Center for PSYKISK SUNDHEDSFREMME

FORSKNINGSRAPPORT

ÅBEN OG ROLIG

som stressbehandling i

Topdanmark Forsikring • Pension

2018-2019

Forskningsrapport – *Åben og Rolig* som stressbehandling i Topdanmark Livsforsikring 2018 - 2019.

Rapportens analyser og tekst er udarbejdet af:

Christian Gaden Jensen
Cand.Psych., Ph.D., Postdoc i Sundhedspsykologi
Centerleder for Center for Psykisk Sundhedsfremme
Institut for Psykologi
Københavns Universitet

Katharina Cordes,
Cand.Psych., Postdoc ved Københavns Universitet,
Center for Psykisk Sundhedsfremme

Liv Hjordt
Cand.Psych., Ph.D.
Center for Psykisk Sundhedsfremme

Anette Tybjerg-Jeppesen
Cand.Psych., Aut.
Leder af implementeringsenheden
Center for Psykisk Sundhedsfremme

www.cfps.dk
www.åbenogrolig.dk

Indsamling af data udført af: Center for Psykisk Sundhedsfremme i samarbejde med Linkberg.

Kodning og scoring af data udført af: Center for Psykisk Sundhedsfremme.

Rapportens primære udarbejder (Christian Gaden Jensen) står inde for kvaliteten og objektiviteten af rapporten.

Der skal fra Center for Psykisk Sundhedsfremme lyde en stor anerkendelse af de involverede medarbejdere i projektet hos Topdanmark Livsforsikring for deres stærke engagement og for det gode samarbejde.

Version 3.0. Publiceret 23. august 2019 efter korrektur og endelig godkendelse fra Topdanmark Livsforsikring.

© Center for Psykisk Sundhedsfremme 2019

”Vi oplevede, at flere og flere kunder fik behov for stressbehandling i perioden 2012-2017. Vi er derfor glade for samarbejdet med Center for Psykisk Sundhedsfremme, fordi vi vil være i front med stressbehandling og gerne vil forsøge at integrere forskning i det mere praktiske arbejde med stressramte kunder. Vi har store forventninger til, at vi med programmet kan hjælpe vores stressramte kunder endnu bedre.”

Pia Bay, Sundhedschef i Topdanmark Livsforsikring

BAGGRUND

Topdanmark Livsforsikring og Center for Psykisk Sundhedsfremme v. Københavns Universitet indledte i januar 2017 et forskningsbaseret samarbejde med henblik på anvendelse og effektmåling af stressbehandlingsmetoden *Åben og Rolig* til stressramte forsikringskunder hos Topdanmark Livsforsikring. Stressbehandlinger i regi af private sundhedsforsikringer er et område af voksende væsentlighed for danskernes mentale sundhed og et område af voksende betydning for forsikringsbranchen, og området er forskningsmæssigt underbelyst, som beskrevet i en indledende analyse (Jensen, C.G., Politiken, januar 2018).

Således har flere end 1,8 millioner danskere i dag en sundhedsforsikring. Det udgør en 8-dobling i forhold til år 2003, hvor tallet var omkring 229.000, ifølge tal modtaget til nærværende projekt fra brancheforeningen Forsikring & Pension. Forsikringsselskaberne spiller altså en stærkt stigende rolle for danskernes adgang til hjælp, når det går galt – både fysisk og psykisk. Antallet af forsikringskunder, der søger hjælp til psykiske problemer såsom stress og depression er i de senere år mangedoblet. Topdanmark Livsforsikring viste eksempelvis før nærværende projekt begyndtes, at andelen af stress-anmeldelser steg med 30 procent fra 2012-2017, også når det stigende antal sundhedsforsikrede blev taget i betragtning. Danica Pension meldte også om store stigninger på området i medierne i 2017.

Endnu mere stejl har stigningen været for den udgiftsandel som psykiske skader står for inden for branchens sundhedsskader. De modtagne tal fra Forsikring & Pension viser, at psykiske skader i år 2003 udgjorde under 2% af sundhedsudgifterne for branchen, mens de i 2016 udgjorde 16%. Dette viser altså en 9-dobling i andelen af branchens samlede sundhedsudgifter, som går til at forsøge at hjælpe danskerne med eksempelvis stress og depression. Dette er en procentmæssig stigning, som derfor vel at mærke også tager højde for det stigende antal forsikrede. Det betyder ikke, at danskerne er ni gange så mentalt syge som i år 2003. Det betyder derimod, at danskerne i langt højere grad i dag bruger forsikringsselskaberne til at få hjælp med stress og psykiske lidelser. Forsikringsbranchen er altså af stigende vigtighed for danskernes mulighed for stressbehandling. Og mentale problematikker presser branchen, som ifølge de nye tal bruger cirka en kvart mia.kr. per år på psykiske sundhedsskader.

SAMARBEJDSFORLØBETS BEGYNDELSE

Samarbejdet om at tilbyde Topdanmark Livsforsikrings kunder et Åben og Rolig-forløb med støttende forskning startede i januar 2017. Fra januar til november 2017 arbejdede CFPS og Topdanmark Livsforsikring på at få klarlagt behovet for et forløb samt, målgruppen, samt hvad de to parter skulle levere i dét samarbejde. Topdanmark Livsforsikring ønskede at udbyde Åben og Rolig til selskabets kunder via Sundhedscenteret, som har mange stress-henvendelser om året. Ved opstarten blev kunder med stressoplevelser tilbudt primært individuelle samtaler hos psykologer. Intentionen var, at

visse kunder fra Skadebehandling Liv også kunne tilbydes Åben og Rolig. Forventningen var, at Topdannmarks Sundhedscenter skulle levere størstedelen af deltagerne til holdene. Diverse tiltag for at informere medarbejdere og kunder iværksattes, bl.a. afholdtes en infodag om Åben og Rolig for medarbejdere i Topdannmarks Sundhedscenter og Skadebehandling Liv. Primo december 2017 underskrives kontrakten og 31. januar 2018 startes første Åben og Rolig-hold for Topdanmark Livsforsikrings kunder.

REKRUTTERING

Topdanmark Livsforsikring var ansvarlig for rekrutteringen af deltagerne til holdene. Rekrutteringen foregik primært ved besøg hos virksomhedskunder, ved gennemgang af eksisterende sager og nye henvendelser fra kunder.

Alle deltagere på holdene var kunder hos Topdanmark Livsforsikring. Med undtagelse af enkelte deltagere, var deltagerne kunder, der både havde en tab af erhvervsevneforsikring samt en sundhedsforsikring hos Topdanmark Livsforsikring.

Tilbuddet var målrettet kunder, der oplevede stresssymptomer, og inklusionskriterierne for deltagelse fulgte de sædvanlige kriterier på Åben og Rolig-forløb:

- Skal være fyldt 18 år
- Skal kunne tale, læse og forstå dansk uden væsentlige problemer (alle kursusmaterialer samt alle dialoger på holdet er på dansk)
- Skal rapportere fysiske, psykiske og/eller adfærdsmæssige klager (se liste over typiske symptomer), som ifølge kunden hænger sammen med belastninger og for store krav (indre eller ydre). Symptomerne skal have været tilstede i **over 1 måned**.
- Må ikke have alvorlig, psykisk sygdom
- Må ikke have et alkohol- eller stofforbrug, der står i vejen for deltagelse på kurset
- Må ikke have alvorlig, fysisk sygdom, hvis dette står i vejen for deltagelse på kurset
- Må ikke have nedsatte kognitive funktioner, som ikke kan henføres til den langvarige stress (fx organiske, psykiske lidelser eller mental retardering)
- Det skal være realistisk for kunden, at han/hun kan afsætte tiden til og har overskuddet til at deltage på holdet
- Skal være motiveret, dvs have lyst til at deltage på et hold samt at arbejde med bl.a. meditation

Desuden kunne kunder med lette til moderate grader af angst og depression samt hjernerystelse og kroniske smerter henvises, dog forudsat at der var en stressproblematik, der kunne arbejdes med på forløbet. Eksklusionskriterierne for deltagelse på holdene var psykiatriske diagnoser.

Alle deltagere blev screenet af Topdanmark Livsforsikring, hvorefter en henvendelse med kontaktinfo på den potentielle deltager blev sendt til CFPS. CFPS tog derefter kontakt til deltageren indenfor 48 timer (dette blev ændret fra den oprindelige aftale om 24 timer ved første statusmøde) for at lave aftale om visitationssamtale. Visitationssamtalen fandt sted senest 1 uge efter første henvendelse fra Topdanmark Livsforsikring. Ved denne samtale besluttede deltageren og CFPS's psykolog, om forløbet var relevant for deltageren. Såfremt dette gjorde sig gældende, blev deltageren visiteret til førstkommende hold og besked om inklusion givet til Topdanmark Livsforsikring.

INFORMERET SAMTYKKE

Alle Topdanmark Livsforsikrings henviste kunder, hvis data er inkluderet i rapporten her, afgav skriftligt samtykke til at medvirke i forløbet samt til at deres data er anvendt i denne evalueringsrapport. Alle henviste, som udfyldte alle data, afgav også samtykke, dvs. ingen pre-post analyser mangler data pga. manglende samtykke. Tre personer (3/81=3.7%) ønskede ikke at deres data blev brugt og deres data er således ikke inkluderet (disse tre udfyldte heller ikke post-treatment skemaer).

Rekrutteringen af deltagere til Åben og Rolig-holdene gik af forskellige årsager ikke så let som først antaget, hvilket bl.a. betød, at opstarten af de første hold måtte udskydes. Holdstørrelsen på 10-14 personer opretholdtes som målsætning og gennemsnitsholdstørrelsen på tværs af seks afholdte hold var indenfor målsætningen (10,3 deltagere per hold).

Hold 1	jan. – april 2018	9 deltagere
Hold 2	april – juni 2018	12 deltagere
Hold 3	aug. – nov. 2018	11 deltagere
Hold 4	okt. – dec. 2018	10 deltagere
Hold 5	jan. – mar. 2019	10 deltagere
Hold 6	mar. – maj 2019	10 deltagere

Projektet modtog færre henvendelser fra Topdannmarks Sundhedscenter end antaget, men Skadebehandling Liv leverede deltagere nok til, at de 6 hold kunne oprettes. Forløbet blev desuden beskrevet af Topdanmark Livsforsikrings medarbejdere på møder hos selskabets erhvervskunder, hvorfra en del deltagere også er rekrutteret. Der afholdtes også informationsmøder mellem CFPS og Topdanmark Livsforsikring, hvor der orienteredes om projektet, og CFPS deltog i at etablere og kvalitetssikre rekrutteringen af egnede kunder.

På hvert hold har der været flere medarbejdere fra samme arbejdsplads. Alle deltagere blev ved visitationssamtalen informeret om denne mulighed, og det var kun i enkelte tilfælde en udfordring med flere deltagere fra samme arbejdsplads. I et fremtidigt samarbejde bør der dog stadig være klar opmærksomhed på, om medarbejdere fx arbejder i samme team, og om der er potentielle konflikter i form af ledelse-/medarbejderrelation. En ønsket udvikling er således en forøget drift, således at henviste stressramte kan tilbydes flere mulige holdtider.

VISITATION OG EKSKLUSIONSRATE

Da deltagerne oftest henvistes via Skadebehandling Liv var de gennem en grundig screening ved skadebehandlerne hos Topdanmark Livsforsikring. Dette betød, at CFPS havde få deltagere, som blev ekskluderede ved visitationssamtalen. I alt henvistes 83 personer. Heraf deltog 76 personer (91.6%) i den indledende visitationssamtale, og 7 personer meldte fra, inden de kom til visitationssamtalen. 78 personer udfyldte screeningsskemaet (de 76 der deltog i visitationssamtalen samt 2 personer, der meldte fra inden samtalen, jf. tabel 1). Kun 5 personer (6%) udfyldte altså ikke screeningsskemaet. Af de 76 personer, som udfyldte screeningsskemaet og deltog i visitationssamtalen (76 visitationssamtaler afholdtes) blev 62 personer (62/76 = 81.5%) inkluderet; 5 personer (5/76 = 6.6%) blev ekskluderet efter visitationssamtalen, da den psykologfaglige vurdering var, at andre tilbud (fx terapi) var mere egnede. 9 personer valgte selv ikke at tage i mod tilbuddet. Dette skyldtes bl.a. a) andre tilbud til de henviste; b) geografiske eller tidsmæssige udfordringer; c) bedring af stresstilstand før opstart. Den endelige inklusionsratio (62/76=81.6%) var dermed en anelse højere end forventet (80%).

FRIVILLIGHED OG MOTIVATION

Deltagerne aflønnedes ikke økonomisk og kompenseredes heller ikke på anden måde for deres deltagelse, hvilket blev tydeliggjort i rekrutteringsprocesserne. Deltagelsen var altså helt frivillig, og deltagerne kunne forlade projektet når som helst uden nogen negative konsekvenser hos hverken Topdanmark Livsforsikring eller CFPS og uden at behøve at

forklare årsagerne. Det kunne således ikke få negative konsekvenser for deltagerne, såfremt de fx valgte at takke nej til tilbuddet.

Motivation er ligesom frivillighed af afgørende betydning for deltagelsen i Åben og Rolig. Der blev spurgt eksplicit ind til dette både på screeningsskemaet samt i den visiterende samtale, som afholdtes af en Åben og Rolig-certificeret psykolog efter henvisning fra Topdanmark Livsforsikring med henblik på vurdering af in- og eksklusion. På screeningsskemaet rapportede langt de fleste (79.%, se Tabel 1) at være 'meget motiverede', mens 19.5% var 'forholdsvist motiverede'. En enkelt henvist Topdanmark Livsforsikring kunde (1.3%) rapporterede på screeningsskemaet 'slet ikke' at være motiveret, men beskrev samtidig et stærkt ønske om en positiv forbedring, og vedkommende inkluderedes ultimativt til visitationssamtalen.

De væsentligste to årsager til eksklusion var psykologens vurdering af behov for individuel terapi eller udfordringer med at være en aktiv deltager i kurset, fx pga. arbejdspres, andre samtidige interventioner eller logistiske udfordringer.

Interventionen: Åben og Rolig

Åben og Rolig er et videnskabeligt udviklet og dokumenteret forløb, som løbende evalueres og tilpasses ud fra nyeste forskning og praksis på området både nationalt og internationalt. Samtidig justeres forløbet ud fra effektmålinger og studier af forløbene i syv af landets kommuner (fx København og Aalborg), hvor forløbet tilbydes i klinikker og centre for stressbehandling og mental sundhedsfremme.

Udviklingen af Åben og Rolig-modellen startede i 2009 som en del af et forskningsprojekt og har siden 2014 været implementeret som en fast del af tilbuddet til borgere i flere af Danmarks største kommuner. Effekterne af forløbet har været store sammenlignet med typiske effekter af stressprogrammer. Forskningen har fx vist gode effekter på stress- og depressionsgrad, søvnkvalitet samt mental sundhed, og de årlige evalueringer af forløbet viser samme gode resultater. Samtidig har flere rapporter vist høj tilfredshed med forløbet.

Flere offentliggjorte undersøgelser af beskæftigelsesrettede effekter af Åben og Rolig-forløbet viser en positiv udvikling, hvor et væsentligt antal deltagere er gået fra ledighed og sygemelding til at være i beskæftigelse eller mere arbejdsparate efter forløbet. Samtidig indikerer undersøgelserne, at forløbet har en forebyggende effekt for deltagerne også på lang sigt.

Åben og Rolig-metoden er officielt anbefalet til stressbehandling af Sundhedsstyrelsen (Forebyggelsespakken for Mental Sundhed, 2018, s. 22). Åben og Rolig-holdene køres at psykologer, som er specialistuddannede i metoden v. CFPS. Efteruddannelsen i Åben og Rolig foregår ved CFPS v. Københavns Universitet og er godkendt af Dansk Psykologforening på specialistniveau. Der er således et højt fagligt og forskningsmæssigt niveau bag interventionen og i udrulningen.

Se mere om metoden på www.cfps.dk samt www.åbenogrolig.dk.

Anvendte spørgeskemaer

Alle anvendte spørgeskemaer udfyldtes online i en sikkerhedskrypteret portal (systemet *Enalyzer*) i GDPR-godkendt opsætning i samarbejde med Linkberg. De anvendte spørgeskemaer er beskrevet herunder og målte følgende:

- Screeningsskemaet
- Selvopfattet stress (Cohen's Perceived Stress Scale, PSS)
- Symptomer på depression (Major Depression Inventory, MDI)
- Livskvalitet (WHO's Quality of Life-5; WHO-5)
- Samlet arbejdsparathed, psykisk arbejdsparathed, fysisk arbejdsparathed
- Tilfredshed med forløbet, udbyttet, instruktøren, egen indsats mv.

SCREENINGSSKEMAET

Et screeningsskema udfyldtes inden visitationssamtalen. Dette skema rummede spørgsmål til demografi, uddannelsesniveau, livsstil (alkohol, stoffer), sygdomshistorie (psykisk og fysisk), meditationserfaring, motivation for at deltage, stressoplevelse, symptomer på depression mv. Tabel 1 opsummerer karakteristika fra screeningsskemaet for de inkluderede deltagere. Screeningsskemaet tog omkring 20-30 minutter at udfylde for en borger.

COHENS 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 kontrollerede trial af metoden (Jensen et al., 2015). PSS anvendtes i den dansk konsensus-version (Eskildsen et al., 2015). En PSS-score på minimum 17 blev anvendt som inklusionskriterium. Målet for PSS-evalueringen var derfor at vurdere, om borgerne faldt i stressgrad.

MAJOR DEPRESSION INVENTORY

Major Depression Inventory (MDI; Bech et al., 2001; Olsen et al., 2004) er udviklet i samarbejde med WHO som mål for depressionsgrad og ICD-10-diagnosesystemets depressionsdiagnose. Den danske udgave er valideret (Olsen et al., 2004). 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 borgerne sluttede under kriteriet for lette tegn på depression, MDI-scores < 20. Et fald fra MDI>20 til MDI<20 ville betegnes som en risikoreduktion.

VERDENSSUNDHEDSORGANISATIONENS LIVSKVALITETSSKALA (WHO-5)

Verdenssundhedsorganisationen har i mange år udviklet og anvendt mål for livskvalitet (*Quality of Life*), som i Danmark er udviklet og valideret i en 5-spørgsmåls version af professor Per Bech og som er anbefalet af bl.a. Socialstyrelsen som et generisk mål for menneskers trivsel i dagligdagen. Skalaen er blandt de mest benyttede på verdensplan til at måle livskvalitet og trivsel. Der foreligger solid grundforskningsmæssig dokumentation for, at skalaen kan benyttes til at måle forandringer i livskvalitet over tid. WHO-5-skalaen måler livskvalitet, vitalitet og trivsel igennem 5 spørgsmål om udfylderens oplevelser inden for de sidste to uger. Skalaen anvendtes altså her i projektet som et videnskabeligt mål for, om deltagerne får forbedret deres livskvalitet i trivsel i løbet af den tid, Åben og Rolig-kurset varer.

ARBEJDSPARATHED OG BESKÆFTIGELSESSTATUS

Et væsentligt parameter for forsikringsbranchen er naturligvis også effekter af programmet på arbejdsevne, både i form af beskæftigelses-status samt i form af selvopfattet arbejdsparathed. I undersøgelsen her anvendte vi således også målinger af deltagernes oplevede samlede arbejdsevne, psykiske arbejdsevne samt fysiske arbejdsevne. De anvendte tre mål af oplevet arbejdsevne er udviklet af det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA), som har anvendt målene hvert andet år siden 2012 i en række undersøgelser af danskernes oplevede arbejdsevne, trivsel på arbejdspladsen, arbejdsmiljø, stress mv., nemlig de såkaldte Arbejdsmiljø og Helbreds-undersøgelser (NFA, 2018). Hertil måltes også den aktuelle beskæftigelsesstatus før samt efter kurset. Her anvendes 7 overordnede kategorier for beskæftigelsesstatus (disse kategorier kan ses i Tabel 3) og en række underspørgsmål (fx om antal timers sygemelding, tidspunkter for- og årsager til sygemeldinger mv.).

UNDERSØGELSER AF MODERERENDE FAKTORER FOR UDBYTTET

Et vigtigt formål i nærværende projekt var også at undersøge tiltagets anvendelighed i brede grupper af stressramte, da Åben og Rolig-programmet er udviklet til det formål. Vi undersøgte derfor om en række faktorer var relateret til forandringen af stressgrad (PSS), depressionssymptomer (MDI), livskvalitet (WHO-5), samlet arbejdsparathed, fysisk arbejdsparathed samt psykisk arbejdsparathed. Vi undersøgte altså om forandringerne på disse mål var relateret til følgende faktorer:

- Alder (selvrapporteret alder v. screening, se Tabel 1)
- Køn (mand / kvinde)
- Uddannelse (skala fra 1-7, se Tabel 1)
- Arbejdsstatus (i arbejde / ikke i arbejde / sygemeldt)

KARAKTERISTIK AF DE INKLUDEREDE

Den mest angivne årsag til at ønske at medvirke var stress, alvorlig træthed, manglende overskud, mentalt underskud, problemer med hukommelse og koncentration og søvnproblemer. En del omtalte eksplicit og særligt arbejdsrelaterede problematikker som årsagerne til deres stressoplevelser (ca. 30%), såsom problematikker med arbejdsmiljø, ledelse, for mange opgaver, og mistrivsel på arbejdet. De fleste (ca. 50%) angav dog flere årsager til deres problematikker og angav ikke specifikke (klart kategorisérbare) årsager til deres stress (eller fx til deres sygemelding), men angav årsager i generelle termer, såsom 'akut overbelastning' eller ' intet overskud, asocial, belastningsreaktion' eller lignende. Sygdoms- og traume-relateret stress blev også nævnt af en væsentlig andel (ca. 25%), fx mht. dårlig lungefunktionalitet, kræftsygdom, fysiske mén efter arbejdsulykker eller nuværende udredning for alvorlig fysisk sygdom. En mindre andel af deltagerne (ca. 5%) var blevet fyret eller var blevet opsagt med snarlig effektuering og en mindre andel (ca. 5%) angav også familiære problemer (parforhold, børn) som væsentlige kilder til deres stress og mistrivsel.

Tabel 1 viser de basale karakteristika for de 78 henviste deltagere, der udfyldte screeningsskemaet. En interessant demografisk bemærkning er, at vi i nærværende projekt havde 37.2% mænd blandt deltagerne, hvilket er en væsentligt højere andel end i de typiske kommunale udrulninger, hvor mænd normalt udgør 20-25%. Således ligger nærværende fordeling (Tabel 1) tættere på fordelingen i befolkningen (en 60/40-fordeling, da der er flere stressramte kvinder). Dette er positivt og kan skyldes en god rekrutteringsproces hos Topdanmark Livsforsikring med en relativt større opmærksomhed på mænd.

Tabel 1. Deskriptive data for de henviste og screenede forsikringskunder inden kursusstart

	Alle (*N* = 78*)		Kvinder (*n* = 49, 62.8%)		Mænd (*n* = 29, 37.2%)	
Demografi (n=78)						
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Alder (*N* = 51; range: 22-64 år)	44.20	9.70	43.32	10.17	45.94	8.59
	n	%	*n*	%	*n*	%
Dansk som modersmål	74	94.9	47	95.9	27	93.1
Højeste gennemførte uddannelse						
- Ingen uddannelse[a]	3	3.8	2	4.1	1	3.4
- Ungdoms-/ kort videregående uddannelse (< 3 år)[b]	31	39.7	17	34.7	14	48.2
- Mellemlang videregående uddannelse (3-4 år)	26	33.3	20	40.8	6	20.7
- Lang videregående uddannelse (> 4 år)	18	23.1	10	20.4	8	27.6
Arbejdsstatus (n=77)						
	n	%	*n*	%	*n*	%
I arbejde, ja	45	57.7	28	57.1	17	58.6
Sygmeldt på fuld tid, ja	8	10.3	6	12.2	2	6.9
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
I arbejde: Timer ansat/uge (*n* = 40)	35.93	4.02	35.23	4.84	37.21	.89
Deltids-sygemeldt: Timer sygemeldt/uge (*n* = 24)	32.50	7.91	32.53	8.55	32.44	7.23

Helbred, medicin og livsstil (n=78)						
	n	%	*n*	%	*n*	%
Alkohol indtag (Drikker du alkohol?), ja	52	66.7	31	63.1	21	72.4
Indtag af stoffer (Har du prøvet euforiserende stoffer?), ja	15	19.2	6	12.2	9	31.0
Indtag af stoffer inden for det sidste år, ja (*n* = 15)	3	3.8	1	2.0	2	6.9
Længerevarende fysiske sygdomme eller handicaps, ja	12	15.4	6	12.2	6	20.7
Regelmæssigt indtag af medicin, ja[c]	25	32.1	31	63.3	21	72.4
Hjertestop/besvimelse/hovedtraume med indflydelse i dag, ja	2	2.6	1	2.0	1	3.4
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Alkohol, antal genstande / uge	1.33	0.73	1.10	0.30	1.67	1.02
Psykiske symptomer og sygdomme (n=78)						
	n	%	*n*	%	*n*	%
Nu eller tidligere diagnosticeret psykisk lidelse, ja (*n* = 27)	27	34.6	15	30.6	12	41.4
- Depression	18	23.1	11	24.2	7	24.0
- Angst	4	5.2	1	2.0	3	10.3
- Stress	2	2.6	1	2.0	1	3.4
- Posttraumatisk Belastningsreaktion (PTSD)	2	2.6	1	2.0	1	3.4
- Flere samtidige diagnoser	1	1.3	1	2.0	-	-
Psykisk Lidelse afsluttet, ja (*n* = 27)	11	14.1	7	14.3	4	13.6
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Depressionssymptomer (Major Depression Inventory; MDI)	21.50	9.63	22.94	10.36	19.07	7.85
Stressgrad (Perceived Stress Scale; PSS) – alle (n=78)	23.81	6.21	24.45	6.62	22.72	5.39
Motivation og erfaring med meditation (n=78)						
Motivation for forløbet	*n*	%	*n*	%	*n*	%
- Meget motiveret	62	79.5	42	85.7	20	69.0
- Forholdsvis motiveret	15	19.2	7	14.3	8	27.6
- Slet ikke motiveret[d]	1	1.3	-	-	1	3.4
Tidligere prøvet yoga eller meditation	33	42.3	26	53.1	7	24.1
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Praktisering af yoga / meditation: antal gange i det sidste år	34.91	47.78	32.62	49.88	43.43	41.25

Noter. *Se de specifikke antal af deltagere hvor der opnåedes data (n=) under hver kategori. [a] Udgør grundskole. [b] Udgør almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse (STX, HF, HHX, HTX), erhvervsuddannelse (lærlinge, EFG eller HG-uddannelse) og kort videregående uddannelse under 3 år. [c] Årsagerne til medicin: Lavt stofskifte, angst, irriteret tyktarm, for højt kolesterol, ekstra støtte til hårdt job, forhøjet blodtryk, depression, astma, operation i lunger, sukkersyge, hovedpine. [d].Personen som angav slet ikke at være motiveret for at prøve Åben og Rolig skrev samtidig kvalitativt at vedkommende stærkt ønskede positiv forandring.

RESULTATER

STRESS

Evalueringen arbejder med stressskalaen PSS som det primære effektmål. Deltagerne startede med en gennemsnitlig stressscore på 23.49, svarende til langt højere stressgrad end landsgennemsnittet. De inkluderede i forløbet oplevede dermed i langt højere grad stress, end det er tilfældet for den generelle dansker (Stigsdotter et al., 2010).

Efter forløbet viste Åben og Rolig-deltagerne en gennemsnitsscore på PSS på 14.80. Denne forandring var et statistisk meget signifikant fald som repræsenterede en stor effektstørrelse, $t(53)=11.92$, $p<1^{e-16}$, Cohen's $d=-1.49$. Gennemsnittet på PSS faldt 8,70 point, svarende til et procentuelt fald på 37.0%. Den positive forandring var meget konsistent, da 94.4% (51/54 deltagere) faldt i PSS-score, mens to (3.7%) viste samme PSS-score før og efter, og kun én (1,9%) steg (og kun 3 point) i PSS-score. Således faldt altså mere end 9 ud af 10 deltagere i stress-scoren PSS.

PSS-scoren 18 anvendes i Danmark af Sundhedsstyrelsen i Sundhedsprofilen som markør for en høj stressgrad. Derfor analyserede vi også ratioen af deltagere med PSS-scores under 18 henholdsvis før og efter kurset. Ved screeningen rapporterede 70/78 henviste (89.7%) PSS-scores på minimum 18. Ved PSS-målingen umiddelbart før kurset var dette

helt uændret (54/60 personer = 90%). Efter kurset rapporterede derimod kun 14/54 (25.9%) en PSS-score på minimum 18, mens altså 74.1% nu viste stress-scores under markøren for en høj stressgrad.

Analyserne af baggrundsvariable viste, at forandringerne i PSS-scoren (change-scores) ikke var relateret til hverken køn (r=.11, p=.45), alder (r=.21, p=.24), uddannelsesgrad (r=.07, p=.61), eller beskæftigelsesstatus, r=.06, p=.65. Således var der altså ingen tendenser til, at disse variable påvirkede graden af nyttevirkning observeret på stressscores (PSS). Mænd og kvinder, unge og ældre, kort- og langt-uddannede, arbejdende og sygemeldte fik altså ensartede effekter.

Panel 1 viser forandringerne i de seks effektmål. Tabel 1 viser pre- og post-scores, signifikansværdier samt effektstørrelser (Cohen's *d*) for de personer som udfyldte fulde datasæt både (ved screening samt) før og efter kurset.

Tabel 2. Forandringer i effektmål i Åben og Rolig-anvendelse hos Topdanmark Livsforsikring

Variabel	Pre måling			Post måling			*p*	*d*
	N	*Mean*	*SD*	*N*	*Mean*	*SD*		
Stressgrad (PSS)	59	23.49	5.53	54	14.80	6.26	<.0001	-1.49
Depressionssymptomer (MDI)	59	21.85	8.28	54	11.59	7.90	<.0001	-1.28
Livskvalitet (WHO-5)	59	33.29	17.36	54	57.19	21.22	<.0001	1.25
Samlet arbejdsevne 1-10	59	5.29	2.39	54	7.44	2.30	<.0001	0.93
Fysisk arbejdsevne 1-10	59	3.88	1.26	54	4.39	0.90	.015	0.46
Psykisk arbejdsevne 1-10	59	2.76	1.25	54	3.89	1.06	<.0001	0.98

Noter. p-værdier er Bonferroni-Holm-korrigerede. Effektstørrelser er ujusterede for sammenhængen mellem pre- og post-målinger. For samtlige effektmål bortset fra Fysisk arbejdsevne (pre-post r=.24) ville en sådan justering dog kun have *forøget* effektstørrelsen da alle variables pre-post-korrelation >0.5.

Et fald på >28% på den anvendte stressskala (PSS) er af danske stressbehandlingsforskere blevet foreslået som et kriterium for en væsentlig forandring i stresspatienter (Eskildsen et al., 2015). Der findes ikke faste kriterier herfor, men et fald på 37,01% må betragtes som en stor og betydelig stressreduktion. Den statistiske effektstørrelse (d=1.49) er også at betragte som en stor effekt ifølge internationale konsensus-fortolkninger (hvor d>0.80 = en stor effekt). I sammenligning med andre Åben og Rolig-anvendelser er effekten den største udfundne pre-post-effekt hidtil, hvilket også støtter en effektiv anvendelse af paradigmet her i sammenligning med andre Åben og Rolig-udrulninger. Effekter skal dog ikke sammenlignes direkte pga. forskellige inklusionsveje, og deraf forskellige deltagere, interventionssteder (fx afholdtes nærværende programmer på Københavns Universitet) og -omstændigheder (fx havde nærværende udrulning ressourcer til hurtig indledningsvis individuel kontakt, forplejning mv., som ikke findes i alle udrulninger). Det må dog konkluderes ganske klart, at nærværende udrulning var særdeles effektiv med hensyn til stressreduktion.

OPSUMMERING AF STRESSRESULTATERNE

- Den statistiske effektstørrelse var stor, d=1.49
- Faldet var stort i relative termer, 37.01%
- Stressreduktionen var konsistent, 94.4%
- Anvendeligheden var bred (ensartede effekter)

Se mere detaljerede resultater i Tabel 2 og Panel 1.

DEPRESSIONSSYMPTOMER

På målet for symptomer på depression, MDI, rapporterede deltagerne en gennemsnitsscore forinden inklusionen på 21.85. En MDI-score > 20 betegnes som symptomer på let depression, en MDI-score > 24 betegnes som symptomer på moderat depression og en MDI-score > 29 som symptomer på svær depression. De henviste kunder viste derved på MDI-skalaen lette-moderate depressionssymptom-scores inden kurset. Efter kurset viste deltagerne en gennemsnits-MDI-score på kun 11.59, altså langt under markøren for lette depressionssymptomer.

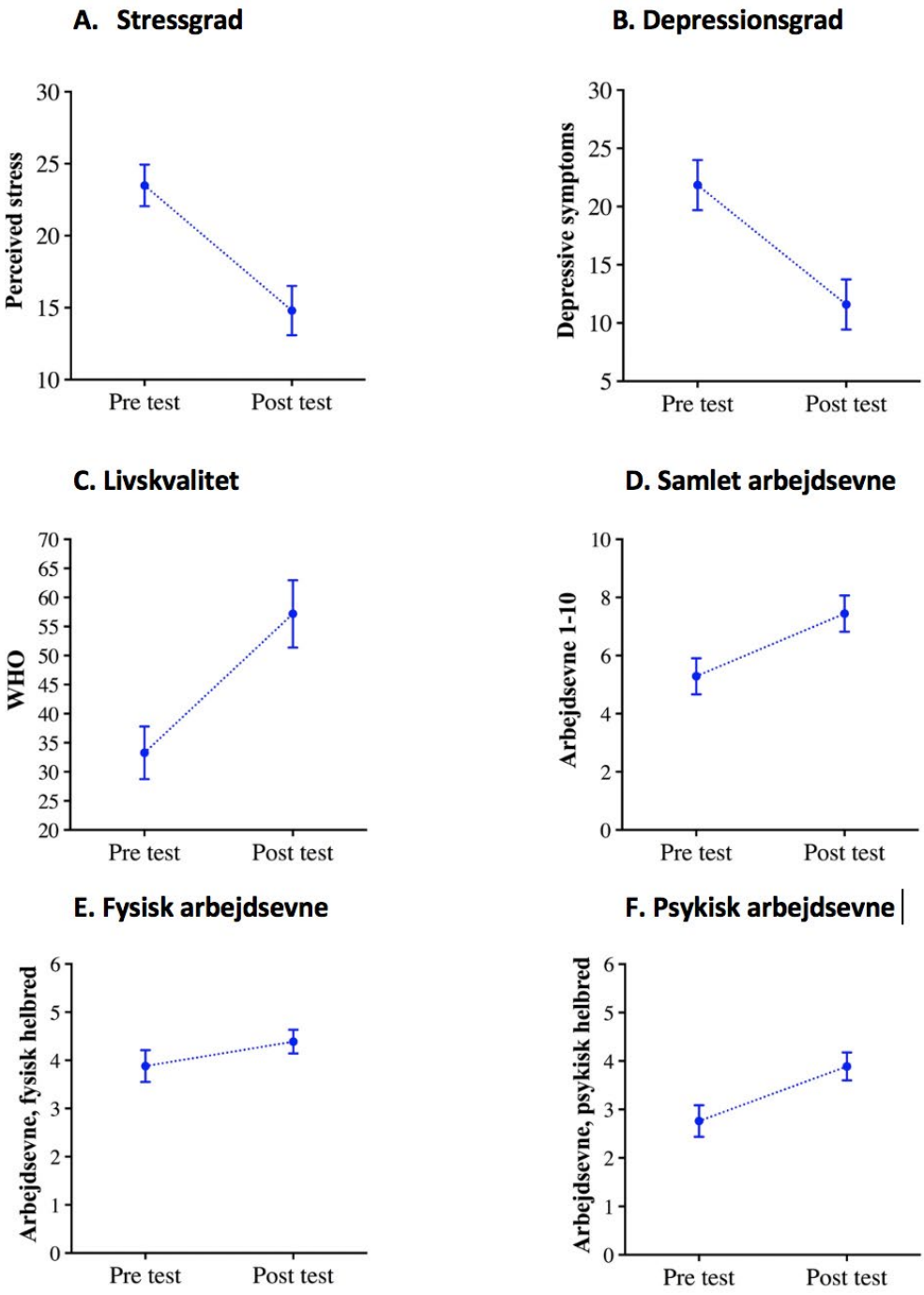
Dette fald repræsenterede et statistisk højsignifikant fald af en stor effekt, $t(53)=10.66$, $p<1^{e-13}$, Cohen's $d=-1.28$. Det procentuelle MDI-fald var 46.9%. Konsistensen for MDI var ligesom for PSS meget stærk, da kun én person (1.9%) viste en stigning i depressionssymptomer, tre personer udviste ingen forandring på MDI (5.5%), mens langt den største del af deltagerne viste et fald i depressionssymptomer, nemlig 50/54 deltagere, svarende til 92.6% af deltagerne.

Analyserne af baggrundsvariable viste, at forandringerne i MDI-scoren (change-scores) ikke var relateret til hverken køn, alder, uddannelsesgrad, eller beskæftigelsesstatus, alle r-værdier<.25, alle p-værdier>.15 (se tabeller herfor i Bilag 1). Således var der altså ingen tendenser til, at forandringer i depressionssymptomer var påvirket af baggrundsfaktorer. Dette støtter igen den brede anvendelighed af initiativet og af Åben og Rolig-standard-modellen.

Panel 2 viser fordelingen af deltagere inden for hver af MDI-skalaens kategorier af depressionssymptomer *inden* kurset, mens Panel 3 viser samme fordelinger *efter* kurset. Tabel 3–5 viser de deskriptive tal bag Panel 2–3. Som det fremgår, rapporterede en substantiel andel af deltagerne inden kurset (uanset om vi ser på samtlige henviste eller kun på de inkluderede personer) en grad af depressionssymptomer, som ifølge MDI betegnes som 'moderat' (cirka 15-25% af deltagerne, afhængigt af opgørelsesmetoden, dvs. om manglende data inkluderes eller ej) eller som 'alvorlig' (cirka 14-24%). Meget bemærkelsesværdigt lå samtlige deltagere (som udfyldte MDI = 54/62 = 87.1%) efter kurset i kategorierne 'ingen depression' (82-91%) eller 'lette symptomer' på depression (8-9%).

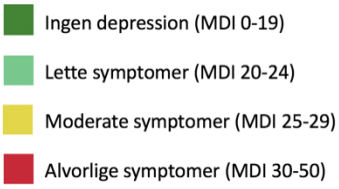
- **Ingen deltagere rapporterede væsentlige depressionssymptomer efter kurset**

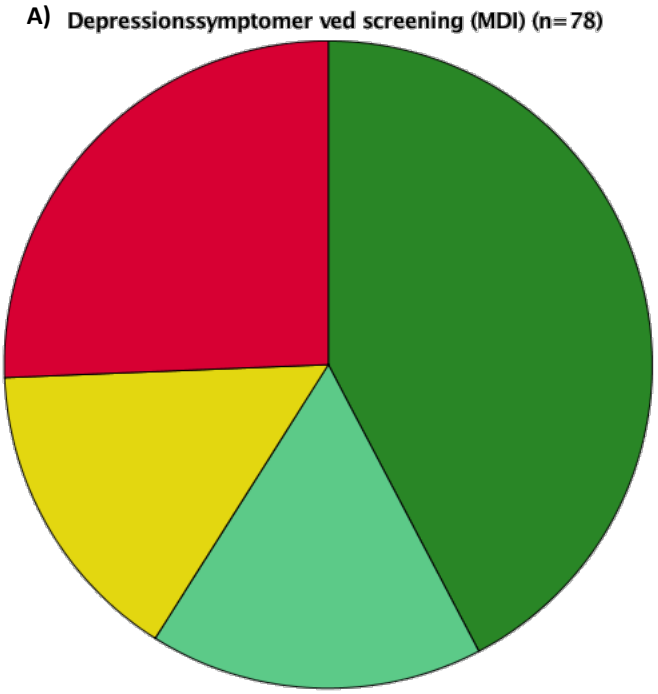
Panel 1. Forandringer i effektmål

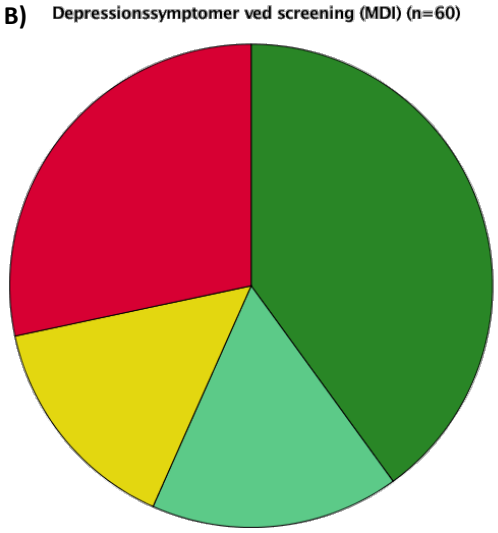


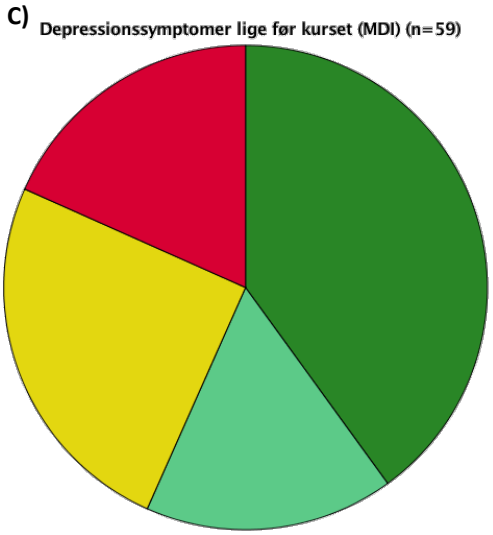
Panel 1. Forandringer i effektmål fra før kurset (Pre-test) til efter Åben og Rolig kurset (Post-test) for Topdanmarks henviste kunder med stress (n=54 i disse analyser). Error bars viser 95% konfidensintervaller. Effektmål er: A) Cohen's Perceived Stress Scale; B) Major Depression Inventory; C) WHO's Quality of Life-5; D), E) og F) Arbejdsevne-spørgsmål udviklet ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (se tekst).

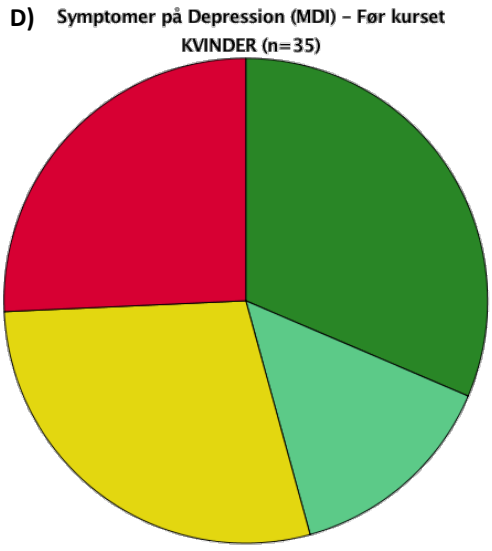
Panel 2. Kategorier af symptomer på depression *inden* kurset. Panelet viser fordelinger af Major Depression Inventory (MDI) -scores for hhv.: A) Fuldt sample v. screening; B) Ved screening for de n=60 som gav data både ved screening og efter kurset. Disse viser en ensartet fordeling af symptomer som i det fulde sample; C) Lige inden kurset for de n=59 der gav data her; samt D)

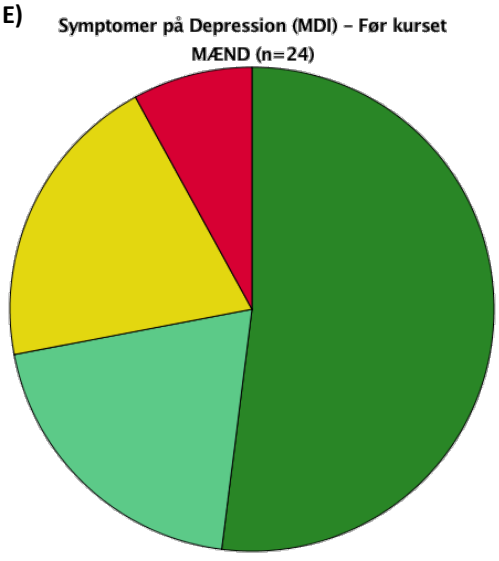




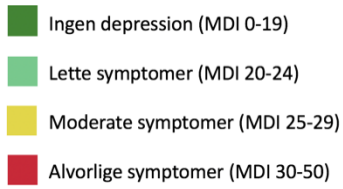


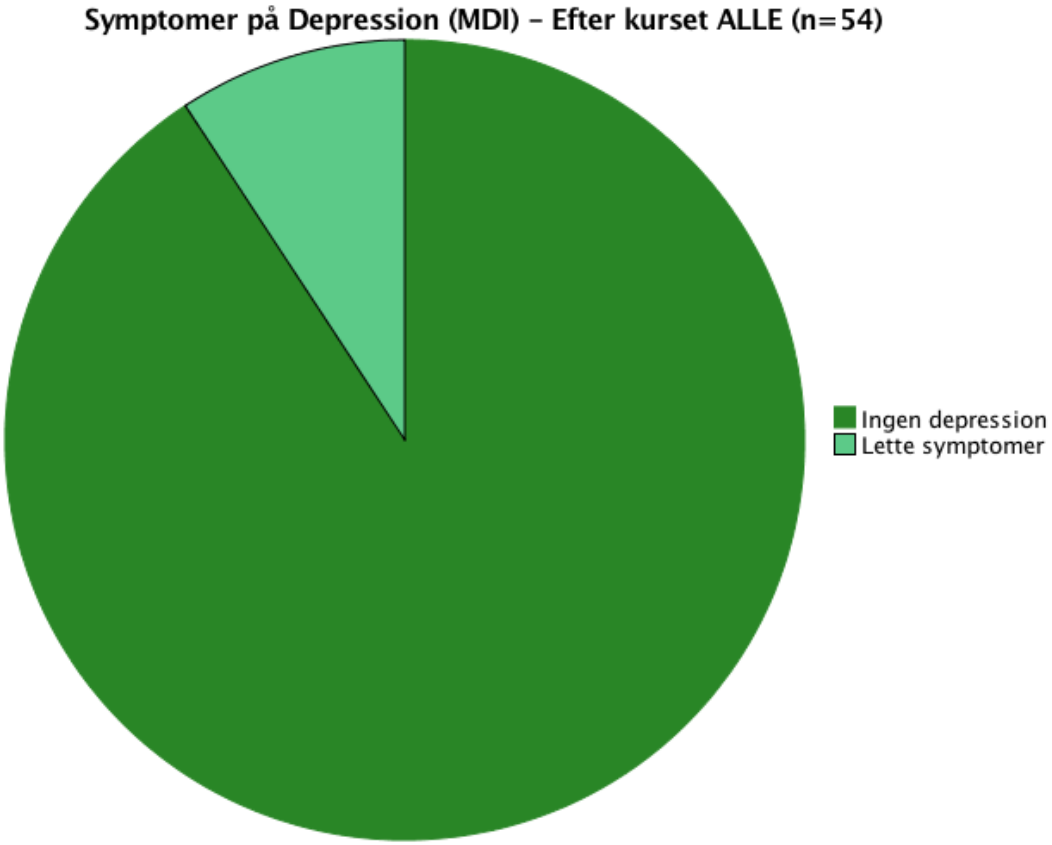


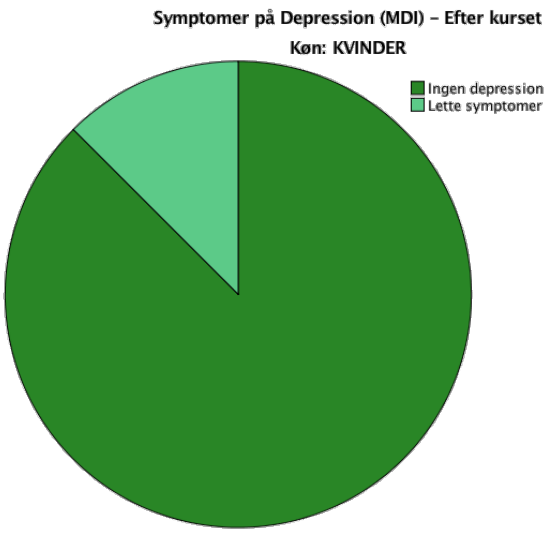


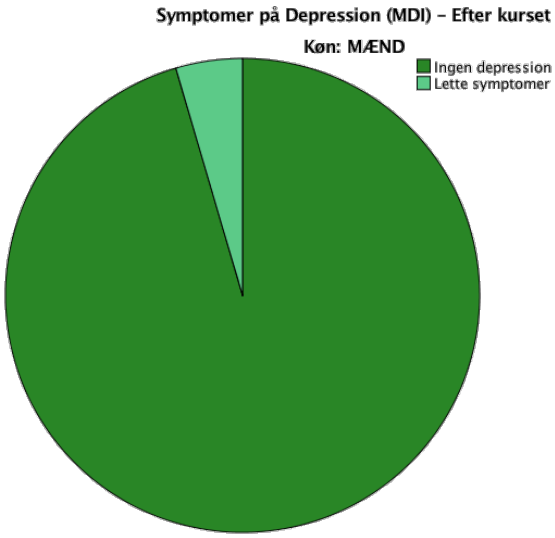


Panel 3. Kategorier af symptomer på depression efter kurset. Panelet viser fordelinger af Major Depression Inventory (MDI) -scores for hhv.: A) Alle der udfyldte data efter kurset (n=54, svarende til ; B) Ved screening for de n=60 som gav data både ved screening og efter kurset. Disse viser en ensartet fordeling af symptomer som i det fulde sample; C) Lige inden kurset for de n=59 der gav









Tabel 3. Depressionssymptomer ved screening I samtlige personer der udfyldte screeningsskema (n=78)

		N	Procent	Valid Procent	Kumulativ Procent
MDI-kategori	Ingen depression	33	39,8	42,3	42,3
	Lette symptomer	13	15,7	16,7	59,0
	Moderate symptomer	12	14,5	15,4	74,4
	Alvorlige symptomer	20	24,1	25,6	100,0
	Total	78	94,0	100,0	
Missing	System	5	6,0		
Total		83	100,0		

Tabel 4. Depressionssymptomer før kurset for kursusdeltagere, der udfyldte MDI før kurset inkl. screen (n=60)

		N	Procent	Valid Procent	Kumulativ Procent
Valid	Ingen depression	24	40,0	40,0	40,0
	Lette symptomer	10	16,7	16,7	56,7
	Moderate symptomer	15	25,0	25,0	81,7
	Alvorlige symptomer	11	18,3	18,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabel 5. Depressionssymptomer efter kurset for de n=60 personer, som udfyldte MDI før kurset inkl. screening

		N	Procent	Valid Procent	Kumulativ Procent
MDI-kategori	Ingen depression	49	81,7	90,7	90,7
	Lette symptomer	5	8,3	9,3	100,0
	Moderate symptomer	0	0	0	
	Alvorlige symptomer	0	0	0	
	Total	54	90,0	100,0	
Missing		6	10,0		
Total		60	100,0		

LIVSKVALITET

På målet for livskvalitet, WHO-5, rapporterede deltagerne en gennemsnitsscore forinden inklusionen på 33.29. Dette er under WHO's markør for en lav grad af livskvalitet som kan forøge risikoen for depression (WHO-5-score < 50) og er tæt på at være under WHO's markør for en så lav grad af livskvalitet at det kan betragtes som en alvorlig risikomarkør for depression (WHO-5-scores <30). Der sås altså også på målet for livskvalitet et klart behov for forandring hos deltagerne.

Fra før til efter kurset viste deltagerne en meget signifikant stigning i livskvalitet (WHO-5), som også udgjorde en stor effekt, $t(52)=9.45$, $p=^{1e-13}$, $d=1.25$. Procentuelt repræsenterede stigningen en 71.8% stigning i livskvalitet. Forandringen var også konsistent, i det kun to personer (3.8%) viste et fald i livskvalitet, mens otte personer (15.1%) viste en stabil score fra før til efter kurset. Dermed viste 43/53 (81.1%) en stigning i livskvalitet, altså lidt mere end 8 ud af 10 deltagere.

Analyserne af baggrundsvariable viste, at forandringerne i MDI-scoren (change-scores) ikke var relateret til hverken køn, alder, uddannelsesgrad, eller beskæftigelsesstatus, alle r-værdier<.22, alle p-værdier>.16 (se tabeller herfor i Bilag 1). Fundene for livskvalitet støtter altså også at deltagere fik ensartede effekter uanset demografisk baggrund.

SELVOPLEVET ARBEJDSEVNE

Deltagerne rapporterede en meget signifikant stigning i den selvoplevede samlede arbejdsevne (vurderet ved NFA's videnskabeligt udviklede skala fra 1-10), $t(52)=6.61$, $p=1^{e-7}$, hvilket repræsenterede en stor statistisk effektstørrelse, $d=0.93$ (Tabel 2). Procentuelt var stigningen i samlet arbejdsevne på 40.8% i gennemsnit blandt deltagerne. Konkret bevæger deltagerne sig fra en selvvurderet arbejdsevne-score på gennemsnitligt 5.29 til 7.44 (en absolut stigning på gennemsnitligt 2.16 point på skalaen fra 1-10) fra før til efter kurset. Til sammenligning hermed lå den gennemsnitlige selvvurderede arbejdsevne i Danmark på samme skala på cirka 7.5-9.0 ifølge Arbejds- og Helbredsundersøgelsen 2016 fra NFA (NFA, 2016, s. 116). I NFAs undersøgelse er uddannelseslængde en faktor for dette mål, hvor danskere med kortere uddannelser (ufaglærte, faglærte, kortuddannede) deres arbejdsevne som dårligere end langtuddannede jobgrupper (fx akademisk uddannede). I nærværende projekt var kun 23.1% af deltagerne langtuddannede, mens 43.5% enten havde ingen eller en kort uddannelse bag sig, og 33.3% en mellemlang uddannelse (se Tabel 1).

Således viser deltagerne en stigning i selvoplevet arbejdssevne og tilbagevenden i retning af landsgennemsnittet for deres uddannelsesgrad (detaljerede faggruppespecifikke analyser er ikke mulige med det nuværende antal deltagere). Stigningen i selvvurderet arbejdsevne hang slet ikke sammen med uddannelsesgrad i Åben og Rolig (r<.01, p>.99), dvs. kort- og langtuddannede fik ensartede effekter på den oplevede samlede arbejdsevne. Effekterne på arbejdsevne var heller ikke relateret til køn (p>.7) eller alder, p=.14. Der var en non-signifikant tendens til, at deltagere som enten var uden arbejde eller sygemeldte fik større effekter på selvvurderet arbejdsevne end deltagere i arbejde, som indikeret af en nær-signifikant korrelationstest mellem arbejdsstatus (1=i arbejde, 2=uden arbejde, 3=sygemeldt) og forandrings-scores på samlet arbejdsevne (post-score – pre-score), r=.26, p=.063 (ujusteret). En eksplorativ non-parametrisk test (Kruskal-Wallis; KW) viste ligeledes en nærsignifikant overordnet gruppeforskel mellem disse tre grupper på forandringsscoren for samlet arbejdsevne, $H(2)=5.74$, $p=.057$. En visuel inspektion af plots samt yderligere eksplorative KW-tests viste at ledige (n=19) faktisk fik signifikant større effekter på arbejdsevne end deltagere i arbejde (n=28), både på den samlede arbejdsevne, p=.016. Dette betyder, at deltagere udenfor arbejdsmarkedet (ledige, sygemeldte) viste en nær-signifikant tendens til at få bedre effekter (større stigninger) i selvvurderet samlet arbejdsevne end deltagere i arbejde – og at denne tendens viste sig at skyldes, at netop ledige fik signifikant større effekter end arbejdende deltagere. Dette anser vi for en positiv tendens, da det naturligvis er ønskeligt, at mennesker udenfor arbejdsmarkedet får større effekter på selvoplevet samlet arbejdsevne end mennesker som *er* i arbejde.

Ligeledes sås en højsignifikant stigning i selvoplevet *psykisk* arbejdsevne af en stor effekt ($t(52)=6.76$, $p=1^{e-8}$, $d=0.98$; Tabel 2), svarende til en procentuel stigning på 40.8% i gennemsnit. Endelig sås en signifikant stigning i selvoplevet *fysisk* arbejdsevne af en medium effekt, $t(52)=2.51$, $p=0.15$, $d=0.46$ (Tabel 2), svarende til 13.1%. Ligesom for den samlede arbejdsevne viste ledige signifikant større forbedringer af psykisk arbejdsevne end deltagere i arbejde, p=.039

(ujusteret). Der var ingen gruppeforskelle mht. forbedringer af den fysiske arbejdsevne, hverken i den samlede overordnede test på tværs af de tre grupper (p=.34), eller i de tre eksplorative parvise gruppesammenligninger, p>.2. Således var de primære effekter (som forventet) på den selvoplevede *samlede* samt *psykiske* arbejdsevne.

BESKÆFTIGELSESSTATUS

Deltagernes beskæftigelsesstatus opgjordes ved selvrapporterede data indsamlet umiddelbart efter kursets afslutning. Tabel 6 viser forandringer i syv overordnede kategorier for beskæftigelsesstatus. Der ses her flere positive udviklinger: De opnåede data viser her, at andelen af deltagerne der arbejder på fuld tid er steget fra 37.0% til 50.9% (kategori 1). Det ses også, at andelen af ansatte der var sygemeldte på fuld tid er faldet fra 20.4% til 7.5%, altså over en halvering (kategori 4). Det ses, at andelen af deltagere, som var sygemeldt fra ledighed, dvs. som var ledige og ikke i stand til at søge arbejde, er faldet fra 13.0% (7 personer) – til 0.0% (n=0) (kat. 6).

Analyser af hvert individ viste følgende: Samtlige af de 7 personer som var *sygemeldt fra ledighed* (kat. 6) bevægede sig i løbet af kurset til at være arbejdssøgende og ledig (kat. 5). Det vil sige, at disse 7 personer opnåede arbejdsparathed. Blandt de indledningsvist 11 *ansatte, som var helt sygemeldte* skete følgende: 3 kom tilbage i arbejde på fuld tid; 2 kom tilbage i arbejde på deltid; 1 kom tilbage i arbejde på deltid uden sygemelding (kat. 2); 3 var ledige og arbejdssøgende; og 2 var fortsat ansatte og sygemeldte på fuld tid. Således vendte altså 54.5% af de helt stresssygemeldte ansatte tilbage i arbejde på enten fuld tid (27.3%) eller på deltid (27.3%). Af de 9 *ansatte, som var delvist sygemeldte* inden kurset (kat. 3) vendte 4 personer (44.4%) i løbet af kursets 9 uger tilbage på fuld tid, mens de sidste 5 personer fortsat var delvist sygemeldt efter kurset (og med samme antal timer per uge før og efter kurset). Den ene person, der var ledig og arbejdssøgende inden kurset (kat.5) var i arbejde på fuld tid (kat.1) efter kurset. Der sås altså en ret konsistent positiv udvikling for de fleste enkeltpersoner i løbet af kursets varighed. Dette afspejles især i stigningen af antal fuldtidsbeskæftigede samt i faldet af både ansatte og ledige, som var helt sygemeldte inden kurset.

Tabel 6. Opgørelse over beskæftigelsesstatus før og efter Åben og Rolig v. Topdanmark Livsforsikring 2018-2019

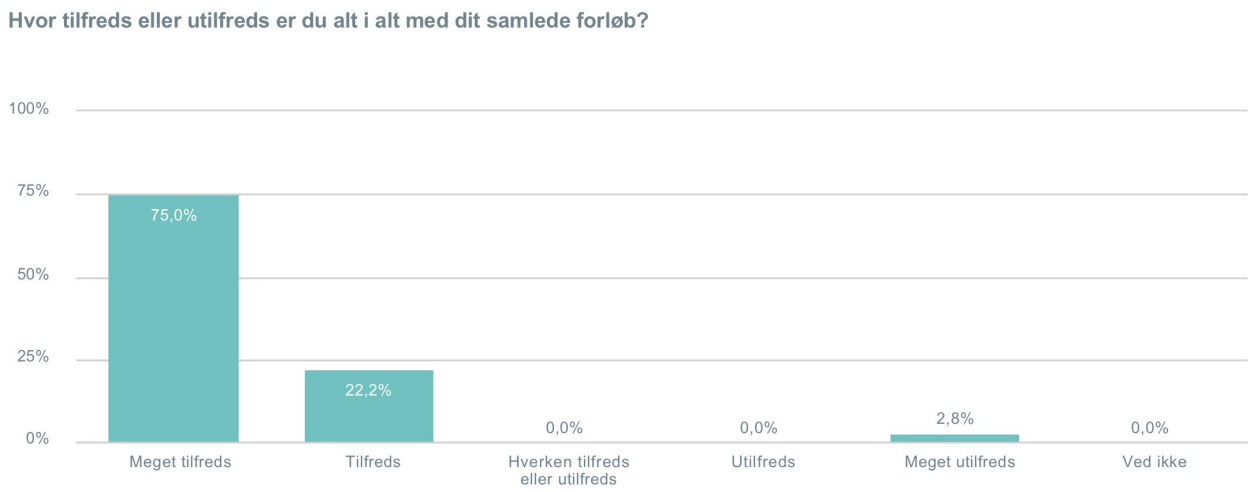
	Før kurset			*Efter kurset*		
Beskæftigelseskategori	*n*	Valid %	%	*n*	Valid %	%
1. Fuld tid	20	37.0	32.3	27	50.9	43.5
2. Deltid, men ikke pga. sygemelding	3	5.6	4.8	3	5.7	4.8
3. Ansat, men var delvist sygemeldt	9	16.7	14.5	7	13.2	11.3
4. Ansat, men var helt sygemeldt	11	20.4	17.7	4	7.5	6.5
5. Ledig og arbejdssøgende	1	1.9	1.6	12	22.6	19.4
6. Ledig og sygemeldt. dvs. ikke arbejdssøgende	7	13.0	11.3	0	0.0	0.0
7. Ingen af ovenstående	3	5.6	4.8	0	0.0	0.0
Missing data	8	NA	12.9	9	NA	14.5
Sum	62	100.0	100.0	62	100.0	100.0

Noter. Valid % henviser til procent af de opnåede data (før kurset n=54; efter kurset n=53); procent (%) til alle inkluderede (n=62).

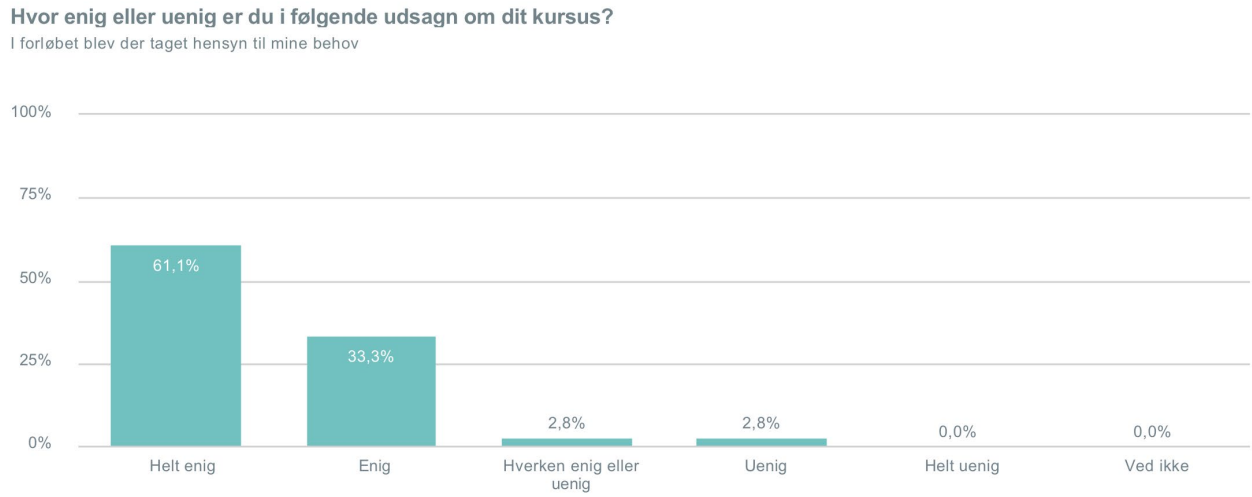
TILFREDSHED

Center for Psykisk Sundhedsfremme udførte en tilfredshedsmåling mage til dem, Københavns Kommune har udført i de seneste tre års effektevalueringer (2016, 2017, 2018) af Åben og Rolig-standard-indsatsen i kommunens Stressklinikker og som også ligner en tilfredshedsundersøgelse fra Aalborg Kommune (2016). Således er resultaterne sammenlignelige med de kommunale anvendelser af Åben og Rolig-programmerne. Tilfredshedsmålingen er vedlagt (Bilag 2).

Tilfredsheden var, som i alle tidligere målinger, meget høj. Således var 97.2% af deltagerne enten 'meget tilfredse' (75.0%) eller 'tilfredse' (22.2%) med deres 'samlede forløb'. Kun én person var 'meget utilfreds' med forløbet.



Ligeledes var 94.4% enten 'helt enige (61.1%) eller 'enige' (33.3%) i, at forløbet tog hensyn til deres behov, mens kun to personer var enten 'Hverken enig eller uenig' eller 'uenig' i dette udsagn. Mere end 9 ud af 10 oplevede altså, at Åben og Rolig-forløbet to hensyn til deres behov, hvilket er en grundlæggende metodisk målsætning på Åben og Rolig-kurser.



Endelig mente samtlige deltagere (også personen, som var 'meget utilfreds' med sit 'samlede forløb'), dvs. 100.0%, at underviseren var kompetent (86.1% 'helt enige; 13.9% 'enige'), og 94.5% følte de kunne bruge den viden de fik i deres hverdag (63.9% 'helt enig', 30.6% 'enig). Disse resultater viser en meget konsistent og høj tilfredshed med forløbet, og er enslydende med de nu i alt fire tidligere tilfredshedsstudier af i alt cirka 700 deltagere på Åben og Rolig-standard.

FRAFALD

Ud af de 62 deltagere valgte i alt fire personer at stoppe deres deltagelse på kurset inden kursets færdiggørelse. Et af disse tilfælde skyldes utilfredshed med det samlede forløb i projektet, herunder med Åben og Rolig.

- **Der var således kun 6.5% frafald (dropout) i alt. Altså en gennemførselsrate på 93.5% af de inkluderede.**

En opgørelse over frafald i Københavns Kommunes offentlige anvendelse af Åben og Rolig-Standard-programmet viste 17% frafald (n=41) blandt 246 borgere (Københavns Kommune, 2016). En opgørelse af frafald fra et andet CFPS-ledet pilotprojekt i Aalborg Kommune viste et frafald på kun 7% (Jensen, 2016). Den randomiserede kontrollerede afprøvning af Åben og Rolig ved Rigshospitalet viste et frafald på kun 6% (Jensen et al., 2015). Almindeligvis forventes omkring 15-30% frafald i forebyggende indsatser til mental sundhedsfremme og stressreduktion.

Således var frafaldet på 6.5% blandt de inkluderede kunder hos Topdanmark Livsforsikring et lavt frafald i sammenligning med det forebyggende område generelt, og også et relativt lavt frafald i sammenligning med andre anvendelser af Åben og Rolig-metoden. Dette kan forklares ved den omhyggelighed, som forskningsbaserede projekter er karakteriseret af, hvor der hurtigt og konsistent følges op på hver enkelt deltager. Dette er ikke altid muligt i større (fx kommunale) udrulninger.

UDTALELSER FRA ÅBEN OG ROLIG-DELTAGERE

Der foretoges ikke en decideret kvalitativ undersøgelse af forløbets effekter og oplevelser af mekanismer eller lign. Tilfredshedsundersøgelsen rummede dog nogle frie tekstfelter, hvor deltagerne kunne skrive om (det var frivilligt) deres oplevelser af eksempelvis oplevede forandringer. Deltagerne skrev her meget positivt om de oplevede effekter. Her gives fem eksempler på skriftlige udtalelser fra deltagere i nærværende projekt.

Udtalelser fra Åben og Rolig-deltagere i Topdanmark Livsforsikring-undersøgelsen

1. *Jeg har fundet mere ro på og kan tydeligt mærke efter hvis jeg arbejder for meget. Min krop reagerer med det samme, og jeg har nu lært at reagere på disse signaler og finder roen hurtigt igen. Samt er jeg blevet meget bedre til at koble helt fra i løbet af en dag.*

2. *Jeg har oplevet en kraftig forbedring af min stress*

3. *Overblikket er tilbage, energien er tilbage, føler meget mindre træthed, ingen hedeture eller hovedpine, social igen.*

4. *Større overskud, blevet bedre til at passe på mig selv, mere afklaret i fh.t. job.*

5. *Jeg sover bedre og har en meget bedre ro i kroppen. I enkelte tilfælde kan jeg føler, at tingene vælter, men jeg har let ved at samle mig og forsøge at få klarhed. Opgaver virker ikke så uoverskuelige mere*

BEGRÆNSNINGER VED UNDERSØGELSEN

En relevant begrænsning ved forskningsprojektet omhandler dets begrænsede størrelse. Samarbejdet involverede, at 62 personer blev inkluderet på et Åben og Rolig-hold. Heraf opnåedes forskningsbaserede data på 60 personer (97%) inden kursusstart samt 53-54 (85-87%) personer efter kurset. Det er således en immanent begrænsning ved projektet, at det i alt kun involverede 62 behandlede personer (6 Åben og Rolig-hold var målsætningen fra start). Mere detaljerede og generelisérbare konklusioner kunne drages ved en større undersøgelse. Eksempelvis er beskæftigelsesdata opgjort relativt enkelt i nærværende undersøgelse og mere detaljerede analyser heraf ville kunne give bedre information om præcise beskæftigelsesrelevante effekter, fx inden for tidsmæssige perspektiver på forandring (kortvarige og langvarige effekter for særlige grupper, mere detaljerede analyser af beskæftigelseskategorier mv.).

Den væsentligste designmæssige begrænsning er manglen på en kontrolgruppe. Således kan effekterne ikke tilskrives en specifik effekt af Åben og Rolig, men kan i den mest konservative forstand fortolkes som en observérbar forandring i den *periode*, hvor deltagerne har været på Åben og Rolig. En ikke-behandlet kontrolgruppe eller en kontrolgruppe der modtog andre former for behandlinger ville være nødvendigt for at kunne udfinde de Åben og Rolig-specifikke effekter. Dog kan man konkludere, at tilfredsheden og den oplevede brugbarhed af kursusforløbet, samt at deltagernes kvalitative udsagn, både til instruktører og i de indsamlede skemaers frie tekstfelter (se ovenfor) –taler for, at deltagerne oplever, at Åben og Rolig-forløbet har gjort en vigtig forskel.

En tredje begrænsning er, at analyserne er udført af CFPS' forskere. Afsenderne af rapporten står inde for alle resultater, men en uafhængig evaluering er mere korrekt. CFPS gør gerne ved indgåelse af de nødvendige databehandleraftaler og kontrakter data tilgængelige for uafhængige forskere. Således kan analyser fint efterprøves i uafhængige analyser.

KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVER

Nærværende forskningsprojekt søgte at afdække gennemførligheden, anvendeligheden samt effekterne af Åben og Rolig-standard-programmet til stressreduktion og mental sundhedsfremme ved anvendelse af behandlingsmetoden i samarbejde med Topdanmark Livsforsikring til deres stressramte forsikringskunder. Der måltes på stress, tegn på depression, livskvalitet, oplevet arbejdsevne (samlet, psykisk, fysisk), beskæftigelsesstatus og tilfredshed med kurset.

På samtlige indsamlede effektmål og effekt-parametre viste resultaterne signifikante positive effekter, og på alle andre effektmål end den fysiske arbejdsevne var de opnåede effekter af statistisk set store effektstørrelser. Effekterne var ikke afhængige af alder, køn, uddannelse og beskæftigelsesstatus ved inklusionstidspunktet. Tilfredsheden var meget høj (94.4% tilfredse med det samlede forløb) og frafaldet lavt (4 personer på 6 hold, i alt 6.5%). Konklusionen med hensyn til effektiviteten af Åben og Rolig i denne kontekst må derfor være, at forløbet synes forbundet med konsistente og store effekter på stress og stress-relaterede mål såsom depression og livskvalitet samt arbejdsevne.

Perspektiverne for dette er, at metoden og forskningssamarbejdet med Topdanmark Livsforsikring eller forsikringsbranchen bredere set synes anbefalelsesværdigt. Henvisningsprocedurerne kan effektiviseres og rekrutteringsmetoderne justeres med henblik på større flow i deltagere, men egnetheden af de henviste deltagere var god (ca. 80% inkluderedes), og igen gav forløbet sig udslag i store og målbare effekter på tværs af en række videnskabeligt velvaliderede effektmål.

Et andet udviklingsperspektiv er at forskningsbaserede samarbejder med forsikringsbranchen om tiltag til mental sundhedsfremme og stressreduktion kunne udvikles i retning af tilbud til virksomheder. Den mest almindelige årsag til stress var på holdene (i overensstemmelse med dansk stressforskning generelt) arbejdsfaktorer, så et udvidet tilbud med fx muligheder for igangsættelse af endnu mere forebyggende initiativer, såsom organisationsrettede eller ledelsesrettede tilbud, virker derfor oplagt. I den forbindelse var det også en erfaring fra nærværende projekt, at det er

væsentligt at være opmærksom på eventuelle kompleksiteter ved at køre stresshold med medarbejdere fra samme virksomhed, selvom det ikke vurderedes at være et væsentligt problem i nærværende projekt.

REFERENCER

Bech P., Rasmussen N.A., Olsen L.R., Noerholm V., Abildgaard W. (2001): The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory using the present state examination as the index of diagnostic validity. Affect Disord, (66) 159–64.

Cohen S., Williamson G. In: Spacapam S., Oskamp S., eds. (1988): Perceived stress in a probability sample of the United States. CA: Sage. Newbury Park.

Eskildsen A., Dalgaard V.L., Nielsen K.J., Andersen J.H., Zachariae R., Olsen L.R., Christiansen D.H. (2015): Cross-cultural adaptation and validation of the danish consensus version of the 10-item perceived stress scale. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, *41*(5), 486–490.

Jensen, C. G., Lansner, J., Petersen, A., Vangkilde S., Ringkøbing, S. P., Frokjaer, V., Adamsen, D., Knudsen, G. M., Denninger, J. W., Hasselbalch, S. G. Open and Calm – A randomized controlled trial evaluating a public stress reduction program in Denmark. *BMC Public Health, 15*: 1245. DOI 10.1186/s12889-015-2588-2

Jensen, C. G. (2016). Evalueringsrapport – Etableringen af stressforløbet Åben og Rolig i Aalborg Kommunes Center for Stressforebyggelse. Kan downloades fra: https://cfps.dk/evalueringsprojekter-for-voksne/

NFA (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø) (2018). *Fakta om Arbejdsmiljø og Helbred. 2018*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Københavns Kommune (2017). Evaluering af Københavns Kommunes Stressklinikker. April 2017. Københavns Kommune: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Afdeling for Data og Analyse. Kan downloades fra: https://cfps.dk/evalueringsprojekter-for-voksne/

Nielsen N.R., Kristensen T.S., Schnohr P., Grønbjærg M.K. (2008): Perceived Stress and Cause-specific Mortality among Men and Women: Results from a Prospective Cohort Study. American Journal of Epidemiology, 168(5), 481-491.

Olsen L.R., Mortensen E.L., Bech P. (2004): Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand*, 109:96–103.

Stigsdotter U.K., Ekholm O., Schipperijn J., Toftager M, Kamper-Jørgensen F, Randrup TB (2010): 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, 38:411–7.