5	10	62.5	3	42.9
Meditationserfaring						
Ingen meditationserfaring	16	69.6	9	56.3	7	100.0
Mediteret 1-20 timer det sidste år	6	26.1	6	37.5	0	0.0
Mediteret over 20 timer det sidste år	1	4.3	1	6.3	0	0.0
Alkoholforbrug	M	SD	M	SD	M	SD
Antal genstande / uge	4.39	5.26	3.75	3.59	5.86	8.11
AUDIT-score	5.04	3.76	4.44	2.78	6.43	5.41

Noter. ^a. Screeningsskemaet kan fremsendes ved anmodning til CFPS. ^b. Alle tidligere eller nuværende diagnoser for borgerne var depression, angst eller stress (tilpasningsreaktion).

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 store. Cohen's $d=0.83-2.75$. Det støtter, at deltagerne i kurset oplevede væsentlige sænkninger af deres daglige stressniveau (PSS-scoren), symptomer på depression (MDI-scoren) og søvnforstyrrelser (PSQI-scoren). Ligeledes støtter det, at deltagerne oplevede væsentlige forbedringer af deres psykiske sundhed (SF-12-MCS-scoren) samt fysiske sundhed (SF-12-PCS-scoren). Samlet set støtter disse resultater altså, at deltagerne oplevede væsentlige og konsistente forbedringer på flere livsområder.

På det primære effektmål, stressskalaen PSS, startede deltagerne på en score på 22.78, langt over landsgennemsnittet på PSS, som er en score på 11.0 (Stigsdotter et al., 2010). Dette viser, 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 15.31, dvs. 4.31 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 Stressforebyggelse 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 29.5% ($[(21.71-15.31) / 21.71 * 100 = 29.5\%]$). Anvendes PSS fra screeningsskemaet som udgangspunkt er faldet 32.8% ($[(22.78-15.31) / 22.78 * 100]$).

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 omkring 30% må anses for en væsentlig stressreduktion.

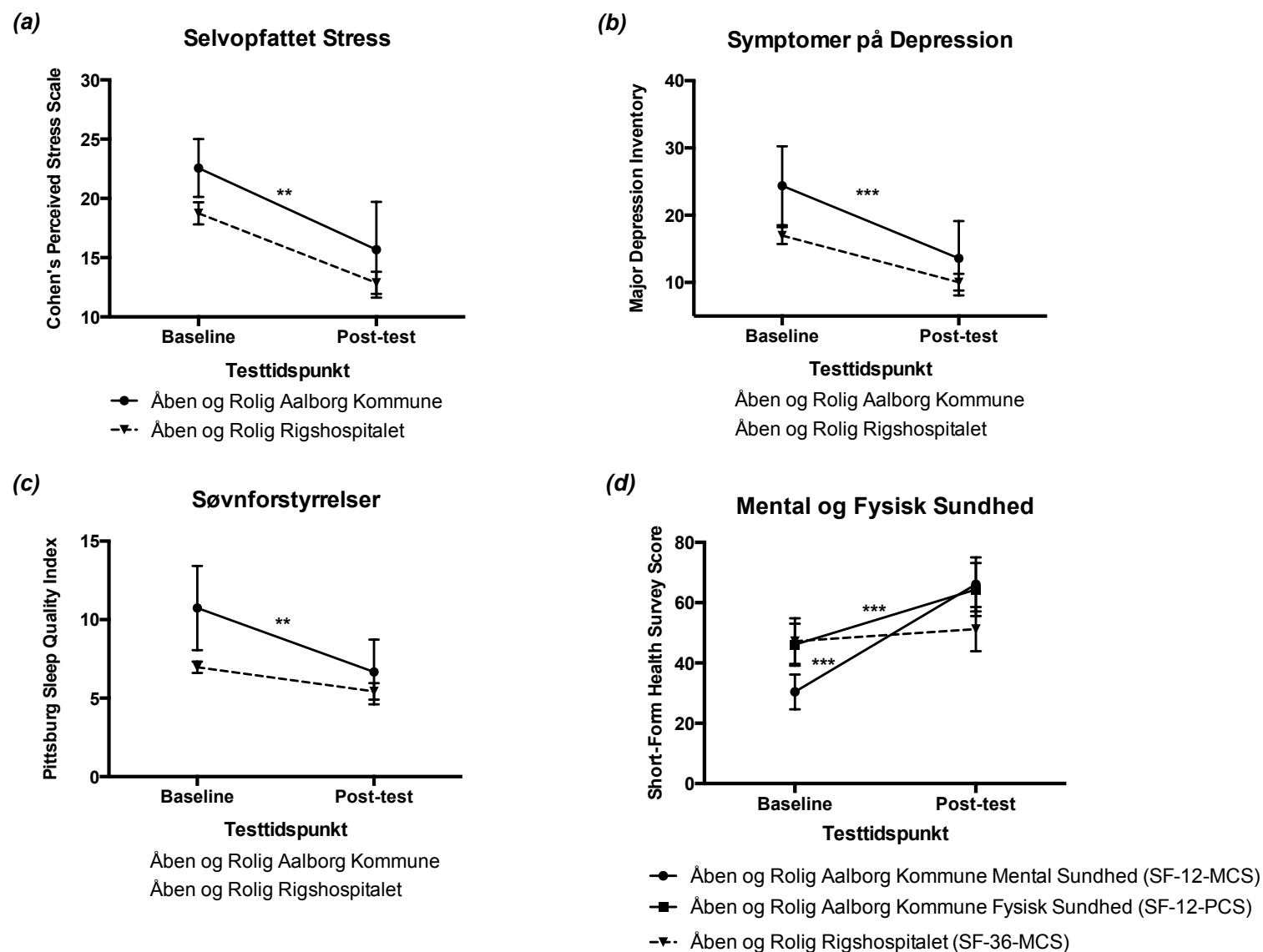
På målet for depressionssymptomer, MDI, sås et fald på 40% (13.59/22.69), på PSQI et fald på 32% (6.83/9.92), på SF-12-MCS en stigning på 108% (68.48/32.81) på og på SF-12-PCS en stigning på 25% (60.21/48.23). Dette er store reduktioner, særligt inden for sundhedsfremmende arbejde, hvor man generelt forventer mindre effektstørrelser end i kliniske interventioner.

Tabel 2. Analyser af forandringer på effektmål

Effektmål	Screening		Baseline ^a		Post-treatment		t	df	p	d
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)				
PSS	22.78	3.13	20.88	2.77	15.31	7.05	3.76	12	.003	1.13
MDI	24.13	8.23	22.69	6.17	13.54	9.59	3.67	12	.006	1.16
PSQI	_ ^b	_ ^b	9.92	4.32	6.83	3.13	3.43	11	.006	0.83
SF-12-MCS	_ ^b	_ ^b	32.81	9.88	68.48	16.11	-8.69	12	<.001	-2.75
SF-12-PCS	_ ^b	_ ^b	48.23	11.72	60.45	15.19	-4.41	12	.001	-0.91

Noter. p-værdier er to-halede og Bonferroni-Holm-korrigeret for multiple tests (fem tests). ^aBaseline-scores for PSS og MDI indeholder hver én persons screeningsscore, da én person ikke udfyldte PSS og MDI ved baseline, men kun i screeningsskemaet. Analyserne og resultaterne påvirkes ikke af, om denne ene person inkluderes eller ej. ^bData indgik ikke i screeningsskemaet. t=t-test-statistic fra paired samples t-test. df=degrees of freedom. p=probability value (p-værdi, hvor værdier <0.05 betragtes som signifikant). d= Cohens's *d* effektstørrelse fra baseline til Post-treatment, hvor en effektstørrelse på 0.50 betragtes som en medium effekt og hvor en effekt på $d=0.50-0.75$ er normal i meditationsbaserede programmer (Carmody & Baer, 2009; Goyal et al., 2014; Sedlmejer et al., 2012). Der indgik data fra 13-15 deltagere for hvert skema.

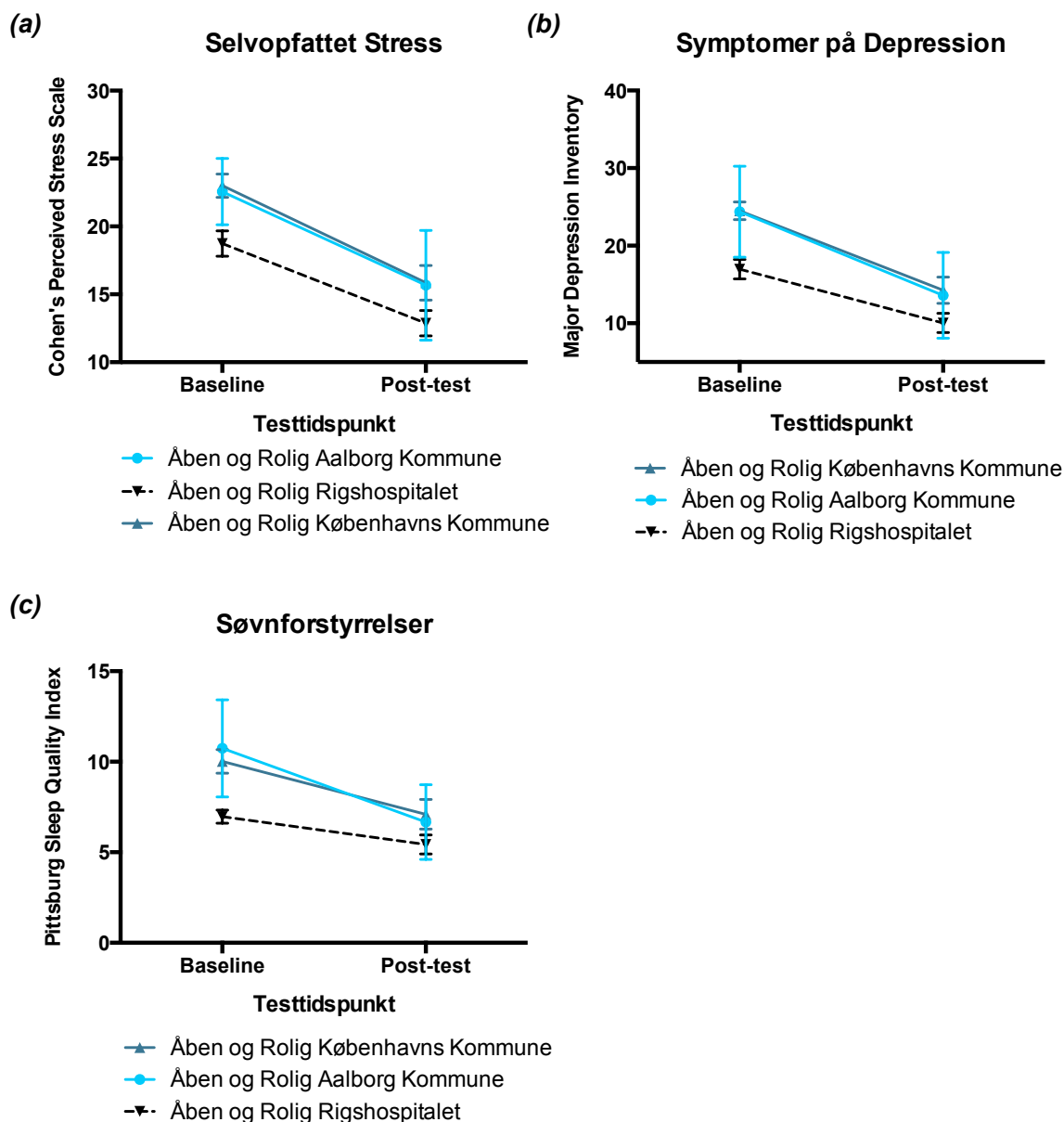
Panel 1. Forandringer på de fem effektmål i Aalborg Kommune (fuldt optrukket linje) samt i Rigshospitalets undersøgelse (stiplet linje).



Noter. **. $p < .01$. ***. $p < .001$. p-værdier er to-halede og Bonferroni-Holm-korrigeret for multiple tests (fem tests). Deltaljerede resultater for Rigshospitalets randomiserede trial af Åben og Rolig er offentliggjort i Jensen et al. (2015). $N = 13-15$ for grafer for Aalborg kommune. $N = 48$ for grafer fra Rigshospitalets undersøgelse.

Sammenligning af resultater med fund i Københavns Kommune

En evalueringsrapport er også skrevet af CFPS (C. G. Jensen) for pilotudrulningen af 19 Åben og Rolig hold i København Kommunes (KK) forebyggelsescentre. Dette projekt ledes af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (Jane Sørensen, afdelingsleder Lotte Larsen). Her skal resultaterne fra KK ikke beskrives (se rapporten for København). Blot illustrerer Panel 2, at effekterne af Åben og Rolig var enslydende – nærmest ens – i de to kommuner.



Panel 2. Effekter i KK, Aalborg Kommune samt v. Rigshospitalet. De kommunale borgergrupper viser højere grader af (a) stress, (b) depressionssymptomer og (c) søvnforstyrrelser. Effekterne er ligeså store kommunalt som på Rigshospitalets forskningsenhed. De ensartede fund på alle tre effektmål støtter, at den standardiserede metode virker ens i tre forskellige udrulningskontekster. Error bars markerer 95% CI af gennemsnittet (95% konfidensintervallet er større i Aalborg, da data her kun reflekterer to Åben og Rolig-pilothold, mens KK-data afspejler 19 hold. NB: SF-12 data er ikke afbilledet her, da SF-12-data ikke var opgjort af tekniske årsager i KK d. 1. april 2016.

Frafald fra kurset

Der sås et meget lavt frafald på kun to borgere, nemlig én borger fra hvert hold. Dette giver en samlet frafaldsrate eller drop-out-ratio, på kun 7% ($n=2/29 \cdot 100=7\%$).

Derudover fratrådte én af de kommunale psykologer sin stilling efter nogle få ugers ansættelse, og trådte således også ud af sin deltagelse i Åben og Rolig forløbet under CGJ. Denne udtræden er ikke medregnet i de 7%, da det drejede sig om helt andre professionelle årsager, og heller ikke drejede sig om et frafald hos en borger. På samme måde er de tre psykologer, der fuldførte kurset hos CGJ ikke talt med, da de på samme måde deltog i kurset under professionelle rammer.

Der er således tale om en meget lav frafaldsrate ligesom i det oprindelige studium, hvor den var på 6% (Jensen et al., 2015).

Brugen af kurset

Borgerne deltog stabilt i Åben og Rolig. De kom i gennemsnit til 7.7 kursusgange ($SD=1.4$) og deltog i 1.4 personlige samtaler ($SD=0.8$; $n=5$ deltog i 0 samtaler; $n=8$ deltog i 1; $n=16$ deltog i 2 og $n=1$ deltog i 3 samtaler). Der var ingen forskel på de to hold mht. kursusbrugen (Hold 1 kursusgange: $M=7.8$, samtaler: $M=1.4$; Hold 2 kursusgange $M=7.6$, samtaler: $M=1.4$). Samlet modtog deltagerne således 24.2 timers ansigt-til-ansigt kontakt ($SD=4.1$) og mødte frem til 9.0 møder ($SD=1.7$).

Kvantitativ Tilfredshedsevaluering

Borgerne blev adspurgt om deres samlede tilfredshed med en række spørgsmål. Sidste spørgsmål var: "Hvor tilfreds eller utilfreds er du alt i alt med dit samlede forløb på Center for Stressforebyggelse?". Hertil fik borgerne følgende svarmuligheder: 1=Meget Tilfreds; 2=Tilfreds; 3=Hverken tilfreds eller utilfreds; 4=Utilfreds; 5=Meget utilfreds; 6=Ved ikke. På dette skema svarede 13 borgere (10 kvinder og 3 mænd). Deres svar viste høj tilfredshed:

- Ti borgere (otte kvinder, to mænd) eller 77% svarede "Meget tilfreds".
- Tre borgere (to kvinder, en mand) eller 23% svarede "Tilfreds".
- I alt 100% af disse 13 borgere var således tilfredse eller meget tilfredse.
- Ingen borgere henvendte sig med klager over nogen af forløbets aspekter.

Deltagerne blev også bedt om at give kvalitative svar. Herpå svarede seks deltagere. Alle var meget glade for forløbet. Her er to citater, som viser hvor vigtige, deltagerne oplevede, at forløbene var:

"En fantastisk professionelt og dygtigt tilbud til mennesker med stress, som forhåbentligt fortsætter. Jeg har oplevet det som et super alternativ til den gængse holdning og forståelse, som der ellers er i behandlingssystemet til stresssymptomer. Skræmmende at tænke tilbage på mit forløb, hvis ikke lige det tilbud var kommet..."

"Det var et fantastisk godt kursus, og meget givende at møde andre i nogenlunde samme situation som jeg selv er. Dog har jeg stadig meget uro i kroppen og meget svært ved at holde fokus på meditationen, men jeg øver. Den dag vi stoppede på kurset oplevede jeg som om jeg mistede et meget dyrebart holdepunkt. Godt at vi kan komme til at mødes igen den 16.12. - det er mit næste holdepunkt..."

(Den 16.12 var den første drop-in-session, dvs. en session, hvor borgerne kunne komme igen og træne meditation i en åben gruppe for tidligere deltagere.)

Deltagerne blev også bedt om at give forbedringsforslag. To forslag syntes centrale:

- At kombinere kurset med oplysningsmøder på arbejdspladsen, hvor kolleger og ledelse deltager. Informationsfoldere til venner, familie og arbejdsplads.
- Ønske om mulighed forløb af andre formater, hvor deltagere ønskede såvel mere intensive forløb med flere personlige samtaler – men også det modsatte, forløb som ville fylde mindre i hverdagen. Sidstnævnte blev især ønsket af yngre deltagere, som fortsat var i fuldtidsarbejde, hvor det kunne være svært at komme på holdtiderne, som lå på tirsdage eller torsdage i træk fra kl. 9.00-12.00. Dette var ganske enkelt svært at kombinere med arbejdet.

2. Kliniske erfaringer

Følgende kliniske indtryk var kendetegnende:

- Samarbejdet med Aalborg Kommune samt Center for Stressforebyggelse kørte exceptionelt godt. Logistiske aftaler overholdtes, borgerne indkaldtes ifølge de aftalte procedurer, indretning og forplejning var i topkvalitet. Professionalismen og venligheden fra personalets side var uovertruffen.
- Borgerne satte stor pris på at komme i Center for Stressforebyggelse. Borgerne kom tit i god tid, sad og drak te sammen, hyggede og talte både om emner for kurset samt om deres private liv. Et af holdene oprettede en facebook-gruppe sammen og deltagere fra begge hold var meget opsatte på at igangsætte drop-in-sessionerne, så de kunne blive ved med at komme.
- Borgergruppen var mere stressramte end de henviste i Københavns Kommune. Dette skyldes formentlig henvisningsvejene. Der er dog ingen tvivl om, at borgerne fra et fagligt perspektiv syntes at profitere særdeles godt af programmet. Midtvejsevalueringerne rummede særdeles rosende kommentarer og de personlige samtaler ligeledes. Der sås meget væsentlige tegn på symptomlættelse på holdet, f.eks. i form af fortællinger om forøget livsglæde, nedsat angst, færre smerter og mindre ubehag i kroppen, en ny forståelse af stress mv.
- Som et særligt punkt rapporterede mange deltagere at være meget glade for længden af kurset (9 gange), varigheden af hver kursusgang (3 timer) samt især muligheden for de to personlige samtaler. En enkelt borger blev tildelt tre personlige samtaler pga. øget behov. Dette er helt inden for rammen af Åben og Rolig Standard-programmet, hvor det specifikt anbefales at kommunerne ved særligt behov tildeler 1-2 ekstra personlige samtaler.
- Der blev taget godt imod kursusmaterialerne. Alle blev tilmeldt SMS-ordningen og ingen meldte sig fra. Deltagerne brugte kursusbogen, hjemmesiden og mange tog noter og lavede også de skriftlige øvelser. Der var således god "compliance" eller en god samarbejdsalliance mellem instruktørerne og borgerne. Flere af borgerne udtrykte stor taknemmelighed til instruktørerne og flere indkøbte afskedsgaver.

3. Kvalitativ undersøgelse af gruppeprocesser i Åben og Rolig

Ud over de kvantitative analyser foretoges også en kvalitativ pilotundersøgelse med tre deltagere fra Åben og Rolig-holdene (samt to Åben og Rolig psykologer fra København) af Freja Filine Petersen, på det tidspunkt kandidatstuderende i pædagogisk psykologi (nu specialeskrivende om Åben og Rolig til unge). De fem kvalitative interviews demonstrerede stor tilfredshed med forløbet.

Freja Filine Petersen udtaler om sin kvalitative undersøgelse:

"Deltagerne udtrykte meget stor glæde og tilfredshed med kurset. De fortalte at det havde stor betydning at det foregik i en gruppe, at det havde en normaliserende, perspektiverende samt motiverende effekt at være sammen med andre i dette særligt trygge og tillidsfulde rum. Gruppeprocesserne var vigtige for deltagerne. Yderligere beskrev deltagerne, at de brugte redskaberne fra Åben og Rolig i deres daglige liv og at det havde meget stor betydning i forhold til at få livet til at hænge sammen. For eksempel var meditationen i dagligdagen årsagen til, at én deltager igen kunne komme ud at handle ind. Endelig var en vigtig pointe fra deltagerne at instruktøren spillede en stor rolle for dem. Instruktørens manifestation af Åben og Rolig var medvirkende til at de blev inspireret til at prøve."

Herudover kan det nævnes, at flere af deltagerne fra pilotholdene i Aalborg kommune har udtrykt sig i rosende vendinger i de offentlige medier.

4. Fortolkning og diskussion

Aalborg Kommunes Sundhedsstrategiske Team og Center for Stressforebyggelse igangsatte i samarbejde med Center for Psykisk Sundhedsfremme en pilotfase med henblik på at evaluere om forløbet Åben og Rolig egnede sig til kommunens borgere med alvorligere grader af langvarig stress, herunder om forløbet ville vise tilsvarende positive effekter i Aalborg som i den første randomiserede undersøgelse af metoden ved Rigshospitalet i København. Nærværende evalueringsrapport har dokumenteret, at forløbet i Aalborg resulterede i større positive forandringer på alle effektmål end i den oprindelige undersøgelse. Konsistensen af disse resultater, samt den væsentlige forandringsgrad på alle mål, støtter klart, at Åben og Rolig forløbet er ligeså anvendeligt i Aalborg Kommune, som i København (Tabel 2, Panel 1, a-d). De større effekter i Aalborg kan skyldes flere faktorer. Dels er forløbet nu mere velafprøvet og veletableret end i den første undersøgelse, og del viste de inkluderede borgere i Aalborg højere grader af initial stress, depressionssymptomer og søvnforstyrrelser end deltagerne i Rigshospitalets undersøgelse, hvilket kan have øget muligheden for at skabe større bedring.

Yderligere støtte for anvendeligheden fandtes i den lave frafaldsrate på 7% (2/29 deltagere). Dette tilsvarende oprindelige undersøgelse, hvor frafaldsraten var 6% (Jensen et al., 2015). Da frafaldsrate på 15-30% er helt almindelige i psykisk sundhedsfremme, er dette et meget positivt resultat. Det støtter, at Åben og Rolig har den brede socioøkonomiske anvendelighed og den høje fleksibilitet i fh.t. forskellige stressproblematikker, som forløbet er udviklet til.

Der sås ingen relationer mellem nyttevirkning af forløbet for mænd og kvinder, graden af forudgående akademisk eller erhvervmæssig uddannelse, eller som en funktion af alder. Dette støtter ligeledes en bred socioøkonomisk anvendelighed.

Samfundsmæssige perspektiver

Meta-undersøgelser har vist en reduktion af forekomsten af depression efter evidens-baserede psykologiske forebyggelseskurser på 22-38% (Munoz & Beardslee, 2012). Her observeredes en stor reduktion af tegn på stress, depression og søvnforstyrrelser, samt forøget selvrapporteret fysisk og psykisk sundhed. De resultater støtter, at den samlede risiko for depression og andre følgevirkninger af langvarig stress er sænket substantielt. De potentielle samfundsmæssige og menneskelige konsekvenser af at sænke forekomsten af depression ville være særdeles vigtige. Mere objektive data af forekomsten af depressionsdiagnoser efterfølgende er naturligvis vigtige for at undersøge dette.

Sundhedspolitik er AaK's satsning på evidensbaseret sundhedsfremme afgørende. Kun 5-6% af forskningsmidlerne i Danmark anvendes til forskning i offentlig sundhedsfremme (Gulis, 2010). Initiativet i AaK er ret unikt og kan have en stor effekt på sundhedspolitik og konkrete udviklinger af effektive metoder på et presserende sundhedsområde nationalt som internationalt. Vigtigheden af fortsat dokumentations- eller forskningsstøttet udvikling af offentlige metoder til stressbehandling og forebyggelse er understreget af WHO (WHO, 2005), Arbejds miljøministeriet (Borg et al., 2010) og den Europæiske Psykiatriassociation (Kalra et al., 2012).

Begrænsninger ved evalueringen

De væsentligste begrænsninger ved nærværende rapport er: En stor mængde borgere fik ikke udfyldt effektmål før og efter forløbene. Dette er ikke unormalt i pilotfaser af nye programmer i den offentlige sundhedssektor, hvor der arbejdes med meget brede borgergrupper og mange niveauer i implementeringen, men det svækker sikkerheden af fortolkningerne. Imidlertid sås der ingen initiale forskelle mellem de borgere, som besvarede skemaer både før og efter forløbet og de borgere, som kun besvarede skemaer før forløbet. Borgere, som der ikke er indhentet data fra efter forløbets afslutning var således ikke demografisk anderledes end borgere, som alle data blev opnået for. Ligeledes havde de heller ikke indledningsvist højere grader af stress eller symptomer på depression eller søvnforstyrrelser. Analyserne støtter altså, at der ikke er tale om en særligt sårbar eller særligt stresset gruppe, men derimod at den mindre gruppe var repræsentativ for den større gruppe ved baseline. Det var heller ikke indtrykket i praksis, at der var tale om en selektiv gruppe af borgere, som ikke ønskede at aflevere skemaerne.

En anden begrænsning ved evalueringen 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. Den tolkning støttes ikke af data for kontrolgruppen i den randomiserede undersøgelse, som ikke viste væsentlige forbedringer henover en seks-måneders periode, men kan ikke udelukkes. Imidlertid var det kliniske indtryk, som også støttedes af fire kvalitative interviewundersøgelser foretaget i samarbejde mellem CFPS, KK, og Aalborg Kommune, at borgerne klart oplevede, at forløbet var årsagen til deres bedring. Kontrolgruppestudier, hvor man opfølgingsvist over længere tid måler den faktiske diagnosticering af depression i hhv. behandlede og ikke-behandlede grupper kunne bidrage med vigtig viden om betydningen af risikoreduktion for senere udvikling af depression.

Konklusion på evalueringsrapporten

Åben og Rolig forløbet resulterede i signifikante forbedringer af stressgrad, depressionsgrad, søvnkvalitet, samt fysisk og psykisk sundhed. Forløbet viser ligeså store eller større effekter i implementeringen i Aalborg Kommune som på Rigshospitalet.

Forløbet kan derfor anbefales til videre udrulning på baggrund af dataene fra denne præ-pilot.

Der er brug for viden om samfundsøkonomiske perspektiver. Begrænsninger ved pilotfasen var metodiske justeringer og mangler i data, samt fraværet af langtids-follow-up samt adfærdsdata eksempelvis om forbrug af sundhedsydelser før, under og efter forløbet.

Med venlig hilsen,



Christian Gaden Jensen
Cand.Psych., Ph.D., Centerleder
Center for Psykisk Sundhedsfremme

Bilag 1. Udførlig procedure- og metoderedegørelse

Økonomi og vederlag

Borgerne aflønnedes ikke økonomisk og kompenseredes heller ikke på anden måde for deres deltagelse, og dette blev også tydeliggjort i rekrutteringsprocesserne.

Kort beskrivelse af Åben og Rolig programmet

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

ÅR adskiller sig markant fra de fleste eksisterende, meditationsbaserede kurser netop på grund af den specifikke hensigt om at udvikle et kursus til offentlig implementering for en bred socioøkonomisk gruppe. Kurset har en enkel, videnskabelig opbygning og indeholder ingen fremmedord eller religiøs-mytologiske modeller. Kurset baseres på den bio-psyko-sociale sundhedsmodel. Gentagelser og metodisk konsistens er centrale didaktiske principper. Empirisk evidens for ÅR støtter den brede anvendelighed, samt for den velundersøgte videnskabelige meditationsmetode, som ÅR er baseret på (Park et al., 2013; Stahl et al., 2015).

Se mere om Åben og Rolig-programmet på www.cfps.dk samt www.åbenogrolig.dk.

Analytiske procedurer

Første skridt i dataanalysen var at undersøgte dataenes distributioner og potentielle outliers. Transformationer af data med henblik på forbedringer af distributioner afprøvedes for MDI. Analysestrategiens andet trin var at karakterisere data samt det undersøgte sample med hensyn til baseline-mål: demografi, indledende scores på effektmål, psykiatrisk historie, livsstilsparametre, samt eksplorative analyser af f.eks. indledende forskelle mellem mænd og kvinder, højt og lavt-uddannede mv. Samplet kunne på den måde sammenlignes med undersøgte samples fra tidligere og andre nuværende projekter med Åben og Rolig-metoden og med litteraturen om meditationsbaseret stressreduktion og sundhedsfremme internationalt. Via sådanne analyser beskrives gruppen og datasættet indledningsvist.

Det tredje led i analysestrategien var at undersøge om Åben og Rolig bidrog til signifikante forandringer på de anvendte effektmål. Dette undersøgtes i parrede *t*-tests eller (for skewed data) Wilcoxon Signed Rank tests. Endelig anvendes mixed models repeated measures variansanalyser (ANOVAs) med Hold (tirsdagshold / torsdagshold) som independent between subjects factor til at undersøge forskelle i effekter for de to afholdte pilothold. Der anvendtes Bonferroni-Holm korrektion til at justere for multiple tests (fem tests, jf. fem outcomes).

Effektstørrelser

Effektstørrelser fra før til efter udtrykkes med Cohen's *d*. Cohen's *d* kan justeres for korrelationer mellem baseline- og post-treatment scores jf. formel 8 i Morris & DeShong (2002). Denne strategi giver en anelse forøgede effektstørrelser, såfremt pre-post korrelationerne er > 0.5 . Dette har dog ikke påvirket resultaterne væsentligt i nærværende projekt.

Datadistributioner og behandling af potentielle outliers

Dataenes distributioner undersøgtes for alle baseline- samt post-treatment datasæt inden for hvert skema igennem Shapiro-Wilk-tests samt inspektion af visuelle plots (histogrammer og stem-and-leaf). Tilstedeværelsen af outliers blev undersøgt vha. standardiseringer (z-scores) af alle enkelte scores i forhold til de samlede data for hvert skema på hvert testtidspunkt samt igennem visuel inspektion af box-plots. Forskellige outlier-kriterier (>2.59 SD; >3.0 SD fra grand mean) påvirkede ikke resultaterne, da alle scores på alle skalaer altid lå inden for 2.5 SD fra den samlede borgergruppes gennemsnit på hver skala.

- Ingen datapunkter (items eller scores) er ekskluderet som outliers. Alle data er medtaget.

PSS: For PSS var data normalfordelte, $p > .14$. Ingen outliers blev fundet, alle scores lå ≤ 2.5 SD fra gruppens gennemsnit (kun to personer var >2.0 SD fra gennemsnittet ved baseline, men disse to personer havde ikke udfyldt post-tests, og påvirkede således ikke effekt-analyserne. Alle retestede borgere lå indenfor 1.0 SD fra gennemsnittet i begge databølger).

MDI: Normalfordelte data, bortset fra en tendens til positivt skew v. post-testen, da mange scorede lavt på MDI (Shapiro-Wilk $p = .011$). Baseret visuelle dataplots var en logaritmisk transformation ikke nødvendig. Ligeledes ændrede en non-parametrisk analyse (Wilcoxon Signed Rank test) ikke resultaterne væsentligt. Der sås således stadig en signifikant bedring fra før til efter i en non-parametrisk analyse, $p = .008$. Ingen outliers blev fundet da alle scores lå ≤ 2.0 SD fra den samlede borgergruppes gennemsnit.

PSQI: Alle data var normalfordelte, $p > .09$. Ingen potentielle outliers blev identificeret, alle scores ≤ 2.1 SD fra grand mean

SF-12-PCS samt SF-12-MCS: Alle data var normalfordelte, $p \geq .11$. Ingen outliers blev fundet, alle scores ≤ 2.1 SD fra gennemsnittet.

Referencer

Borg, V., Nexø, M.A., Kolte, I.V., & Andersen, M.F., (2010). *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*. Kbh.: Nationalt Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

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.

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.

Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Haythornthwaite JA. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2014; 174:357–68.

Gulis G, Eriksen ML, Aro AR. Public health research in Denmark in the years 1995–2005. *Scand J Public Health*. 2010;38(1):104–7.

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

Muñoz, R.F., Beardslee, W.R., & Leykin, Y., (2009). Major depression can be prevented. *Amer. Psychologist*, 67(4), 285–295.

Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109:96–103.

Park ER, Traeger L, Vranceanu A, Scult M, Lerner J, Fricchione G. The development of a patient-centered program based on the relaxation response: the Relaxation Response Resiliency Program (3RP). *Psychosomatics*. 2013;54:165–74.

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.