KØBENHAVNS KOMMUNE
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Afdeling for Data og Analyse

STATUS PÅ EFFEKTMÅLING OG ANALYSER AF KØBENHAVNS KOMMUNES STRESSKLINIKKER

Opsamling på data for 2017

April 2018

Status på effektmåling og analyser af Københavns Kommunes stressklinikker. Opsamling på data for 2017

Analysearbejde og rapport er udarbejdet af Malene Strømberg Rasmussen
og Gry Helberg Jensen

Afdeling for Data og Analyse,
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune

Maj 2018

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse 3
1. Indledning 4
2. Hovedkonklusioner 4
3. Evalueringens formål 6
3.1 Metode og datakilder 6
4. Nye tiltag i stressklinikkerne 7
5. Fordeling og antal blandt borgere, som har været i kontakt med stressklinikkerne i 2017 8
5.1 Sammenhæng mellem henvisning, visitation/eksklusion og gennemførsel af forløb 8
6. Sammenligning med Sundhedsprofilen 10
7. Udvikling i effektmål samt tilfredshed med forløb 13
7.1 Måling af stressniveau 14
7.2 Måling af depressionssymptomer 16
7.3 Måling af søvnkvalitet 18
7.4 Måling af tilfredshed 19
8. Måling af langtidseffekt 12 måneder efter afsluttet stressforløb 21
8.1 Borgernes egen vurdering af udbytte 23
9. Opgørelse af beskæftigelses- og forsørgelsesstatus før og efter stressforløbet 24
9.1 Bevægelsesmønstre i beskæftigelses- og forsørgelsesgrundlag 25

1. Indledning

Stress er en væsentlig dimension i forhold til mental sundhed. Mental sundhed spiller en afgørende rolle for individets trivsel og for menneskers evne til at fungere socialt og klare sig med hensyn til blandt andet uddannelse, arbejde og økonomisk – og dermed også for at kunne bidrage positivt til samfundet. Der er bred enighed om, at fremme af mental sundhed er et vigtigt indsatsområde i forhold til at forbedre folkesundheden.[1]

I Københavns Kommune har borgerne siden 2015 kunne få hjælp i stressklinikkerne til at håndtere stress og stressende livsbegivenheder. Tilbuddet er etableret med afsæt i kommunens visioner om at forbedre borgernes mentale sundhed.

I samme periode har forvaltningen bedt borgerne, som modtager et stresstilbud, om at besvare en række spørgsmål med henblik på at måle, hvilken effekt borgerne opnår som følge af stressklinikkernes indsats.

Denne rapport gør status på omfang og flow af borgere i stressklinikkerne i 2017 samt på resultatet af effektmålingen i samme periode. Der er tidligere gennemført lignende analyser som opfølgning på stressklinikkernes to første år. I denne statusrapport afrapporteres som noget nyt en måling af langtidseffekt ét år efter, at borgerne har afsluttet et stressforløb samt en analyse af udvikling i beskæftigelsesstatus et halvt år efter, at borgerne har gennemført og afsluttet deres forløb i stressklinikken.

2. Hovedkonklusioner

Antallet af forløb i stressklinikkerne har været stigende de sidste tre år. I 2017 var der kapacitet til mere end 1130 individuelle forløb, hvilket er knap en fordobling siden 2016 og mere end fem gang så mange som i 2015. Opgørelsen viser, at knap 80 % af de borgere, der starter på et forløb, gennemfører.

Karakteristik og sammenligning med sundhedsprofilen
I indeværende rapport sammenlignes de borgere, som har været i kontakt med stressklinikkerne med gruppen af alle borgere i Københavns Kommune, som har et højt stressniveau.

Sammenligningen viser, at der ligesom i 2015 og 2016 var flere kvinder, der henvises til stressklinikkerne, sammenlignet med mænd, og at kvinderne er overrepræsenteret i forhold til den andel, de udgør blandt alle de stressede i Københavns Kommune. Desuden ses det, at der henvises borgere med forskellig uddannelsesbaggrund til stressklinikkerne, men at særligt borgere med erhvervsfaglig baggrund er underrepræsenteret, mens især gruppen med mellemlange uddannelser er overrepræsenteret i stressklinikkerne.

Det ses desuden, at størstedelen af de borgere, som kommer til stressklinikkerne, er personer, som har en tilknytning til arbejdsmarkedet, samt at borgere med anden etnisk baggrund end dansk udgør en

[1] *Danskernes Sundhed*, Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

mindre andel i stressklinikkerne end gruppen udgør blandt alle med højt stressniveau i Københavns Kommune.

Flertallet oplever en forbedring i løbet af stressforløbet
Borgerne oplever i gennemsnit en positiv udvikling i både stressniveau, omfang af depressionssymptomer og søvnkvalitet. På alle tre effektmål ses der allerede en positiv udvikling fra dét tidspunkt, hvor borgerne visiteres til et forløb, men for alle tre målinger gælder det, at den positive udvikling er mest tydelig i den periode, hvor selve forløbet finder sted. Det ses blandt andet i forløbet at:

- 87 % af borgerne oplever en reduktion i stressniveau.
- 64 % af de borgere, som havde symptomer på depression ved forløbets start, havde ingen symptomer på depression ved forløbets afslutning.
- 68 % oplevede en forbedring af deres søvnkvalitet.

Målingerne viser således samme tendens som i 2015 og 2016.

Høj tilfredshed med forløbet
Ved afslutningen på forløbet besvarer borgerne en række spørgsmål om udbytte og tilfredshed. Her ses det blandt andet at:

- 97 % svarer, at de alt i alt er *meget tilfredse* (73 %) eller *tilfredse* (24 %) med forløbet.
- 98 % svarer, at de kan bruge den viden de fik i undervisningen i deres hverdag.
- 85 % svarer, at forløbet i stressklinikken har medvirket til at forbedre deres helbred.

Den positive udvikling fortsætter efter forløbet er afsluttet
Borgerne har i 2018 modtaget et elektronisk spørgeskema et år efter, at de afsluttede et stressforløb. Her ses det, at borgerne i gennemsnit oplever et vedvarende fald i stressniveau samt i omfanget af depressionssymptomer. Endvidere ses det af borgernes svar efter et år, at:

- 73 % bruger stadig nogle af de redskaber, som de lærte i stressforløbet.
- 77 % svarer, at forløbet har medvirket til, at det i dag er lettere at håndtere deres hverdag, end det var tidligere.
- 62 % svarer, at forløbet har haft positiv betydning for deres arbejdsliv.
- 30 % svarer, at forløbet har medvirket til at undgå ophør fra en arbejdsplads.
- 58 % svarer, at forløbet har medvirket til at undgå sygemelding (fx fra arbejde eller dagpenge)

Positiv udvikling i forsørgelses- og beskæftigelsesstatus seks måneder efter stressforløb
På baggrund af data fra Danmarks Statistik undersøges det, hvilke bevægelser borgerne har foretaget i perioden fra før forløbet til seks måneder efter. Analysen viser, at andelen, som er i reel beskæftigelse, (det vil sige, som har et arbejde, men ikke er sygemeldt), er steget fra 34 til 47 % i perioden fra før forløbet til et halvt år efter. Samtidig er særligt andelen af sygemeldte faldet væsentligt. Dette medfører, at andelen, som har et arbejde, inklusiv sygemeldte, er lidt lavere et halvt år efter stressforløbet, end ved start. Da 92 % af borgerne svarer, at deres arbejde er den primære eller én af de primære årsager til deres stress, er forklaringen formentlig, at en del borgere føler sig nødsaget til at stoppe med deres daværende arbejde, som en del af løsningen på deres stressproblematik.

På tværs af alle borgernes bevægelser ses det, at mere end to tredjedele (69 %) enten har oplevet en 'positiv' udvikling eller har fastholdt en 'gunstig' forsørgelsesstatus, i perioden fra de startede på et stressforløb til seks måneder efter, at forløbet blev afsluttet. Bevægelserne er vurderet ud fra ønsket

om, at borgerne skal komme tættere på beskæftigelse og selvforsørgelse og længere væk fra sygemelding og offentlig forsørgelse.

Alt i alt tyder resultaterne i statusrapporten for stressklinikkerne på, at flertallet af borgerne, der gennemfører, er forløb, oplever et væsentligt positivt udbytte i form af bedre mental helbred, redskaber til at håndtere hverdagen og socialt samvær og derigennem også øgede muligheder for at fastholde eller opnå en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet.

3. Evalueringens formål

Evalueringen gør status på omfang og karakteristik af borgere i stressklinikkerne i 2017 samt samler op på resultater fra effektmåling foretaget i løbet af 2017.

Konkret viser evalueringen følgende:

- Skitsering af omfang af borgere i stressklinikkerne, herunder sammenhæng mellem antal henviste og omfang af gennemførte forløb i 2017.
- Databaseret karakteristik af borgere, som har været i kontakt med stressklinikkerne i 2017. Sammenligning af tal fra Sundhedsprofilen 2013[2] vedrørende borgere med 'højt stressniveau' i hele Københavns Kommune.
- Borgernes udvikling fra før til efter et forløb i stressklinikken med hensyn til klinisk stressniveau, omfang af depressionssymptomer og søvnkvalitet.
- Opgørelse af tilfredshed og oplevet udbytte ved stressforløbets afslutning.
- Borgernes udvikling ét år efter afsluttet stressforløb med hensyn til klinisk stressniveau og omfang af depressionssymptomer.
- Opgørelse af oplevet udbytte ét år efter afsluttet stressforløb.
- Sammenligning af beskæftigelses- og forsørgelsesstatus før og seks måneder efter gennemført stressforløb.

På baggrund af ovenstående skal evalueringen bidrage som statusdokument og vidensgrundlag til fremtidige beslutninger omkring stressklinkkerne.

3.1 Metode og datakilder

De analyser, der præsenteres i rapporten, er baseret på følgende metoder og datagrundlag:

- Dataanalyse af psykisk og fysiologisk udvikling ved gennemførte forløb. Analysen er baseret på PRO-skemaer (patient reportet outcome measures), på henholdsvis stressniveau (Cohens Perceived Stress scale / PSS), depressionssymptomer (Major Depression Inventory / MDI) og søvnkvalitet (Pittsburgh Sleep Quality Index / PSQI).
- Kvantitativ tilfredshedsmåling ved forløbsafslutning.

[2] Selvom der er gennemført en ny måling af danskernes sundhedsadfærd i 2017, er det endnu ikke muligt at sammenligne med tallene for Københavns Kommune. De sammenligninger med Sundhedsprofilen, der foretages i rapporten, bygger derfor på tal fra den forrige måling fra 2013.

- Kvantitativ måling af langtidseffekt (efter ét år) hhv. oplevet udbytte samt måling på effektskemaer for stress (PSS) og depressionssymptomer (MDI).
- Dataanalyse på baggrund af borgerprofiler henholdsvis henviste og gennemførte forløb, sammenlignet med data fra Region Hovedstadens Sundhedsprofil fra 2013 samt beriget med registerdata fra Danmarks Statistik.
- Regressionsanalyser af forskelle i effekt og adfærd på tværs af undergrupper.

4. Nye tiltag i stressklinikkerne

Siden stressklinikkernes etablering har tilbuddet været efterspurgt og tilstrømningen stigende. Stressklinikkerne har oprettet stadig flere hold for at imødekomme den store efterspørgsel.

Selvom det var en ambition, at stresstilbuddet også skulle være til borgere med en svag eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet, har de tidligere evalueringer vist, at størstedelen af de borgere, som henvises til tilbuddet, er mennesker som forud for forløbet havde tilknytning til arbejdsmarkedet. Denne gruppe kan imidlertid være i risiko for at blive sygemeldte fra deres arbejde, og stressforløbene har således et forebyggende sigte i forhold til langtidssygemeldinger, som for nogle kan lede til ledighed på grund af fyring eller egen opsigelse.

De tidligere evalueringer har ligeledes vist, at der henvises væsentlig flere kvinder end mænd samt, at borgere med kort- eller erhvervsfaglig uddannelse er underrepræsenteret i forhold til den andel, de udgør blandt den samlede gruppe af stressede i København.

Med henblik på at nå ud til flere stressramte uden stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, har forvaltningen i begyndelsen af 2017 indgået et samarbejde med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen (BIF). Det betyder, at jobcentrene på lige fod med lægerne nu henviser borgere med en stressproblematik til forløb i stressklinikkerne. Der er i perioden april til december 2017 afholdt seks holdforløb (med cirka 60 personer), som primært er henvist fra Jobcenter København – Arbejdsmarkedscenteret (AMC)[3].

For at gøre stressklinikkernes tilbud attraktive for flere mænd, afprøves der fra april 2018 et holdforløb alene for mænd, som afholdes i naturen på Naturværkstedet Streyf ved Utterslev Mose. Formålet er at skabe en ramme som særligt tiltaler mænd. Når undervisningen afholdes i naturen med bålsted mv., er det tanken, at omgivelserne udgør et andet slags rum til at tale om mændenes problemstillinger og reaktionsmønstre i forbindelse med stress. Via tilbuddet får stressklinikkerne mulighed for at afprøve, hvilke tillægseffekter naturen kan bibringe til stressforløbene. Flere undersøgelser viser, at natur og naturbaseret terapi rummer væsentlige potentialer i forhold til at hjælpe bl.a. mennesker med stress.

Endelig afprøves der i 2018 særlige fleksible samtalebaserede forløb for borgere, som er for belastede af andre diagnoser eller psykiske problemstillinger til at passe ind i stressklinikkernes standardhold.

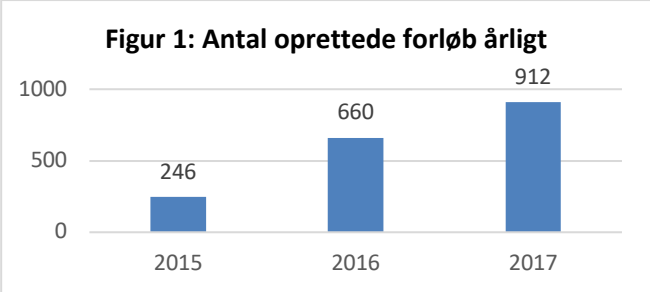
[3] Arbejdsmarkedscenter for borgere, som er over 30 år og klar til at komme i job eller har en lang videregående uddannelse (uanset alder). Fra april 2018 henvises der desuden fra Jobcenter København – Center for Arbejdsfastholdelse (JKA) for sygemeldte fra job.

Med de nye tiltag forventer forvaltningen, at det bliver muligt at hjælpe mere udsatte borgere, som fortsat har stress som deres primære problem, men samtidig er belastede af andre forhold. For nogle borgere kan de individuelle samtaler med en psykolog hjælpe dem videre i deres liv med nye værktøjer og perspektiver, mens andre efter få samtaler, kan blive klar til at indgå på et standardhold med andre i samme situation.

5. Fordeling og antal blandt borgere, som har været i kontakt med stressklinikkerne i 2017

Afsnit 5 giver et billede af, hvor mange borgere stressklinikkerne møder samt, hvordan borgernes forløb finder sted gennem stressklinikkerne fra borgerne henvises, til en del af de henviste ender med at gennemføre et stressforløb.

Figur 1 viser, hvordan antallet af forløb er steget hvert år, siden stressklinikkerne blev etableret i starten af 2015. I 2017 blev der oprettet 912 forløb fordelt på kommunens to stressklikker på Amager og Nørrebro. Dette er næsten fire gange så mange forløb som i 2015 og knap 30 % flere end i 2016.



Figur 1 Antal Oprettede forløb årligt

Ud af de 912 borgere, som er henvist i 2017, kommer de 86 personer (9 %) fra BIF. 61 borgere ud af 86 henviste fra BIF har gennemført det forløb, som de blev henvist til.

5.1 Sammenhæng mellem henvisning, visitation/eksklusion og gennemførsel af forløb

Tallene i figur 2 nedenfor tager udgangspunkt i det samlede antal personer, som blev henvist til stressklinikkerne i 2017. Formålet med figuren er at vise, hvordan borgerne fordeler sig i forløbet efter henvisning, blandt andet, hvor stor en andel, der ekskluderes ved visitationssamtalen og hvor mange, der ender med at gennemføre et forløb.

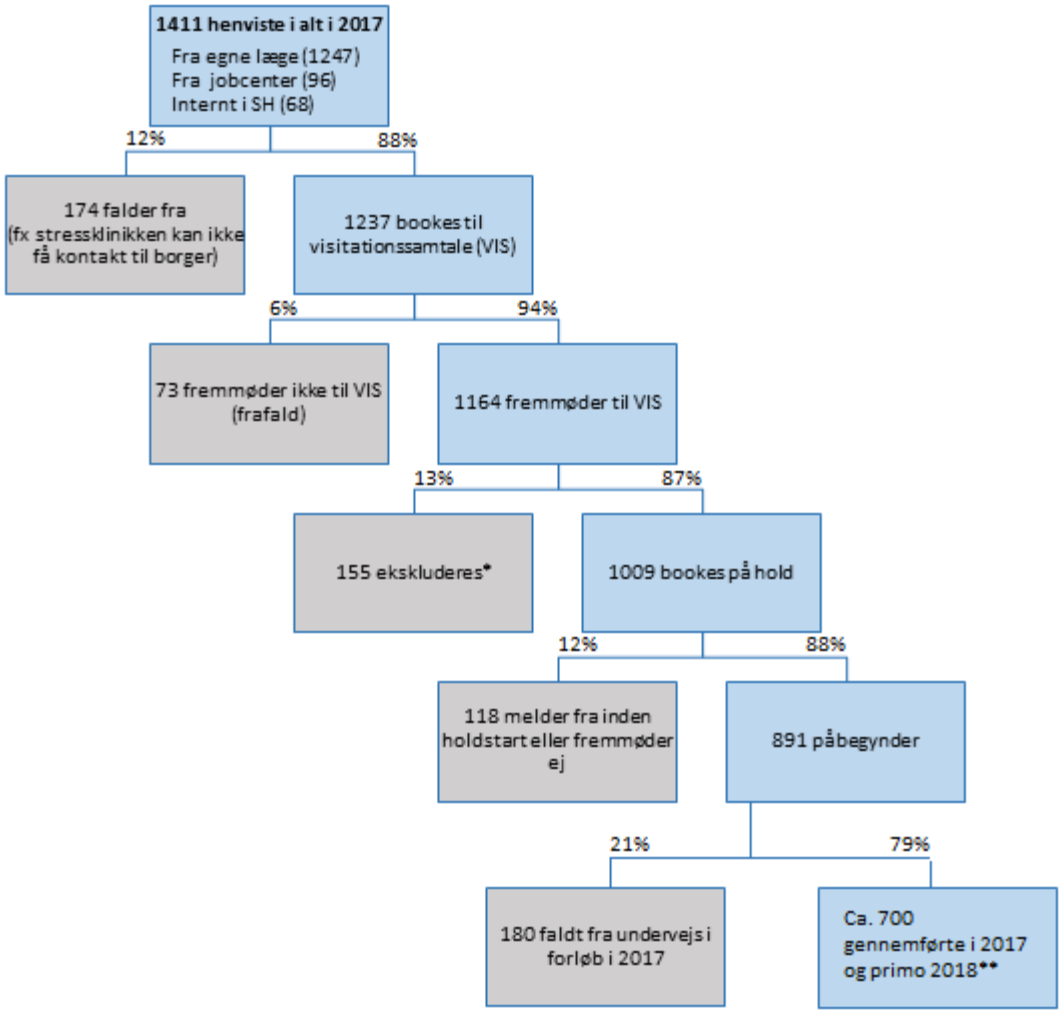
Blandt de borgere, som var til samtale eller påbegyndte et holdforløb i 2017, er der en lille andel, som blev henvist i løbet af det foregående år (2016). Der er ligeledes personer, der henvises i 2017, men først kommer starter på et forløb i det efterfølgende kalenderår (2018). For at illustrere sammenhæng mellem henvisning, samtaler og gennemførsel, tager tallene i figur 2 udgangspunkt i gruppen som blev henvist i 2017, og viser, hvordan de fordeler sig efterfølgende.

Figuren viser, at 1411 personer blev henvist til stressklinikkerne i 2017. Langt den største andel henvises fra de praktiserende læger (88 %) mens henholdsvis syv og fem % kommer fra jobcentret eller er internt henviste i sundhedshuset.

Der er lavet statistiske analyser af tallene i figur 2 for at se, om der er forskellige tendenser i borgernes forløb afhængig af køn, alder, uddannelsesbaggrund, beskæftigelsesstatus samt, om de er henvist fra

enten læge, jobcentret eller internt i sundhedshuset. Analysen viser, at der er statistiske forskelle på nogle områder. Alle forskelle, der er fremkommet i analysen, er skitseret bagerst i rapporten (bilag 1).

Overordnet viser figuren, at ud af de 1411, der blev henvist i 2017, blev 88 % booket til en visiterende samtale, og 94 % af dem, der blev booket til en samtale, de fremmødte. Blandt gruppen, der deltog i en visitationssamtale blev 87 % efterfølgende booket til et holdforløb, mens 13 % blev ekskluderet. Eksklusion ved visitationssamtalen skyldes enten, at psykologen vurderer (ofte i dialog med borgeren), at borgeren ikke vil profitere af det kommunale stresstilbud. Nogle borgere vil i første omgang - eller i stedet for - have brug for en anden type hjælp. Dernæst er der en andel af borgerne, som selv fravælger tilbuddet af forskellige årsager. Endelig viser figuren, at 891 personer eller 88 % af dem, der bookes til et holdforløb, også påbegynder forløbet og, at 79 % af dem, der påbegynder, de gennemfører deres forløb. Dette svarer til, at 50 % af alle, der henvises til stressklinikkerne, de ender med at gennemføre et forløb.



Figur 2 Illustration af forløb blandt alle borgere, som er henvist til stressklinikkerne i 2017.

* Borgere ekskluderes til visitationssamtalen af forskellige årsager. For den største andels vedkommende, vurderer psykologen under samtalen, at borgeren ikke vil profitere af det kommunale stresstilbud, men at borgerne i stedet har brug for en anden type hjælp, enten i første omgang eller i stedet for. Dernæst er der en andel, som selv fravælger tilbuddet af forskellige årsager.

**Status er uafklaret for 16 borgere, på det tidspunkt hvor opgørelsen laves. Dette skyldes, at de deltager på hold, der afslutter i starten af 2018, og derfor ikke var afsluttet på det tidspunkt, hvor data til analysen blev udtrukket.

Som det illustreres i det efterfølgende afsnit (afsnit 6), så kom der igen i 2017 flere kvinder end mænd til stressklinikkerne. I alt udgjorde kvinderne 76 % af de henviste, mens 24 % var mænd. Analysen bag figuren nedenfor peger desuden på, at der er lidt flere kvinder end mænd, der **bookes til en visitationssamtale** efter de er henvist, og ligeledes lidt flere kvinder end mænd, der **bookes til et holdforløb** efter, at de har deltaget i en visitationssamtale. Med andre ord er der ikke bare væsentligt færre mænd, der finder frem til stressklinikkerne, de er også lidt mere tilbøjelige til at falde fra undervejs i kontakten med stressklinikken. Der er dog ikke forskel på andelen, der **gennemfører** et forløb, når der sammenlignes mellem mænd og kvinder, der påbegynder.

Det er kendt viden, at mænd på nogle områder er mindre tilbøjelige til at efterspørge sundhedsydelser end kvinder[4], men som beskrevet i afsnit 4, så forsøger forvaltningen sig med nye metoder og tilgange, der blandt andet kan tiltrække og fastholde flere mænd i kommunens tilbud.

6. Sammenligning med Sundhedsprofilen

Afsnit 6 giver en databaseret illustration af, hvad der kendetegner de borgere, som har været i kontakt med stressklinikkerne i 2017 med hensyn til køn, alder, etnisk baggrund, uddannelsesbaggrund og status i forhold til at være i arbejde eller ej. Der indgår data fra mellem 800 og 1300 borgere i stressklinikkerne. Antallet varierer, fordi oplysningerne er hentet fra forskellige datakilder, og fordi nogle oplysninger er afhængige af borgernes samtykke.

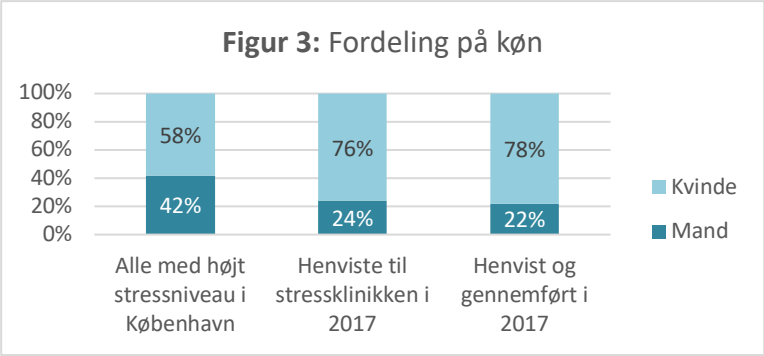
Stressklinikkernes borgere sammenlignes med gruppen af borgere over 18 år i *hele* Københavns kommune, som ifølge Den Nationale Sundhedsprofil fra 2013 havde et 'højt' stressniveau.[5] Ligesom ved de tidligere evalueringer er formålet at give et billede af, i hvilken grad de borgere, som kommunen har kontakt med i stressklinikkerne, afspejler den samlede gruppe af stressede københavnere.[6]

Køn
Første tabel viser fordelingen mellem mænd og kvinder. Beskrevet i det foregående afsnit, ses den samme tendens som de tidligere år, hvor der er flere kvinder end mænd, der finder vej til stressklinikkerne. Der er således ingen ændringer i fordelingen i forhold til billedet i 2016.

[4] Se f.eks. *Mænds Sundhed*, Sundhedsstyrelsen (2010)

[5] Oplysningerne om befolkningens stressniveau i Sundhedsprofil baserer sig på samme stressskala (PSS), som den der anvendes ved screening til Københavns Kommunes stresstilbud. Definitionen af stress er således sammenlignelig på tværs af de to målgrupper.

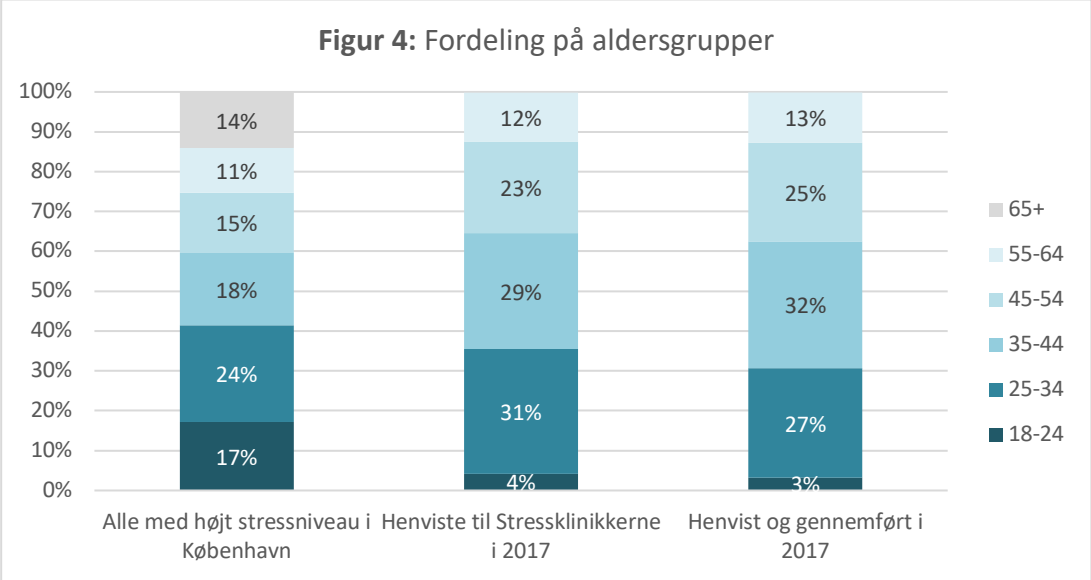
[6] I 2013 havde 103.400 personer et 'højt' stressniveau i Københavns Kommune, hvilket svarer til 22 % af befolkningen. I 2017 er andelen steget, og udgør nu 27 % af befolkningen i København, hvilket svarer til 133.200 personer.



Figur 3 Der indgår oplysninger om 814 borgere fra stressklinikken. Oplysningerne om 'alle med højt stressniveau i København' stammer fra den Nationale Sundhedsprofil fra 2013.

Aldersgrupper

Figur 4 viser, hvordan borgerne fordeler sig i forskellige aldersgrupper. Som det ses, er der i særlig grad færre, der kommer til stressklinikken, blandt de yngre borgere i aldersgruppen 18-24 år samt blandt de ældre over 64 år, når der sammenlignes med gruppen af borgere med et højt stressniveau i hele København.

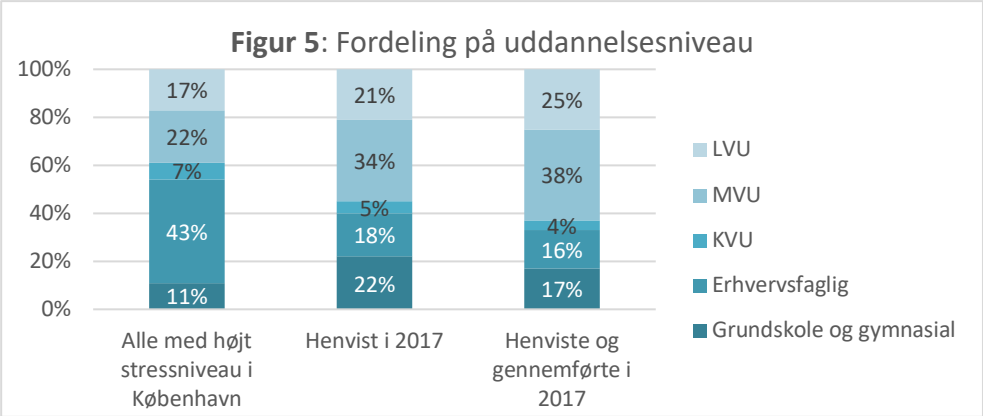


Figur 4 Der indgår oplysninger om 814 borgere fra stressklinikken. Oplysningerne om 'alle med højt stressniveau i København' stammer fra den Nationale Sundhedsprofil fra 2013.

Uddannelsesbaggrund

Figur 5 viser, i hvilket omfang borgerne, som er henvist til stressklinikkerne i 2017, uddannelsesmæssigt er repræsentative for den samlede gruppe af stressramte personer i København. Tallene afspejler den uddannelse, som borgerne senest har afsluttet.

Tabellen viser først og fremmest, at borgere med erhvervsfaglig uddannelsesbaggrund også i 2017 udgjorde en mindre andel blandt de henviste til stressklinikkerne (18 %), end de udgør i den samlede gruppe af borgere med stress i København (43 %). Omvendt er særligt gruppen med mellemlange videregående uddannelser overrepræsenteret i stressklinikkerne. Dette billede har været stort ses stabilt siden stressklinikkernes etablering i 2015.

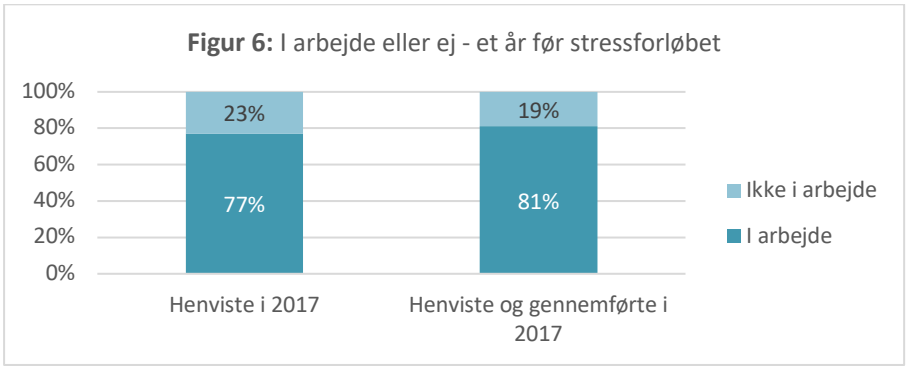


Figur 5 Der indgår oplysninger om 1310 borgere fra stressklinikken. Uddannelsesdata er hentet fra Danmarks Statistik. Oplysningerne om 'alle med højt stressniveau i København' stammer fra den Nationale Sundhedsprofil fra 2013.

Status i forhold til arbejdsmarkedet

Figur 6 og 7 viser fordelingen i forhold til, om borgerne er i arbejde eller ej. Oplysningerne vises på baggrund af to forskellige kilder for at give et mest muligt retvisende billede.

Figur 6 viser fordelingen mellem om borgerne var i arbejde mindst halvdelen af 2016, det vil sige i en længere periode forud for, at de blev henvist til stressklinikken. Her ses det, at mere end tre fjerdedele var i arbejde mindst halvdelen af 2016. Det fremgår også af figuren, at blandt den andel, der gennemfører et forløb, er der lidt flere, som var i arbejde forud for forløbet, sammenlignet med hele gruppen, der henvises til stressklinikkerne.



Figur 6 Dækker borgere i aldersgruppen 25-64 år. Data stammer fra Danmarks Statistiks indkomstregister. Borgere, som er studerende eller på pension, indgår ikke. I alt data for 1282 personer.

Figur 7 viser om borgerne havde et arbejde på dét tidspunkt, hvor de blev henvist til stressklinikkerne. Disse oplysninger stammer fra borgernes egne besvarelser, som de afgiver forud for, at de deltager i en visitationssamtale.[7] Tallene viser, at andelen, som ikke var i arbejde, var lidt lavere på det tidspunkt, hvor de påbegyndte kontakten med stressklinikken sammenlignet med perioden inden. En sandsynlig forklaring kan være, at nogle er stoppet med at arbejde som følge af den stressproblematik, som de har. Figuren viser endvidere, at mere end halvdelen af dem, der havde et arbejde, var sygemeldte på

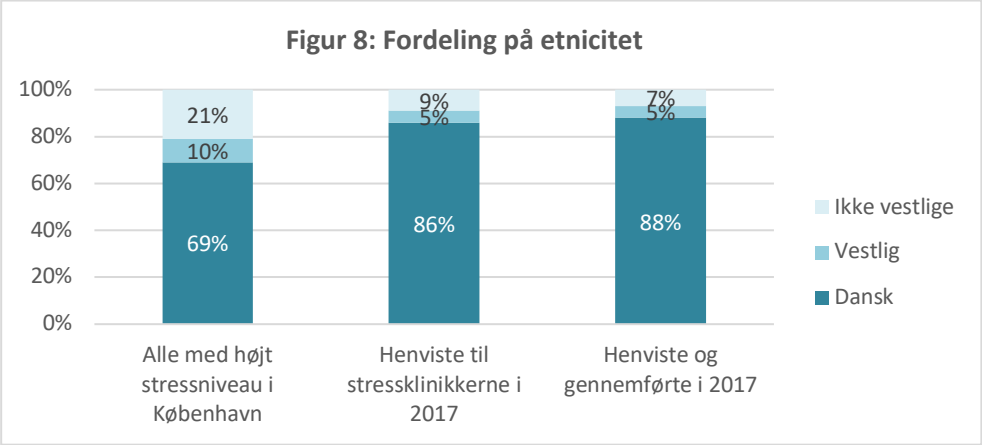
[7] Flere borgere end 895 har udfyldt et screeningsskema, men der indgår kun data fra de personer, som samtidig har givet samtykke til, at deres oplysninger må anvendes til analyser og evaluering.

det tidspunkt, hvor de blev henvist til stressklinikken. (Figur 6 viser ikke andel, der var sygemeldte forud for forløbet, selvom nogle formentlig har været det).

Figur 7 Dækker borgere i aldersgruppen 25-64 år. Data stammer fra borgernes egne udsagn ved tidspunkt for henvisning til stressklinikken. Borgere, som er studerende eller på pension, indgår ikke. I alt data for 895 personer.

Etnicitet

Den sidste sammenligning handler om etnisk baggrund, sådan som det defineres af Danmarks Statistik. Figur 8 viser, at borgere med anden etnisk baggrund end dansk er lidt underrepræsenteret i stressklinikkerne i forhold til den andel de udgør blandt alle borgere i København med et højt stressniveau. Dette gælder særligt gruppen med ikke-vestlig baggrund, der udgør 21 % af alle med højt stressniveau i København, mens de udgør 9 % af dem, der er henvist til stressklinikkerne i 2017 og 7 % af dem, der har gennemført et stressforløb. Tendensen er den sammen som de to foregående år.

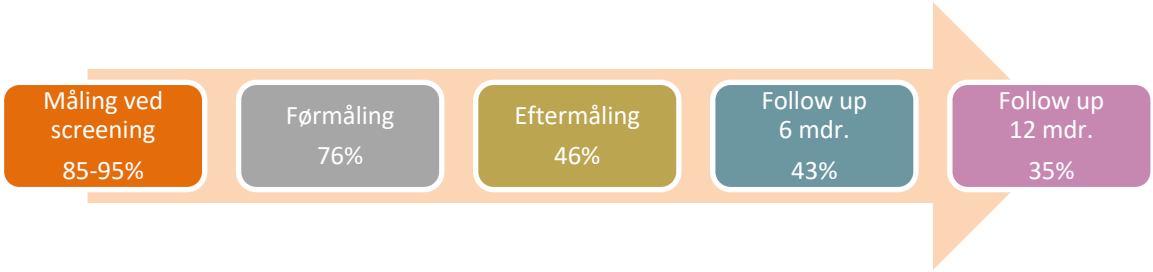


Figur 8 Der indgår oplysninger om 1357 borgere i stressklinikkerne. Oplysninger om etnicitet er hentet fra Danmarks Statistik.

7. Udvikling i effektmål samt tilfredshed med forløb

Med henblik på at vurdere den umiddelbare effekt af kommunens stressforløb bliver alle borgere, som starter på et forløb, bedt om at udfylde effektspørgeskemaer (screening, før- og eftermåling).

Det er en oplagt begrænsning, at effektmålingen ikke kan sammenlignes med en kontrolgruppe, og det således principielt er muligt, at de positive forandringer skyldes andre faktorer og hændelser end kommunens stressforløb. At hele effekten skulle kunne tilskrives andre faktorer, modsiges dog dels af et tidligere randomiseret forsøg med den metode[8], der anvendes i stressklinikkerne og dels af borgernes subjektive vurderinger af udbytte, der bekræfter et positivt udbytte hos langt de fleste deltagere. De senest opgjorte svarprocenter på effektmålingen i stressklinikkerne er følgende:



På baggrund af de indsamlede data i 2017 er det muligt at foretage analyserne af effekt på tværs af 222 borgere, som har udfyldt et effektmålingsskema ved såvel screening som ved forløbets start og afslutning. De analyser, der præsenteres nedenfor, er dermed lavet på baggrund af svar fra 32 % af de borgere, som gennemførte et forløb i 2017.

I analyser er det er blevet undersøgt om resultatet for de 222 borgere, som har udfyldt alle skemaerne, adskiller sig fra den samlede pulje af svar, det vil sige hos alle de borgere, som har svaret enten et screeningsskema, et før- eller eftermålingsskema, men altså ikke dem alle og derfor ikke kan følges gennem hele forløbet fra screening til afslutning. Undersøgelsen viser, at der ingen forskel er i resultatet. Det betyder, at gennemsnittet for samtlige målinger ved screening, start og afslutning på forløb ligger på samme niveau som for de 222 borgere, der indgår i figurerne herunder.

Udviklingen i borgernes stressniveau var det primære effektmål for stressklinikkerne, og resultatet heraf præsenteres indledningsvist.

7.1 Måling af stressniveau

Ifølge en tidligere befolkningsundersøgelse havde danskerne et gennemsnitligt stressniveau på 11 på PSS-skalaen (0-40). En score på 11 betragtes som 'ingen stress'. I Sundhedsprofilen opgøres de borgere, som scorer over 18, som havende et 'højt' stressniveau, mens en score på mindst 17 er sat som kriterium for at blive inkluderet i et stressforløb i Københavns Kommune.

Cohens Perceived Stressscale (PSS)
PSS måler selvoplevet stress på baggrund af 10 enkle spørgsmål, der kan besvares på en skala med fem svarmuligheder. Resultatet for den enkelte person beregnes som en samlet score på mellem 0 og 40.

Skemaet er valideret og giver et billede af kropslige, psykiske og sociale sundhedsproblemer.

[8] Stressklinikkerne benytter metoden Åben og Rolig. Denne blev i 2014 testet i et randomiseret forsøg med patienter på Rigshospitalet. Her viste resultatet, at kontrolgruppen havde en væsentlig anderledes og mindre positiv udvikling sammenlignet med interventionsgruppen, der havde deltaget i et tilsvarende Åben og Rolig-forløb.

Tendensen i borgernes stressniveau i 2017 ligner billedet fra 2015 og 2016. Generelt havde borgerne et relativt højt stressniveau på det tidspunkt, hvor de blev henvist til stressklinikkerne. I gennemsnit lå borgerne på 24,9 på PSS-skalaen.

Figur 9 nedenfor viser udviklingen i borgernes stressniveau fra det tidspunkt, hvor de er til den første screeningssamtale med en psykolog, til forløbet starter og endelig ved forløbets afslutning.

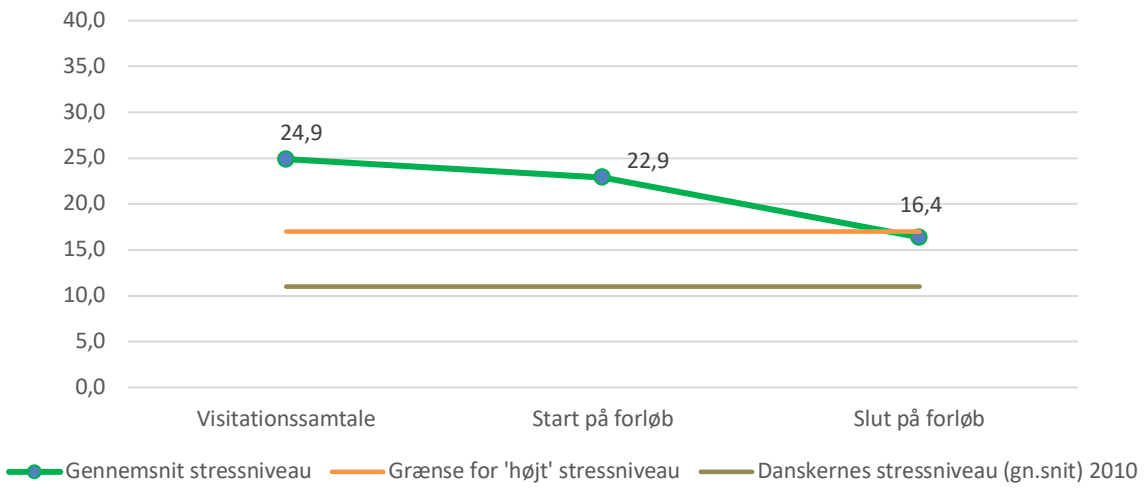
Som det ses, er der allerede en faldende tendens i det gennemsnitlige stressniveau fra tidspunktet for visitationssamtalen, det vil sige også inden selve stressforløbet går i gang.[9] Borgernes gennemsnitlige stressniveau falder dog væsentlig mere i den periode, hvor de gennemfører forløbet sammenlignet med perioden inden. Tidsspændet fra screening til startmåling er i gennemsnit 45 dage. Dette skyldes, at holdforløbene oprettes i klynger med cirka to en halv måned imellem.

Ved forløbets ophør er gruppens gennemsnitlige stressniveau faldet til lige under det kliniske stressniveau på 17, der berettiger til inklusion til et forløb og som generelt betragtes som behandlingskrævende. Borgerne, der har udfyldt effektskemaerne har i gennemsnit oplevet et fald på 28 % på PSS-skalaen, hvilket er samme niveau som hos gruppen, der indgik i effektmålingen på stressklinikkerne i 2016. I 2015 var det gennemsnitlige fald på 31 % og dermed en anelse større.

Der er ikke etableret en fast konsensus om, hvor stort et fald på PSS-skalaen, der skal optræde, før det anses som klinisk relevant. Det er dog ved tidligere studier foreslået, at et fald på netop 28 % kan anses som kriterium for en klinisk væsentlig forandring hos stresspatienter. Målingen for 2017 bekræfter således tendensen fra de tidligere år, nemlig, at borgerne – i gennemsnit – oplever en betydningsfuld stressreduktion i løbet af den periode, hvor de har deltaget i Københavns Kommunes stresstilbud.

[9] Den positive forandring skyldes formentlig borgernes bevidsthed om, at de nu er tilknyttet et tilbud og kan se frem til, at få hjælp til at håndtere deres stressproblematik, på baggrund af den indledende visitationssamtale. Undersøgelser har vist, at alene visheden om, at der er hjælp i vente, kan have en gavnlig effekt på blandt andet stressniveau. Desuden begynder nogle borgere formentlig før selve forløbet at anvende den 'Åben og Rolig-app', som de orienteres om til visitationssamtalen.

Figur 9: Udvikling i borgernes stressniveau, samlet gennemsnit for 222 personer (PSS-skala 0-40)



Figur 9 Udvikling i stressniveau ved hhv. visitationssamtale, forløbets start og forløbets afslutning. Jo lavere score des mindre stress.

Den røde linje markerer grænsen på 17 på PSS-skalaen. En score på 17 eller derover markerer anbefalet kriterium for, hvornår stress er behandlingskrævende samt inklusionskriteriet i Københavns Kommunes stressklinikker.
Den brune linje markerer niveauet på 11. Afspejler danskernes stressniveau (gn.snit), ifølge en befolkningsundersøgelse fra 2010.

Den samlede udvikling i borgernes stressniveau dækker over, at ud af 222 borgere har i alt 193 oplevet en positiv forandring, svarende til 87 %, mens 29 personer eller 13 % enten har oplevet, at deres stressniveau var uændret eller forværret ved forløbets afslutning. Den udvikling, der ses, er stort set på niveau med de foregående år.

7.2 Måling af depressionssymptomer

Svær depression er i sig selv årsag til, at borgere ikke er egnet til stressklinikkernes tilbud, da indholdet i forløbet er målrettet stressproblematikker og ikke depression. Da langvarig stress imidlertid ofte er forbundet med risiko for depression, er mange af spørgsmålene på MDI-skalaen stressrelaterede (fx spørgsmål om manglende energi og træthed, dårlig selvtillid, dårlig samvittighed, rastløshed samt koncentrationsbesvær). Når mange af borgerne i stressklinikkerne i deres effektskemaer viser tegn på depression, er det således ikke udtryk for, at de nødvendigvis led af en egentlig depression, før de blev inkluderet i forløbet, men derimod, at symptomerne var en indikation på, at en stor del af borgerne viste tegn på at være *i risiko for* at udvikle depression.[10]

Major Depression Inventory (MDI)
MDI er udviklet i samarbejde med WHO som et mål for depressionsgrad. MDI er et spørgeskema med 11 spørgsmål med seks svarmuligheder og beregnes til en samlet score på mellem 0 og 50. MDI kan inddeles i niveauer for depressionsgrad:

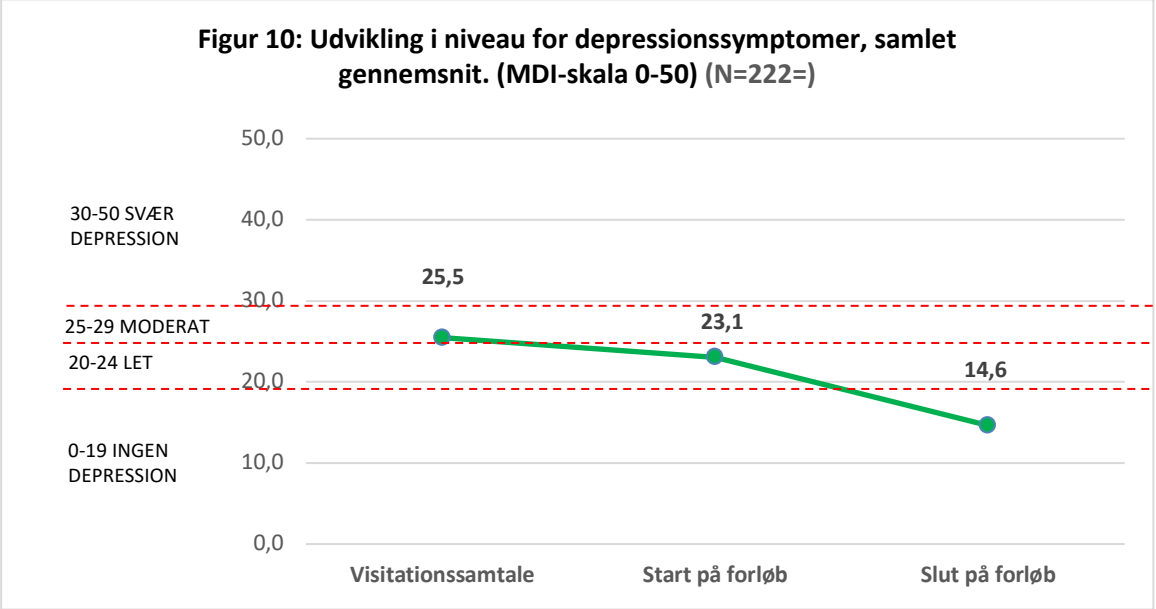
0-19: Ingen depression
20-24: Let depression
25-29: Moderat depression
30-50: Svær depression

[10] Som led i screeningen til forløbene har psykologerne lavet den kliniske vurdering af borgernes egnethed til kommunens forløb, og således vurderet om depressionssymptomer var udtryk for risikoadfærd eller en udviklet depressionstilstand.

Af Figur 10 nedenfor ses udviklingen i forekomsten af depressionssymptomer hos borgerne. Gennemsnitsværdierne er igen beregnet ud fra besvarelser fra de 222 personer, som har besvaret effektmålingsskemaerne ved både visitation, forløbets start og ved forløbets afslutning.

Ligesom ved målingen af stressniveau viser figuren for depressionssymptomer, at borgerne – i gennemsnit - oplever en signifikant forbedring allerede fra det tidspunkt, hvor de har været til visitationssamtale. Igen ses det dog - som forventet - at faldet i depressionssymptomer er væsentlig mere markant i perioden for selve stressforløbet.

Ved visitationssamtalen lå borgerne i gennemsnit på 25,5 på MDI-skalaen og dermed i intervallet med tegn på 'moderat' depression. Ved forløbets start lå borgerne i gennemsnit på 23,1, det vil sige i den øvre ende af niveauet 'let depression', mens den afsluttende måling viser, at borgernes gennemsnit ligger væsentligt under 20 og dermed på det niveau, hvor der ikke er tale om depressionssymptomer. Tendensen i det gennemsnitlige fald på MDI-skalaen ved start og slutmålingen er på samme niveau som det, der fremgik i evaluering af stressklinikkerne for 2016.



Figur 10 Udvikling i omfang af depressionssymptomer ved hhv. visitationssamtale, forløbets start og forløbets afslutning. Jo lavere score des mindre risikoadfærd.

– – Den stiplede linje markerer grænserne mellem de forskellige depressionsgrader.

Mens 59 % af borgerne havde tegn på og/eller var i risiko for depression ved forløbets start (både let, moderat eller alvorlig), var andelen faldet til 21 % ved forløbets afslutning. Det betyder med andre ord, at ud af de i alt 222 personer, der indgår i målingen, var antallet med symptomer på depression faldet fra 132 personer ved forløbets start til 47 personer ved afslutningen af forløbet. Fordelingen på de enkelte depressionsniveauer ses af oversigten nedenfor. (Variationer i procentandele skyldes afrunding af decimaltal).

Grad af depression ifølge MDI	Andel borgere før forløbet	Andel borgere efter forløbet
Ingen depression (MDI-score: ≤20)	41 %	79 %
Let depression (MDI-score: 21-24)	15 %	5 %
Moderat depression (MDI-score: 25-29)	16 %	9 %
Alvorlig depression (MDI-score: ≥30)	29 %	8 %

Tabellen viser, at borgerne oplevede et fald i depressionssymptomer, uanset hvilket niveau de lå på ved forløbets start. Det fremgår bl.a., at der var 45 % af borgerne, som ved forløbets start viste tegn på moderat eller alvorlig depression, mens anden var faldet til 17 %, da de afsluttede forløbet.

7.3 Måling af søvnkvalitet

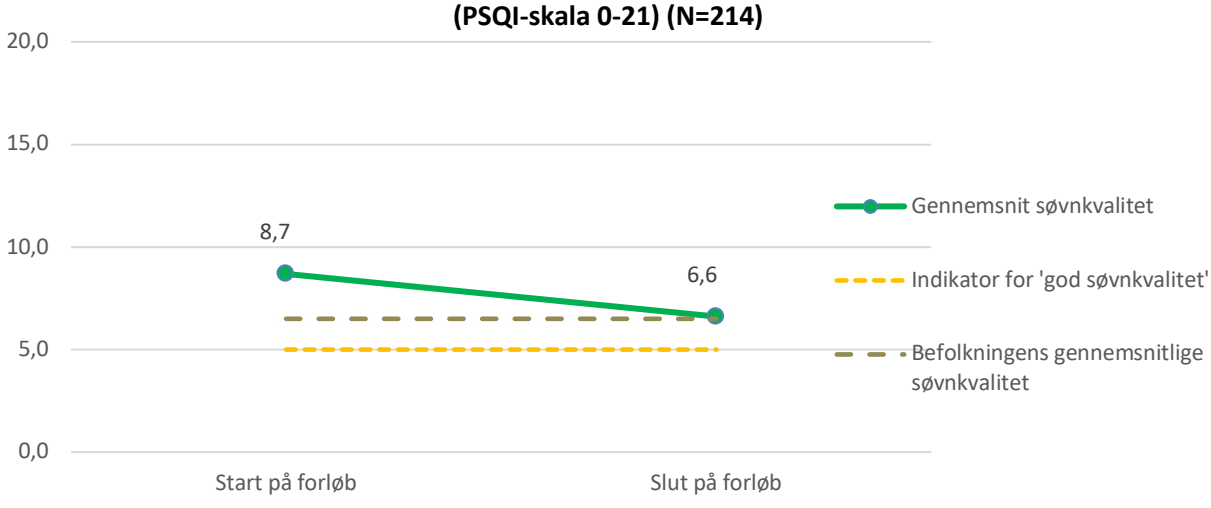
På effektmålet om forbedring i søvnkvalitet ses der ligeledes en positiv udvikling. Mere end to tredjedele af borgerne oplevede en forbedring i løbet af forløbet, dvs., at de havde færre søvnforstyrrelser ved afslutningen sammenlignet med da de startede. Dette galt for 140 personer ud af 205 personer (68 %), der havde svarer på start- og slutskema. Andelen af borgere, som samlet set svarede, at de havde en 'god' søvnkvalitet (5 eller under på PSQI) var steget fra 21 % før forløbet til 43 % efter.

Den samlede udvikling svarer til en reduktion af søvnforstyrrelser på 24 % og ses af figur 11 nedenfor. Også i forhold til søvnkvalitet findes der ingen fast konsensus om, hvor stor forandringen skal være for at tælle som klinisk betydningsfuld. En reduktion på 24 % kan dog formentlig betragtes som klinisk relevant. I 2016 var det gennemsnitlige fald på 25 % mens det i 2015 lå på 34 %

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
PSQI måler via 19 spørgsmål aspekter af borgernes søvnkvalitet og eventuelle forstyrrelser indenfor den sidste måned. Skemaet opgøres bl.a. som en samlet score på mellem 0 og 21.

0-5: God søvnkvalitet.
6-7: Nogen søvnforstyrrelser, (niveau som gennemsnit af befolkningen i Dk).
8-21: Forringet søvnkvalitet.

Figur 5: Udvikling i søvnkvalitet, samlet gennemsnit. (PSQI-skala 0-21) (N=214)



Figur 11 Udvikling i søvnkvalitet ved hhv. forløbets start og afslutning. Jo lavere score des bedre søvn.

..... Den stiplede orange linje markerer grænsen på 5 eller der under, der indikerer 'god' nattesøvn (ifølge PSQI-skala).
– – Den stiplede bruge linje markerer niveauet på 6-7, der afspejler befolkningens gennemsnitlige søvnkvalitet – på baggrund af tre store internationale befolkningsstudier af søvnkvalitet.

7.4 Måling af tilfredshed

De borgere, som gennemfører hele eller en del af et stressforløb, bliver efterfølgende bedt om at besvare en række spørgsmål om deres tilfredshed med forløbet og underviserne. I 2017 har 298 personer sagt ja til at besvaret spørgsmålene om tilfredshed.

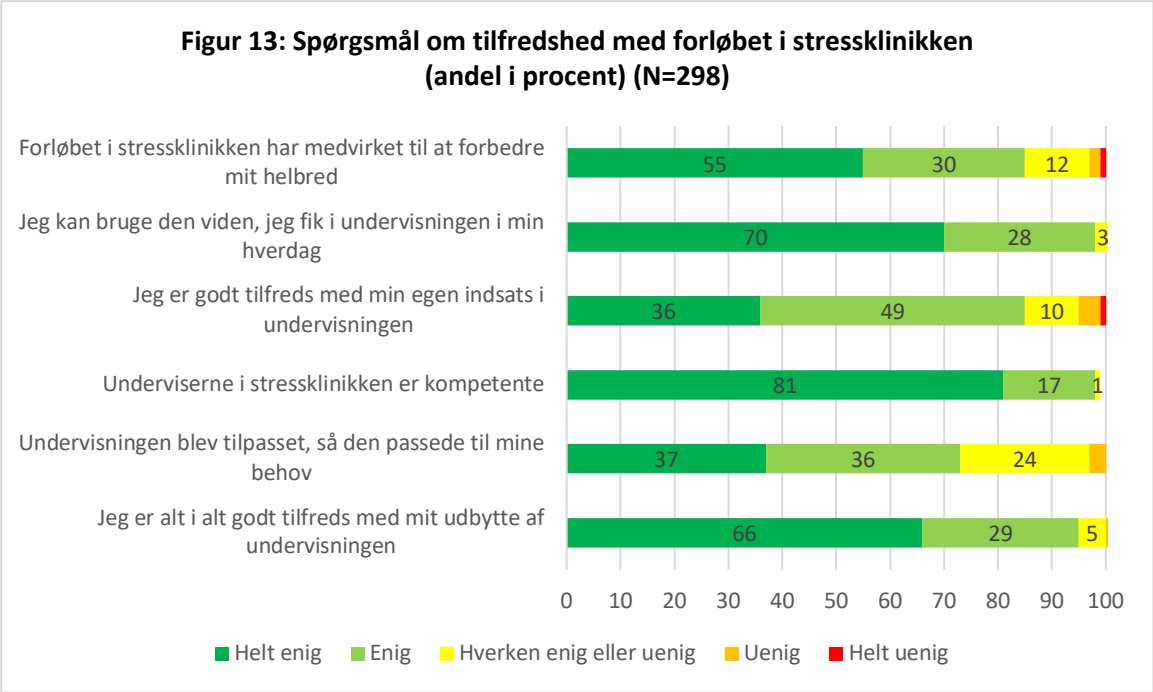
Borgerne har blandt andet svaret på spørgsmålet, *Hvor tilfreds eller utilfreds er du alt i alt med dit samlede forløb på stressklinikken?* Figur 9 nedenfor viser, at i alt 73 % svarer, at de er *meget tilfredse*, mens 24 % svarer *tilfredse.* To % svarer *hverken tilfreds eller utilfreds*, og mindre end én % (to personer i alt) svarer, at de er *utilfredse* med forløbet.

Det skal naturligvis tages med i betragtning, at de borgere, der svarer på slutskemaet, er de personer, der gennemfører et forløb. Dette betyder med andre ord, at borgere, der falder fra undervejs i forløbet, ikke indgår i målingen[11].

Figur 12 Svarfordelinger på spørgsmål om samlet tilfredshed med stressforløbet

Alle øvrige svarfordelinger på de stillede tilfredshedsspørgsmål ses af tabellen nedenfor.

[11] I 2018 bliver spørgsmålene også blive stillet til de borgere, som har påbegyndt et forløb, men er faldet fra undervejs i forløbet.



Figur 13 Svarfordelinger på spørgsmål om tilfredshed

Tallene bekræfter samme tendens, som de tidligere evalueringer har vist, nemlig, at størstedelen af de borgere, der gennemfører forløbet, er tilfredse med tilbuddet og underviserne. Blandt andet svarer 98 %, at de kan bruge den viden, de fik i undervisningen, i deres hverdag, og 95 %, at de alt i alt er tilfredse med deres udbytte af undervisningen.

Der er lavet en statistisk analyse af, om der er forskel i den måde, som mænd og kvinder vurderer tilbuddet. Selvom stort set alle fra begge køn vurderer tilbuddet positivt, er der flere kvinder end mænd, der svarer, at de er **meget tilfredse** fremfor blot **tilfredse**. Dette gælder for 77 % af kvinderne og 61 % af mændene.

8. Måling af langtidseffekt 12 måneder efter afsluttet stressforløb

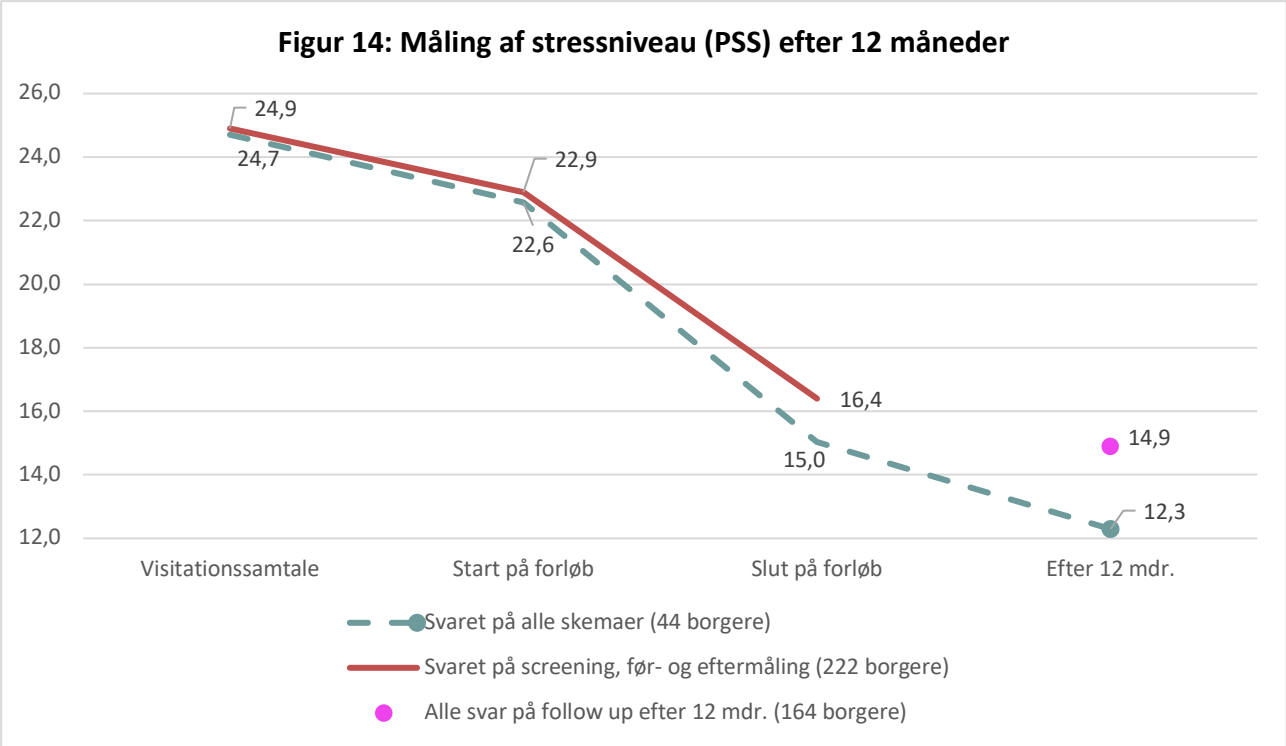
Når det ni-ugers stressforløb er færdigt, afslutter borgernes deres kontakt med stressklinikken. Forvaltningen har dermed ingen viden om, hvordan borgernes stressforløb udvikler sig efterfølgende. For at få et billede her af, modtager borgerne et spørgeskema via deres digitale postkasse efter cirka et år. Figur 14 og 15 nedenfor viser udviklingen i henholdsvis stressniveau og omfang af depressionssymptomer.

Den stiplede linje viser udviklingen hos den gruppe, som har svaret på *alle* skemaerne, det vil sige ved visitationssamtalen, ved forløbets start og afslutning samt efter 12 måneder. Det er med andre ord de samme 44 borgere, som man ser udviklingen for. Den røde linje viser til sammenligning udviklingen hos de 222 borgere, som indgik i tabel 9-11, og som havde udfyldt de første tre skemaer, men ikke en follow up-måling efter 12 måneder. Den pink prik viser niveauet i follow up-måling for alle de 164 borgere, som har udfyldt et skema om langtidseffekt.

Figur 14 viser for det første, at den gruppe, som har udfyldt alle fire spørgeskemaer (stiplet kurve), havde et lidt større gennemsnitligt fald i løbet af deres stressforløb sammenlignet med de 222 borgere (rød kurve). Dernæst viser figuren, at gruppen som har været mest aktiv med at svare på forvaltningens skemaer (svaret alle fire), i gennemsnit havde et lavere stressniveau et år efter afsluttet stressforløb, sammenlignet med alle de borgere, som havde svaret på follow up-målingen efter 12 måneder (pink prik).

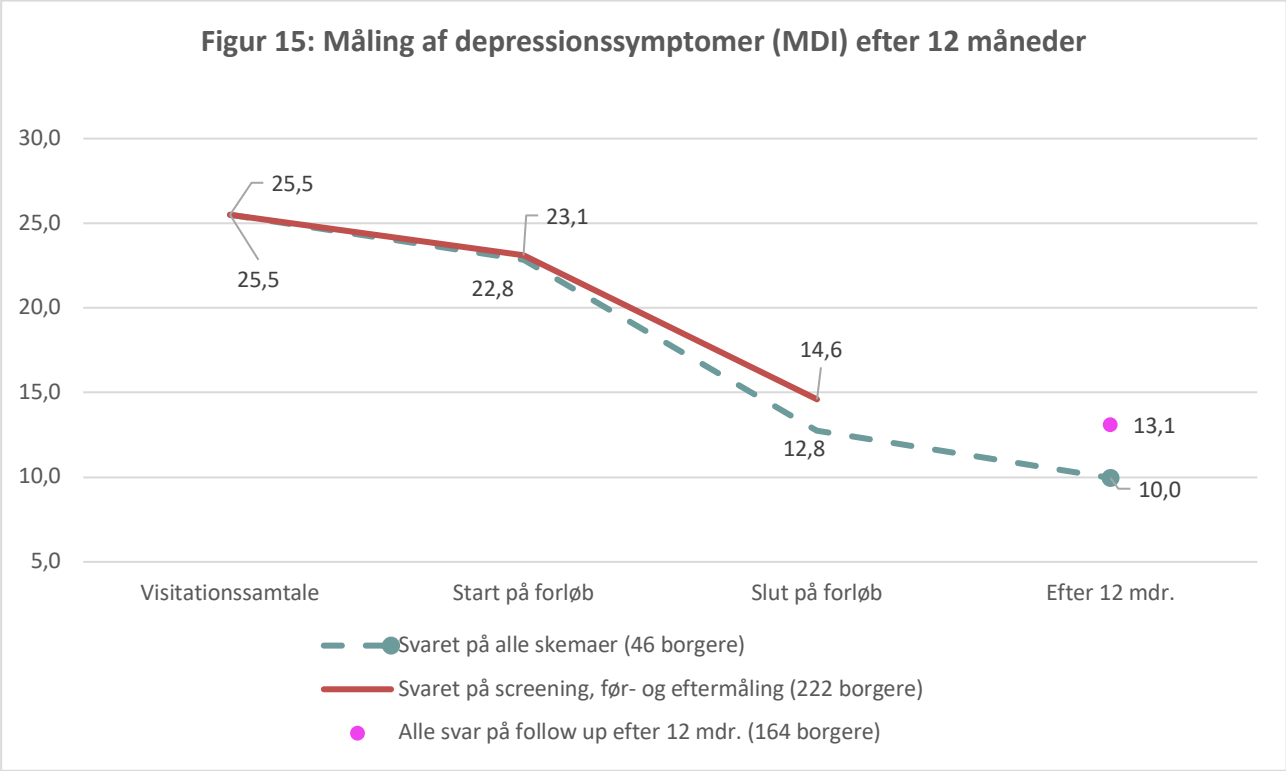
Samlet viser det, at borgernes gennemsnitlige stressniveau fortsætter med at falde efter endt stressforløb, uanset hvor mange skemaer, borgerne har besvaret. Dog indikerer tallene også, at de borgere, som har svaret alle skemaer både havde lidt mere effekt af selve forløbet og oplevede en lidt mere markant forbedring efterfølgende.

Det kan tilføjes, at det i analysen er undersøgt, hvorvidt der er sammenhæng mellem uddannelsesniveau og effekt af forløbet. Der er lidt flere borgere med lange og mellemlange uddannelser, som har svaret på skemaerne generelt, end blandt de øvrige uddannelsesgrupper, men der ses ingen signifikant forskel på, hvilket udbytte borgerne har af forløbet i forhold til uddannelsesbaggrund.



Figur 14

Den samme tendens ses af figur 15 nedenfor, der viser udviklingen i omfang af depressionssymptomer.



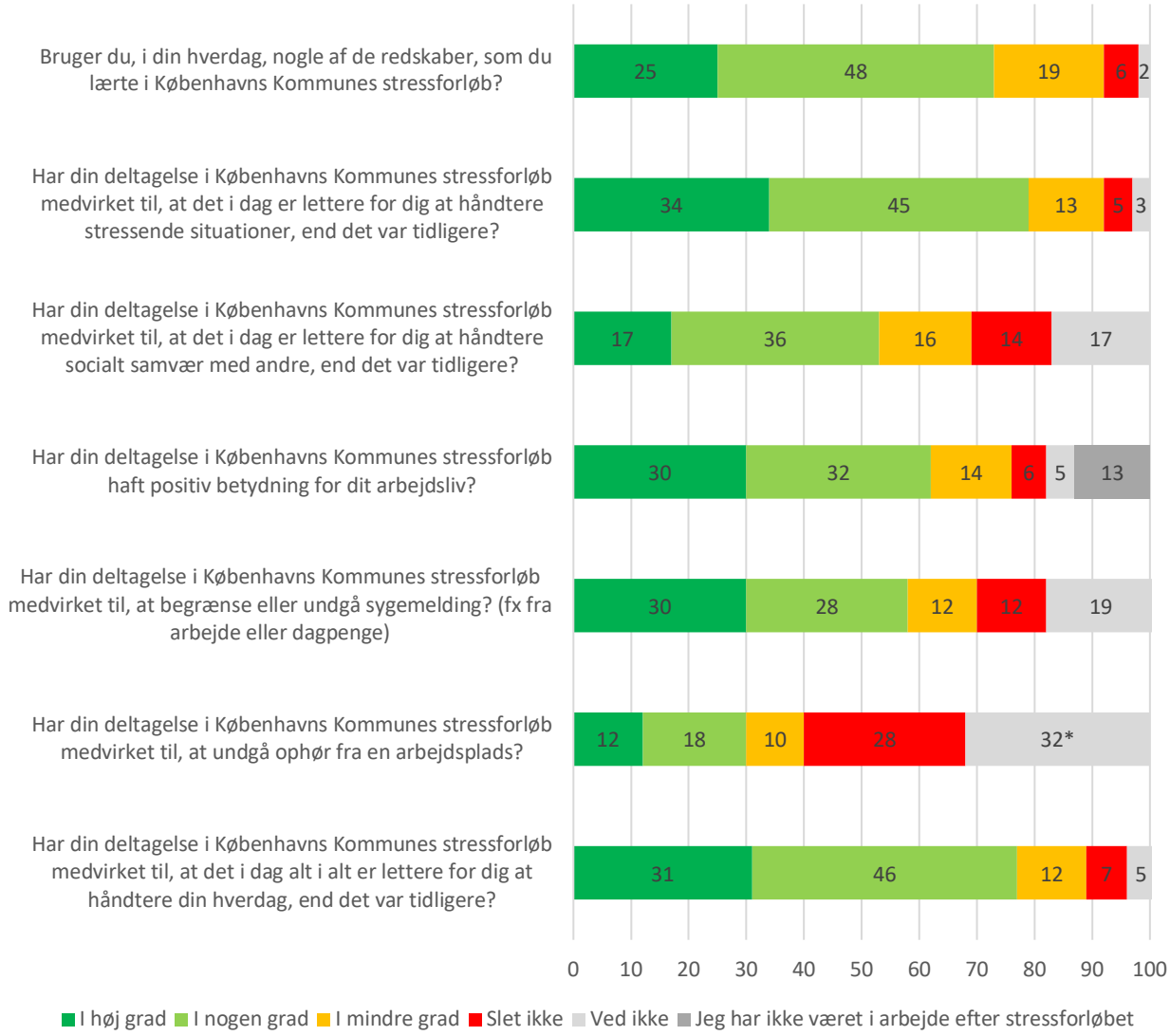
Figur 15

8.1 Borgernes egen vurdering af udbytte

Efter et år bliver borgerne desuden stillet en række spørgsmål om, hvordan de oplever deres udbytte af forløbet, på det tidspunkt, hvor der er gået cirka et år.

Borgernes svar ses af oversigten herunder. Der indgår svar fra 184 personer.

Figur 14: Spørgsmål om udbytte ét år efter (andel i %)



Figur 16

*Der indgår ikke borgere, som har svaret "Jeg har ikke været i arbejde efter stressforløbet".

Også på disse spørgsmål om langtidseffekt, er der lavet en statistik analyse af, om kvinder og mænd har forskellige måder at vurdere tilbuddet. Igen ses det, at kvinderne på nogle områder er lidt mere positive i deres vurdering. Der er forholdsmæssigt flere kvinder end mænd, der svarer bekræftende på spørgsmålet om, hvorvidt de stadigvæk bruger de redskaber, som de lærte i stressklinikken. Endvidere er der en tendens til, at kvinderne i højere grad end mændene oplever, at forløbet - stadigvæk et år efter - medvirker til, at det er lettere at håndtere stressende situationer samt socialt samvær med andre, end det var tidligere. På de øvrige spørgsmål ses ingen forskelle på tværs af køn.

9. Opgørelse af beskæftigelses- og forsørgelsesstatus før og efter stressforløbet

Som led i evalueringen er der lavet en analyse, der viser borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet henholdsvis før og efter, at de har gennemført et stressforløb. I venstre side viser tabel 1, hvilken status borgerne havde umiddelbart **inden** de påbegyndte et stressforløb. I højre side af tabellen ses det, hvordan borgerne fordeler sig henholdsvis **tre og seks måneder efter,** at de har gennemført et forløb. Tallene i analysen af status efter tre måneder blev præsenteret for Sundheds- og Omsorgsudvalget i oktober 2017, men suppleres således her med en ny analyse af status efter seks måneder.

Tabel 1.

Forsørgelses-status	FØR FORLØB	Forsørgelses-status	3 MDR EFTER		6 MDR EFTER	
	Andel % (Gr. 1 / gr. 2)*		Antal borgere	Andel i %	Antal borgere	Andel i %
Uddannelse	9% / 8%	Uddannelse	42	9 %	66	8%
Beskæftigelse	32% / 34%	Beskæftigelse	193	41 %	385	47%
Selvforsørgelse**	6% / 5%	Selvforsørgelse	41	9 %	76	9%
Dagpenge	7% / 6%	Dagpenge	57	12 %	105	13%
Sygedagpenge med tilknytning til arbejdsmarkedet	24% / 26%	Sygedagpenge med tilknytning til arbejdsmarkedet	48	10 %	51	6%
Sygedagpenge uden tilknytning til arbejdsmarkedet	13% / 13%	Sygedagpenge uden tilknytning til arbejdsmarkedet	40	8 %	59	7%
Øvrige***	8% / 8%	Øvrige	51	11 %	82	10%
I alt	100%	I alt	**472**	**100 %**	**824**	**100%**

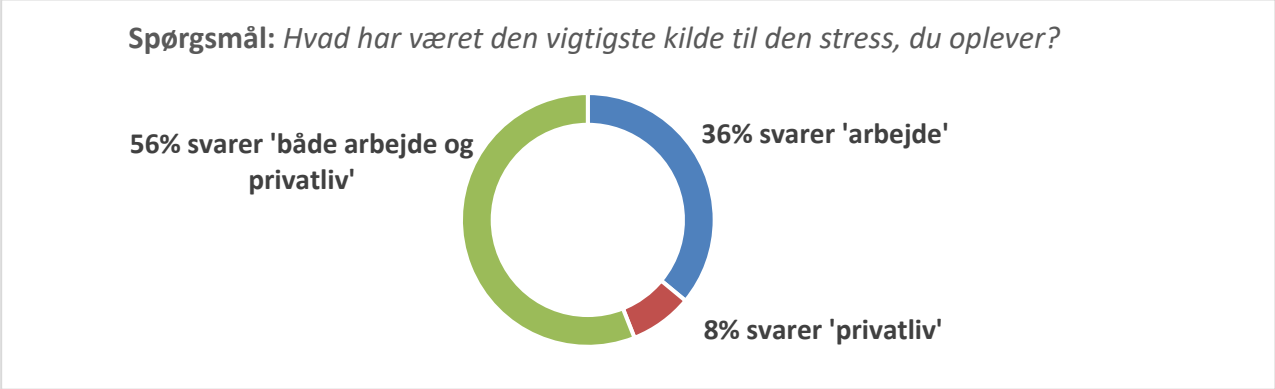
*Gr. 1 refererer til den analyse, der er lavet af gruppen, som er målt hhv. før og **tre** måneder efter forløbet. Gr. 2 refererer til analysen af gruppen, som er målt hhv. før og **seks** måneder efter.
**Kategorien selvforsørgelse dækker over personer som hverken er registreret som værende i beskæftigelse eller modtager nogen form for offentlig ydelse. Selvforsørgende kan være personer der forsørges af en ægtefælle, lever af opsparede midler eller andet.
***Kategorien øvrige dækker over henholdsvis forskellige former for kontanthjælp, kommunale ressource- og jobafklaringsforløb, flexjon og anden form for overførselsindkomst.

Den største ændring ses blandt borgere, som er i reel beskæftigelse[12]. Ved målingen tre måneder efter forløbet er andelen af borgere i reel beskæftigelse steget med 9 procentpoint (fra 32 % til 41 %). Ved målingen seks måneder efter er andelen steget med 13 procentpoint (fra 34 % til 47 %).

[12] Med reel beskæftigelse menes personer, der har et arbejde, og som ikke er sygemeldte.

Opgøres det samlede antal borgere med tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder borgere, der er sygemeldt fra deres arbejde, fremgår det dog af tabel 1, at gruppen er faldet fra at udgør 60 % ved stressforløbets start til at udgøre 53 % seks måneder efter. Udviklingen skyldes alene et fald i den gruppe, som inden forløbet var sygemeldt fra deres arbejde. I målingen efter seks måneder er gruppen mindsket med 20 procentpoint - fra at udgøre 26 % inden forløbet til at udgøre seks % efter. Gruppen i reel beskæftigelse er som beskrevet steget.

Det er forventeligt, at en stor andel af borgere, som starter i et stressforløb ved forløbets start vil være sygemeldt som følge af deres arbejdsforhold. Dette bekræftes også af stressborgerne, når de skal svare på, hvad der er den primære årsag til deres stress.



Blandt de borgere, som blev henvist til stressklinikken i 2017 er det kun 8 %, der svarer, at privatlivet har været den vigtigste kilde til deres stress. 36 % svarer, at den vigtigste kilde er arbejdet alene og 56 % svarer, at det er en kombination af arbejde og privatliv. For mange borgere kan en del af løsningen på deres stressproblematik derfor være at opsige dét arbejde, der har været årsag eller medvirkende til at fremkalde stress.

Samme positive fald i forhold til omfanget af sygemeldte ses blandt gruppen af ledige. Her fremgår det også af tabel 1, at der sker et fald fra 13 % ved stressforløbet begyndelse til henholdsvis 8 % og 7 % seks måneder efter stressforløbet. Det betyder med andre ord, at en større andel står til rådighed for arbejdsmarkedet efter stressforløbet i og med, at de ikke længere er sygemeldte fra ledighed.

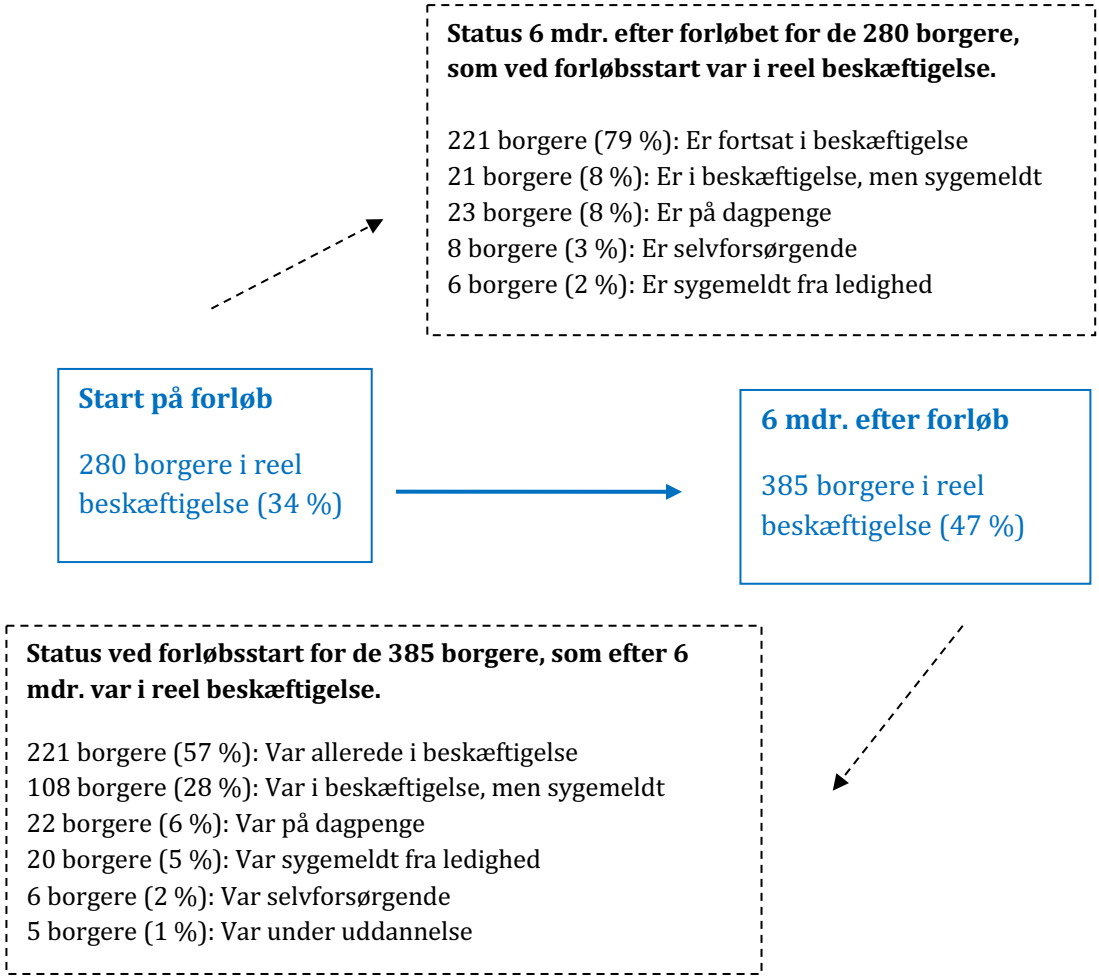
For de øvrige kategorier for forsørgelsesstatus ses der mindre ændringer i perioden fra før til efter stressforløbet. Ud fra tabel 1 fremgår det dog, at de ændringer, der indtræffer i borgernes forsørgelsesgrundlag, allerede viser sig efter tre måneder, og ikke er ændret yderligere efter seks måneder.

9.1 Bevægelsesmønstre i beskæftigelses- og forsørgelsesgrundlag

For at forstå, hvad de overordnede bevægelser i gruppernes forsørgelsesgrundlag dækker over, er der foretaget en analyse, der undersøger borgernes individuelle 'vandringer' i perioden.

Her præsenteres først bevægelserne for den gruppe af borgere, som var i reel beskæftigelse før forløbet (280 personer) samt den gruppe, som var i reel beskæftigelse seks måneder efter (385 personer). Formålet er at vise, hvad de overordnede tendenser dækker over, når tallene i tabel 1 viser, at andelen i reel beskæftigelse er steget fra 34 % før forløbet til 47% et halvt år efter.

Figur 1: Borgere i reel beskæftigelse – før og efter forløbet



Det fremgår, at i alt 221 borgere er gengangere i begge grupper. Det vil sige, at de havde samme status, (som værende i beskæftigelse), ved forløbets start og seks måneder efter. Det betyder, at størstedelen (79 %) af de 280, der var i beskæftigelse ved forløbets start, havde fasthold denne status. De resterende 21 % var efter forløbet primært kommet på dagpenge (8 %) eller var blevet sygemeldt fra deres arbejde (8 %).

Ligeledes udgøres gruppen på 385 borgere i reel beskæftigelse **efter forløbet**, af de 221 borgere med uændret status (57 % af gruppen) samt af yderligere164 personer, som ved forløbets start havde en anden status end reel beskæftigelse. Den største bevægelse ses i gruppen, som inden forløbet var sygemeldt fra deres arbejde (108 borgere eller 28 %), men som efter forløbet ikke er sygemeldt længere. De resterende er borgere, som ved forløbets start var på dagpenge (6 %), sygemeldt fra ledighed (5 %), og 3 % som var selvforsørgende eller under uddannelse.

Tallene viser således en positiv udvikling, hvor et væsentligt antal borgere, særligt har flyttet sig fra sygemelding, til at være i reel beskæftigelse efter forløbet. Men også hvor en del borgere efter seks måneder har flyttet til fra dagpenge og fra at være ledig sygemeldt til at være i reel beskæftigelse.

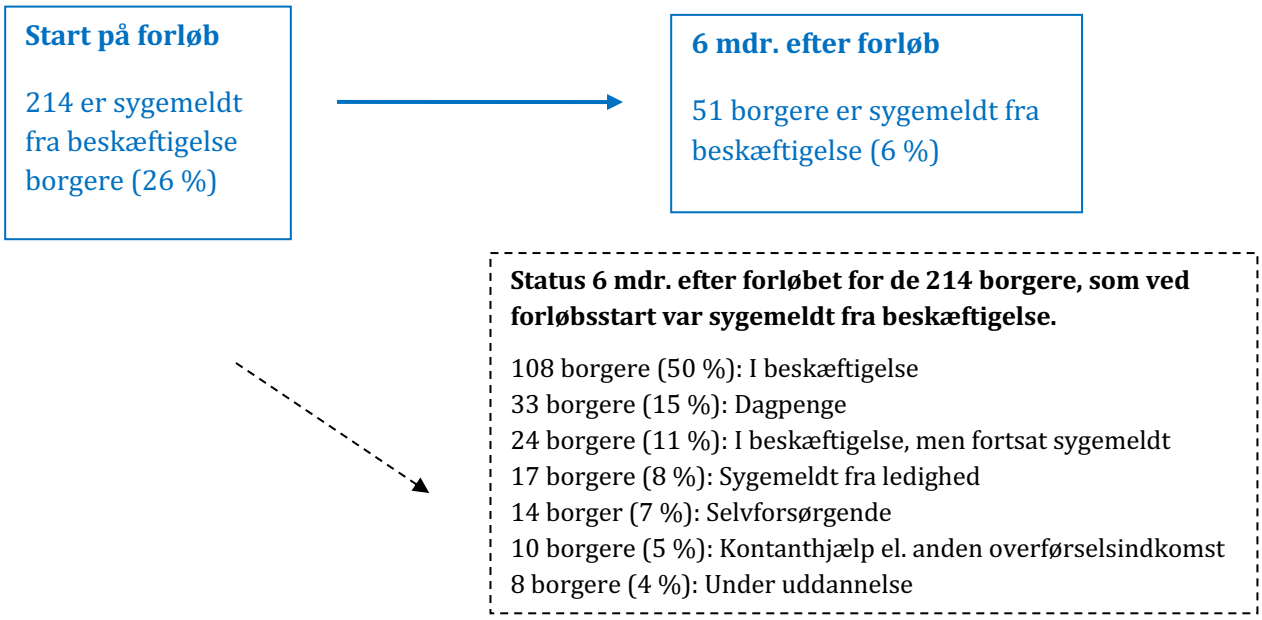
Det eneste sted, hvor seks-månedsanalysen viser en forskel i forhold til tre-månedsanalysen er netop, at den samlede andel af borgere i reel beskæftigelse er højere efter seks måneder sammenlignet med efter tre. Andelen er steget fra 41 % til 47 %.

Uddybning af fald i andel sygemeldte i beskæftigelse

Som tabel 1 viser, ses den største ændring på overordnet niveau, i gruppen, der ved forløbets begyndelse var sygemeldt fra deres, som falder fra at udgøre status hos 26 % af borgerne inden forløbet til 6 % seks måneder efter forløbet. Figur 2 skitserer de 'borgervandringer', der ligger bag ved denne tendens.

Ud af de 214 borgere, som var i beskæftigelse, men sygemeldte ved forløbets start, var halvdelen efter forløbet ikke længere sygemeldte, men derimod i reel beskæftigelse. Dette er samme andel som efter tre måneder. Efter sekst måneder er der til gengæld færre som er sygemeldte fra et arbejde sammenlignet med efter tre måneder. Samtidig er der flere borgere, som er selvforsørgende og på dagpenge, og lidt flere som er på kontanthjælp eller under uddannelse. Bevægelserne ses i figuren nedenfor.

Figur 2: Borgere som har et arbejde, men er sygemeldt – status 6 mdr. efter forløb



Samlet set viser analysen, at ændringer i beskæftigelses- og forsørgelsesstatus på individniveau kan forløbe på mange forskellige måder. Det er dermed ikke entydigt, hvordan borgernes forsørgelsessituation udvikler sig i perioden under og efter, at de har gennemført et kommunalt stressforløb.

Det kan dog konkluderes, at andelen, der er i beskæftigelse - uden at være sygemeldt – øges i perioden efter afsluttet stressforløb. Andelen er større allerede efter tre måneder, men den er øget yderligere efter seks.

Vurdering af borgernes individuelle 'vandringer' i perioden

I analysen er alle 824 borgeres bevægelser i beskæftigelses- og forsørgelsesstatus opgjort ud fra om de betragtes som 'forbedret', uændret, 'forværret' eller 'neutral ændring'. Med neutral ændring menes en

ændring på tværs af forskellige kategorier med samme 'værdi'. Bevægelserne er vurderet med udgangspunkt i ambitionen om, at borgerne skal tættere på arbejdsmarkedet i retning af beskæftigelse, selvforsørgelse og uddannelse, og væk fra sygemelding og afhængighed af offentlig forsørgelse.

Nedenstående tabel 2 viser fordelingen i borgernes bevægelse i forsørgelsesstatus.

Tabel 2: Udvikling i status	**3 MDR. EFTER**		**6 MDR. EFTER**	
	Antal	**Procent-fordeling**	**Antal**	**Procent-fordeling**
'Positiv' ændring i status	123	26 %	262	32% ↑
Fastholdelse af 'positiv' status (uændret)	175	37 %	308	37%
'Neutral ændring' af status	136	29 %	189	23% ↓
Negativ ændring i status	38	8 %	65	8%
Samlet	**472**	**100 %**	**824**	**100%**

Som det ses, har cirka en tredjedel af borgerne (32 %) 'forbedret' deres beskæftigelses- eller forsørgelsesstatus efter seks måneder. Dette dækker primært over den tendens, der er beskrevet ovenfor - at en stor gruppe borgere ikke længere er sygemeldte (både fra beskæftigelse og fra ledighed), samt at en gruppe er gået fra dagpenge til beskæftigelse. Det ses, at der er en større andel af borgerne, som har flyttet sig i en positiv retning, efter seks måneder (32 %) sammenlignet med efter tre måneder (26%).

Fastholdelse af 'positiv' status efter seks måneder dækker over, at 308 borgere (37 %) både før og efter stressforløbet er i enten beskæftigelse, under uddannelse eller er selvforsørgende. De individuelle personer har således fastholdt, den status de havde, da de startede på forløbet.

En 'neutral ændring' af status dækker over, at 189 borgere (23 %), hverken er rykket tættere på eller længere væk fra arbejdsmarkedet efter seks måneder. Borgerne har primært enten bibeholdt deres status som sygemeldt eller bevæget sig på tværs af forskellige former for offentlig forsørgelse.

Endelig har 65 personer (8 %) ændret status i en 'negativ' retning efter seks måneder. Dette dækker primært over borgere, som er gået fra at være i beskæftigelse til at blive sygemeldt fra deres arbejde eller overgå til at modtage dagpenge. Andelen er den samme, som efter tre måneder.

Samlet set viser opgørelsen således, at mere end to tredjedele af borgerne (69 %) enten har oplevet en positiv udvikling eller har fastholdt en 'gunstig' forsørgelsesstatus, i perioden fra de startede på et stressforløb til seks måneder efter, at forløbet blev afsluttet. Efter tre måneder galt dette for 63 %.

BILAG 1

Andel der bookes til en visitationssamtale	• Lavere blandt borgere, som henvises fra den praktiserende læge sammenlignet med borgere, der henvises fra jobcentret eller som er internt henviste. • Lavere for mænd end for kvinder. • Højere blandt borgere som har en videregående uddannelse sammenlignet med gruppen, der senest har afsluttet en grundskole/gymnasial uddannelse eller en erhvervsfaglig uddannelse.
Andel der fremmøder til visitationssamtale	• Lavere blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk.
Andel der bookes på hold	• Lavere blandt mænd end kvinder. • Lavere blandt aldersgruppen 18-24, og højest blandt aldersgruppen 35-44. • Højere blandt borgere som har en videregående uddannelse sammenlignet med hhv. borgere, der senest har afsluttet en grundskole/gymnasial uddannelse eller en erhvervsfaglig uddannelse. • Lavere blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk. • Lavere blandt borgere, der ikke var i beskæftigelse i 2016 sammenlignet med gruppen, der var i beskæftigelse.
Andel der påbegynder hold	• Lavere blandt gruppen, der er henvist internt i sundhedshuset sammenlignet med henvist fra læge eller jobcenter.
Andel der gennemfører et forløb	• Ingen forskelle på tværs af grupperne.

Referencer

Danskernes Sundhed, Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Sundhedsstyrelsen (2018)
https://www.sst.dk/~/media/EAB50E1A9DD84D1D822308CE397AD19D.ashx

Mænds Sundhed. En oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder. Sundhedsstyrelsen (2010)
https://www.sst.dk/da/udgivelser/2010/~/media/8B5495F18C3942CDA9CF6C9A385E8819.ashx