



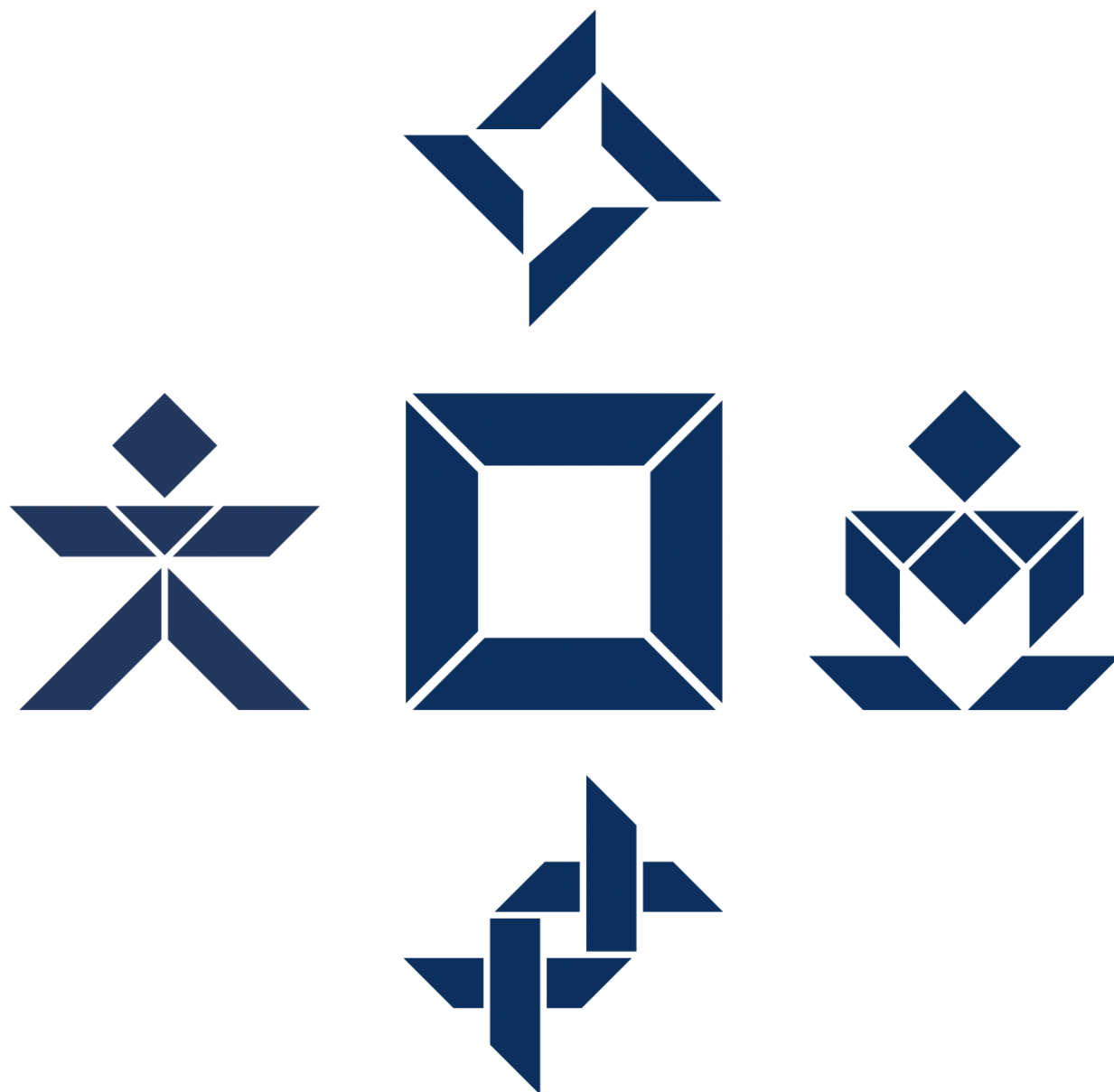
FONDEN
MENTAL SUNDHED

Åben og Rolig-programmet

Forskningsbaseret stressreduktion

Samlet opgørelse af 20 evalueringer af stress, mental sundhed og beskæftigelse





Tak

Tak til de mange medvirkende kommuner, organisationer, forskere, psykologer – og især de mange kursister.

Reference til nærværende rapport

Fonden Mental Sundhed (2021). Åben og Rolig-programmet. Forskningsbaseret Stressreduktion. Samlet opgørelse af 20 evalueringer af stress, mental sundhed og beskæftigelse. Ved Jensen, C.G., Tybjerg-Jeppesen, A., Petersen, F. F., Plougsbæk, R., Djernis, D., Krogh, S. C., Thomsen, S. S. T., & Ladegaard, Y.

Jensen, C.G., Tybjerg-Jeppesen, A., Petersen, F. F., Plougsbæk, R., Djernis, D., Krogh, S. C., Thomsen, S. S. T., & Ladegaard, Y. (2021). Åben og Rolig-programmet. Forskningsbaseret Stressreduktion. Samlet opgørelse af 20 evalueringer af stress, mental sundhed og beskæftigelse. København: Fonden Mental Sundhed.

Jensen, C.G., Tybjerg-Jeppesen, A., Petersen, F. F., Plougsbæk, R., Djernis, D., Krogh, S. C., Thomsen, S. S. T., & Ladegaard, Y. (2021). The Open and Calm Program. Research-based Stressreduction. Summarized findings from 20 evaluation reports on stress, mental health, and occupation. [in Danish]. Copenhagen: Foundation for Mental Health.

Vs. 21.3.26.

INDHOLD

BAGGRUND	4
RESUME	5
EVALUERINGER AF STRESS, DEPRESSION, LIVSKVALITET, MENTAL SUNDHED OG SØVN	5
EVALUERINGER AF ARBEJDSEVNE, ARBEJDSILKNYTNING OG SYGEMELDING	6
EVALUERINGER AF TILFREDSHED MED KURSET	6
BEGRÆNSNINGER OG STYRKER	7
OPSAMLING OG KONKLUSIONER	7
DATAGRUNDLAG	8
Tabel 1. De anvendte 20 kvantitative evalueringer af Åben og Rolig, 2015-2020	8
DEL 1. EVALUERINGER AF STRESS, MENTAL SUNDHED OG TRIVSEL	9
EVALUERINGER AF SELVOPLEVET STRESS (PSS)	9
Tabel 2. Evalueringer af forandringer i stressgrad i løbet af Åben og Rolig	9
Figur 1. Forandringer i selvoplevet stress i løbet af Åben og Rolig	10
Figur 2. Langtidsforandringer i stress for deltagere i Åben og Rolig	11
EVALUERINGER AF SYMPTOMER PÅ DEPRESSION (MDI)	12
Tabel 3. Forandringer i tegn på depression i løbet af Åben og Rolig	12
Figur 3. Forandringer i tegn på depression i løbet af Åben og Rolig	13
Figur 4. Forandringer i kategorier af depressionsgrad i løbet af Åben og Rolig	14
Figur 5. Langtidsforandring i depressionsgrad efter Åben og Rolig	15
EVALUERINGER AF MENTAL SUNDHED, SØVNKVALITET OG LIVSKVALITET	16
Tabel 4. Forandringer i mental sundhed, livskvalitet og søvnkvalitet under Åben og Rolig	16
Figur 6. Forandringer i Livskvalitet	17
Figur 7. Forandringer i Søvnforstyrrelser	18
OPSUMMERING. EVALUERINGER MED VIDENSKABELIGE SELVRAPPORTEREDE MÅL	18
TILFREDSHEDSUNDERSØGELSER	19
Tabel 5. Evalueringer af tilfredshed med deltagelsen i Åben og Rolig	19
Figur 8. Tilfredshedsmålinger af Åben og Rolig	20
Tabel 6. Evalueringer af tilfredshed med specifikke elementer af Åben og Rolig	20
DEL 2. BESKÆFTIGELSE OG FORSØRGELSESTATUS	21
Tabel 7. Rapporter om forandringer i beskæftigelse og forsørgelse efter Åben og Rolig	21
Tabel 8. Procentvise forandringer i sygmeldinger og ledighed efter Åben og Rolig	22
Tabel 9. Procentvise forandringer i beskæftigelse efter Åben og Rolig	24
SELVVURDERET ARBEJDSEVNE	25
Tabel 10. Rapporter om arbejdsevne og arbejdsmæssig brugbarhed af Åben og Rolig	25
Figur 9. Forandringer i psykisk arbejdsevne i løbet af Åben og Rolig	26
Tabel 11. Forandringer i samlet arbejdsevne (0—10) i løbet af Åben og Rolig	27
LANGTIDSUNDERSØGELSER AF OPLEVET BRUGBARHED AF ÅBEN OG ROLIG FOR ARBEJDSLIV OG STRESS	29
Tabel 12. Oplevet brugbarhed af Åben og Rolig for arbejdsliv og stresshåndtering	29

DEL 3. BETYDNINGEN AF DEMOGRAFI OG SOCIAL BAGGRUND	30
FAKTORER FOR FORANDRINGER I STRESSGRAD (PSS).....	31
<i>Figur 10. Forandringer i stress i relation til køn, alder og uddannelse</i>	<i>32</i>
FAKTORER FOR FORANDRINGER I SYMPTOMER PÅ DEPRESSION (MDI).....	32
<i>Figur 11. Forandringer i depression og stress i relation til uddannelse.....</i>	<i>33</i>
RELATIONER MELLEM FORUDGÅENDE SYMPTOMGRAD OG SYMPTOMLETTEELSE.....	33
DEL 4. OPSAMLING OG KONKLUSIONER.....	35
FORANDRINGER I STRESSGRAD OG SYMPTOMER PÅ DEPRESSION	35
FORANDRINGER I LIVSKVALITET, MENTAL SUNDHED OG SØVNKVALITET	36
NEGATIVE UDVIKLINGER OG FRAFALD	37
SAMLEDE KONKLUSIONER.....	38
REFERENCER.....	39
ANVENDTE EVALUERINGSRAPPORTER.....	39
VIDENSKABELIGE REFERENCER	40



ÅBEN OG ROLIG

Baggrund

Åben og Rolig® er en forskningsbaseret metode til mental sundhedsfremme og stressreduktion, udviklet fra 2009-2012 i samarbejde med Harvard Universitet¹ og sparringspartnere.

Metoden blev i 2018 i Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke for Mental Sundhed angivet som inspiration til stressbehandling baseret på evidens². Åben og Rolig er udviklet i dansk kontekst til en bred målgruppe af unge og voksne med forskellige typer stress og forskellige socioøkonomiske baggrunde.

Fonden Mental Sundhed tilbyder Åben og Rolig almentnyttigt til offentlige og private samarbejdspartnere og som en social investering i samarbejde med *Den Sociale Investeringsfond*.



Metoden

Åben og Rolig er udviklet på baggrund af forskning i stress, sundhedspsykologi og meditation. I metoden arbejdes kropsligt, mentalt og socialt og med uddannede psykologer eller fagpersoner med tilsvarende uddannelsesniveau indenfor mental sundhed som instruktører. Metoden anvender meditation til at udløse 'afslapningsresponsen' (Herbert Benson, Harvard Universitet), som kan reducere stress og fremme en helhedsorienteret restitution. Der arbejdes også med at øge deltagernes viden og muligheder i hverdagen for at fremme mental sundhed og sænke stress.



Åben og Rolig-appen er gratis for alle og supplerer de fysiske kurser.

Det mest anvendte kursus, Åben og Rolig-standard, som alle resultaterne i denne rapport baseres på, er et 9-ugers gruppekursus med 10-16 deltagere. Der afholdes en ugentlig kursusgang af tre timer (dvs. 27 t. i alt) samt to personlige samtaler med instruktøren. Forud indgår videnskabeligt baseret online screening og psykologfaglig visitation til kurset som et fast element.

Forskning

Fonden Mental Sundhed samarbejder med flere uafhængige forskningsenheder ved danske og udenlandske universiteter.

Se mere på www.fondenmentalsundhed.dk

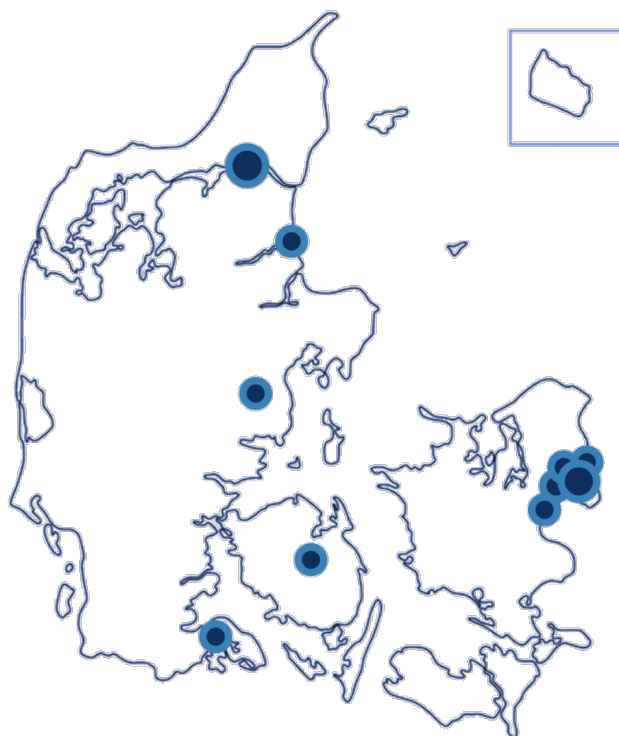
¹ Åben og Rolig er udviklet i samarbejde med *The Benson-Henry Institute of Mind-Body Medicine* (Jensen et al., 2015).

² Forebyggelsespakken for Mental Sundhed, 2018, s. 22 (Sundhedsstyrelsen, 2018).

RESUME

Denne rapport fremlægger data fra 20 udgivne evalueringsrapporter om Åben og Rolig-standard fra årene 2015-2020 (Tabel 1). Datagrundlaget involverer ca. 2.000 besvarelser før og efter kurset mht. stressgrad og depressionssymptomer og fra ca. 950 ved langtidsopfølgninger målt 3-12 mdr. efter kursets afslutning.

Ligeledes indgår der målinger af en række forandringer i registerbaserede beskæftigelses- og forsørgelsesmål for omkring 3.300 Åben og Rolig-deltagere samt svar fra ca. 1.000 deltagere ang. den samlede arbejdsevne og psykiske arbejdsevne og af den arbejdsrelaterede nytteværdi af kurserne.



Åben og Rolig er anvendt pt. i 10 danske kommuner samt i samarbejde med en række forsikringsselskaber og virksomheder.

Evalueringer af stress, depression, livskvalitet, mental sundhed og søvn

Evalueringerne viser signifikante, store reduktioner af et videnskabeligt stressmål i 19/19 rapporter. Stressscores falder på tværs af 1.913 borgere i gennemsnit 30,3%, hvilket indikerer en væsentlig stressreduktion. Alle (7/7) langtidsevalueringer af i alt 958 borgere viser fortsatte lave stressgrader henholdsvis 3, 6 eller 12 mdr. efter kurset. Ud af 2.151 besvarelser er hele 94% tilfredse med kurset.

Evalueringerne viser ligeledes signifikante og store reduktioner af symptomer på depression i 19/19 rapporter (som det fremgår i Tabel 1, behandler den 20. rapport alene beskæftigelsesresultater). På tværs af 1.941 borgere ses gennemsnitligt en 36,2% reduktion af depressionsscores, og forandringen er da klinisk set betydelig. Andelen med tegn på svær depression falder fra 40% før til 5% efter kurset. Andelen af borgere uden tegn på depression stiger fra 26% før til 79% efter kurset. Alle syv langtidsevalueringer viser på tværs af de 958 borgere fortsat lave depressionsscores.

Der ses tilsvarende statistisk store, signifikante og klinisk betydningsfulde stigninger i livskvalitet i 7/7 evalueringer samt store, signifikante stigninger på mental sundhed i 5/6 evalueringer. Endelig ses signifikante medium-store forbedringer på søvnkvalitet (PSQI) i (8/8) evalueringer heraf.

Samlet set rapporteres således konsekvent signifikante og store forbedringer på de primære evalueringsmål (stress, depression) og oftest store forandringer på de sekundære (mental sundhed, livskvalitet, søvnkvalitet). Der ses ikke negative udviklinger for nogen grupper eller på noget mål.

Evalueringer af arbejdsevne, arbejdstilknytning og sygemelding

Forandringer i beskæftigelse er undersøgt i 5 DREAM-registerbaserede og en selvrapporteret evaluering, som tilsammen omfatter 3.337 borgere fra fem års interventioner. Udtrækkene viser 92-93% positive (fx at komme i beskæftigelse eller raskmelde sig) eller neutrale (fx fastholdelse af en stilling eller en uændret status i en sygemelding) forandringer for borgerne i måleperioderne, som strækker sig fra 4 mdr. til 14 mdr., mens kun 7-8% viser negative udviklinger (fx at blive sygemeldt).

Stigninger i beskæftigelse og selvforsørgelse ligger på 14-34 procentpoint af alle inkluderede borgere, og *antallet* af borgere i beskæftigelse forøges med 30-139%. Der ses generelt større stigninger i beskæftigelse, jo længere måleperioden er, hvilket er forventeligt. Det skal her huskes, at en væsentlig del af deltagerne i Åben og Rolig (som anvendt i kommunale tilbud), ved kursets begyndelse ikke har samme tilgængelighed for arbejdsmarkedet som eksempelvis sygemeldte-fra-arbejde med fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet, fordi deltagerne i Åben og Rolig også er studerende, pensionister, mennesker på ressourceforløb, revalidering, flexjob, integrationsydelse mv. Den *gennemsnitlige* stigning i arbejdstilknytning er derfor lavere i Åben og Rolig end ved fx beskæftigelsesrettede indsatser som kun/primært arbejder med sygemeldte fra arbejde.

Det giver derfor et mere detaljeret billede at opgøre beskæftigelsesresultater også for enkelte subgrupper. Det kan her opsummeres, at:

-  Den største undersøgelse (N=2.780) hen over fem år viste, at 75% af sygemeldte fra arbejde var tilbage i arbejde tre måneder efter kursets afslutning.
-  Fastholdelsesprocenten for beskæftigede og selvforsørgende var altid 87-100%. Dvs. 9/10 var fortsat i arbejde eller selvforsørgende 6-12 mdr. efter Åben og Rolig-kurset sluttede, hvilket indikerer at kurset langvarigt kan mindske tilbagefald i stressrelateret sygdom.
-  Cirka 8 ud af 10 deltagere (77-89%) angiver i langtidsundersøgelser, at Åben og Rolig-kurset specifikt har gjort det lettere at håndtere stressede situationer, og 62-67% angiver, at kurset har haft en positiv betydning for deres arbejdsliv.
-  4-5 deltagere på hvert Åben og Rolig-hold (27-38% af 14 deltagere) angiver i langtids-follow-up, at Åben og Rolig *i høj grad* eller *i nogen grad* har medvirket til, at de undgik ophør fra en arbejdsplads. Hver anden (48-58%) siger det samme ift. at undgå sygemelding.

Deltagerne rapporterer altså, at kurset var hjælpsomt for deres arbejdsliv samt hverdagsliv, også et år efter kurset, og der ses positive udviklinger i beskæftigelse og en høj fastholdelsesprocent.

Evalueringer af tilfredshed med kurset

Svar fra 11 tilfredshedsundersøgelser af i alt 2.151 deltagere i kurset viser, at 94,0% er tilfredse med Åben og Rolig-forløbet (68% *Meget tilfredse*, 26% *Tilfredse*). Kun 1,5% er *Utilfredse* (0,9%) eller *Meget utilfredse* (0,5%). Der ses også 80-100% tilfredshed med de enkelte elementer af kurset (instruktørens kompetence, brugbarheden af den viden, deltagerne får, graden hvormed kurset blev tilpasset til den enkeltes behov mv.). Alt i alt en konsistent meget høj tilfredshed med forløbet.

Begrænsninger og styrker

Den primære begrænsning ved de 20 evalueringer, som rapporten her baseres på, er, at der ikke indgår kontrolgrupper i 19 af dem (alle bortset fra ER1), da dette ikke er en prioritering i kommunale interventioner uden særskilte midler hertil. Dertil ses for selvrapporterede mål ofte et væsentligt datatab, hvis omfang ikke altid rapporteres entydigt i evalueringsrapporterne. Endelig er de fleste rapporter udført af kommunerne selv eller organisationer, som arbejder med Åben og Rolig, dvs. der er behov for flere uafhængige evaluatore/forskere fremadrettet, hvilket denne rapport netop også er en invitation til. Fonden Mental Sundhed samarbejder gerne herom.

Styrkerne på tværs rapporterne er især konsistente, signifikante og store reduktioner af stress og tegn på depression i interventionsperioden. I månederne forud for interventionsperioden ses der ikke væsentlige forandringer. Ligeledes er resultaterne ensartede på tværs af cirka 60 psykologer, fem kommuner og fem års arbejde, og de er stabile op til 1 år efter kursets afslutning og ikke afhængige af demografi og socioøkonomi. Endelig ses en høj tilfredshed (94% tilfredse) samt bredt oplevet nytteværdi. Det virker således sandsynligt, at forandringerne er relateret til deltagelsen. Endelig er en styrke, at evalueringsmål er videnskabeligt validerede, samt at analyser er udført på et videnskabeligt grundlag, hvorfor data er egnede til videre forskning og videnskabelig udvikling.

Opsamling og konklusioner

Nærværende rapport drager følgende hovedkonklusioner:

- ☐ En stor reduktion i stress og depression i løbet af deltagelsen i Åben og Rolig er vist med konsistens igennem fem år, på mange interventionssteder og for over 1.900 deltagere
- ☐ Otte rapporter af 900 deltagere viser, at reduktioner af stress samt depressionssymptomer ikke var konsistent forbundet til alder, køn, uddannelse, indtægt, beskæftigelse mv. (Del 3).
- ☐ Borgere med de mest alvorlige symptomer, oplever konsistent større symptomforbedringer.
- ☐ Livskvalitet, søvnkvalitet og mental sundhed forbedredes altid med medium-store statistiske effektstørrelser, og to langtidsstudier viste vedligeholdte forbedringer over tid.
- ☐ Der sås ingen negative udviklinger på noget mål i nogen evalueringer.
- ☐ Åben og Rolig er forbundet med effektiv reduktion af stress og symptomer på depression og kurset kan anvendes til en bred borgergruppe, herunder også alvorligt stressramte med stressrelaterede symptomer på depression.
- ☐ Beskæftigelsesresultaterne indikerer positive udviklinger for de fleste borgere (se ovenfor), hvilket støttes af den oplevede arbejdsrelaterede nytteværdi også 6-12 mdr. efter kurset.

Det konkluderes samlet set efter fem års arbejde med Åben og Rolig, at indsatsen fortsat viser særdeles positive indikationer på en høj anvendelighed, store effekter og gavnlighed.

DATAGRUNDLAG

Rapporten samler evalueringer af Åben og Rolig-standard (9-ugers kurset) i årene 2015-2020. Der indgår i alt data fra 20 separate evalueringsrapporter (Tabel 1), som spænder over 16 separate datasæt (se Tabel 2) og som i alt medtager målinger fra ca. 5.052 unikke deltagere i Åben og Rolig. Data er indsamlet efter informeret skriftligt samtykke og opgjort efter videnskabelige standarder.

Tabel 1. De anvendte 20 kvantitative evalueringer af Åben og Rolig, 2015-2020

Evaluerings #	Udgivet af	År	N	Evalueringsmål
ER1. Open and Calm – A randomized controlled trial of a public stress reduction program...	Rigshospitalet Harvard Univ.	2015	75	PSS, MDI, WHO-5, SF-36, PSQI, CORT, VOT
ER2. Evalueringsrapport – Etableringen af stressforløbet Åben og Rolig i Københavns...	CFPS	2015	189	PSS, MDI, PSQI
ER3. Evaluering af Københavns Kommunes Stressklinikker	Københavns Kommune	2015	246	PSS, MDI, PSQI TFM, TFI
ER4. Evalueringsrapport – Etableringen af stressforløbet Åben og Rolig i Aalborg...	CFPS	2016	23	PSS, MDI, SF-12, PSQI TFM
ER5. Evaluering af stresskurset Åben og Rolig	Aalborg Kommune	2017	280	PSS, MDI, SF-12, PSQI TFI, BSK
ER6. Evalueringsrapport 2016 – Kvantitative effektmålinger af Åben og Rolig ...	CFPS	2017	305	PSS, MDI, SF-12, PSQI
ER7. Evalueringsrapport 2016 – Kvantitative effektmålinger af Åben og Rolig til stressramte...	CFPS	2017	664	PSS, MDI, SF-12, PSQI
ER8. Evaluering af Københavns Kommunes Stressklinikker	Københavns Kommune	2017	660	PSS, MDI, SF-12, PSQI TFM, LSB
ER9. Evalueringsrapport for Stressforløbet Åben og Rolig i Aalborg Kommune	CFPS	2018	317	PSS, MDI, SF-12, PSQI
ER10. Evaluering af effekter af Åben og Rolig på Borgeres Beskæftigelse og Forsøgelse	Københavns Kommune	2017	472	PSS, MDI, SF-12 TFM, BSK
ER11. Status på effektmåling og analyser af Københavns Kommunes stressklinikker...	Københavns Kommune	2018	824	PSS, MDI, PSQI TFM, LSB, BSK
ER12. Evalueringsrapport ... Åben og Rolig på Det Humanistiske Fakultet, Aalborg Universitet	CFPS	2018	31	PSS, MDI, SF-12, PSQI
ER13. Evalueringsrapport. Åben og Rolig i Skanderborg Kommune.	CFPS	2019	80	PSS, MDI, WHO-5 ARBE, TFM, TFU
ER14. Forskningsrapport – Åben og Rolig som stressbehandling i Topdanmark Livsforsikring	CFPS	2019	78	PSS, MDI, WHO-5 ARBE, TFM, BSK
ER15. Evaluering af Stressklinikernes Mandehold	Københavns Kommune	2019	71	PSS, MDI, WHO-5, KSQ ARBE, TFM
ER16. Åben og Rolig i Mariagerfjord Kommune. Evaluering af Implementeringen af Stressforløbet	CFPS	2020	89	PSS, MDI, WHO-5 ARBE, TFM, TFU
ER17. Stress kan Afhjælpes. Effektevaluering af Åben og Rolig	Aalborg Kommune	2020	267	PSS, MDI, WHO-5, KSQ TFM
ER18. Evalueringsrapport. Åben og Rolig i Solrød Kommune 2018-2020	CFPS	2020	74	PSS, MDI, WHO-5 TFM, TFU
ER19. Evaluering af Stressklinikkerne	Københavns Kommune	2020	1703	PSS, MDI TFM, LSB, BSK
ER20. Åben og Rolig-resultater. Beskæftigelse. (udelukkende tabel-opgørelse af beskæftigelse)	Aalborg Kommune	2020	402	BSK

N i alt ≈ 5.052*

Noter. N henviser til antal Åben og Rolig-inkluderede borgere ved baseline *. Total N er et estimat, da fire datasæt overlapper (Rapport 2-3; 5-6; 7-8; 17 og 20). Disse rapporters n er fratrasket (ER2, 5, 8 og 17) og N=402 fra ER20 er konservativt ikke talt med, da N=267 fra ER17 antageligt indgår i ER20. N for hvert evalueringsmål varierer som beskrevet igennem nærværende dokument. Forkortelser: ARBE=Oplevet arbejdsevne (se senere definitioner); BSK=Beskæftigelsesopgørelse; CFPS: Center for Psykisk Sundhedsfremme; KSQ: Karolinska Sleep Quality Index; LSB=Langsigtet (follow-up) brugbarhedsmåling; MDI=Major Depression Inventory; PSS=Perceived Stress Scale; PSQI=Pittsburgh Sleep Quality Index; SF-36/12=Short Form Health Survey 36/12; TFU=Tilfredshedsudtalelser; TFI=Tilfredshedsinterviews; TFM=Tilfredshedsmåling; WHO-5=World Health Organization Quality of Life-5.

DEL 1. EVALUERINGER AF STRESS, MENTAL SUNDHED OG TRIVSEL

Evalueringer af selvoplevet stress (PSS)

Der er fra 2015-2020 udgivet 19 evalueringer (ERP1-19) af forandringer i stress og forskellige aspekter af mental sundhed (jf. Tabel 1) i forbindelse med deltagelsen i Åben og Rolig-standard.

Stress. Alle rapporter har målt selvoplevet stress på *Cohen's Perceived Stress Scale* (PSS), som er velvalideret og den skala, som de danske Sundhedsprofilundersøgelser opgør danskernes stress med. I Sundhedsprofilerne samt her i rapporten anvendes en PSS-score på ≥ 18 som markør for *høj stressgrad*, og en score på minimum 18 er derfor et inklusionsparameter i Åben og Rolig-standard. Der er ikke fast konsensus om, hvad en tilfredsstillende stressreduktion udgør, men her bruges tre parametre: Dels en endelig gennemsnitsstressscore under 18. Dels en reduktion på 28% eller højere på PSS, jf. en arbejdsmedicinsk anbefaling for PSS (Eskildsen et al., 2015). Dels ønskes en statistisk stor effektstørrelse, defineret iflg. konsensus som reduktioner, hvor *Cohen's $d \geq 0.80$* (Cohen, 1988). Det ses af Tabel 2, at alle 19 evalueringer af Åben og Rolig-standard (næsten) opfylder alle disse tre vurderingsparametre (ER4 dog før-efter-reduktion på kun 27%). Effektstørrelserne er altid store ($d=0.92-1.90$) og altid højsignifikante (alle $ps < .001$). Signifikansen viser, at det er højst usandsynligt (under 1/1000-del chance iflg. estimerne for alle rapporter), at forandringen i PSS er sket tilfældigt. Gennemsnitligt reduceres PSS-scores med 30,3% på tværs af de 19 evalueringer (*n-vægtet analyse*).

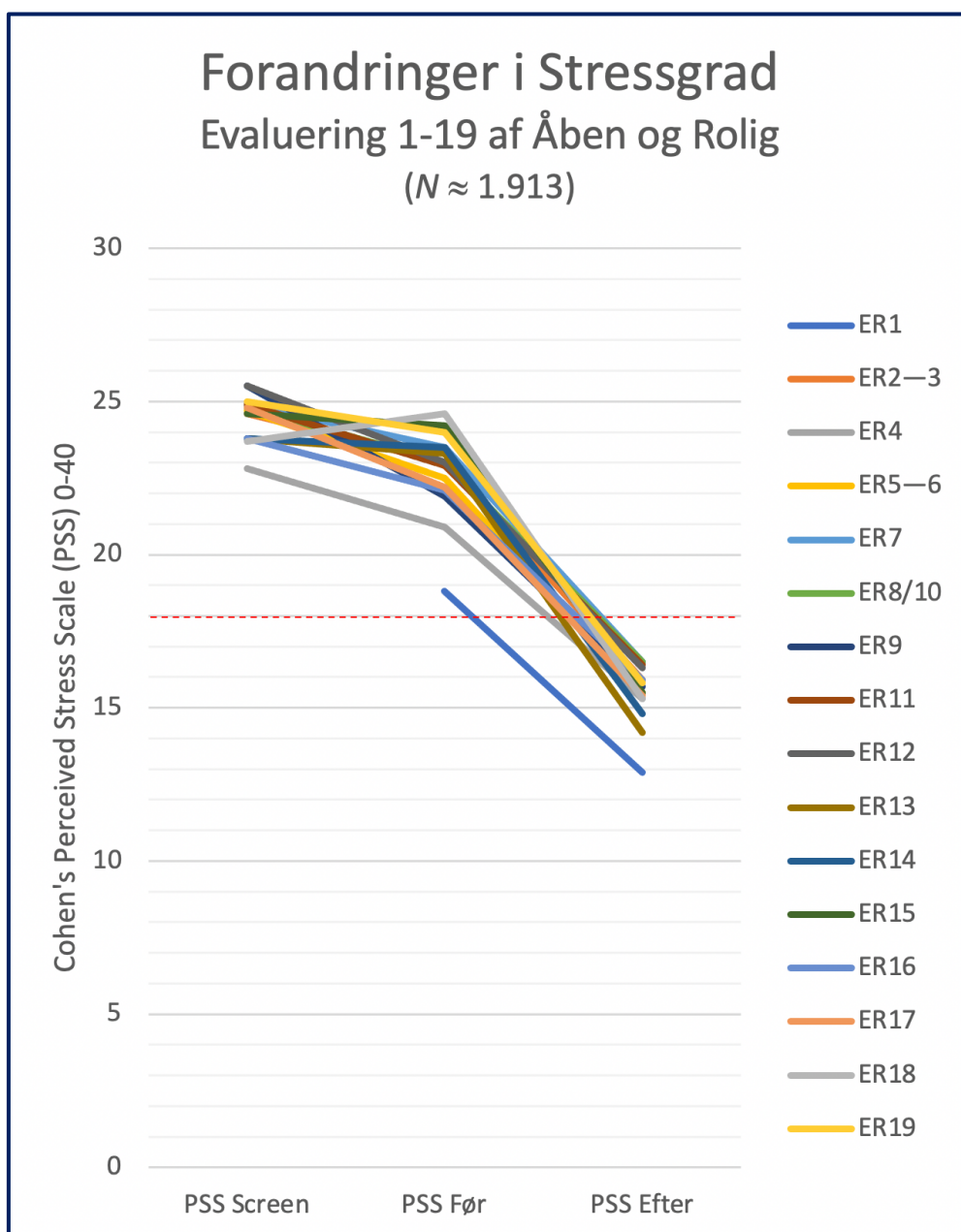
Tabel 2. Evalueringer af forandringer i stressgrad i løbet af Åben og Rolig

Evalueringsrapport	PSS Screen (M)	PSS Før (M)	PSS Efter (M)	PSS % Fald Før-efter	PSS <i>d</i> Før-efter
ER1. Region H.	—	18,8	12,9	31%	0,92***
ER2-3. Københavns Kommune	24,6	23,0	15,9	31%	1,37***
ER4. Aalborg Kommune	22,8	20,9	15,3	27%	1,13***
ER5-6. Aalborg Kommune	24,7	22,5	15,5	31%	1,11***
ER7. Københavns Kommune	24,9	23,5	16,5	30%	1,22***
ER8/10. Københavns Kommune	24,8	23,0	16,5	28%	—
ER9. Aalborg Kommune	25,5	21,9	15,7	28%	0,98***
ER11. Københavns Kommune	24,9	22,9	16,4	28%	—
ER12. Aalborg Universitet	25,5	23,0	16,3	29%	1,23***
ER13. Skanderborg Kommune	23,8	23,3	14,2	37%	1,80***
ER14. Storkøbenhavn, Sjælland	23,8	23,5	14,8	37%	1,49***
ER15. Københavns Kommune	24,6	24,2	15,5	28%	—
ER16. Mariagerfjord Kommune	23,8	22,1	15,9	28%	1,12***
ER17. Aalborg Kommune	24,8	22,2	15,4	31%	1,17***
ER18. Solrød Kommune	23,7	24,6	15,3	37%	1,90***
ER19. Københavns Kommune	25,0	24,0	15,8	34%	—

Noter. Samlet $N \approx 1.913$, men ikke alle rapporter oplyser før-efter besvarelser præcist. Estimat af svarprocent er således omtrent 54% ud af $N \approx 3.534$ PSS-førmålinger og 38% ift. omtrent $N \approx 5.052$ inkluderede. PSS=Perceived Stress Scale (M)=Mean (gennemsnit). *d* = Cohen's *d* (effektstørrelse)

***. *p*-værdi < 0.001 (angiver sandsynligheden for tilfældige fund, Bonferroni-Holm-korrigeret).

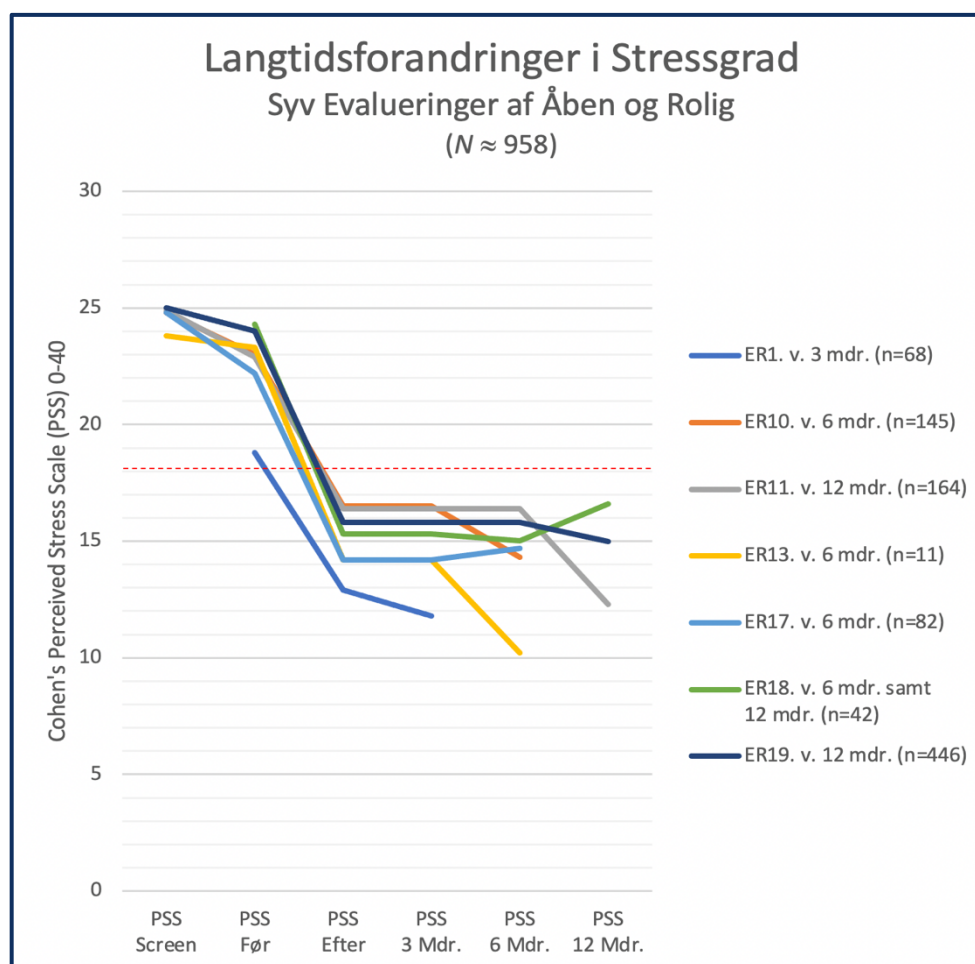
Figur 1. Forandringer i selvoplevet stress i løbet af Åben og Rolig



Figur 1. Forandringer i stressgrad (PSS-scores) rapporteret i ER1-19 for omtrent 1.913 deltagere, som har besvaret både førmåling såvel som eftermåling i forbindelse med deltagelse i Åben og Rolig. For 18 rapporter (EP2-19) er der også udført screeningsmåling af stress ca. 1-3 måneder inden kursusstart (PSS Screen, $N \approx 5.052$). Det ses, at der kun er lav forandring i stress i venteperioden inden kursusstart, og at reduktionen i stressgrad er mere markant i den periode, hvor borgerne deltager i Åben og Rolig. Det ses også (jf. Tabel 2), at evalueringerne viser konsistente reduktioner af stressgraden.

Langtidsundersøgelser af stress. Syv rapporter (Figur 2) har målt på langtidsforandringer i stress. En rapport målte 3 mdr. efter kursets afslutning, tre ved 6 mdr. og to ved 12 mdr. efter kursets afslutning. Stressgraden forbliver for alle målinger under markøren for høj stress (PSS ≥ 18). En rapport (ER17) viser en lille stigning (fra 14,2 til 14,7) ved 6 mdr., og en anden (ER18) tilsvarende (fra 15,0 til 16,6) ved 12-mdr. Men variationer i stress(scores) er uundgåelige, og det generelle billede er, at PSS-scores forbliver væsentligt lavere end før kurset, baseret på svar ved follow-up fra ca. 958 personer. I forhold til 1.913 før-efter-besvarelser udgør follow-up besvarelserne en datamængde på 51%. Det fremgår ikke altid klart i evalueringsrapporterne, hvor mange gentagne målinger, der er lavet, og langt fra alle deltagere i kommunale evalueringer besvarer både før-, efter- og follow-up-målinger. Datatabet i de enkelte rapporter varierer meget og rapporteres ikke altid klart. Men forandringerne i stress (og andre effektmål) synes dog ensartet på tværs af rapporter (jf. Tabel 2 og Figur 1-2).

Figur 2. Langtidsforandringer i stress for deltagere i Åben og Rolig



Figur 2. Langtidsforandringer i stress (PSS), målt før, efter samt v. 1-2 follow-up-runder (jf. figurtekst). Antal (n) angiver antal besvarelser på tidspunktet for målingen (ER10, ER11, ER18, ER19) eller antal gentagne besvarelser (ER1, ER13, ER17). For perioder uden måling er scores/grafen videreført (dvs. der kan have været ukendte variationer). Den stiplede røde linje markerer høj stressgrad (PSS ≥ 18). For ER13 kunne højst 26 have deltaget (dvs. der var en 42% svarprocent).

Evalueringer af symptomer på depression (MDI)

Alle rapporter, der målte stress (ER1-19), undersøgte også symptomer på depression før og efter Åben og Rolig-standard, også ved de ovenfor beskrevne syv follow-up-målinger (Tabel 3).

Depression er altid her blevet målt med *Major Depression Inventory* (MDI, Bech et al., 2001), som er et velvalideret, anerkendt dansk instrument til screening og monitorering af depressionsgrad. MDI er anvendt til at måle depressionssymptomer på en skala fra 0-50 inden for kategorierne ingen (scores 0-19), milde (20-24), moderate (26-29) eller alvorlige (30-50) symptomer.

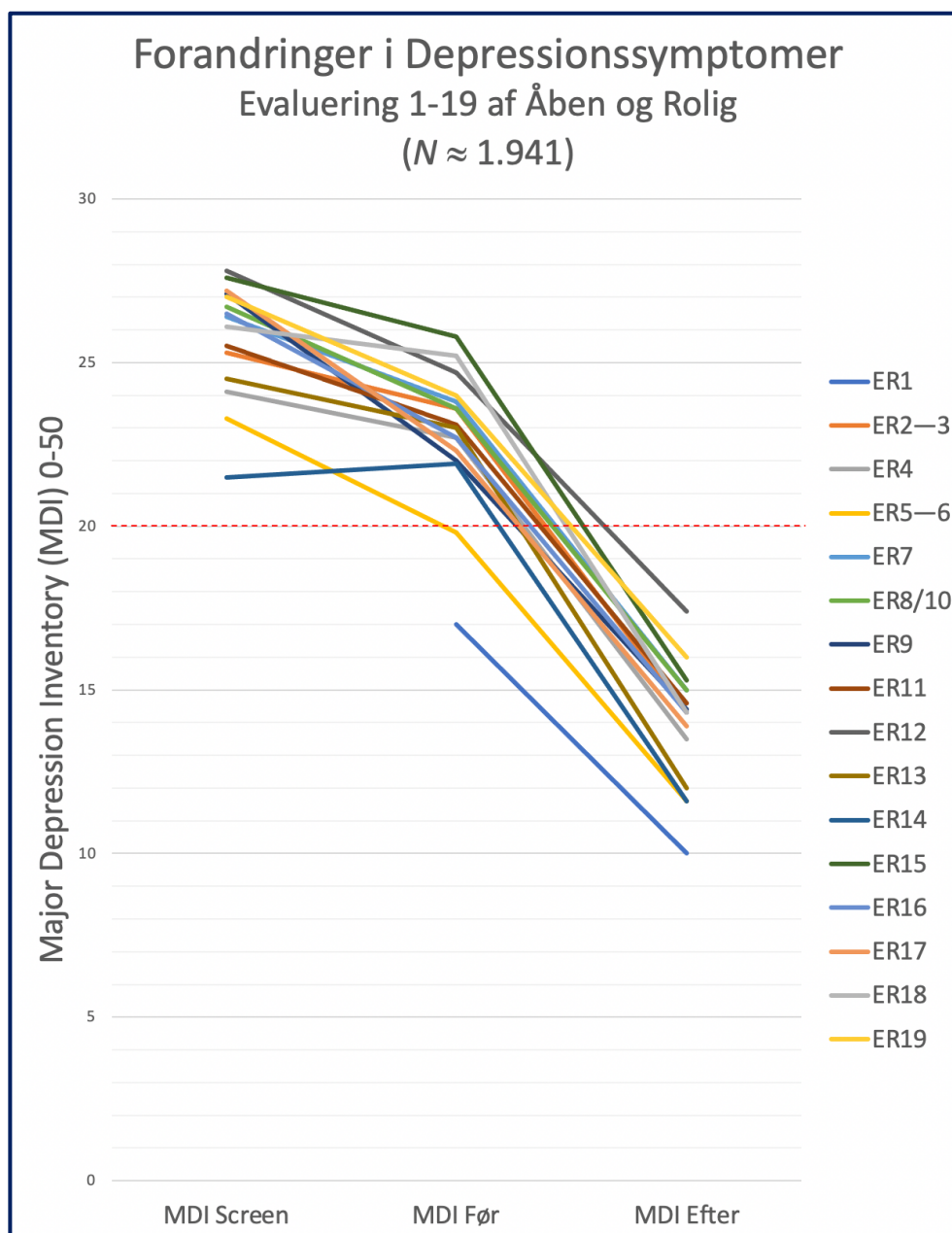
Alle 19 rapporter herom viser store reduktioner af depressionssymptomer fra før til efter deltagelsen i Åben og Rolig. Effektstørrelser er i alle rapporter højsignifikante og rangerer fra $d=0.88$ -1.77 (Tabel 3). Signifikansen viser, som for stressscores (se ovenfor), at det er højst usandsynligt, at forandringen i MDI er tilfældig. Den procentuelle reduktion af depressionssymptomer rangerer fra 30-47% og udgør i gennemsnit en 36,2% reduktion (n -vægtet analyse på tværs af de 16 separate datasæt).

Tabel 3. Forandringer i tegn på depression i løbet af Åben og Rolig

Rapport	MDI Screen (M)	MDI Før (M)	MDI Efter (M)	MDI % Fald Før-efter	MDI d Før-efter
ER1. Region H.	—	17,0	10,0	41%	0,91***
ER2-3. Københavns Kommune	25,3	23,6	14,3	40%	1,19***
ER4. Aalborg Kommune	24,1	22,7	13,5	40%	1,16***
ER5-6. Aalborg Kommune	23,3	19,8	11,6	41%	1,09***
ER7. Københavns Kommune	26,4	23,8	15,0	37%	1,05***
ER8/10. Københavns Kommune	26,7	23,6	15,0	36%	—
ER9. Aalborg Kommune	27,1	22,0	14,4	36%	0,88***
ER11. Københavns Kommune	25,5	23,1	14,6	43%	—
ER12. Aalborg Universitet	27,8	24,7	17,4	30%	0,95***
ER13. Skanderborg Kommune	24,5	23,0	12,0	48%	1,58***
ER14. Storkøbenhavn, Sjælland	21,5	21,9	11,6	47%	1,28***
ER15. Københavns Kommune	27,6	25,8	15,3	41%	—
ER16. Mariagerfjord Kommune	26,5	22,7	14,3	37%	0,92***
ER17. Aalborg Kommune	27,2	22,3	13,9	38%	1,55***
ER18. Solrød Kommune	26,1	25,2	14,3	43%	1,77***
ER19. Københavns Kommune	27,0	24,0	16,0	33%	—

Noter. Samlet $N \approx 1.941$, men ikke alle rapporter oplyser før-efter besvarelser præcist. Estimat af svarprocent er således omtrent 54% ud af $N \approx 3.534$ PSS-førmålinger og 38% ift. omtrent $N \approx 5.052$ inkluderede. MDI=Major Depression Inventory. (M)=Mean (gennemsnit). d = Cohen's d (effektstørrelse)
***. p -værdi < 0.001 (angiver sandsynligheden for tilfældige fund, Bonferroni-Holm-korrigeret).

Figur 3. Forandringer i tegn på depression i løbet af Åben og Rolig

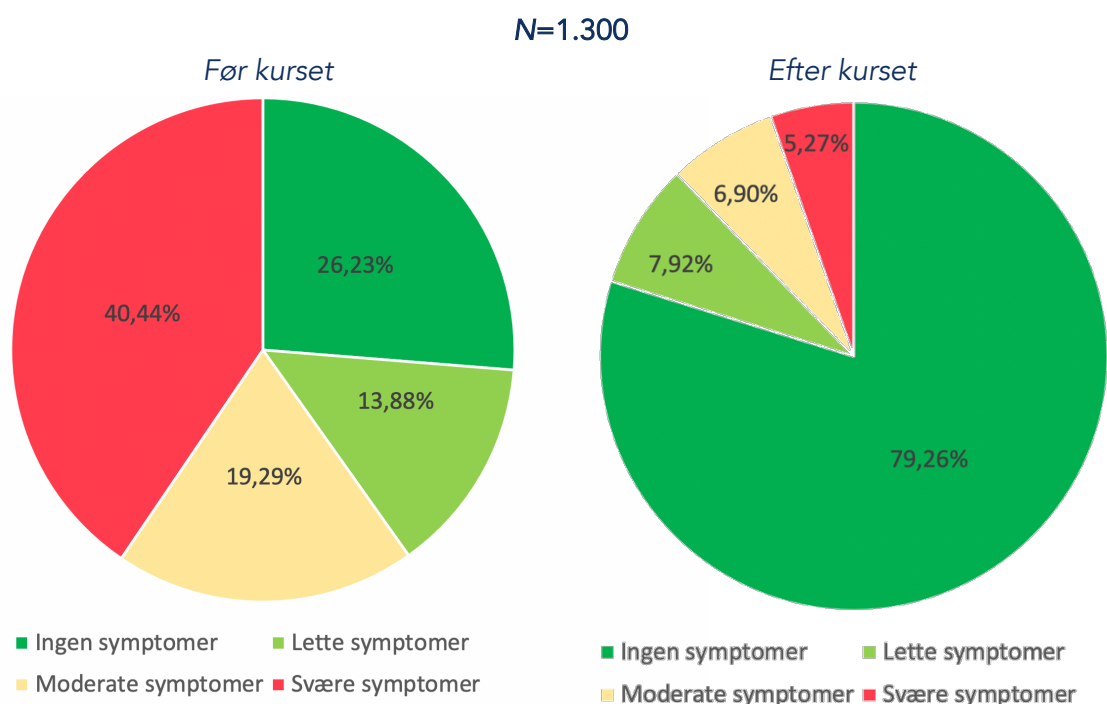


Figur 3. Forandringer i symptomer på depression (MDI-scores) i ER1-19 for omtrent 1.941 deltagere, som har besvaret førmåling såvel som eftermåling i forbindelse med deltagelse i Åben og Rolig. For 18 rapporter (EP2-19) er der også udført screeningsmåling af depression ca. 1-3 måneder inden kursusstart (MDI Screen, N ≈ 5.052). Det ses, at der kun er lav forandring af MDI-scores i venteperioden inden kursusstart, og at reduktionen i depressionsscores er mere markant i den periode, hvor borgerne deltager i Åben og Rolig. Det ses også (jf. Tabel 3), at evalueringerne viser konsistente reduktioner af depressionsgraden.

Kategorier af depressionsgrad. Depressionsskalaen MDI kan også analyseres iflg. fire kategorier af symptomer på depression (ingen symptomer, lette, moderate eller svære symptomer). Denne analyse er blevet foretaget for 1.300 deltagere før og efter Åben og Rolig på samme måde. En gennemsnitsanalyse (vægtet for antal deltagere i hver evaluering; ER12, ER13, ER14, ER16, ER19), viser, at 40% af borgerne inden Åben og Rolig viste svære symptomer på depression, mens det tal efter kurset var faldet til 5%. Ligeledes viste 19% moderate symptomer på depression inden kurset, hvilket var faldet til 7% efter. Andelen med lette symptomer faldt også fra 14% til 8%. Før kurset viste endelig kun 26% ingen tegn på depression, og efter kurset var dette steget til 79%.

Disse analyser viser samlet, at en stor andel af borgerne flyttede sig fra lette, moderate eller svære tegn på depression til at have ingen symptomer på depression. Kategorierne 'moderat' eller 'svær' symptomgrad indikerer en forøget risiko for depression. Således viste 60% af borgerne i deres besvarelser en risiko for depression inden kurset, og kun 12% efter. Andelen af borgere som udviser tegn på risiko for depression er således reduceret med 48 procentpoint.

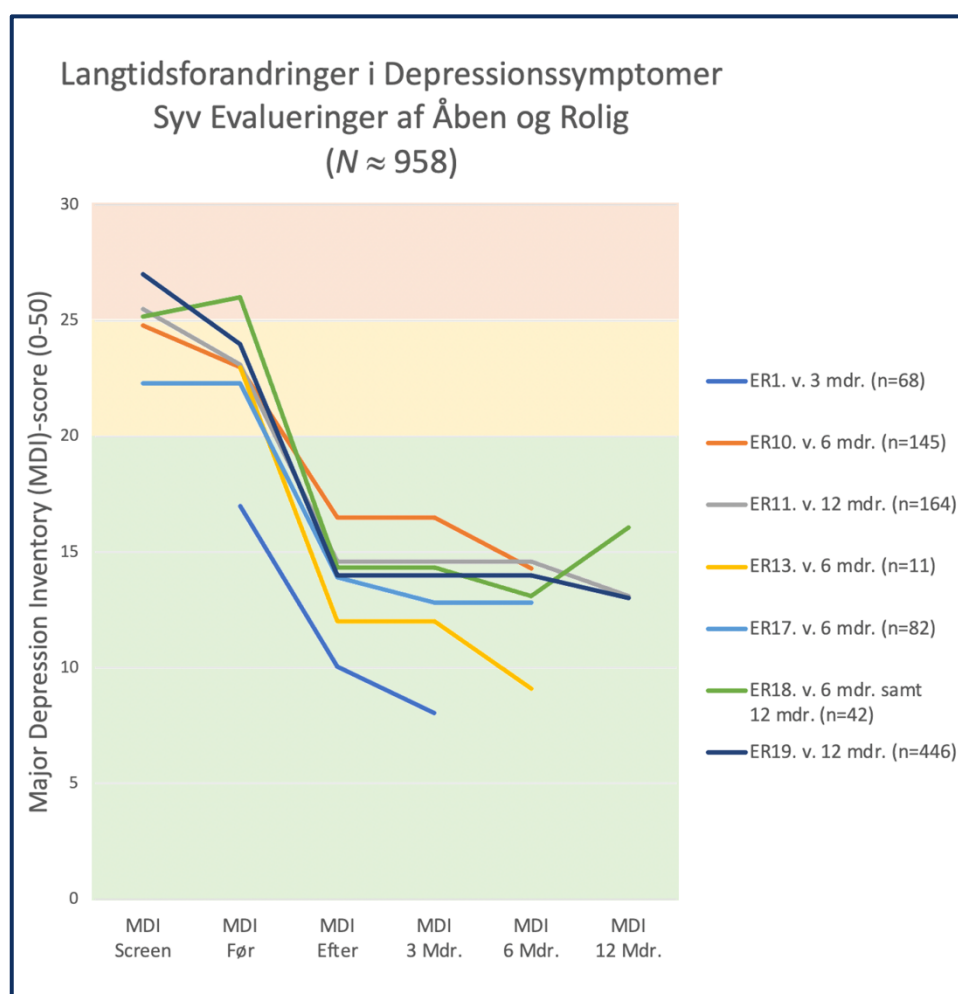
Figur 4. Forandringer i kategorier af depressionsgrad i løbet af Åben og Rolig



Figur 4. Forandringer i kategorielle inddelinger af symptomer på depression (MDI-scores) fra før til efter deltagelsen i Åben og Rolig 9-ugers kurset (Åben og Rolig-standard). Resultater fra årene 2015-2020 i Københavns Kommune (ER19) samt Aalborg Kommune (ER12), Skanderborg Kommune (ER13), TopDanmark Livsforsikring (ER14) samt Mariagerfjord Kommune (ER16). Helt enslydende resultater sås i andre rapporter, som afprøvedes på anden vis (fx ER18).

Langtidsundersøgelser af depressionsgrad. Syv rapporter (Figur 5) har målt på langtidsforandringer i symptomer på depression med MDI-skalaen. En rapport målte 3 mdr. efter kursets afslutning, tre ved 6 mdr. og to ved 12 mdr. Depressionsgraden forbliver for alle målinger inden for kategorien *Ingen Symptomer på Depression* (scores 0-19, det grønne område på Figur 5). En rapport (ER18) viser en lille stigning (fra 13,1 til 16,1) ved 12 mdr. Men variationer i depressionssymptomer (scores) er uundgåelige og det generelle billede er, at MDI-scores forbliver væsentligt lavere end før kurset, baseret på svar ved follow-up fra ca. 958 personer. Forandringerne i depressive symptomer (og andre effektmål) synes ensartet på tværs af rapporterne (jf. Tabel 3, Figur 3 og Figur 5).

Figur 5. Langtidsforandring i depressionsgrad efter Åben og Rolig



Figur 5. Langtidsforandringer i depressionssymptomer (MDI) målt før-, efter- samt v. 1-2 follow-up-runder (jf. figurtekst). Antal (n) angiver antal besvarelser på tidspunktet for målingen (ER10, ER11, ER18, ER19) eller antal gentagne besvarelser (ER1, ER13, ER17). For perioder uden måling er grafen videreført uden ændring. Det grønne område markerer kategorien *Ingen Symptomer på Depression* (MDI=0-19); det gule markerer *Lette Symptomer på Depression* (MDI=20-24); det rødlige markerer *Moderate Symptomer på Depression* (MDI=25-29); mens scores fra 30-50 ville markere *Alvorlige Symptomer*. Det ses, at alle syv evalueringer viser vedvarende lave scores i det grønne område.

Evalueringer af mental sundhed, søvnkvalitet og livskvalitet

Yderligere indgik i en række rapporter evalueringer af forandringer i mental sundhed, søvnkvalitet og/eller livskvalitet (Tabel 3). Tabel 3 viser før- og efter-scores, samt statistiske effektstørrelser og signifikansniveau for de 18 rapporter, som inkluderede et eller flere af disse typer effektmål.

Tabel 4. Forandringer i mental sundhed, livskvalitet og søvnkvalitet under Åben og Rolig

Rapport		SF-12 ^A Mean	WHO-5 Mean	PSQI Mean	SF-12 <i>d</i> Før-efter	WHO-5 <i>d</i> Før-efter	PSQI <i>d</i> Før-efter
ER1. Region Hovedstaden	Før kurset	47,2	46,9	7,0	0,21 ^B	1.01***	0,47***
	Efter kurset	51,2	62,0	5,4			
ER2-3. Københavns Kommune	Før kurset	—	—	10,0	—	—	0,77***
	Efter kurset	—	—	7,1			
ER4. Aalborg Kommune	Før kurset	32,8	—	9,9	2,75***	—	0.83***
	Efter kurset	68,5	—	6,8			
ER5-6. Aalborg Kommune	Før kurset	34,1	—	8,6	0,87***	—	0,61***
	Efter kurset	43,0	—	6,5			
ER7/8/10.^C Københavns Komm.	Før kurset	36,1	—	8,4	0,75***	—	0.52***
	Efter kurset	42,8	—	6,5			
ER9. Aalborg Kommune	Før kurset	32,4	—	11,4	0,98***	—	0.63***
	Efter kurset	42,0	—	9,4			
ER11. Københavns Kommune	Før kurset	—	—	8,7	—	—	—
	Efter kurset	—	—	6,6			
ER12. Aalborg Universitet	Før kurset	32,1	—	9,9	0,87***	—	0.68*
	Efter kurset	39,7	—	7,4			
ER13. Skanderborg Kommune	Før kurset	—	31,5	—	—	1,20***	—
	Efter kurset	—	53,4	—			
ER14. København, Sjælland	Før kurset	—	33,3	—	—	1,25***	—
	Efter kurset	—	57,2	—			
ER15. Københavns Kommune	Før kurset	—	29,0	—	—	—	—
	Efter kurset	—	47,5	—			
ER16. Mariagerfjord Kommune	Før kurset	—	31,5	—	—	1,00***	—
	Efter kurset	—	53,4	—			
ER17. Aalborg Kommune	Før kurset	—	37,0	—	—	0,86***	—
	Efter kurset	—	53,3	—			
ER18. Solrød Kommune	Før kurset	—	29,6	—	—	1,21***	—
	Efter kurset	—	48,1	—			

Noter. N for deltagere der udfyldte både før- og eftermåling: SF-12/36 N ≈ 586; WHO-5 N ≈ 430; PSQI N ≈ 768. Mean = Gennemsnit. *d* = Cohen's *d*. SF-12=Short Form Health Survey-12. PSQI=Pittsburgh Sleep Quality Index. WHO-5=World Health Organization Quality of Life-5.

*. *p*-værdi ≤ 0.01 ***. *p*-værdi ≤ 0.001 (Bonferroni-Holm-korrigeret).

^A. Der anvendtes SF-36 i ER1 og ellers SF-12. Primær subskala var Mental Component Summary (MCS).

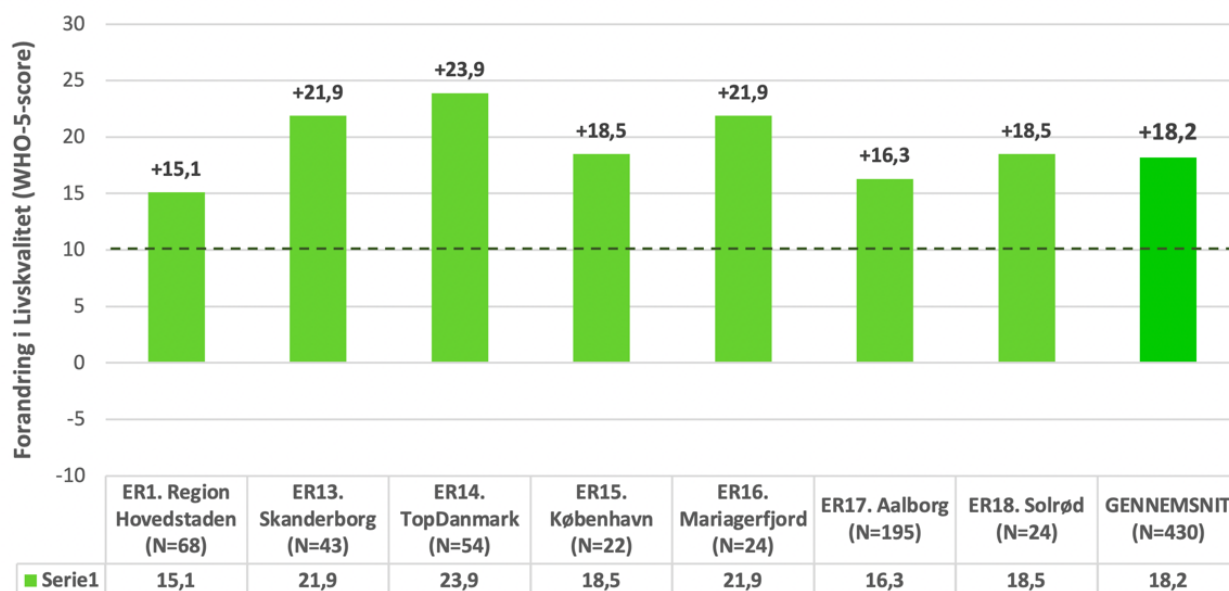
^B. ER1 viste non-signifikant forandring på SF-36-MCS lige efter kurset, men stor effektstørrelse ved 3 mdr. (førmåling-followup *d*=0.89, *p*<.001), hvilket var en større forbedring end i kontrolgruppen, *p*<.01.

^C. PSQI-data var overlappende i ER7/8/10. ER7 beregnede effektstørrelse, ER10 lavede 6-mdr.followup.

Mental sundhed. Mental sundhed målt på SF-12-MCS før og efter Åben og Rolig for omtrent 586 deltagere. SF-12 (og SF-36) er velvaliderede mål anvendt i stor udstrækning i Danmark, herunder i blandt andet kommunale, regionale og nationale sundhedsprofiler. De ni rapporter viste alle stigninger i mental sundhed som generelt var af store effektstørrelser ($d=0.75-2.75$). Der sås en mindre forandring ($d=0.21$) i ER1-undersøgelsen, som inkluderede en mindre stresspåvirket (Tabel 1-2) gruppe. ER1 viste dog stor effekt ved follow-up 3 mdr. efter kurset ($N=68$, $d=0.89$, se Tabel 4, Noter). En 6-mdr. follow-up (ER10, $N=145$) viste også en fortsat positiv udvikling i mental sundhed målt på SF12. Der sås altså generelt store effektstørrelser og indikationer af stabil/voksende mental sundhed på sigt.

Livskvalitet. Livskvalitet målt på Verdenssundhedsorganisationens WHO-5-skala, som udgør et meget velvalideret mål, anbefalet til screening og monitorering af livskvalitet også i Danmark. En WHO-5 score > 50 betragtes som risikomarkør (og en score < 35 kan ses som alvorlig risikomarkør) for mistrivsel og depression. En forbedring af WHO-5-scores på 10 point betragtes som en væsentlig forbedring af livskvaliteten (Bech et al., 2007). WHO-5-scores er for Åben og Rolig undersøgt i syv evalueringer af omkring 430 deltagere (Tabel 4). I alle kommunale evalueringer steg deltagerne fra risikobetonede WHO-5-scores fra (29-37) til WHO-5-scores over eller lige under 50 (48-57; Tabel 3). I alle syv evalueringer var stigningerne på 15-24 point, og på tværs af de syv evalueringer var den vægtede gennemsnitsforbedring 18,2 point på WHO-5. Stigningerne på WHO's mål for livskvalitet var altså tydeligt over de 10 point, som betegner en væsentlig forbedring.

Figur 6. Forandringer i Livskvalitet
($N=430$)

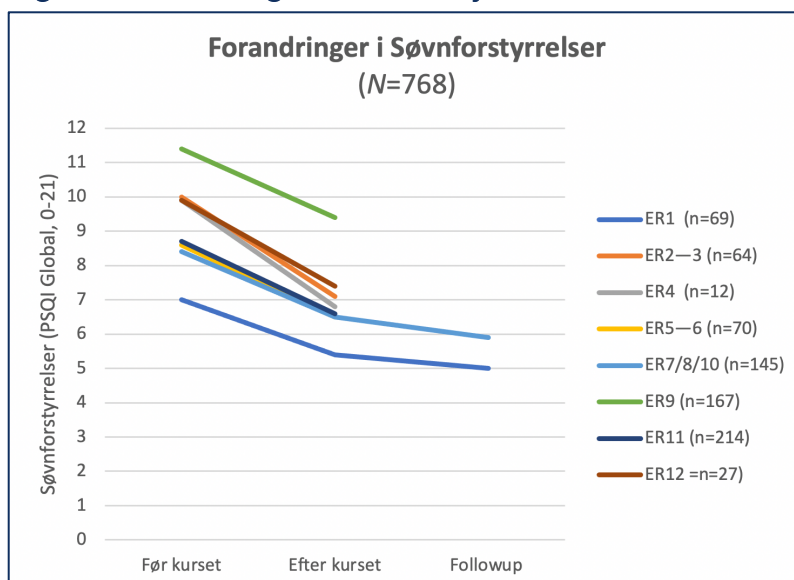


Figur 6. Forandringer i livskvalitet under Åben og Rolig-deltagelse opgjort i syv evalueringer med WHO-5-skalaen ($N=430$). Den stiplede linje markerer WHO's kriterium for en væsentlig forbedring (+10 point). I gennemsnit var forbedringen i løbet af Åben og Rolig 18,2 point.

Søvnforstyrrelser. Søvnkvalitet/søvnforstyrrelser målt på *Pittsburgh Sleep Quality Index* (19 spørgsmål), som indgik i otte evalueringsdatasæt (12 rapporter) og rummede 751 deltagers besvarelser både før og efter kurset. PSQI er et velvalideret mål for søvnkvalitet/søvnforstyrrelser (Byusse et al., 1989), som også anvendes i dansk søvnforskning (fx Hultén et al., 2020). Evalueringerne viser reducerede søvnforstyrrelser (PSQI-scores) af medium-store effektstørrelser ($d=0.48-0.83$, Tabel 4). En af evalueringerne beregnede ikke statistiske effektstørrelser (ER11), men rapporterede lignende absolutte og procentuelle fald. Gennemsnittet for alle evalueringer (vægtet efter antal borgere) var således en reduktion på 2,1 point (spændvidde 1,9-3,1 point), procentuelt svarende til et 23% fald i scoren for søvnforstyrrelser (spændvidde 18-31%). ER11 viste til sammenligning et fald på 2,1 point og 24%. Reduktionerne var altså relativt ensartede.

Langtidsudviklingen undersøges i to evalueringer. Begge viste fortsatte forbedringer af deltagernes PSQI-scores efter hhv. 3 mdr. (ER1, $N=67$; forbedring i follow-up-periode $d=0.22$) samt efter 6 mdr. (ER10, $N\approx 145$, forbedring i follow-up = 0,9 point, effektstørrelse ikke beregnet).

Figur 7. Forandringer i Søvnforstyrrelser



Figur 7. Forandring i søvnkvalitet (søvnforstyrrelser) under Åben og Rolig. Opgjort i otte evalueringer med PSQI-skalaen.

De to langtidsevalueringer målte ved hhv. 3 mdr. efter kurset (ER1) samt ved 6 mdr. efter kurset (ER10, hvor data uden follow-up også indgik i ER7 og ER8).

Des ses ret forskellige indledende niveauer af søvnforstyrrelser, men ensartede forbedringer af søvnen i løbet af deltagelsen i kurset.

To evalueringer undersøgte søvnkvalitet med *Karolinska Sleep Quality* (KSQ, Tabel 1). En lille rapport fandt ikke entydige resultater (ER15, $N=21$), men den største KSQ-rapport (ER17, $N=195$ med data både før og efter kurset) fandt signifikant forbedring af medium effekt (28%, $d=0.63$).

Søvnkvalitet er altså undersøgt for 967 borgere i 10 forskellige datasæt med to forskellige skalaer. Der ses mellemstore signifikante forbedringer i 9/10 evalueringer; og to follow-up-undersøgelser af 214 borgere fandt begge gennemsnitligt let forbedrede PSQI-scores efter hhv. 3 og 6 måneder.

Opsummering. Evalueringer med videnskabelige selvrapporterede mål

Samlet set støtter de 19 ovenfor gennemgåede evalueringer af selvoplevede aspekter af mental sundhed og trivsel, at Åben og Rolig 9-ugers kurset er forbundet med signifikante, statistisk store og over lang tid vedvarende forbedringer af stress og symptomer på depression, store forbedringer af livskvalitet, og medium-store forbedringer af mental sundhed og søvnkvalitet.

Tilfredshedsundersøgelser

Der er fra 2016-2020 udført 11 tilfredshedsundersøgelser af 2.151 kursUSDeltagere i Åben og Rolig. Tabel 5 oplister rapporterne, som hidrører fem kommuner samt samarbejdet med TopDanmark om stressramte forsikrede. Den overordnede tilfredshed med Åben og Rolig-standard-forløbet er høj, da 94% er enten *Meget Tilfredse* (64%) eller *Tilfredse* (28%) med kursusforløbet 'Alt i Alt'. Et vigtigt forbehold er, at tilfredshedsskemaet ikke besvares af alle, men dog i gennemsnit af ca. 62%.

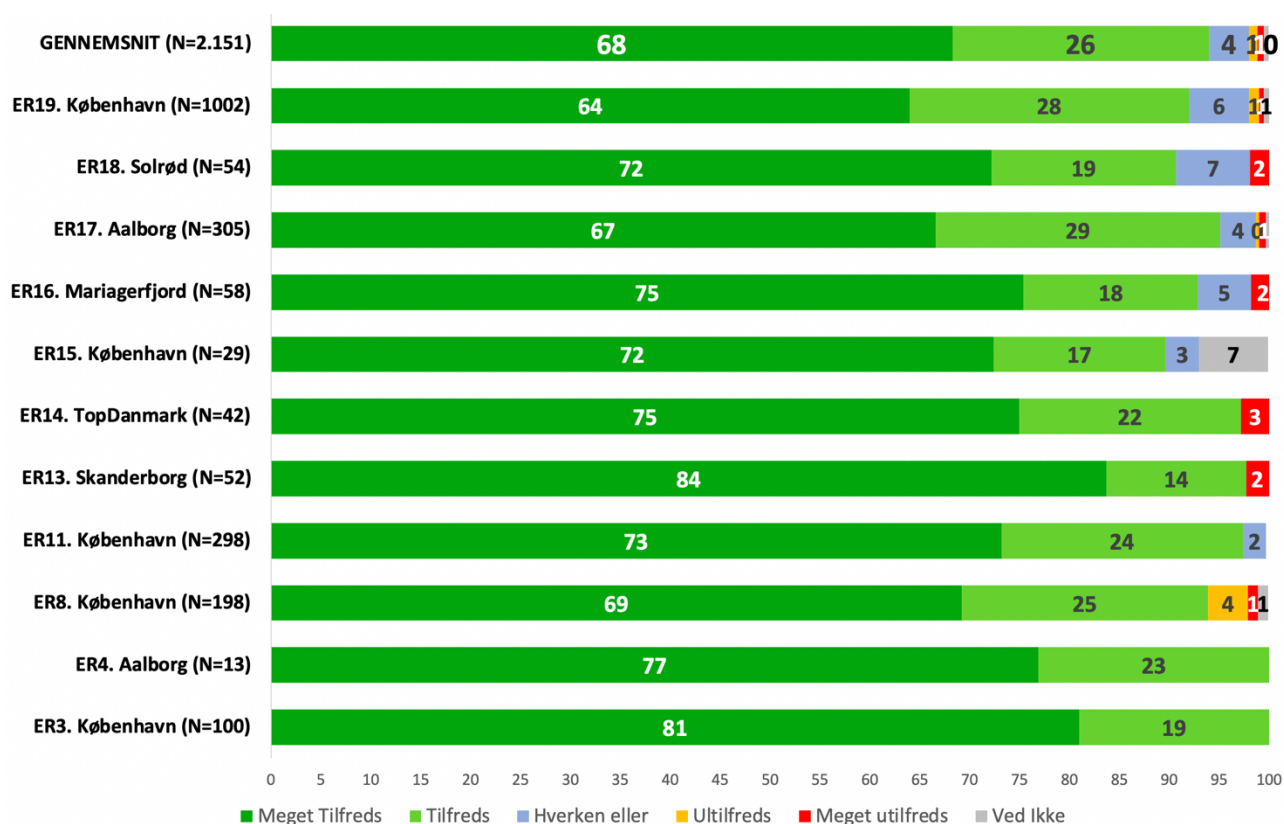
Samtidig ses der ikke væsentlig forskel på tilfredsheden i rapporter med en høj svarprocent (fx ER13: 95% besvarelser, 97% meget tilfredse/tilfredse borgere) i forhold til rapporter med en lavere svarprocent (fx ER3: 49% besvarelser: 100% meget tilfredse/tilfredse borgere; ER11: 45% besvarelser, 98% meget tilfredse/tilfredse borgere; ER17: 50% besvarelser, 95% tilfredse borgere). Det ses også, at tilfredshedsgraden er konsistent (altid 90-100% meget tilfredse eller tilfredse). Der var højst 4% *utilfredse* (ER8) og højst 2,8% *meget utilfredse* 2,8% (ER14), hvilket i denne mindre evaluering svarede til én borger. Tilfredsheden er altså generelt meget høj med gennemsnitligt kun 1% *utilfredse* og 0,6% *meget utilfredse* (Tabel 5, Figur 7) og altså 94% *tilfredse/meget tilfredse*.

Tabel 5. Evalueringer af tilfredshed med deltagelsen i Åben og Rolig

Rapport									
Hvor tilfreds er du med dit samlede forløb alt i alt?									
	År	N	Svar % ^A	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke
ER3. København	2016	100	49%	81,0	19,0	0	0	0	0
ER4. Aalborg	2016	13	57%	76,9	23,1	0	0	0	0
ER8. København	2016	198	82%	69,2	24,7	0	4,0	1,0	1,0
ER11. København	2018	298	45%	73,2	24,2	0	0	0	2,3
ER13. Skanderborg	2019	52	95%	83,7	14,0	0	0	2,3	0
ER14. TopDanmark	2019	42	68%	75,0	22,2	0	0	2,8	0
ER15. København	2019	29	43%	72,4	17,2	3,0	0	0	7,0
ER16. Mariagerfjord	2020	58	65%	75,4	17,5	5,3	0	1,8	0
ER17. Aalborg	2020	305	50%	66,6	28,5	3,6	0,3	0,7	0,3
ER18. Solrød	2020	54	73%	72,2	18,5	7,4	0	1,9	0
ER19. København ^C	2020	1002	59%	64,0	28,0	6,0	1,0	0,5	0,5
(M) 62%				68,3%	25,7%	4,0%	0,9%	0,6%	0,5%
N i alt ≈ 2.151				Meget tilfreds eller tilfreds	Hverken eller	Utilfreds eller meget utilfreds	Ved ikke		
				94,0%	4,0%	1,5%	0,5%		

Noter. ^A. Svarprocenten indikerer andelen af besvarelser ift. antal deltagere, som er opstartet på Åben og Rolig i hver rapport. ^C.ER19 opgør ikke præcist de 1% for *Meget utilfreds* og *Ved ikke*, som derfor her er fordelt ligeligt.

Figur 8. Tilfredshedsmålinger af Åben og Rolig
(N=2.151)



Figur 8. De 11 tilfredshedsmålinger (N= 2.151). I gennemsnit var 94,0% Tilfredse (26%) eller Meget tilfredse (68%) med Åben og Rolig 'Alt i alt', mens 4% var Hverken tilfreds eller utilfreds (se Tabel 5).

Tilfredshed med elementer af kurset. Tilfredshedsmålingerne (dog ikke ER4) spurgte også til 6-10 kursuselementer. Der var høj tilfredshed med alle kursuselementer. Tabel 6 viser fire elementer, hvoraf "tilfredshed med egen indsats" viste den generelt laveste tilfredshed (80%, se Tabel 6). Der ses en generelt høj tilfredshed gennem de fem års udrulning af kurset (Tabel 6 og Figur 8).

Tabel 6. Evalueringer af tilfredshed med specifikke elementer af Åben og Rolig

Tabel 6.												
Rapport	E3	ER8	ER11	ER13	ER14	ER15	ER16	ER17	ER18	ER19		
Tilfredshedsspørgsmål												(M)
Underviseren er kompetent	99	97	98	100	100	90	98	98	96	96	97%	
Der blev taget hensyn til mine behov i undervisningen	99	96	98	100	95	90	95	96	90	92	94%	
Jeg kan bruge den viden jeg fik på kurset i hverdagen	66	74	73	100	94	80	95	90	90	87	84%	
Jeg er godt tilfreds med min egen indsats i kursusforløbet	72	79	85	84	86	75	86	82	82	79	80%	

Noter. Tallene angiver procentdelen af deltagerne som var Helt Enige eller Enige i udsagnene. (N=2.138). (M)=Gennemsnitlig procentdel (vægtet for antal deltagere i hver evalueringsrapport).

DEL 2. BESKÆFTIGELSE OG FORSØRGELSESTATUS

Der er udført 6 evalueringer af beskæftigelses- og forsørgelsesstatus for 3.337 deltagere i Åben og Rolig. Rapporterne er mere detaljerede mht. borgernes bevægelser inden for eksempelvis en række forsørgelseskategorier, mens der her fokuseres på mere overordnede kategorier.

Der indgår ikke kontrolgrupper i rapporterne, hvorfor resultaterne må tages med det forbehold, at forandringerne ikke med sikkerhed kan tilskrives Åben og Rolig-kurset, men også kendte faktorer som tid, sygedagpengeregler, andre forløb i sygedagpengesystemet og anden behandling. Tabel 7 oplister rapporterne, antal undersøgte borgere i hver rapport samt måleperioden.

Tabel 7. Rapporter om forandringer i beskæftigelse og forsørgelse efter Åben og Rolig

Rapport	Udgivet af	Udgivet	Antal	Periode ^A
ER5. Evaluering af stresskurset Åben og Rolig	Aalborg Kommune	2016	102	5-11 mdr. ^B
ER10. Evaluering af effekter af Åben og Rolig på Borgeres Beskæftigelse og Forsørgelse	Københavns Kommune	2017	472	5 mdr.
ER11. Status på effektmåling og analyser af Københavns Kommunes stressklinikker.	Københavns Kommune	2018	824	8 mdr.
ER14. Forskningsrapporter – Åben og Rolig som stressbehandling i Topdanmark Livsforsikring	Center for Psykisk Sundhedsfremme	2019	53	2-3 md.
ER17. Stress kan Afhjælpes. Effektevaluering af Åben og Rolig	Aalborg Kommune	2020	402	6 mdr.
ER19. Evaluering af Stressklinikkerne	Københavns Kommune	2020	2.780	5 mdr.

N i alt ≈ 3.337^C

Noter. ^A. Periode angiver tidsrummet fra starten af Åben og Rolig-kurset på 9 uger indtil målingen/udtrækket udføres, dvs. den samlede tidsperiode for evalueringen. ^B. Denne rapport foretog et samlet udtræk af tidligere deltagere på ét samlet tidspunkt, hvorfor tidsrummet varierede fra 3-9 mdr. efter kurset for deltagerne (altså 5-11 mdr. i alt). ^C. Totalt N er 3.337, da borgere fra ER10-11 også indgår i ER19 (ER19, s. 25), og altså er fratrasket det samlede N.

Generelt positive eller neutrale udviklinger. Evalueringerne viser *positive* eller *neutrale* udviklinger for 92-93% af deltagerne i måleperioderne mht. beskæftigelse og forsørgelse. Det vil sige at kun 7-8% viser *negative* udviklinger. Det kaldes fx en negativ udvikling at gå fra beskæftigelse til sygemelding, selvom det naturligvis kan være det rigtige at anbefale og gennemføre i en stressperiode eller ved en svær stressproblematik. Det kaldes fx en positiv udvikling at gå fra sygemeldt ledig til arbejdssøgende ledig. Det kaldes endelig for en 'neutral udvikling' at fastholde sin status som beskæftiget eller sygemeldt. Dette selvom en fastholdelse af beskæftigelse kan være en positiv observation, da borgere med så høje stressscores som i Åben og Rolig (PSS ≥18) har forhøjet risiko for at miste arbejdsevnen. Men med de anvendte definitioner på tværs af rapporter observeres altså 92-93% positive eller neutrale ændringer i alle rapporter, dvs. også uanset længden af follow-up-perioden (jf. Tabel 7).

Sygedagpenge og sygemelding. Der ses en reduktion af sygemeldinger for ledige og beskæftigede i alle rapporter og en tendens til større reduktioner, jo længere måleperioden er, som forventeligt. De to laveste reduktioner af sygemeldte fra arbejde ligger på 45% (ER14) og 58% (ER10), og begge disse rapporter har 3-mdr. follow-up-perioder. De højeste reduktioner af sygemeldte fra arbejde ligger på 86% (ER5) samt på 76% (ER11), hvor begge rapporter har 6-mdr. follow-up. Imidlertid viser den største rapport fra København (ER19, N=2.780) en 75% reduktion af sygemeldte fra arbejde efter kun 3 mdr., hvilket er det mest repræsentative fund, da det er målt hen over udrulningen af Åben og Rolig i alle årene 2015-2019 (ER19, s. 25), dvs. registerudtrækket ved 3-mdr. follow-up efter kurssets afslutning medtog alle deltagere fra disse fem år i Københavns Kommune. Tabel 8 opsummerer forandringer for sygemeldinger og sygedagpenge.

Tabel 8. Procentvise forandringer i sygemeldinger og ledighed efter Åben og Rolig

Rapport		Sygedagpenge andel før kurset	Sygedagpenge andel ved follow-up	Forsikret ledig (ledig arbejdsparat) før kurset	Forsikret ledig (ledig arbejdsparat) ved follow-up
ER5. Aalborg, (N=102), 3-9 mdr. follow-up	% -point	70%	11%	0%	18%
	n	71	10	0	18
	Forandring	Relativ reduktion på 86%		Forøgelse fra 0 til 18 personer	
ER20. Aalborg (N=402), 4 mdr. follow-up	% -point	59%	18%	5%	12%
	n	237	71	21	49
	Forandring	Relativ reduktion på 70%		Relativ forøgelse med 133%	
Rapport		Sygemeldt fra arbejde før kurset	Sygemeldt fra arbejde ved follow-up	Sygemeldt fra ledighed (ledig, ikke arbejdsparat) før kurset	Sygemeldt fra ledighed (ledig, ikke arbejdsparat) ved follow-up
ER10. Kbh. (N=472), 3 mdr. follow-up	% -point	24%	10%	13%	8%
	n	115	48	63	40
	Forandring	Relativ reduktion på 58%		Reduktion på 37%	
ER11. Kbh. (N=824), 6 mdr. follow-up	% -point	26%	6%	13%	7%
	n	214	51	107	59
	Forandring	Relativ reduktion på 76%		Relativ reduktion på 45%	
ER14. CFPS, 2019, (N=53). 0-1 md. follow-up	% -point	38%	21%	13%	0%
	n	20	11	7	0
	Forandring	Relativ reduktion på 45%		Relativ reduktion på 100%	
ER19. Kbh. (N=2.780), 3 mdr. follow-up	% -point	32%	8%	13%	7%
	n	868	221	357	201
	Forandring	Relativ reduktion på 75%		Relativ reduktion på 44%	

N i alt ≈ 3.337^A

Noter. ^A. Totalt N er omtrent 3.337, da alle borgere fra ER10-11 også indgår i ER19 (ER19, s. 25). Både ER10 og ER11 er alligevel medtaget, da de anvendte forskellige opfølgingsperioder (hhv. 3 mdr. og 6 mdr.). Antal borgere er omtrentligt, da antallet ikke altid opgøres entydigt i alle analyser i hver rapport. Gennemsnitlig reduktion i andelen på sygedagpenge i Aalborg var 74% (fra 308 til 81 borgere på tværs af ER5 og ER20), mens stigningen i forsikrede ledige (ledige, som er arbejdsparate) fordobledes, en stigning på 219% (fra 21 til 67 borgere i ER5 og ER20). Gn.snit i København ses i ER19 for 3-mdrs.followup for årene 2015-2020 (og data for 6 mdr.-followup udgør ER11).

Sygedagpenge og sygemelding (fortsat). Beskæftigelsesrapporterne fra Københavns Kommune (ER10, ER11, ER19) viste, at andelen af sygemeldte fra *ledighed* (dvs. ikke-arbejdssparate borgere) reduceredes med 44% på tre måneder (2015-2019 - data for N=2.780; ER19). I Aalborg Kommune forøgedes andelen af ledige som blev tilgængelige for arbejdsmarkedet også i begge rapporter (ER5, ER20), og det skyldtes især, at borgere på sygedagpenge var blevet raskmeldt og arbejdsøgende (38 ud af de 49 borgere, dvs. 78%, ved follow-up, ER20).

Reduktionen af borgere på sygedagpenge i Aalborg Kommune i ER5 var 86% (fra 71 til 10 borgere; Tabel 8) målt i gennemsnit seks mdr. efter kursets afslutning. I den mere omfattende og seneste rapport sås en relativ reduktion på 70% (fra 237 til 71 borgere, Tabel 7), målt fire mdr. efter kursets afslutning. Måleperioden i den første rapport (ER5) var gennemsnitligt længere end i den større rapport (ER17), så forskellen her kan skyldes en (forventet) positiv udvikling over tid for borgerne.

I Københavns Kommunes største rapport (ER19) reduceredes andelen af borgere sygemeldt fra arbejde med 75% (fra 868 til 221) fra før til tre mdr. efter kurset. Af de 647 borgere, som ikke længere var sygemeldt fra arbejde, var de fleste (468 borgere, 72%) tilbage i arbejde, mens 3% (30 borgere) var blevet selvforsøgende og 1% (10 borgere) var kommet på uddannelse. Af neutrale udviklinger var 28% (af de 647, dvs. 178 borgere) fortsat sygemeldt fra arbejde. Af negative udviklinger var 7% (60 borgere) blevet ledige og fortsat sygemeldte.

Københavns Kommune konkluderede, at disse udviklinger "indikerer at stressforløbet [Åben og Rolig] har en positiv effekt på de fleste borgeres beskæftigelsesstatus, om end effekten sandsynligvis spiller sammen med andre indsatser og forhold i borgernes liv." (ER19, s. 30).

Samlet set, blandt alle borgere for hvem, der var udtrukket disse beskæftigelsesdata (N=2.587, ER19, s. 30) viste igen 7% 'negative' udviklinger. De 7% såkaldt 'negative udviklinger' "dækker primært over borgere, som er gået fra at være i beskæftigelse til at blive sygemeldt fra deres arbejde eller sygemeldt fra ledighed" (ER19, s. 30). Derudover er en gruppe også overgået til at modtage dagpenge (11% af dem, der var sygemeldt fra arbejde inden kursusforløbet). Dette var igen altså målt tre mdr. efter kursets slutning, dvs. over en periode på omkring 5 mdr. i alt.

Fastholdelsesprocent. Der sås 80-100% fastholdelse af beskæftigelse for allerede-beskæftigede borgere i de seks rapporter. I udtrækket med længst måleperiode (ER11, 8 mdr.) blev det fundet, at blandt 308 personer med forudgående beskæftigelse, uddannelse eller selvforsørgelse fastholdtes 100% (samtlige 308 individuelle personer; ER11, s. 28) i måleperioden (kursets 9 uger + 6 mdr.). Dette er ikke en selvfølge, da kursister i Åben og Rolig inkluderes med høje stressscores (PSS $\geq$ 18, og gennemsnit PSS før kurset er ca. 23), og da danskere med så høje PSS-scores har signifikant forøget risiko for at miste arbejdet over tid (Prior et al., 2018). I den største rapport i København (ER19) fastholdtes 80% af beskæftigede i aktiv beskæftigelse, mens 7% var blevet selvforsørgende, 4% var blevet sygemeldt, og 1% var kommet på uddannelse (3 mdr. efter kurset). I Aalborg Kommunes største rapport (ER20, N=402) var fastholdelsesprocenten 89%, og hertil var 1% kommet på uddannelse, mens 7% var på sygedagpenge eller i jobafklaring. ER5 viste 84% fastholdelse (N=102) v. ca. 6 mdr. og ER14 (N=53) viste 90% fastholdelse af beskæftigede i 3 mdr.

Forandringer i beskæftigelse. Tabel 9 viser de overordnede beskæftigelsesresultater. Der ses forøget beskæftigelse i alle rapporter. Opgørelserne inkluderer igen ikke kontrolgrupper, hvorfor andre faktorer kan spillet ind (tid, sygedagpengeregler, andre tilbud og andre behandlinger mv.).

ER19 udførtes af Københavns Kommune i 2020 og opgjorde beskæftigelsesforandringer for 2.780 deltagere (ER19, s. 25) i Åben og Rolig fra 2015-2020 (herunder altså også deltagere fra ER10-11). DREAM-data blev udtrukket lige inden kurset samt 3 mdr. efter borgernes kursus var afsluttet, dvs. over en godt 5-mdr. periode. (ER11 vedrører således en andel borgere fra ER19-datasættet, men i ER11 undersøgt med 6-mdr. follow-up). I den samlede opgørelse (ER19) sås følgende:

Andelen af beskæftigede steg fra 29% (N=781) før kurset til 44% (N=1.233) ved 3 mdr. follow-up (ER19). Det bør noteres, at en væsentlig andel af deltagerne ikke var sygemeldte fra arbejde (af disse var igen 75% tilbage efter 3 mdr.), og ikke havde samme tilgængelighed for arbejdsmarkedet som de arbejdende og sygemeldte. Der var eksempelvis mange studerende (7% af alle deltagerne), selvforsørgende (4% af alle), pensionister (2%), samt borgere på ressourceforløb, revalidering, i flexjob, på integrationsydelse (7%) mv. Datasættet kan derfor ikke sammenlignes direkte med data fra tilbage-til-arbejde indsatser, som alene eller primært fokuserer på fx sygemeldte fra arbejde. Endelig er Åben og Rolig ikke en tilbage-til-arbejde-indsats, men en generel forebyggende indsats.

Tabel 9 viser stigningen i beskæftigelse og selvforsørgelse både i procentpoint (altså ud af det for nærværende indsatser samlede sample) og *antallet* af borgere i beskæftigelse (altså relativt til det initiale antal beskæftigede). Der ses igen på tværs af rapporterne positive udviklinger over tid, og større stigninger i beskæftigelse, jo længere måleperioden generelt er, som forventet (Tabel 9).

Tabel 9. Procentvise forandringer i beskæftigelse efter Åben og Rolig

Rapport		Beskæftigede og Selvforsørgende Før Kurset	Beskæftigede og Selvforsørgende Efter Kurset
ER5. Aalborg, (N=102), 3-9 mdr. follow-up	% -point	30%	64%
	<i>n</i>	31	65
	Forandring	Relativ stigning på 110%	
ER10. Kbh. (N=472), 3 mdr. follow-up	% -point	38%	50%
	<i>n</i>	179	234
	Forandring	Relativ stigning på 31%	
ER11. Kbh. (N=824), 6 mdr. follow-up	% -point	39%	56%
	<i>n</i>	321	461
	Forandring	Relativ stigning på 44%	
ER14. CFPS, 2019, (N=53). 0-1 md. follow- up	% -point	43%	57%
	<i>n</i>	23	30
	Forandring	Relativ stigning på 30%	
ER19. Kbh. (N=2.780), 3 mdr. follow-up	% -point	29%	46%
	<i>n</i>	781	1233
	Forandring	Relativ stigning på 58%	
ER20. Aalborg (N=402), 4 mdr. follow- up	% -point	22%	54%
	<i>n</i>	90	215
	Forandring	Relativ stigning på 139%	
N i alt ≈ 3.337			

Noter. Stigninger i %-point er udregnet af de totale samples, relative stigninger ud fra *antal* borgere.

Selvurderet Arbejdsevne

Selvurderet psykisk arbejdsevne og samlet arbejdsevne samt udbytte af Åben og Rolig for arbejdsrelevante mål, såsom fastholdelse af arbejdsevne og stresshåndtering, er vurderet i otte separate evalueringsrapporter for 1.041 deltagere i fire forskellige kommuner samt for stressramte forsikrede i Storkøbenhavn. Tabel 10 viser rapporterne og deres evalueringsmål på dette område.

Tabel 10. Rapporter om arbejdsevne og arbejdsmæssig brugbarhed af Åben og Rolig

Rapport	År	N	Vurderingsmål ^A
ER10. Evaluering af effekter af Åben og Rolig på Borgeres Beskæftigelse og Forsørgelse	2017	173	Betydning for Arbejdsliv og stresshåndtering (se Tabel 12)
ER11. Status på effektmåling og analyser af Københavns Kommunes stressklinikker.	2018	184	Betydning for Arbejdsliv og stresshåndtering (se Tabel 12)
ER13. Evalueringsrapport. Åben og Rolig i Skanderborg Kommune.	2019	41	Arbejdsevne (NFA 0-10) Arbejdsevne (Mploy Epinion)
ER14. Åben og Rolig som stressbehandling i Topdanmark Livsforsikring	2019	53	Arbejdsevne (NFA 0-10) Arbejdsevne (Mploy Epinion)
ER15. Evaluering af Stressklinikernes Mandehold i Københavns Kommune	2019	30	Arbejdsevne (Mploy Epinion)
ER16. Evaluering af Åben og Rolig i Mariagerfjord Kommune	2019	56	Arbejdsevne (NFA 0-10) Arbejdsevne (Mploy Epinion)
ER18. Evalueringsrapport. Åben og Rolig i Solrød Kommune 2018-2020	2020	58	Arbejdsevne (NFA 0-10) Arbejdsevne (Mploy Epinion)
ER19. Evaluering af Stressklinikkerne (2018-2020) i Københavns Kommune	2020	446	Betydning for Arbejdsliv og stresshåndtering (se Tabel 12)

N i alt ≈ 1.041

Noter. ^A. Målet for samlet arbejdsevne er udviklet af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA, se s. 23 her i rapporten); målet for psykisk arbejdsevne er udviklet af Mploy og Epinion (se tekstboks herunder samt Figur 8) for Folketingets Beskæftigelsesudvalg; spørgsmål angående Åben og Rolig-kursets specifikke betydning for arbejdsliv, hverdagsliv og stresshåndtering er udviklet ved Københavns Kommunes Data og Analyseenhed (se Tabel 12).

Psykisk arbejdsevne. Der anvendtes et spørgsmål om psykisk arbejdsevne udviklet ved af Mploy og Epinion til undersøgelser af effekter af ressourceforløb for Folketingets Beskæftigelsesudvalg. Deltagerne blev altid oplyst om, at deres svar var anonyme, herunder også for deres sagsbehandler. Deltagerne skulle med henblik på psykisk arbejdsevne angive ét ud af udsagnene i tekstboksen her:

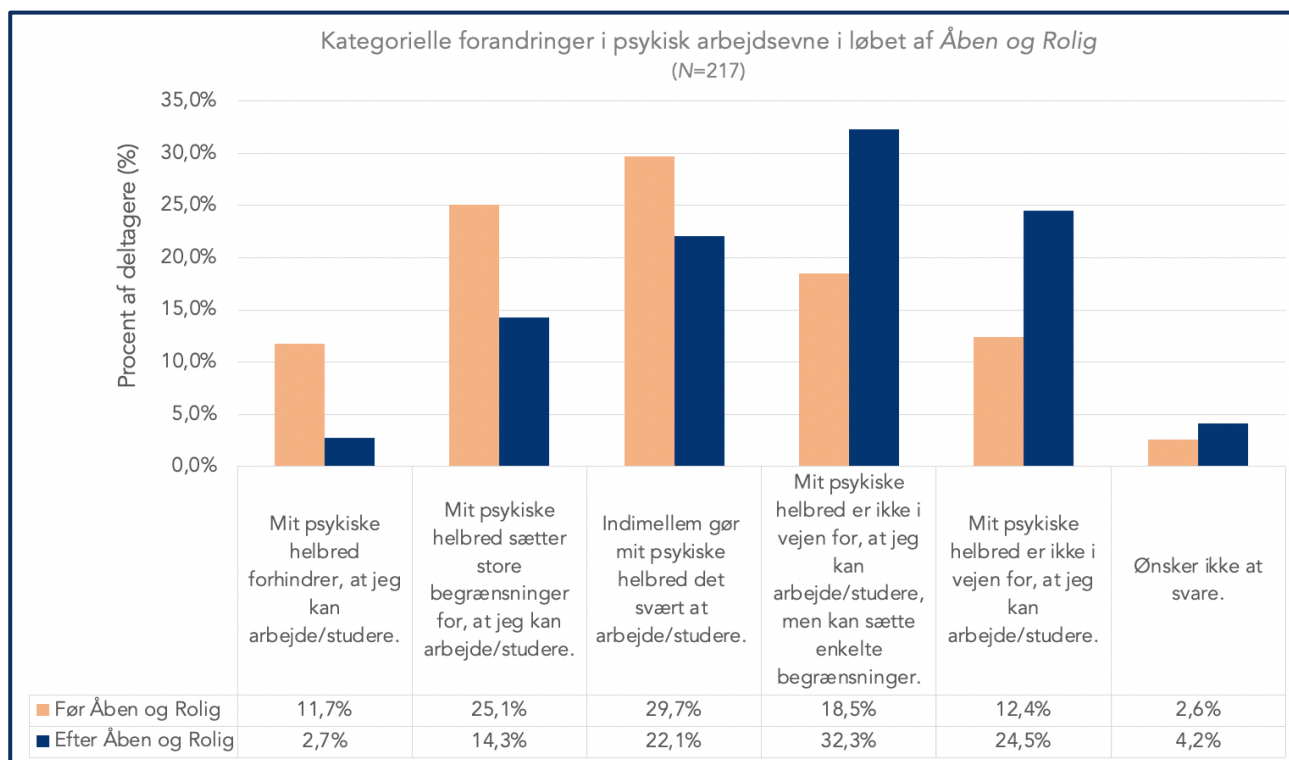
Selvurderet psykisk arbejdsevne/studieevne

Hvordan vil du alt i alt vurdere dit psykiske helbred i forhold til at kunne varetage et arbejde/studere?

- 1 - Mit psykiske helbred er ikke i vejen for, at jeg kan arbejde/studere
- 2 - Mit psykiske helbred er ikke i vejen for, at jeg kan arbejde, men kan sætte enkelte begrænsninger
- 3 - Indimellem gør mit psykiske helbred det svært at arbejde/studere
- 4 - Mit psykiske helbred sætter store begrænsninger for, at jeg kan arbejde
- 5 - Mit psykiske helbred forhindrer, at jeg kan arbejde/studere
- 6 - Ønsker ikke at svare

Spørgsmål angående psykisk arbejdsevne anvendt i ER13, ER14, ER15, ER16 og ER18. Udviklet af Mploy og Epinion (2016) for Folketingets Beskæftigelsesudvalg til måling af effekt af ressourceforløb.

Figur 9. Forandringer i psykisk arbejdsevne i løbet af Åben og Rolig



Figur 9. Forandringer i psykisk arbejdsevne i løbet af Åben og Rolig-kurset på baggrund af data fra fem evalueringsrapporter (ER13, ER14, ER15, ER16, ER18). N=232 i førmåling og N=217 i eftermåling.

Resultaterne af disse evalueringer viser sammenlagt en forskydning af borgere fra venstre side imod højre side, dvs. den oplevede arbejdsevne forøges. Mere konkret ses følgende forandringer:

- ☒ Andelen af borgere, der oplever, at deres psykiske helbred *forhindrer* dem i at arbejde eller studere, falder fra en ud af ni borgere før kurset til kun en ud af 37 borgere efter kurset.
- ☒ Andelen af borgere, der oplever, at deres psykiske helbred *sætter store begrænsninger* for at de kan arbejde/studere falder fra hver fjerde borger før kurset til hver syvende borger efter.
- ☒ Andelen af borgere, der oplever, at deres psykiske helbred *ikke er i vejen* for, at de kan arbejde, fordobles fra hver ottende borger før kurset til næsten hver fjerde borger efter kurset.
- ☒ Der ses en positiv forbedring (dvs. i den ønskede retning) i samtlige fem kategorier, som omhandler relationer mellem psykisk helbred og arbejdsevne. Således er forbedringerne *kvalitativt konsistente*, dvs. de ses uanset hvordan dette skema formulerer (og altså måler) mulige relationer mellem arbejdsevne og psykisk helbred. Dette tyder igen på, at de ikke er resultatet af, hvordan der netop bliver spurgt hertil (for de ses igen i alle kategorier).

Samlet set støtter disse fem evalueringsrapporter (jf. Tabel 10), at de inkluderede Åben og Rolig-deltagere har oplevet en forbedring af deres psykiske helbred, så det i mindre grad forhindrer dem i at arbejde eller studere.

Samlet arbejdsevne. Fire evalueringsrapporter (ER13, ER14, ER16, ER18) bad deltagerne vurdere deres samlede arbejdsevne via et spørgsmål udviklet ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA; efter *The Work Ability Index*, NFA, 2016) som oplistet i Tabel 10. Deltagerne skulle her evaluere deres samlede arbejdsevne på en skala fra 0-10, som vist i tekstboksen herunder. En femte rapport anvendte en justeret version af lignende spørgsmål fra NFA's arbejde angående den psykiske arbejdsevne, men bad deltagerne vurdere arbejdsevnen fra 0-100% (ER15).

En nedsat selv vurderet (samlet eller psykisk) arbejdsevne hænger over tid sammen med risikoen for langvarigt sygefravær og risiko for tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Det er derfor væsentligt at evaluere ikke kun beskæftigelse (som afhænger af mange faktorer), men også oplevet arbejdsevne.

Samlet Arbejdsevne 0-10

Den samlede arbejdsevne vurderedes på en skala fra 0-10, hvor 10 svarer til arbejdsevnen, når den er bedst, og 0 svarer til ikke at være i stand til at arbejde. Borgerne blev altid oplyst om, at svaret var anonymt, også for deres sagsbehandler, og spørgsmålet blev besvaret online. Spørgsmålet der blev stillet, var det følgende:

Forestil dig, at din arbejdsevne er 10 point værd, når den er bedst. Hvor mange point vil du give din nuværende arbejdsevne?

Spørgsmålet er udviklet af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) og brugt i NFA's Arbejds- og Helbredsundersøgelser (NFA, 2016).

Dertil indgik i alle fem rapporter kvalitative spørgsmål, hvor deltagerne meldte frit tilbage på den oplevede værdi for deres arbejdsevne. Disse gennemgås ikke grundigt her, men der gives en række eksempler på udsagn om arbejdsrelaterede oplevelser af kursets nytteværdi nedenfor.

Tabel 11. Forandringer i samlet arbejdsevne i løbet af Åben og Rolig

Rapport	Samlet arbejdsevne før kurset	Samlet arbejdsevne efter kurset	Effektstørrelse (0.5=medium) (0.8=stor)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
ER13. Evalueringsrapport. Åben og Rolig i Skanderborg	4.59 (2.27)	6.14 (2.54)	0.87***
ER14. Stressbehandling i Topdanmark Livsforsikring	5.29 (2.39)	7.44 (2.30)	0.93***
ER16. Åben og Rolig i Mariagerfjord Kommune	5.79 (2.13)	6.79 (1.98)	0.50*
ER18. Evalueringsrapport. Åben og Rolig i Solrød Kommune	4.79 (2.02)	6.71 (1.80)	1.05***

Noter. ^A. M=Mean (gennemsnit). SD=Standard Deviation (standardafvigelse). Effektstørrelse er Cohen's d. Procentuelle forandringer i arbejdsevne var ER13: 34%; ER14: 41%; ER16:17%; ER18:40%. ER16 var præget af en tungere psykiatrisk historie end i de fleste udrulninger, da bl.a. 51% af deltagerne havde en nuværende eller tidligere psykiatrisk diagnose og 16% havde flere samtidige diagnoser (ER16).

Kvalitative udtalelser om arbejdsevne blev rapporteret i fire evalueringer (ER13, ER15, ER16, ER18). Her gives en række eksempler på udtalelserne, som stort set alle sammen var positive, men hvoraf nogle var meget direkte positive og andre mere indirekte angående betydningen for arbejdslivet.

Arbejdsrelaterede udtalelser fra Åben og Rolig-deltagere

- *Forløbet gav mig en række redskaber og indsigt, som har gjort håndteringen af arbejdspress og stress markant lettere og jeg kom på den baggrund hurtigere videre (ER13)*
- *Forløbet har været helt fantastisk, det er udelukkende dette forløb, der har gjort at jeg er tilbage på arbejde. (ER13)*
- *Jeg er af den overbevisning at stressforløbet er medvirkende årsag til at jeg i dag kun er deltidssygemeldt og ikke helt uarbejdsdygtig. (ER13)*
- *Jeg bruger teknikkerne aktivt på mit arbejde. Det er nødvendigt for, at jeg kan fungere i mit job, ellers ville jeg være nødt til at finde et andet job. (ER15)*
- *Det er det eneste tiltag fra [kommunens] side, som har kunne hjælpe mig på vej tilbage på arbejdsmarkedet (ER16, Bilag 2).*
- *Det har været et fantastisk forløb og det har virkelig hjulpet mig. Det har måske været lidt for langt. Da jeg startede job op igen [inden kurset var slut, red.], blev det lidt svært at finde overskud til at deltage. (ER18)*
- *Det var rart at blive revet ud af det daglige. Problemerne på arbejdet virkede på en måde uvirkeligt, mens naturen nede på jorden er virkelig. (ER15)*

Psykisk arbejdsevne i naturforløb. Evalueringen af psykisk arbejdsevne indgik i ER15, hvor Åben og Rolig-standard blev tilpasset til afholdelse i naturen rundt om et bål og med grupper som kun bestod af mænd. Dette er et eksempel på, hvordan Åben og Rolig-programmet er blevet tilpasset³. Rapporten (ER15) viste, at naturholdene viste lidt større reduktioner af stress end gennemsnitligt (36% reduktion, fra PSS 24,2 til 15,5), samt store forandringer på depressionssymptomer (44% viste alvorlige symptomer på depression før kurset, og kun 3% efter). Deltagerne blev (jf. spørgsmålene i Figur 9) også spurgt om deres psykiske og fysiske helbred ift. at kunne varetage et arbejde.

- ☐ Før kurset svarede 23% af deltagere, at deres fysiske helbred forhindrede (8%) eller satte store begrænsninger for (15%), at de kunne arbejde.
- ☐ Efter kurset svarede ingen, at deres fysiske helbred forhindrede dem i at arbejde. Kun 7% svarede nu at deres fysiske helbred satte store begrænsninger.

Mændenes psykiske helbred ift. at kunne arbejde blev også forbedret, da 20% før kurset svarede, at deres psykiske helbred forhindrede dem i at arbejde, hvilket faldt til 3% efter kurset. Ydermere svarede kun 2% før kurset, at deres psykiske helbred *ikke* var i vejen for, at de kunne arbejde, hvilket var steget til 17% i eftermålingen. Samtidig skriver ER15, at "Alle deltagere var glade for, at forløbet foregik i naturen (ER15, s. 3). Naturforløbene synes at rumme et vigtigt potentiale.

³ Åben og Rolig-9-ugers-modellen er eksempelvis også udviklet i Aalborg Kommune i en version kun til mænd, hvor kurset kombineredes med fysisk aktivitet (et projekt udviklet sammen med Center for Holdspil og Sundhed v. KU).

Langtidsundersøgelser af oplevet brugbarhed af Åben og Rolig for arbejdsliv og stress

Tre follow-up-opgørelser fra 803 deltagere har undersøgt den langsigtede oplevede brugbarhed af at have deltaget på Åben og Rolig-forløb mht. arbejdsliv, hverdag og stresshåndtering. Der anvendtes altid de samme otte spørgsmål (Tabel 12), som blev udfyldt online. Tabel 12 opsummerer resultaterne.

Tabel 12. Oplevet brugbarhed af Åben og Rolig for arbejdsliv og stresshåndtering

Spørgsmål til borgeren	Procentdel der svarer <i>I høj grad</i> eller <i>I nogen grad</i>		
	ER10 N = 173 6 mdr. efter kurset 2015-2016-kurser	ER11 N = 184 12 mdr. efter kurset 2017-kurser	ER19 N = 446 12 mdr. efter kurset 2018-2020-kurser
1. Bruger du, i din hverdag, nogle af de redskaber, som du lærte på Åben og Rolig/ [organisationens] stressforløb?	78 %	73 %	67 %
2. Har din deltagelse på Åben og Rolig/ [organisationens] stressforløb medvirket til, at det i dag er lettere for dig at håndtere stressende situationer, end det var tidligere?	88 %	79 %	77 %
3. Har din deltagelse på Åben og Rolig/ [organisationens] stressforløb medvirket til, at det i dag er lettere for dig at håndtere socialt samvær med andre, end det var tidligere?	63 %	53 %	52 %
4. Har din deltagelse på Åben og Rolig/ [organisationens] stressforløb haft positiv betydning for dit arbejdsliv?	64 %	62 %	67 %
5. Har din deltagelse på Åben og Rolig/[organisationens] stressforløb medvirket til at begrænse eller undgå sygemelding (fx fra arbejde eller dagpenge)?	48 %	58 %	54 %
6. Har din deltagelse på Åben og Rolig/ [organisationens] stressforløb medvirket til at undgå ophør fra en arbejdsplads?	27 %	30 %	38 %
7. Har din deltagelse på Åben og Rolig/ [organisationens] stressforløb medvirket til at det i dag alt i alt er lettere for dig at håndtere din hverdag, end det var tidligere?	83 %	77 %	73 %
8. Angiv den primære årsag til din stress forud for Åben og Rolig/stresskurset.	Arbejde: 49% Blandet ^A : 46% Privatliv: 5%	Arbejde: 36% Blandet: 56% Privatliv: 8%	Arbejde: 46% Blandet: 47% Privatliv: 7%

Noter. Total N = 803. ^A. Kategorien 'Blandet' i spørgsmål nr. 8 var i selve skemaet præcist formuleret som "Både arbejde og privatliv" (her kaldes kategorien Blandet for at gøre tabellen overskuelig).

Procentangivelserne reflekterer andelen af borgerne, der svarer *I Høj Grad* eller *I Nogen Grad* til hvert spørgsmål.

Der ses overordnet, at spørgsmål 1, 2, 3 og 7 omhandler (stress)håndtering i hverdagen, mens spørgsmål 4, 5 og 6 omhandler arbejdsliv, sygemelding og ophør fra arbejde. Spørgsmål 8 omhandler primære årsager til stress. Et vægtet gennemsnit af spørgsmål 8 viser, at 44,4% angiver arbejdet som den primære stressårsag, 48,8% angiver blandede årsager, og 6,8% angiver privat.

Skemaerne viser, at 67-73% af respondenterne fortsat bruger de redskaber de lærte på Åben og Rolig et år efter kurset, og 77-79% oplever på samme tidspunkt, at kurset har gjort det lettere at håndtere stress i hverdagen. Det sociale spørgsmål viser, at 52-53% stadig et år efter oplever, at kurset har gjort det lettere at håndtere socialt samvær med andre. Samlet set oplever 73-77%, at de har lettere ved at håndtere hverdagen, igen målt ét år efter kurset.

Blandt de mere arbejdsrelaterede spørgsmål ses det, at der er større oplevet nytteværdi ved begge 12-mdrs. undersøgelser end ved 6-mdr. Det er ikke muligt at konkludere noget ud fra tre evalueringer, men dette indikerer i hvert fald ikke et fald i den arbejdsrelaterede nytteværdi af kurset. De arbejdsrelaterede spørgsmål viser således på tværs af de tre evalueringer følgende:

- ☐ To ud af tre kursister siger, at kurset har haft positiv betydning for deres arbejdsliv, igen undersøgt 6-12 mdr. efter kursets afslutning (vægtet gennemsnit 65,2%; range 62-67%).
- ☐ Omkring hver anden af de 803 respondenter angiver, at kurset har medvirket til at begrænse eller undgå en sygemelding (vægtet gennemsnit = 53,6%, range 48-58%).
- ☐ Hver tredje deltager siger, at Åben og Rolig-kurset har medvirket til, at vedkommende har undgået ophør på en arbejdsplads (vægtet gennemsnit = 33,8%, range 27-38%).

Omkring to ud af tre deltagere (65%) oplever således, at kurset har positiv betydning for deres arbejdsliv, også 6-12 mdr. efter kursets afslutning. Dette skal igen sammenholdes med, at kun ca. 44% af deltagerne melder sig til kurset med arbejdslivet som den primære stressfaktor, mens de fleste igen angiver, at både arbejdsliv og privatliv er årsagerne (49%) eller kun privatlivet (8%).

Tallene indikerer også, at der ikke er nogen væsentlige forskel på svarene for hverdagsorienterede spørgsmål eller arbejdsrelaterede spørgsmål for deltagere, som blev inkluderet henholdsvis i år 2017 eller årene 2018-2019 (ER11, ER19; som begge målte ved 12-mdrs. follow-up).

Dette er et positivt resultat, da det indikerer, at den oplevede arbejdsmæssige nytteværdi af Åben og Rolig-kurset blandt borgerne, også på lang sigt, altså synes at være vedligeholdet i Københavns Kommunes store stressklinik hen over de tre års udrulning. Dette støttes yderligere af de fremlagte ensartede reduktioner af stress i alle Københavns Kommunes rapporter (28-34%, Tabel 2) samt af de ensartede umiddelbare tilfredshedsmålinger i årene (se Figur 8 og Tabel 6). På samme måde ses ensartede effekter i Aalborg Kommunes store Center for Mental Sundhed hen over årene.

Samlet indikerer dette, at kvaliteten af konceptet er vedligeholdet i den her undersøgte periode.

DEL 3. BETYDNINGEN AF DEMOGRAFI OG SOCIAL BAGGRUND

Her uddybes resultaterne med en videnskabelig orientering mod mulige faktorer for forandringerne i de primære og konsekvent anvendte effektmål, stressskalaen PSS samt depressionsskalaen MDI.

Faktorer for forandringer i stressgrad (PSS)

Otte rapporter har undersøgt, om forandringer i PSS var relateret til baggrundsvariable såsom køn, alder, uddannelse, beskæftigelsesstatus, antal psykiatriske diagnoser, kroniske fysiske sygdomme, etnicitet, kulturel baggrund, erfaring med meditation, disponibel indkomst (udtrukket objektivt fra registerdata), samt hvilken klinik (i Københavns Kommune, med flere klinikker) kurset foregik i. Disse faktorer var generelt ikke forbundet med forandringer i stressgrad (PSS-scores).

- Dette støtter, at Åben og Rolig har en socioøkonomisk og demografisk bred anvendelighed. Det er vigtigt, da det er én af de primære bevæggrunde bag hele kursets udvikling, herunder den faglige metode, uddannelseskrav til instruktøren, kursets form og indhold.

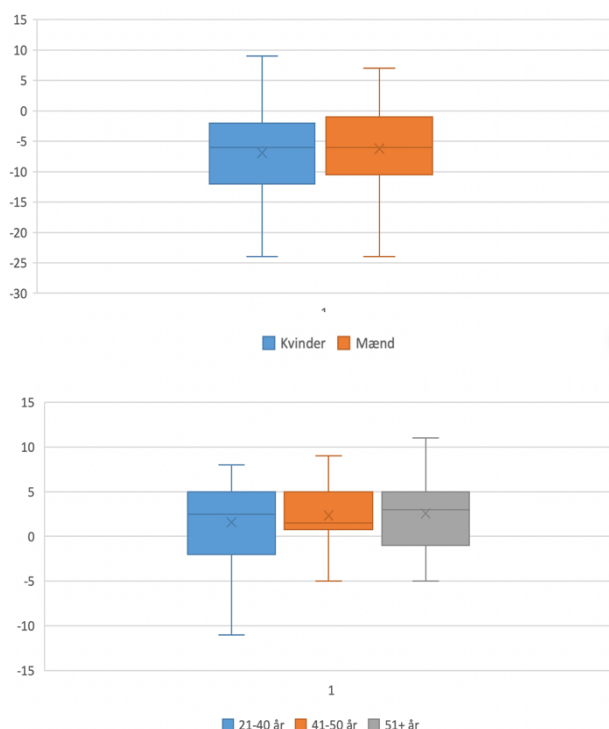
ER1 fandt ingen associationer mellem alder, køn og uddannelse samt forandringer i PSS, MDI, SF-36, WHO-5 og PSQI, hverken i kursusperioden eller inklusiv follow-up ($r \leq .21$, $p > .17$). **ER2** ($N=64$) viste en tendens til, at kvinder faldt mere end mænd (2,8 point, $p=0.28$ i ujusterede analyser), men dette var ikke signifikant efter kontrol for baseline-PSS-niveau mv. ($p=.09$). Ligeledes fandt **ER2**, at indkomst var tæt på at kunne forudsige ($p=.06$) en del af PSS-forandringer, nærmere betegnet at for hver 100.000 kr. den disponible indkomst per år forøgedes, forudsagdes 1,63 point større PSS-reduktion. Igen var dette ikke signifikant, men en tendens observeredes. Der sås ingen andre tendenser i **ER2** som brugte berigede baggrundsdata fra Danmarks Statistik (alle andre testede baggrundsdata, $p > .21$).

ER6 ($N=102$) viste ligeledes, at alder, køn og uddannelse ikke var relateret til forandringer i stressscores (alle $r < .12$, alle ujusterede $p > .23$). **ER7** ($N=190$) fandt tilsvarende, at hverken alder, køn, uddannelse, indtægt eller indvandrerstatus var relateret til PSS-forandringer (eller forandringer i nogle andre effektmål; alle ujusterede $p > .05$).

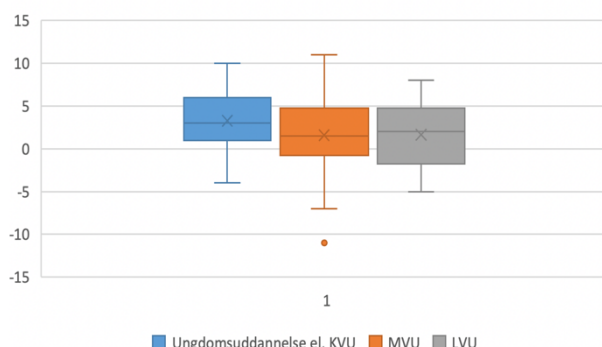
ER9 ($N=172$) fandt heller ikke PSS-forandringsscores-forudsigelse af køn (kønsforskellen var her 0,1 point), alder, uddannelse, psykiatriske lidelser eller fysiske sygdomme, men fandt, at beskæftigelsesstatus forudsagde PSS-forandringer, idet at borgere der var ledige faldt 3,7 point ($SE=1.8$) mere end borgere i beskæftigelse (kontrolleret for en række baggrundsdata og herunder også PSS-baseline-scores), hvilket var signifikant, $p < .05$.

ER14 ($N=53$) fandt ingen relation mellem PSS-forandringsscores og hverken køn ($r=.11$, $p=.45$), alder ($r=.21$, $p=.24$), uddannelsesgrad ($r=.07$, $p=.61$) eller beskæftigelsesstatus, $r=.06$, $p=.65$. **ER16** ($N=56$) viste heller ikke signifikante relationer mellem PSS-forandring og køn, uddannelse og beskæftigelse (alle $r \leq 0.15$, alle $p > .27$). Endelig viste **ER17** ($N=195$) heller ikke nogen signifikant prædiktiv værdi af køn, alder, uddannelse, psykisk sygdom, fysisk sygdom, beskæftigelse eller meditationserfaring for forandringer af stressgrad i multiple regressionsmodeller.

Figur 10. Forandringer i stress i relation til køn, alder og uddannelse



Figur 10. Boxplots over PSS-forandrings-score-estimer (beta-værdier på y-aksen) fordelt på køn (øverst tv.), alder (nederst tv.) samt uddannelse (nederst th.). Det ses, at der ingen signifikant forskel er i estimerne. Uddrag fra ER9 (s.17-18). Dette støtter, at Åben og Rolig-kurset har en bred anvendelighed. (N=172). Error bars indikerer kvartiler.



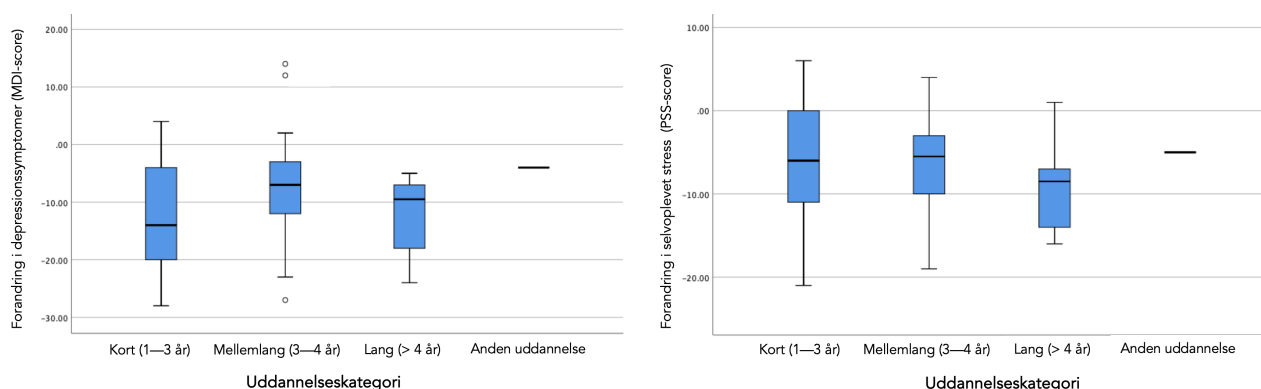
Faktorer for forandringer i symptomer på depression (MDI)

De netop nævnte otte rapporter (ER1, ER2, ER6, ER7, ER9, ER14, ER16, ER17) undersøgte også, om baggrundsvariable forudsagde forandringer i depressionssymptomer (MDI-scores). Som for PSS, fandtes der ikke konsistente indikationer på, at MDI-scores blev forudsagt af baggrundsvariable.

ER1 fandt igen ingen associationer mellem alder, køn og uddannelse samt forandringer i PSS, MDI, SF-36, WHO-5 og PSQI, hverken i kursusperioden eller inklusiv follow-up ($rs \leq .21$, $ps > .17$). Forandringsgraden af MDI var i **ER2** ikke relateret til antal nuværende eller tidligere psykiatriske diagnoser ($r[70] = .07$, $p > .5$) eller en række demografiske mål. **ER6**, derimod, viste, at dette var tilfældet, også efter kontrol for screenings-MDI-scores ($N=102$, $p=.006$), hvilket indikerer, at personer med en eller flere nuværende eller tidligere psykiatriske diagnoser kunne estimeres at falde 3,62 point mere på MDI end personer uden psykiatriske diagnoser. En analyse, som fremfor MDI-screeningsscoren anvendte gennemsnittet mellem MDI-screening og MDI-baseline som prædiktør (en mere repræsentativ variabel med mindre varians pga. gennemsnitsudregningen på tværs af to MDI-målinger), viste dog, at denne gennemsnits-MDI-score kun i svag grad forudsagde MDI-forandringen ($\beta = -0.173$, $p = .043$), indikerende, at niveauet af MDI-scores inden kurset (både screening og baseline ligger før kurset begynder) kun i svag grad forudsagde graden af forandring på MDI, her med en estimeret forskel på 0,173 point. Tilsvarende fandt **ER7** ($N=190$), at hverken alder, køn, uddannelse, indtægt eller indvandrerstatus var relateret til MDI-forandringer (eller forandringer i nogle andre effektmål; alle ujusterede $ps > .05$), ligesom **ER9** ($N=172$) fandt, at hverken alder, køn, uddannelse, fysisk sygdom, psykiatrisk sygdom eller meditationserfaring kunne

forudsige MDI-forandringsscores. Derimod fandt ER9, som for PSS-analysen, at deltagere, som ikke var i beskæftigelse, viste større reduktioner af MDI-scores end deltagere, der var i beskæftigelse, også efter kontrol for de nævnte baggrundsvariable, og med en effektstørrelse, som viste, at ledige kunne forventes (estimeres) at falde 3,7 point ($SE=1,8$) mere på MDI end beskæftigede, $p<.05$. ER14 fandt ingen tendenser til, at MDI-forandringsscores var relateret til beskæftigelse, og heller ikke køn, alder eller uddannelse (alle $rs<.25$, alle $ps>.15$), ligesom ER16 heller ikke fandt nogen tendenser til, at forandringer i MDI-scores for borgerne i Mariagerfjord var relateret til alder, køn, uddannelse eller beskæftigelse (Figur 11 tv.) (ligesom for forandringer i stress/PSS, Figur 11, th.). ER17 ($N=195$) fandt heller ikke signifikant prædiktiv værdi af køn, alder, uddannelse, psykisk eller fysisk sygdom, beskæftigelse eller meditationserfaring for forandringer af depressionsscores.

Figur 11. Forandringer i depression og stress i relation til uddannelse



Figur 11. Boxplot over forandringsscores (altid beregnet som eftermåling – baseline-score) for symptomer på depression (tv.) og på stress (th.) for 56 Åben og Rolig-deltagere i Mariagerfjord Kommune 2018-2019. Der ses ikke signifikante forskelle på reduktioner af MDI-scores eller PSS-scores mellem uddannelsesgrupperne. Dette støtter, at Åben og Rolig har bred anvendelighed. Fra ER16 (s. 14 og s. 18). Error bars indikerer kvartiler.

Relationer mellem forudgående symptomgrad og symptomlættelse

Ovennævnte rapporter (ER1, ER2, ER6, ER7, ER9, ER14, ER16, ER17), som undersøgte variable af potentiel relevans for forudsigelse af (eller relation til) forandringsscores for PSS og MDI, undersøgte også, om initiale symptomgrader for PSS og MDI var relateret til symptomlættelsen for PSS og MDI, henholdsvis. I samtlige syv rapporter (af i alt 900 borgere) ses en signifikant negativ korrelation, således at indledningsvise scores på symptomskalaerne var signifikant forbundet med større grader af forbedringer. Det vil sige, at borgere med højere grader af hhv. stress og depression oplevede større grader af forbedring på de to skalaer. I stor set alle (bortset fra én) analyser forblev disse relationer signifikante efter kontrol for ovennævnte variable (alder, køn, uddannelse, psykiatrisk historie, fysisk sygdom, etnicitet, indkomst, beskæftigelse osv., som de anvendtes i hver rapport).

ER1 fandt ingen associationer mellem alder, køn og uddannelse samt forandringer i PSS, MDI, SF-36, WHO-5 og PSQI, hverken i kursusperioden eller inklusiv follow-up ($rs\leq.21$, $ps>.17$). ER2 fandt i en regressionsmodel kontrolleret for alder, køn, uddannelse, etnicitet, indkomst, beskæftigelse mv.,

at baseline PSS signifikant forudsagde PSS-forandring ($N=64$, $\beta=0.91$, $SE=0.20$, $p<.0001$), hvilket indikerer, at borgere med 1 point højere baseline-PSS estimeredes at falde 0,91 point mere på PSS i kursusperioden. Det støtter, at borgere, med højere stressgrader og altså (antageligt) større behov for stressreduktion, faldt mere i stress. På samme måde var baseline MDI signifikant relateret til MDI-forandring ($N=70$, $\beta=0.38$, $SE=0.14$, $p=.008$), indikerende at borgere med højere baseline MDI (højere grad af depression) viste større reduktioner af depressionssymptomer (0,38 point større reduktion for hvert MDI-point).

På samme måde indikerede **ER6**, at initiale stressscores og depressionsscores var relateret til forandringer på PSS ($r=-.29$, $p<.01$) og MDI ($r=-.27$, $p<.01$), samt i multiple regressionsmodeller at højere stressgrad før kurset forudsagde større reduktioner af stress i løbet af kurset ($\beta=0.30$, $p=.022$). Indledende depressionsgrad forudsagde her ikke med signifikans graden af forandring, når psykiatrisk historie inkluderedes som kontrolvariabel ($p=.079$), idet psykiatrisk historie var så kraftig en prædiktør (som gennemgået ovenfor) i denne evaluering.

ER7 viste derimod, at initiale PSS- og MDI-scores var relateret til forandringer for PSS og MDI, henholdsvis, i marginale (dvs. ukontrollerede) korrelationstests ($N=190$, fx PSS: $r=-.43$, $p<.001$), samt at både indledningsvise PSS- og MDI-scores forudsagde symptom-forbedringsgraden for begge evalueringsmål (PSS: $\beta=0.41$, $SE=0.09$, $p<.001$; MDI: $\beta=0.71$, $SE=0.07$, $p<.001$). I denne evaluering af 195 borgere forudsagde 10 point højere PSS-stressscore, dvs. 4,1 point større fald på PSS, mens 10 point højere MDI-depressionsscore forudsagde 7,1 point større reduktion på MDI.

Næsten enslydende fandt **ER9**, at indledningsvise symptomsscores forudsagde forbedringsgraden for begge evalueringsmål (PSS: $\beta=0.48$, $SE=0.14$, $p<.001$; MDI: $\beta=0.64$, $SE=0.12$, $p<.001$). I **ER9** af 172 borgere forudsagde 10 point højere PSS-stressscore altså 4,3 point større fald på PSS, mens 10 point højere MDI-depressionsscore forudsagde 6,4 point større reduktion på MDI. **ER16** fandt i tråd hermed, at initiale PSS-scores var signifikant relateret til PSS-forandring ($r=-.56$, $r^2=.32$, $p<.001$), samt at initiale MDI-scores var signifikant relateret til MDI-forandring ($r=-.45$, $r^2=.20$, $p<.001$), men udførte ikke regressionsmodeller.

ER17 fandt dog en mindre stærk relation, hvor 1 point højere initial PSS-score kun forudsagde 0.20 point større reduktion ($N=195$; $SE=0.09$, $p<.05$) og 1 point højere initial MDI-score forudsagde 0.29 point større reduktion på MDI ($SE=0.08$, $p<.001$), men relationen var fortsat signifikant, og dette var også en stærkt kontrolleret regressionsmodel med justering for køn, alder, uddannelse, fysisk sygdom, psykiatriske diagnoser, meditationserfaring samt beskæftigelse.

- ☒ Alt i alt støtter analyserne af betydningen af baggrundsfaktorer for forandringer i PSS og MDI i løbet af kurset, at deltagere med indledningsvist højere symptomgrader opnår højere grader af bedring i løbet af deltagelsen i Åben og Rolig.
- ☒ Dette støtter igen en bred anvendelighed af kurset, da det indikerer, at også borgere med alvorlig stressgrad og alvorlige symptomer på depression (men som ikke har mere brug for psykologisk terapi eller fx psykiatriske tilbud) kan inkluderes.
- ☒ Det støtter også, at rekrutteringen og inklusionen til Åben og Rolig fungerer godt, idet de borgere, der inkluderes, således drager nytte af programmet, også (især) de hårdest ramte.

DEL 4. OPSAMLING OG KONKLUSIONER

Forandringer i stressgrad og symptomer på depression

Stressgrad (PSS). Evalueringerne viser signifikante og statistisk store reduktioner af stressgrad i 19/19 rapporter. Der sås i gennemsnit en 30,3% reduktion af stressscores (Cohen's PSS) på tværs af 1.913 deltageres besvarelser både før og efter kurset, med statistisk store effektstørrelser (Cohen's $d=0.92-1.90$). Syv evalueringer med follow-up ($N=958$) viste vedligeholdte lave PSS-scores (alle follow-up PSS means $\leq 16,5$) målt henholdsvis 3 mdr., 6 mdr. og/eller 12 mdr. efter kurset.

- ☐ En stor reduktion i stress (PSS-score) i løbet af deltagelsen i Åben og Rolig er vist med stor konsistens igennem fem år, på mange interventionssteder og blandt 1.913 deltagere.
- ☐ Otte rapporter (ER1, ER2, ER6, ER7, ER9, ER14, ER16, ER17) af i alt $N=900$ deltagere viser, at reduktioner af stressscores ikke var konsistent forbundet til baggrundsfaktorer (Del 3).
- ☐ Derimod var indledningsvist højere grader af stress signifikant relateret til forandringer i stres, idet borgere med de mest alvorlige grader af stress oplevede større forbedringer.
- ☐ Disse analyser støtter samlet, at Åben og Rolig er forbundet med effektiv reduktion af stress, samt at kurset kan anvendes til en bred borgergruppe, herunder også alvorligt stressramte.

Depressionsgrad. Evalueringerne viser signifikante og statistisk store reduktioner af symptomer på depression i 19/19 rapporter. Der sås i gennemsnit en 36,2% reduktion af depressionsscores (MDI) på tværs af 1.941 deltageres besvarelser før og efter kurset, med statistisk store effektstørrelser, ($d=0.88-1.77$). Der ses en gennemsnitlig reduktion af andelen af borgere med tegn på svær depression fra 40% før kurset til 5% efter kurset. Der ses en reduktion af andelen af borgere med tegn på moderat depression fra 19% til 7%. Omvendt ses en forøgelse af borgere uden tegn på depression (MDI-scores < 20) fra 26% før kurset til 79% efter kurset. Alle syv evalueringer med follow-up ($N=958$) viste vedligeholdte lave depressionsscores (follow-up MDI-scores var altid $\leq 16,1$, indikerende *Ingen Symptomer på Depression*) målt hhv. 3, 6 eller 12 mdr. efter kurset.

- ☐ En stor reduktion i depressionssymptomer (MDI-scores) i løbet af deltagelsen i Åben og Rolig er da vist med stor konsistens igennem fem år og på mange interventionssteder.
- ☐ Otte rapporter (ER1, ER2, ER6, ER7, ER9, ER14, ER16, ER17) af i alt $N=900$ deltagere viser, at reduktioner af MDI-scores ikke var konsistent forbundet til baggrundsfaktorer (Del 3).
- ☐ Derimod var indledningsvise kraftigere symptomer på depression signifikant relateret til MDI-forandringer, hvor borgere med alvorligere symptomer oplevede større forbedringer.
- ☐ Disse analyser støtter samlet, at Åben og Rolig er forbundet med effektiv reduktion af symptomer på depression, samt at kurset kan anvendes til en bred borgergruppe, herunder også alvorligt stressramte, som udviser alvorlige symptomer på depression (men som stadig ikke har behov for terapi eller psykiatri).

Forandringer i livskvalitet, mental sundhed og søvnkvalitet

Der sås signifikante, statistisk store stigninger i livskvalitet (WHO-5) i 7/7 evalueringer; signifikante, medium-store stigninger på mental sundhed (SF-36/SF-12) i 5/6 evalueringer; samt signifikante, medium-store forbedringer på søvnkvalitet (PSQI) i 8/8 evalueringer (se Tabel 4 for alle disse mål).

Livskvaliteten forbedredes i alle opgørelser med store statistiske effektstørrelser ($d=0.86-1.21$) og i gennemsnit 18,5 point på WHO-5-skalaen på tværs af de syv evalueringer ($N=430$, Figur 6). Stigninger ≥ 10 point anses for væsentlige forbedringer af livskvaliteten (Bech et al., 2007). Der sås her en tydeligt større stigning af livskvalitet i alle syv evalueringer (stigninger var 15,1-23,9 point). Borgere med lavere livskvalitet (lavere WHO-5-scores) ved baseline oplevede større forbedringer end borgere med højere livskvalitet i ER16 ($r=-.47$, $r^2=.22$, $p=.020$), dvs. borgere med størst behov oplevede de største forbedringer, ligesom det observeredes for PSS og MDI (se Del 3).

Mental sundhed undersøgt for 586 borgere og steg i 4/6 evalueringer med store effektstørrelser ($d=0.87-2.75$), mens der i en evaluering sås en medium-stor forbedring ($d=0.75$), og for en evaluering sås en lille forbedring i kursusperioden ($d=0.21$), men en stor stigning ved 3-mdr. follow-up ($d=0.89$). Denne rapport (ER1) var en RCT med kun moderat stressede deltagere (baseline PSS=18,75), hvor borgerne i senere evalueringer er væsentligt mere stressramte (PSS cirka 23,0; Figur 1), hvilket kan have haft betydning for den mindre forbedring af mental sundhed i ER1. De to sidste evalueringer viste tilsvarende *procentuelle* stigninger i mental sundhed, som de seks evalueringer der beregnede statistiske effektstørrelser (Tabel 4). Baggrundsvariablene alder, køn og uddannelse var ikke associeret med forandringer i mental sundhed (SF36) i ER1. To langtidsundersøgelser fandt fortsat bedring 3 mdr. (ER1, $d=0.89$, Tabel 4) samt 6-mdr. follow-up (ER10, Tabel 4).

Søvnkvalitet blev undersøgt for 967 borgere i 10 forskellige datasæt med to forskellige skalaer (PSQI og KSQ, Tabel 1). Der ses mellemstore signifikante forbedringer i 9/10 evalueringer. Forandringer i søvnkvalitet vurderedes i otte evalueringer med PSQI, hvor der altid fandtes signifikante og medium-store forbedringer ($d=0.47-0.83$). For KSQ fandt én mindre evaluering med en ny variation af Åben og Rolig i naturen for mænd (ER15, $N=21$) ikke nogen entydige forandringer, mens en større evaluering af Åben og Rolig i Aalborg Kommunes almindelige drift af tilbuddet (ER17, $N=195$) fandt en signifikant medium forbedring af søvnkvaliteten målt på KSQ (28%, $d=0.63$). To follow-up-undersøgelser (ER1, ER10) af alt 214 borgere fandt begge gennemsnitligt let forbedrede PSQI-scores efter hhv. 3 og 6 måneder, hvilket indikerer, at forbedringerne varer ved over tid (Figur 7), ligesom det observeredes for stress (Figur 2) og depressionssymptomer (Figur 5).

- ❑ Samlet set er der observeret signifikante og konsistente forbedringer af medium-store statistiske effektstørrelser på mental sundhed, livskvalitet og søvnkvalitet.
- ❑ To langtidsundersøgelser viser vedligeholdte niveauer af disse mål blandt 214 borgere målt hhv. 3 og 6 mdr. efter kursets afslutning.
- ❑ Livskvalitet viste store effekter (18,5 point i gennemsnit), og indledningsvis lavere livskvalitet var forbundet med signifikant større stigninger i livskvalitet.
- ❑ Samlet set støtter disse data derfor det generelle billede af konsistent positive forandringer og en bred anvendelighed forbundet med vedvarende positive udviklinger over tid.

Forandringer i beskæftigelse, forsørgelsesstatus samt oplevet arbejdsevne

Seks rapporter af i alt 3.337 deltagere har målt på forandringer i beskæftigelse og forsørgelse fra før kurset til perioder på 1-9 måneder efter kursets afslutning, dvs. måleperioder på i alt 2-11 måneder (jf. Tabel 7). Dertil har otte rapporter af i alt 1.041 deltagere målt på variationer af oplevet arbejdsevne, enten samlet eller som relationer mellem psykisk helbred og arbejdsevne, eller på den oplevede nytteværdi af Åben og Rolig-kurset specifikt ift. at håndtere fx arbejdsrelateret stress og undgå sygdommelding eller håndtere stress i hverdagen (Tabel 10).

Beskæftigelse. Der ses en gennemsnitlig reduktion på 74% af sygdommelde fra arbejde i Aalborg (gennemsnit på tværs af ER5, ER20) og på 75% i København (ER19), ved kortere followups (målt 3-4 mdr. efter kursets afslutning for >97% af borgerne i disse analyser af i alt 3.284 borgere). Tre ud af fire sygdommelde er altså tilbage i arbejde 3-4 mdr. efter kursets afslutning (Tabel 8). Der ses i samme tidsperiode (3-4 mdr. efter kursets afslutning) en gennemsnitligt 66% stigning i antallet af beskæftigede borgere blandt kursisterne (fra 871 til 1.448 borgere, ER19 samt ER20). Dette svarer til en 18%-points stigning i borgergruppen af 3.182 borgere i denne kortere måleperiode, og i en borgergruppe, hvoraf omkring 20% har ingen arbejdstilknytning eller svagere muligheder for at opnå beskæftigelse (fx borgere som er på revalidering, integrationsydelse eller som er studerende eller pensionister), og hvor omkring 39% allerede er beskæftiget (jf. Tabel 9), når forløbet starter. Blandt disse, de allerede beskæftigede, men stadig stressramte (PSS-gennemsnit ca. 23) sås en fastholdelse på 86% (vægtet gennemsnit på tværs af alle rapporter; Tabel 9). Mere end 8 ud af 10 beskæftigede forbliver således aktivt beskæftigede (sygemeldte beskæftigede er ikke med i disse tal), og evalueringsrapporterne har her målt 3-6 mdr. efter kursets afslutning (altså over en 5-8-mdrs. tidsperiode). Der ses ikke nogen tendenser til lavere fastholdelsesprocenter i de længste måleperioder (fx ER11: 8 mdr. i alt, fastholdelse=100%; ER20: 6mdr. i alt, fastholdelse=89%).

Negative udviklinger og frafald

Der er ikke observeret negative (uønskede) udviklinger for nogen subgrupper på noget mål i nogen af evalueringsrapporterne. Tilfredsheden har i 11 evalueringer også været særdeles høj (94%, Figur 8, og se Tabel 6). De positive udviklinger i effektmål (stress, depression) er vist uafhængige af baggrundsfaktorer i otte rapporter (Del 3), herunder alder, køn, uddannelse, indtægt, forekomst af fysisk og psykisk sygdom, erfaring med meditation og beskæftigelse. Der er positive eller neutrale udviklinger i beskæftigelse og forsørgelse for 92-93% af deltagerne i alle rapporter. Der er således ikke grund til at antage nogen væsentlige risici for negative effekter af deltagelsen i Åben og Rolig.

Begrænsningerne ved de fremlagte evalueringer vedrører manglen på kontrolgrupper, som endnu ikke har indgået i de kommunale udviklinger og implementeringer, men dog indgik i den oprindelige randomiserede kontrollerede undersøgelse af Åben og Rolig (ER1). Der er behov for yderligere randomiserede studier for at belyse specifikke effekter af kurset i sammenligning med eksempelvis andre interventioner eller bedring over tid. Ligeledes udgør en væsentlig begrænsning datatabet i kommunale indsatser, som er mindre ved de registerbaserede evalueringsaspekter, men er væsentlige i flere af de selvrapporterede dele af evalueringerne. Evalueringerne af Åben og Rolig har dog vist ensartede effekter af kurset på tværs af rapporter samt demografiske og socioøkonomiske grupper, og altid kun større effekter på stress, depressionssymptomer, livskvalitet mv. for de borgere, som udviste de største belastningsgrader (Del 3), som ofte er de borgere, som

ikke får udfyldt spørgeskemaerne. Det er dog naturligvis stadig et væsentligt forbehold. En yderligere begrænsning er, at der ikke er udført en sammenlægning af alle rapporters data til ét datasæt, hvorved der ville opnås bedre statistiske muligheder for at belyse eksempelvis betydningen af baggrundsfaktorer for forandringer i evalueringsmålene (forbedret statistisk power). Endelig er det en begrænsning, at flere uafhængige forskergrupper ikke har publiceret evalueringer af Åben og Rolig. Det skal her nævnes, at 4/5 kommuner (København, Aalborg, Skanderborg, Mariagerfjord) selv indsamler og ejer data, og at de store kommuner (København, Aalborg) selv har analyseret og udgivet deres evalueringsrapporter – som viser enslydende resultater med de andre. Flere uafhængige forskere er desuden i de sidste år blevet involveret i forskning i Åben og Rolig. Fonden Mental Sundhed opfordrer hermed flere uafhængige forskere til at undersøge indsatsen.

Styrkerne ved evalueringerne vedrører de høje grader af positive forandringer samt konsistensen af de positive forandringer blandt alle mål. Selvom der ikke indgår kontrolgrupper, er det meget usandsynligt, at det skulle være tilfældigt, at så mange stressramte undersøgt i 19 rapporter skulle vise så enslydende resultater (fx Figur 1, 2, 3, 5) netop i den periode, hvor borgerne deltog i kurset. Reduktioner i stressgrad på gennemsnitligt 30% er konsistent i alle implementeringer (27-37%, Tabel 2). Dertil er en styrke, at Åben og Rolig-kurserne i praksis er ledet af omkring 60 forskellige psykologer, hvorfor det virker usandsynligt, at de positive forandringer er personbundne, og mere sandsynligt, at de delvist skyldes kurset og metoden, og delvist den høje faglighed, som psykologer besidder på området. I det hele taget er den høje praksisfaglighed en styrke ved udrulningen af programmet, som også taler for, at forandringerne er direkte relateret til deltagelsen i programmet. Evalueringerne styrkes også af, at de kommer fra fem forskellige kommuner samt et privat initiativ (til sundhedsforsikrede) og 12 forskellige klinikker. Det tyder igen på en høj tilpasningsdygtighed af metoden og kurset, som altså succesfuldt er implementeret en lang række steder. Endelig styrkes evalueringerne af deres forskningsbaserede grundlag. Selvom det er kommuner, der indsamler data og/eller udgiver evalueringsrapporter, bruges der videnskabeligt velvaliderede evalueringsmål (PSS, MDI, WHO-5 osv.) og multiple regressionsmodeller, standardiserede effektstørrelser mv. Analyserne er således grundige og på videnskabeligt niveau og data er velegnet til forskning.

Samlede konklusioner

De fremlagte data fra fem års psykologledet arbejde og 20 systematiske evalueringsrapporter taler for, at Åben og Rolig har en væsentlig positiv betydning for deltagernes stressgrad, symptomer på depression og livskvalitet, samt for mental sundhed og søvnkvalitet. Selvom effektstørrelser varierer, er de altid store for stress, depression og livskvalitet, mens de er medium-store for mental sundhed samt søvnkvalitet. Forandringer i stress og depression er belyst ved besvarelser fra over 1.900 deltagere, mens forandringer i de andre mål er belyst fra 430 til ca. 970 deltagere. En række follow-up-studier af omkring 960 deltagere op til et år efter kursernes afslutning viser konsistent vedligeholdte lave grader af stress og depression, og follow-up-målinger for livskvalitet, søvnkvalitet og mental sundhed støtter dette overordnede billede. Tilfredshedsmålinger af over 2.100 deltagere viser, at 94% gennemsnitlig er enten *Meget tilfredse* (68%) eller *Tilfredse* (26%) med kurset, mens kun 0,9% er *Utilfredse* og 0,5% er *Meget Utilfredse* med kurset 'Alt i alt'. Selvvurderet samlet og psykisk arbejdsevne er undersøgt for over 1.000 deltagere i otte rapporter og viser medium-store stigninger for samlet arbejdsevne samt næsten en fordobling af andelen af deltagere, som oplever at deres psykiske helbred ikke står i vejen for, at de kan arbejde eller

studere. Hver tredje kursist oplever desuden, at kurset også på langt sigt er nyttigt fh.t. at undgå sygemelding og ophør fra deres arbejdsplads, og cirka 75% bruger værktøjerne på lang sigt og oplever, at kurset har en langvarig (6-12 mdr.) positiv betydning for deres evner til at håndtere stress i deres hverdagsliv.

Beskæftigelsesrelaterede udviklinger, herunder sygemelding og fastholdelse, er undersøgt for over 3.300 borgere igennem langt overvejende fem registerbaserede udtræk fra DREAM-databasen. Der ses her positive eller neutrale udviklinger for 92-93% af deltagerne og kun 'negative' udviklinger for 7-8%. Der ses en høj grad af tilbagevenden til arbejde for sygemeldte fra arbejde, hvor den største rapport (ER19, N=2.780) viste en 75% reduktion af antal sygemeldte fra arbejde målt 3 mdr. efter kurset. Tilsvarende viste den største rapport fra Aalborg (N=402) en 70% reduktion af antal borgere på sygedagpenge målt 4 mdr. efter kurset (ER20). Der sås også en reduktion af antal sygemeldte fra ledighed (ER19, 44%) samt mere end en fordobling af antal arbejdsparate ledige (ER5, ER20). Endelig sås også stigninger i antallet af beskæftigede borgere på 58% i ER19 (3 mdr. follow-up) samt mere end en fordobling af antal beskæftigede (ER5, ER20). Et vigtigt forbehold er her igen, at der ikke kan redegøres for betydningen af tid og andre faktorer uden kontrolgrupper. Åben og Rolig-standard-programmet, som det her anvendes, retter sig mod en bred målgruppe i kommuner og inkluderer ikke specifikke beskæftigelsesrettede elementer såsom rundbordssamtaler, vejledning i tilbagevenden til arbejde efter sygemelding mv. Dette udvikles dog nu i Fonden Mental Sundhed.

Alt i alt viser nærværende rapport konsistente og positive udviklinger for en lang række mål relateret til mental sundhed, stress og trivsel samt for en række beskæftigelsesrettede mål, i forbindelse med borgeres deltagelse i Åben og Rolig-standard-programmet. Udviklingerne er vist igennem fem år.

Evidensbaseret praksis i mental sundhedsfremme og stressbehandling er et vigtigt fokus for det danske samfund, for mental sundhedsforskning og stressforskning. Der er et ganske klart behov for videnskabeligt udviklede og systematisk udførte (manualiserede og replicerbare) indsatser for at udvikle praksisområdet og videnskabelig viden på området. Åben og Rolig er et sådant program, og kan på baggrund af den eksisterende evidens anbefales til videre forskning og systematisk udvikling af fx mere differentierede behandlingsmodeller (Stepped Care) i praksisfeltet.

REFERENCER

Anvendte evalueringsrapporter

Jf. Tabel 1.

Evalueringsrapport 1. Jensen, C.G. et. al (2015). Open and Calm – A randomized controlled trial evaluating a public stress reduction program in Denmark. København: Rigshospitalet og Harvard University.

Evalueringsrapport 2. Jensen, C.G. & Hjort LV (2015). Evalueringsrapport - Etableringen af stressforløbet Åben og Rolig i Københavns Kommunes Forebyggelsescentre. København: Center for Psykisk Sundhedsfremme.

Evalueringsrapport 3. Københavns Kommune (2016). Evaluering af Københavns Kommunes Stressklinikker. København: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen – Afdeling for Data og Analyse.

Evalueringsrapport 4. Jensen, C.G., & Hjort, L.V. (2015). Evalueringsrapport – Etableringen af stressforløbet Åben og Rolig i Aalborg Kommunes Center for Stressforebyggelse. København: Center for Psykisk Sundhedsfremme.

Evalueringsrapport 5. Jensen, C.G., & Westphael, G. (2017). Evaluering af stresskurset Åben og Rolig. København: Center for Psykisk Sundhedsfremme.

Evalueringsrapport 6. Jensen, C.G., & Westphael, G. (2017). Kvantitative effektmålinger af Åben og Rolig til stressramte borgere i Aalborg Kommunes Center for Mental Sundhed. København: Center for Psykisk Sundhedsfremme.

Evalueringsrapport 7. Jensen, C.G., & Svanholm, A. (2017). Evalueringsrapport 2016 – Kvantitative effektmålinger af Åben og Rolig til stressramte borgere i Københavns Kommunes Stressklinikker og Sammenligninger med Tidligere Evalueringer. København: Center for Psykisk Sundhedsfremme.

Evalueringsrapport 8. Københavns Kommune (2017). Evaluering af Københavns Kommunes Stressklinikker. København: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen – Afdeling for Data og Analyse.

Evalueringsrapport 9. Krogh, S.C., & Jensen, C.G. (2018). Evalueringsrapport – Evalueringsrapport for Stressforløbet Åben og Rolig i Aalborg Kommune 2017. København: Center for Psykisk Sundhedsfremme.

Evalueringsrapport 10. Københavns Kommune (2017). Evaluering af effekter af Åben og Rolig på Borgeres Beskæftigelse og Forsørgelse. København: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen – Center for Kvalitet og HR.

Evalueringsrapport 11. Rasmussen, M.S., & Jensen, C.G. (2018). Status på effektmåling og analyser af Københavns Kommunes stressklinikker. Opsamling på data for 2017. København: Afdeling for Data og Analyse, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Evalueringsrapport 12. Krogh, S.C., & Jensen, C.G. (2018). Evalueringsrapport – Pilotprojekt af Stressforløbet Åben og Rolig på Det Humanistiske Fakultet, Aalborg Universitet. København: Center for Psykisk Sundhedsfremme.

Evalueringsrapport 13. Skanderborg Kommune (2019). Evalueringsrapport. Åben og Rolig i Skanderborg Kommune. København: Center for Psykisk Sundhedsfremme

Evalueringsrapport 14. Jensen, C.G. et. al. (2019). Forskningsrapport – Åben og Rolig som stressbehandling i Topdanmark Livsforsikring 2018 - 2019. København: Center for Psykisk Sundhedsfremme

Evalueringsrapport 15. Jørgensen, C.J. et. al. (2019). Evaluering af stressklinikernes mandehold. København: Afdeling for Evaluering og Afdeling for Data Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Københavns Kommune

Evalueringsrapport 16. Jensen, C.G., Thomsen, S.T.S., & Berggren, T.K.L. (2020). Åben og Rolig i Mariagerfjord Kommune. Evaluering af implementeringen af stressforløbet Åben og Rolig 2018-2019. København: Center for Psykisk Sundhedsfremme.

Evalueringsrapport 17. Aalborg Kommune (2020). Stress kan Afhjælpes. Effektevaluering af Åben og Rolig. Aalborg: Center for Mental Sundhed, Sundheds- og Kulturforvaltningen

Evalueringsrapport 18. Krogh, S.C., Damgaard, K., & Jensen, C.G. (2020). Evalueringsrapport. Åben og Rolig i Solrød Kommune 2018- 2020. Evidensbaseret Stressbehandling med Perspektiver på Sociale Investeringer. København: Center for Psykisk Sundhedsfremme.

Evalueringsrapport 19. Lenbroch, J. et. al. (2020). Evaluering af stressklinikkerne. København: Afdeling for Evaluering Afdeling for Data Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Københavns Kommune.

Evalueringsrapport 20. Aalborg Kommune (2020). Åben og Rolig-resultater. Beskæftigelse. (udelukkende tabel-opgørelse af beskæftigelse).

Videnskabelige 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. *J Affect Disord.* 2001;66:159–64.

Bech, P., Lunde, M., Bech-Andersen, G., Lindberg, L., & Martiny, K.(2007). Psychiatric outcome studies (POS): does treatment help the patients? A Popperian approach to research in clinical psychiatry. *Nord J Psychiatry* 2007;61(suppl 46):4-34.

Buyse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J.(1989). The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28:193–213.

Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* New York, NY: Routledge Academic

Mploy & Epinion (2016). Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i ressourceforløb. Beskæftigelsesudvalget 2015-16.

Eskildsen, A., Dalgaard, V.L., Nielsen, K.J., Andersen, J.H., Zachariae, R., Olsen, L.R., Jørgensen, A., & Christiansen, D.H. (2015). Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. *Scand J Work Environ Health* – online first. doi:10.5271/sjweh.3510

Hultén, V., Biering-Sørensen, F., Jørgensen, N. R., & Jennum, P. J. (2020). A review of sleep research in patients with spinal cord injury. *The journal of spinal cord medicine*, 43(6), 775–796.
<https://doi.org/10.1080/10790268.2018.1543925>

Jensen, C.G., Lansner, J., Petersen, A., Vangkilde, S.A., Ringkøbing, S.P., Frokjaer, V.G., ... Hasselbalch, S.G. (2015). Open and calm – A randomized controlled trial evaluating a public stress reduction program in Denmark. *BMC Public Health*, 15(1). <http://doi.org/10.1186/s12889-015-2588-2>

Mæhlisen et al. (2018) Perceived stress as a risk factor of unemployment: a register-based cohort study. *BMC Public Health*.18:728 doi: 10.1186/s12889-018-5618-z

Nationalt Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) (2018). *Arbejdsmiljø og Helbred i Danmark 2018*. Kan downloades fra www.nfa.dk

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

Prior, A., Vestergaard, M., Larsen, K.K., et al. (2017). Association between perceived stress, multimorbidity and primary care health services: a Danish population-based cohort study. *BMJ Open*, 2018; **8**:e018323. doi:10.1136/bmjopen-2017-018323

Sundhedsstyrelsen (2018). *Forebyggelsespakken for Mental Sundhed 2018*. København: Sundhedsstyrelsen.



FONDEN
MENTAL SUNDHED

www.fondenmentalsundhed.dk