

# EVALUERING AF KØBENHAVNS KOMMUNES STRESSKLINIKKER

APRIL 2017



## INDHOLDSFORTEGNELSE

Indholdsfortegnelse.....	2
1. Indledning .....	3
2. Evalueringens hovedkonklusioner.....	3
3. Stressklinikernes kapacitet og organisering .....	5
3.1 Planlagte udviklingsområder i 2017 .....	6
4. Evalueringens formål.....	7
4.1 Metode og datakilder.....	8
5. Omfanget af henviste og påbegyndte forløb i 2016.....	9
5.1 Årsager til stress.....	10
6. Effektmål på stressforløbene.....	10
6.1 Udvikling i borgernes stressniveau .....	11
6.2 Udvikling i symptomer på depression.....	12
6.3 Udvikling i søvnkvalitet.....	14
6.4 Udvikling i helbredsbebet livskvalitet .....	15
6.5 Opsummering på resultater for effektmål .....	17
7. Borgernes tilfredshed ved afslutning på forløbet.....	17
8. Oplevet udbytte efter 6-8 måneder.....	19
9. Databaseret karakteristik: De stressede borgere i København .....	20

## 1. INDLEDNING

Stress er et folkesundhedsproblem, der koster den enkelte og samfundet dyrt i tabt livskvalitet og produktion, ledighed og sygemeldinger. Ifølge Sundhedsprofilen fra 2013 har 23 pct. af københavnere et højt stressniveau.

Siden foråret 2015 har borgere med et højt stressniveau haft mulighed for at blive henvist af egen læge til et målrettet stresshåndteringsforløb i Københavns Kommunes stressklinikker.

2015 var et pilotår, hvor tilbuddet blev udbudt og afprøvet i forvaltningens daværende fem forebyggelsescentre. Efter det første år blev der gjort status på resultater og erfaringer. Evalueringen af stressklinikernes første år viste overordnet tre ting: 1. At efterspørgslen på et kommunalt stresstilbud var omfattende og væsentligt større end forventet, 2. at størstedelen af de borgere, som gennemførte et forløb oplevede en betydelig positiv udvikling undervejs i forløbet, samt 3. at det politiske ønske om, at tilbuddet særligt skulle nå borgere udenfor arbejdsmarkedet kun var opnået i begrænset omfang.

Københavns Kommune har i 2016 øget stressklinikernes kapacitet for at imødekomme behovet blandt københavnere for at få hjælp til at håndtere stress.

Denne rapport gør status på erfaringerne fra 2016, som er stressklinikernes andet år.

Evalueringen er foretaget som en intern evaluering med deltagelse af medarbejdere i Center for Sundhed og Center for Kvalitet og HR, afdeling for Data og Analyse; sidstnævnte er ansvarlig for evalueringen.

## 2. EVALUERINGS HOVEDKONKLUSIONER

Evalueringen af Københavns Kommunes stressklinikker samler op på erfaringerne fra 2016, som er stressklinikernes andet år. Her under præsenteres de væsentligste pointer.

Erfaringerne i 2015 viste en omfattende efterspørgsel på et gratis kommunalt tilbud til håndtering af stress. Fra efteråret 2016 blev stressklinikernes kapacitet gradvist øget og fra starten af 2017 var det muligt for stressklinikkerne at tilbyde alle henviste borgere en plads på det førstkommande hold. Mens nogle borgere stod på venteliste i op til seks måneder i løbet af 2016 har der fra 2017 ikke været venteliste til stressklinikkerne.

I hele 2016 er omkring 660 personer startet på et stressforløb, hvilket er en forøgelse med mere end 60 pct. af kapaciteten i forhold til 2015. I 2015 blev knap 250 borgere tilbudt et forløb. Datagrundlaget til evalueringen viser desuden vigtigheden af, at der sker en korrekt og systematisk registrering.

### **Generelt positiv forbedring på stressklinikernes effektmål**

Som led i etableringen af stressklinikkerne er der defineret et effektmål i forhold til borgernes kliniske udbytte. Målet handler først og fremmest om, at borgerne skal opnå et lavere stressniveau og sekundært færre depressionssymptomer samt forbedret søvnkvalitet.

I 2016 er der indsamlet effektdata fra omkring 20 pct. af de borgere, som har gennemført et forløb. Analysen af borgernes udvikling viser for det første, at borgerne allerede oplevede en signifikant forbedring

med hensyn til tegn på stress og depression i perioden fra borgerne havde den indledende samtale med en psykolog til det egentlig ni-ugers stressforløb gik i gang. Længden på ventetiden mellem visitation og forløbets start varierer mellem to og seks måneder. Analysen viser dog, at den gennemsnitlige forbedring hos borgerne er mere markant i perioden for selve stressforløbet. Samlet set viser analysen af borgernes udbytte af selve stressforløbet, at:

- 83 pct. har oplevet et fald i stressniveau, mens 17 pct. har oplevet, at deres niveau er uændret eller forværret. Samlet for hele gruppen er faldet i stressniveau på 28 procent, hvilket kan betragtes som en klinisk væsentlig forandring hos stresspatienter.
- 84 pct. af borgere oplevede et fald i symptomer på depression. 60 pct. af deltagerne viste ved forløbets start tegn på let, moderat eller alvorlig depression. Ved forløbets afslutning var andelen faldet til 21 procent.
- 68 pct. af deltagerne oplevede en reduktion i søvnforstyrrelser. Andelen, som havde en 'god' nattesøvn uden søvnproblemer, var øget fra 25 til 51 procent.

Endelig er der i 2016 tilføjet et ekstra effektmål om helbredsbetings livskvalitet, som dels giver en vurdering af mental velbefindende og dels vurderer borgerens legemlige helbred. På begge parametre ses en positiv udvikling i perioden for stressforløbet, dog er udviklingen mest markant på den mentale score.

#### **Borgerne er tilfredse og har gavn af forløbet – også flere måneder efter forløbet er afsluttet**

Igen i 2016 er alle borgere, der afslutter et forløb, blevet bedt om at vurdere, hvor tilfredse de har været med stressforløbet. Ligesom ved den seneste evaluering for 2015 viser der sig et billede af, at langt størstedelen af borgerne både er tilfredse med selve forløbet og med det udbytte, de har fået.

Som noget nye er der i 2016 lavet en opfølgende stikprøvemåling 6-8 måneder efter, at borgerne har afsluttet deres forløb. Dette betyder, at det primært er personer, som har afsluttet et forløb i 2015 eller starten af 2016, som indgår i målingen. Resultatet viser overordnet, at flertallet af borgerne stadigvæk efter 6-8 måneder oplever, at de har glæde af forløbet. Blandt andet svarer 82 pct., at deres deltagelse i stressforløbet alt i alt har medvirket til, at det er lettere for dem at håndtere deres hverdag.

Forvaltningen vil i den kommende tid analysere data fra den opfølgende måling med henblik på at vurdere, hvordan deltageres udvikling former sig med hensyn til de tre effektmål henholdsvis, stressniveau, symptomer på depression og søvnkvalitet. De foreløbige analyser indikerer, at borgerne i gennemsnit oplever en vedvarende forbedring af deres psykiske velbefindende i perioden efter forløbet er afsluttet. Denne indikation bekræftes af borgernes egne udsagn 6-8 måneder efter forløbet er afsluttet, hvor 76 pct. svarer, at de stadigvæk bruger de redskaber, som de lærte i stressforløbet.

#### **Stressklinikkerne rammer stadig skævt i forhold til ambition om ulighed i sundhed**

I Sundhedspolitikken er der en ambition om, at forvaltningens sundhedstilbud skal bidrage til at mindske ulighed i sundhed. For stressklinikkerne har det ligeledes været en målsætning, at forløbene også skulle tilgodese sårbare københavnere, som ikke har mulighed for f.eks. arbejdsgiverbetalt stressbehandling eller har ringe økonomiske forudsætninger for at betale for stressbehandling på egen hånd.

Indeværende evaluering sammenligner igen stressklinikkerne med Sundhedsprofilens billede af samtlige stressede borgere i Københavns Kommune. Sammenligningen indikerer, hvorvidt de borgere,

stressklinikkerne har været i kontakt med i 2016, er nogenlunde repræsentative for den samlede gruppe af stressramte i kommunen.

Evalueringen tegner stort set samme billede som i 2015. De henvises markant flere kvinder end mænd og størstedelen af borgerne, der henvises er personer med tilknytning til arbejdsmarkedet (77 pct.). Borgere med en erhvervsfaglig uddannelse er underrepræsenteret i forhold til den andel, som gruppen udgør blandt alle borgere med et højt stressniveau i Københavns Kommune. Ligeledes gælder det for de yngre borgere (under 34 år) og de ældre (65+), som udgør en relativt lavere andel blandt de henviste til stressklinikkerne. Endelig er borgere med anden etnisk baggrund end dansk mindre repræsenteret i stressklinikkerne.

Tallene bekræfter således den erfaring som forvaltningen allerede har - at der fortsat er behov for at arbejde med den måde, der rekrutteres til stressklinikkerne. Stressklinikkerne udvider i løbet af 2017 med yderligere forløb målrettet borgere med svag eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet. Disse målgrupper vil blive rekrutteret via jobcentrene i Københavns Kommune, og indsatserne udvikles i et samarbejde med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen. Via dette udviklingsarbejde er det forventningen, at stressklinikkerne fremover vil nå en mere mangfoldig skare af københavnere, det vil sige flere mænd, flere med erhvervsfaglig baggrund og i særlig grad flere borgere, som ikke har en fast tilknytning til arbejdsmarkedet.

### 3. STRESSKLINIKKERNES KAPACITET OG ORGANISERING

Den store efterspørgsel på kommunens gratis tilbud til håndtering af stress betød, at ventetiden til stressklinikkerne gradvist steg de første år og, at nogle borgere oplevede at stå på venteliste i op til seks måneder. For at imødekomme det omfattende behov, blev der i 2016 bevilget ekstra midler til stressklinikkerne med henblik på at øge kapaciteten og dermed nedbringe ventetiden fra borgerne bliver henvist fra deres læge, til de kan starte på et stressforløb. I efteråret 2016 blev der tilkøbt 15 ekstra eksterne stresshold, og ved starten af 2017 er ventetiden faldet, så stressklinikkerne igen kan følge med i omfanget af henvisninger fra lægerne. Ventetiden har i 2017 været lav, hvilket betyder, at alle borgere i foråret 2017 tilbydes en plads på det først kommende hold.

I løbet af sommeren 2016 blev stressklinikkerne omorganiseret som led i en større omstrukturering af forvaltningens trænings- og forebyggelsestilbud. Hidtil havde der eksisteret fem individuelle stressklinikker med afsæt i forebyggelsescentrene, men fra juli 2016 har tilbuddet været administrativt forankret i sundhedshuset på Nørrebro med samtaler og hold på to lokaliteter i henholdsvis sundhedshuset på Nørrebro og sundhedshuset på Amager.

I begyndelsen af 2017 er i alt 15 psykologer og to administrative medarbejdere beskæftiget i stressklinikkerne.

### 3.1 PLANLAGTE UDVIKLINGSOMRÅDER I 2017

I sundhedspolitikken er det en central politisk vision, at forvaltningens sundhedstilbud skal bidrage til at mindske uligheden i sundhed. Denne ambition gælder også for stressklinikkerne, hvor målsætningen er, at forløbene også tilgodeser københavnere, som er kortuddannede og som står udenfor arbejdsmarkedet.

Erfaringerne fra stressklinikernes første år viste, at 70 pct. af de borgere, som blev henvist til stressklinikkerne, er personer som er i beskæftigelse. Årsagen er formentlig, at lægerne, der henviser borgerne, opfatter stress som noget, der knytter sig til en arbejdsrelateret belastning, og dermed primært henviser personer, som er i arbejde.

Desuden viste evalueringen, at færre mænd end kvinder blev henvist til stressklinikkerne, samt at særligt personer med en erhvervsfaglig uddannelse er underrepræsenteret i forhold til den andel, de udgør i den samlede gruppe af borgere med et højt stressniveau i hele København.

På den baggrund igangsætter forvaltningen i 2017 indsatser, der skal sikre, at de borgere, der henvises til stressklinikkerne, fremover udgør en mere blandet gruppe. Ønsket er, at borgerne, der henvises til stressklinikkerne, afspejler den samlede gruppe af københavnere med et højt stressniveau og, at tilbuddet understøtter den politiske ambition om øget lighed i sundhed.

#### **Justeringer af stressklinikernes tilbud samt i formidlingen af tilbuddet**

Fra 2017 er der bevilget midler til, at forvaltningen etablerer et samarbejde med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen med fokus på at målrette stressforløb til stressede ledige og sygemeldte. Samarbejdet vil medføre, at jobcentrene kan henvise borgere direkte til forløb i stressklinikkerne. Borgere, der henvises via jobcentrene, skal således ikke konsultere den praktiserende læge forinden. Til de borgere, som rekrutteres via jobcentrene vil tilbuddet blive tilpasset målgruppen, således at særlige behov kan imødekommes. Der er bevilget midler til en indsats via jobcentrene i 2017-2020, hvor der planlægges en gradvis stigning i antallet af deltagere.

Forvaltningen planlægger, at der i løbet af 2017 skal igangsættes en målrettet kommunikation i forhold til de praktiserende læger om kommunens stresstilbud. Formålet er, at lægerne dels får et mere nuanceret billede af, at stress også kan skyldes andet end en arbejdsmæssig belastning samt at give viden om, at kommunens stresstilbud er for alle borgere og ikke primært for personer, der er i beskæftigelse.

Yderligere vil forvaltningen i 2017-2018 udvikle den måde, som stressklinikernes tilbud tilrettelægges og formidles i offentligheden generelt, med henblik på at nå flere stressede mænd, så kønssammensætning i stressklinikkerne i højere grad kommer til at afspejle forekomsten af stress blandt mænd og kvinder i København.

Endelig vil forvaltningen i 2017-2018 afprøve nye forløbsmodeller for udvalgte målgrupper, som er for sårbare til at indgå i det eksisterende tilbud i stressklinikkerne. Evalueringsresultaterne fra 2017 skal være med til at identificere, hvilke særlige målgrupper, der skal prioriteres i forhold udviklingen af nye forløbstyper.

Samlet er det forventningen, at disse indsatser gradvist vil medføre en større mangfoldighed i de grupper af borgere, der henvises til stressklinikkerne og, at tilbuddet dermed i stadig stigende grad vil tilgodese den blandede skare af Københavnerne, der har behov for hjælp til at håndtere udfordringer med stress.

Da de skitserede indsatser igangsættes i løbet af 2017, vil resultatet ikke kunne aflæses i indeværende status og opsamling på stressklinikkerne, der alene afdækker resultater for 2016.

#### 4. EVALUERINGENS FORMÅL

Evalueringen skal give en status på resultater og erfaringer opnået i løbet af 2016. Evalueringen belyser følgende elementer:

- På baggrund af individuelle før- og eftermålinger i de enkelte stressforløb, skal evalueringen tegne et billede af, hvilken udvikling borgerne oplever i den periode, hvor de gennemfører et forløb i stressklinikkerne. Evalueringen viser i, hvilken grad borgerne oplever en ændring i henholdsvis stressniveau, depressionssymptomer, søvnkvalitet samt helbredsbetings livskvalitet. Borgernes selvoplevede udvikling vurderes på baggrund af følgende fire evidensbaserede måleredskaber: Cohens Perceived Stress Scale (PSS), Major Depression Inventory (MDI), Pittsburgh Sleep Quality Assessment (PSQI) og spørgeskema om helbredstilstand (SF-12).
- Evalueringen præsenterer ligesom i den seneste evaluering en databaseret karakterstik af den målgruppe, som har været i kontakt med kommunens stresstilbud i 2016. Data sammenlignes med den samlede gruppe af stressramte i København med henblik på at vurdere, i hvilken grad de borgere, som kommunen når med tilbuddet, er repræsentative for den samlede gruppe københavnere med et højt stressniveau.
- Alle borgere, der afslutter et forløb er blevet bedt om at besvare et antal spørgsmål om deres tilfredshed med forløbet samt selvoplevet udbytte. Resultatet af målingen præsenteres i evalueringen.
- Som led i dataindsamlingen er der foretaget en stikprøvemåling af langtidseffekt. Evalueringen skitserer, hvordan borgerne vurderer deres udbytte af stressforløbet 6-8 måneder efter, at de har afsluttet deres forløb.

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

Forvaltningen vil arbejde videre med analyse af langtidseffekt på de tre effektmål om stressniveau, omfanget af depressionssymptomer samt søvnkvalitet. Disse resultater indgår ikke i indeværende evalueringsrapport. Forvaltningen vil ligeledes supplere evalueringen med statistiske analyser af arbejdsmarkedstilknytning herunder modtagere af sygedagpenge og sammenligne status før og efter gennemførte stressforløb.

#### 4.1 METODE OG DATAKILDER

- Dataanalyse af psykisk og fysiologisk udvikling ved gennemførte forløb. Analysen er baseret på PROM-skemaer (patient reported outcome measures), på henholdsvis stressniveau (Cohens Perceived Stress scale / PSS), depressionssymptomer (Major Depression Inventory / MDI), søvnkvalitet (Pittsburgh Sleep Quality Index / PSQI) samt helbredsbetiget livskvalitet (SF-12).
- Kvantitativ tilfredshedsmåling blandt borgere, som har gennemført et stressforløb.
- Kvantitativ måling af oplevet udbytte 6-8 måneder efter afsluttet forløb, samt dataanalyse af mental og fysiologisk udvikling ved opfølgende måling.
- Dataanalyse på baggrund af borgerprofiler henholdsvis henviste og gennemførte forløb, sammenlignet med data fra Region Hovedstadens Sundhedsprofilen samt beriget med registerdata fra Danmarks Statistik.



## 5. OMFANGET AF HENVISTE OG PÅBEGYNDTE FORLØB I 2016

Her under skitseres kort omfanget af henviste, visitationspraksis samt påbegyndte forløb i 2016. Til sidst præsenteres de årsager til stress, som borgerne selv har registreret.

På grund af omlægningen fra fem til to stressklinikker i midten af 2016 har det i perioder været vanskeligt at opretholde en systematisk registrering af henvisninger, visitationssamtaler, påbegyndte forløb, fremmøde, frafald mv. Dette er en medvirkende forklaring på, at det ikke er muligt at præsentere et fuldkomment overblik over omfanget af borgere i stressklinikkerne.

I løbet af 2016 er omkring 1100 borgere henvist til stressklinikkerne.<sup>1</sup> Antallet af henvisninger var lidt højere sammenlignet med året før, hvor knap 900 personer blev henvist. Alle borgere er i 2016 henvist via egen læge.

Visitationspraksis i stressklinikkerne er uændret siden 2015. Dette betyder, at alle borgere, der henvises til stressklinikkerne tilbydes en indledende visitationssamtale med en psykolog. I samtalen laver psykologen en samlet vurdering af, om den givne person kan forventes at have udbytte af stressklinikernes tilbud, eller i stedet bør henvises til en anden type hjælp via egen læge. De retningsgivende visitationskriterier fremgår af boksen til højre, og er uændret siden stressklinikkerne blev etableret i starten af 2015.

Stressklinikernes kapacitet er øget væsentligt siden 2015, det vil sige, at der oprettes flere hold end i 2015 og dermed, at et større antal borgere kan tilbydes en plads umiddelbart efter, at de er blevet henvist.

I 2016 er der oprettet og gennemført 29 holdforløb med 13-14 deltager pr. hold. Dette betyder at ca. 660 personer har påbegyndt et stressforløb i løbet af 2016.

### Visitationskriterier til stressforløb

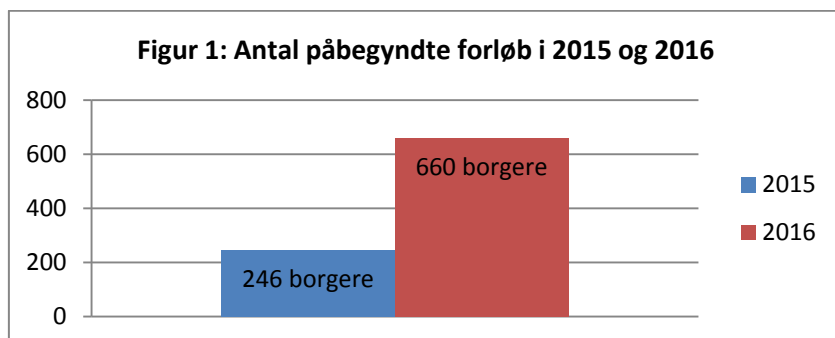
Alle kriterier vurderes ud fra et psykologfagligt skøn og er afgørende for, om borgeren kan forventes at profitere af et stressforløb.

- Vurdering af stressniveau på PSS stressskala ( $\geq 17$  på PSS-skala). Stressniveau må ikke være for lavt (ikke stresset) og ikke for højt (tegn på svær angst eller depression).
- Ingen alvorlig psykisk sygdom
- Ingen alvorlig fysisk sygdom
- Ingen alkohol- eller stofafhængighed
- Ikke nedsat kognitiv funktion
- Kan forstå og udtrykke sig på dansk
- Er motiveret ift. forløbet
- Er minimum 18 år

---

<sup>1</sup> Heraf har vi registrerede data på 792 personer med en henvisning. Alene registrerede borgere indgår i evalueringen.

Figur 1 viser udviklingen i kapacitet fra 2015 til 2016.

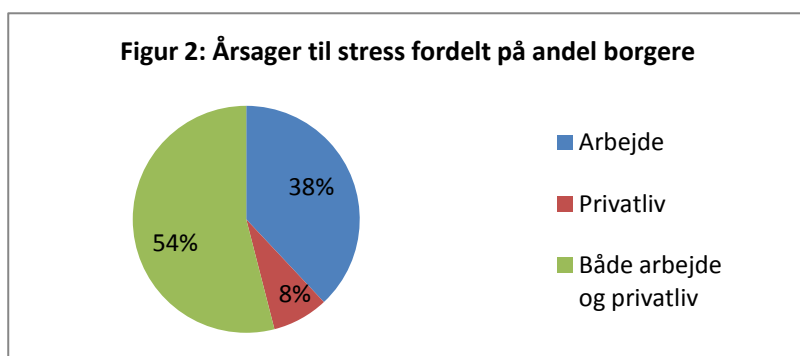


Figur 1 Antal påbegyndte forløb i 2015 og 2016

Det er ikke muligt at opgøre det præcise antal borgere, som er stoppet, efter at de har påbegyndt et forløb. Psykologernes vurderer, at der i gennemsnit er 1-2 borgere pr. hold, der falder fra undervejs i forløbet.

## 5.1 ÅRSAGER TIL STRESS

I forbindelse med den indledende visitation til stressklinikkerne har borgerne oplyst, om deres stressproblematik skyldes en arbejdsrelateret belastning eller om den knytter sig til noget i privatlivet - eller om det skyldes en kombination. Svarene fra i alt 586 personer, fremgår af figur 2 nedenfor, hvor det ses, at lidt over halvdelen svarer, at det skyldes en kombination, mens godt en tredjedel svarer, at det alene hænger sammen med en arbejdsmæssig årsag. En mindre andel på 8 pct. svarer, at årsagen alene skyldes noget i privatlivet.



Figur 2 Årsager til borgernes stress

## 6. EFFEKTMÅL PÅ STRESSFORLØBENE

Med henblik på at vurdere effekten af kommunens stressforløb bliver alle borgere, som starter på et forløb, bedt om at udfylde effektspørgeskemaer (screening, start- og slutmåling). Spørgeskemaerne måler henholdsvis stressniveau, depressionssymptomer, søvnkvalitet samt helbredsbetiget livskvalitet.

Det er en oplagt begrænsning i evalueringen, at effektmålingen ikke kan sammenlignes med en kontrolgruppe, og det således principielt er muligt, at de positive forandringer skyldes andre faktorer og hændelser end kommunens stressforløb. At hele effekten skulle kunne tilskrives andre hændelser end

stressforløbene modsiges af et tidligere randomiseret forsøg med den metode<sup>2</sup>, der anvendes i stressklinikkerne.

Ud af de i alt ca. 660 påbegyndte forløb, er der indsamlet brugbare effektdata fra omkring 20 pct. af deltagerne. Dette er en forholdsvis lav besvarelsesandel, men overordnet set er grupperne, der indgår i effektmålingen sammenlignelig med henviste borgere og borgere, der har gennemført et forløb.

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

## 6.1 UDVIKLING I BORGERNES STRESSNIVEAU

Ifølge en tidligere befolkningsundersøgelse havde danskerne et gennemsnitligt stressniveau på 11 på PSS-skalaen (0-40). En score på 11 betragtes som 'ingen stress'.

I Sundhedsprofilen opgøres de borgere, som scorer over 18, som havende et 'højt' stressniveau, mens en score på mindst 17 er sat som kriterium for at blive inkluderet i et stressforløb i Københavns Kommune.

Tendensen i borgernes stressniveau i 2016 ligner billedet fra 2015. Generelt havde borgerne et relativt højt stressniveau på det tidspunkt, hvor de blev henvist til stressklinikkerne. I gennemsnit lå borgerne på 24,8 på PSS-skalaen.

Figur 3 nedenfor viser udviklingen i borgernes stressniveau fra det tidspunkt, hvor de er til den første screeningsamtale med en psykolog, til forløbet starter og endelig ved forløbets afslutning.

Som det ses, er der en signifikant faldende tendens i det gennemsnitlige stressniveau allerede fra tidspunktet for visitationssamtalen, det vil sige også inden selve stressforløbet går i gang. Borgernes gennemsnitlige stressniveau falder dog væsentlig mere i den periode, hvor de gennemfører forløbet sammenlignet med perioden inden. På grund af ufuldstændig registrering er det ikke muligt at opgøre præcist, hvor lang tid der er gået fra tidspunktet for visitationssamtalen til forløbenes start. De fleste borgere har dog formentlig ventet mellem to og seks måneder fra tidspunktet for visitationssamtalen til de kunne starte på et forløb.

Gruppens gennemsnitlige stressniveau er faldet til lige under det niveau, der berettiger til inklusion til et forløb og som generelt betragtes som behandlingskrævende. Borgerne, der har udfyldt effektskemaerne har i gennemsnit oplevet et fald på 28 pct. på PSS-skalaen, hvilket er udtryk for næsten samme niveau som hos gruppen, der indgik i effektmålingen på stressklinikkerne for 2015. I 2015 var det gennemsnitlige fald på 31 pct. og dermed en anelse større.

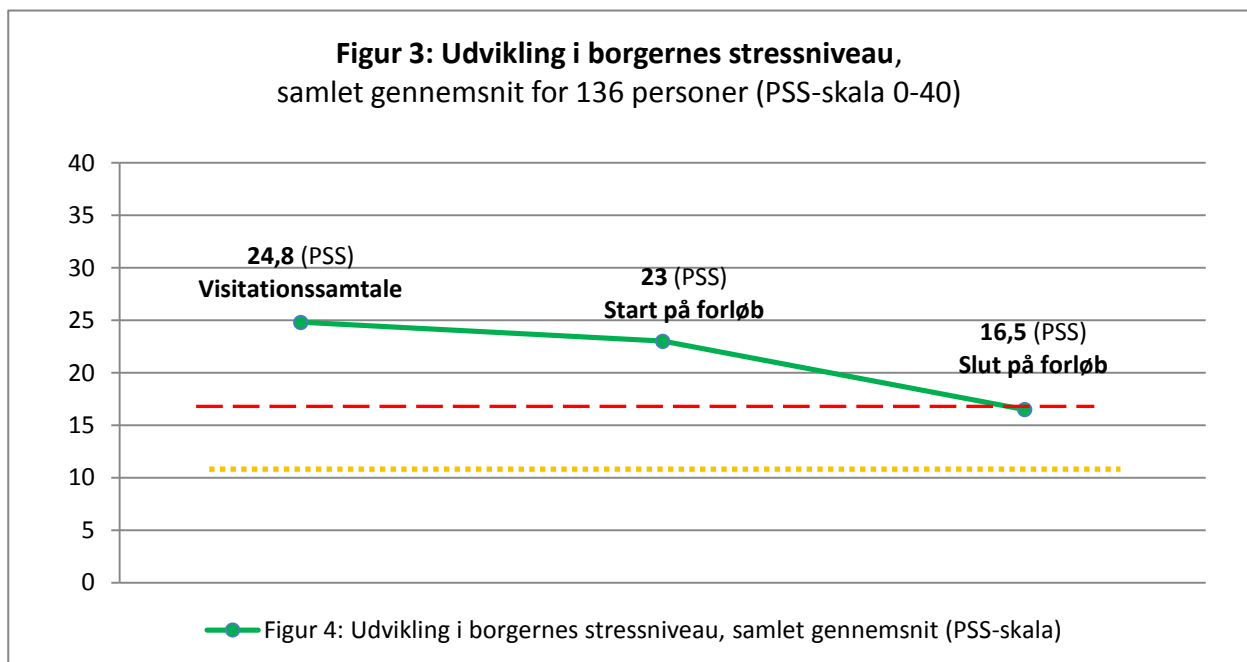
### **Cohens Perceived Stressscale (PSS)**

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

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

<sup>2</sup> Stressklinikkerne benytter metoden Åben og Rolig. Denne blev i 2014 testet i et randomiseret forsøg med patienter på Rigshospitalet. Her viste resultatet, at kontrolgruppen havde en væsentlig anderledes og mindre positiv udvikling sammenlignet med interventionsgruppen, der havde deltaget i et tilsvarende Åben og Rolig-forløb.

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



**Figur 3 Udvikling i stressniveau ved hhv. screeningsamtale, forløbets start og forløbets afslutning. Jo lavere score des mindre stress.**

— Den stiplede røde linje markerer grænsen på 17 på PSS-skalaen. En score på 17 eller der over markerer anbefalet kriterium for, hvornår stress er behandlingskrævende samt inklusionskriteriet i Københavns Kommunes stressklinikker.

..... Den prikkede orange linje markerer niveauet på 11, der afspejler danskernes gennemsnitlige stressniveau, ifølge en befolkningsundersøgelse fra 2010.

Udviklingen mellem forløbets start og slut er beregnet på baggrund af svar fra henholdsvis 242 borgere i startmålingen og 193 borgere, der indgår i slutmålingen. I alt har 136 borgere både udfyldt et start- og slutskema. Den samlede udvikling i borgernes stressniveau dækker over, at i alt 113 personer, har oplevet en positiv forandring, svarende til 83 pct., mens 23 personer eller 17 pct. enten har oplevet, at deres stressniveau var uændret eller forværret ved forløbets afslutning. Andelen, der har oplevet en positiv forbedring, er en smule lavere end i 2015, hvor det gjorde sig gældende for 91 pct.

## 6.2 UDVIKLING I SYMPTOMER PÅ DEPRESSION

Svær depression er i sig selv årsag til, at borgere ikke er egnede til stressklinikernes tilbud, da indholdet i forløbet er målrettet stressproblematikker og ikke depression. Da langvarig stress imidlertid ofte er forbundet med risiko for depression, er mange af spørgsmålene på MDI-skalaen stressrelaterede (fx spørgsmål om manglende energi og træthed, dårlig selvtillid, dårlig samvittighed, rastløshed samt koncentrationsbesvær). Når mange af borgerne i stressklinikkerne i deres effektskemaer viser tegn på depression, er det således ikke udtryk for, at de nødvendigvis led af en egentlig depression, før de blev

inkluderet i forløbet, men derimod, at symptomerne var en indikation på, at en stor del af borgerne viste tegn på at være *i risiko for* at udvikle depression.<sup>3</sup>

Af Figur 5 nedenfor ses udviklingen i forekomsten af depressionssymptomer hos borgerne. Gennemsnitsværdien for tidspunktet ved visitationssamtalen er beregnet ud fra besvarelser fra 670 personer, mens målingen ved forløbenes start bygger på svar fra 247 mens den afsluttende måling er baseret på svar fra 207 borgere. I alt har 151 borgere svaret på begge skemaer.

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

Ved visitationssamtalen lå borgerne i gennemsnit på 26,7 på MDI-skalaen og dermed i intervallet med tegn på 'moderat' depression. Ved forløbets start lå borgerne i gennemsnit på 23,6, det vil sige på grænsen mellem moderat og let depression, mens den afsluttende måling viser, at borgernes gennemsnit ligger væsentligt under 20 og dermed på det niveau, hvor der ikke er tale om depressionssymptomer. Tendensen i det gennemsnitlige fald på MDI-skalaen ved start og slutmålingen er på samme niveau som det, der fremgik i evaluering af stressklinikkerne for 2015.

#### **Major Depression Inventory (MDI)**

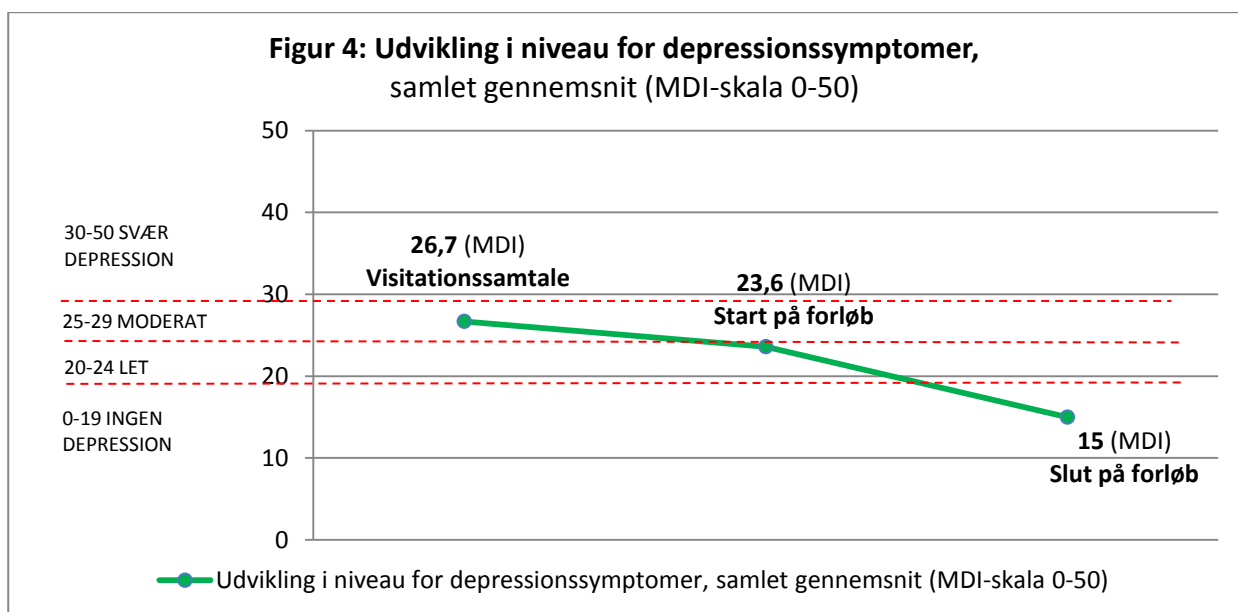
MDI er udviklet i samarbejde med WHO som et mål for depressionsgrad. MDI er et spørgeskema med 11 spørgsmål med seks svarmuligheder og beregnes til en samlet score på mellem 0 og 50. (Se bilag 2). MDI kan inddeles i niveauer for depressionsgrad:

**0-19: Ingen depression**

**20-24: Let depression**

**25-29: Moderat depression**

**30-50: Svær depression**



Figur 4 Udvikling i depressionssymptomer ved hhv. screeningsamtale, forløbets start og forløbets afslutning. Jo lavere score des færre symptomer.

<sup>3</sup> Som led i screeningen til forløbene har psykologerne lavet den kliniske vurdering af borgernes egnethed til kommunens forløb, og således vurderet om depressionssymptomer var udtryk for risikoadfærd eller en udviklet depressionstilstand.

— — Den stiplede linje markerer grænsen på 20 eller der over på MDI-skalaen, som udgør kriteriet for tegn på depression (let depression).

Mens 60 procent af borgerne havde tegn på og/eller var i risiko for depression ved forløbets start (både let, moderat eller alvorlig), var andelen faldet til 21 procent ved forløbets afslutning. Det betyder med andre ord, at ud af de i alt 151 personer, der indgår i målingen, var andelen med symptomer på depression faldet fra 90 ved forløbets start til 32 personer ved afslutningen af forløbet. Fordelingen på de enkelte depressionsniveauer ses af oversigten nedenfor.

Grad af depression ifølge MDI	Andel borgere før forløbet	Andel borgere efter forløbet
<i>Ingen depression</i> (MDI-score: ≤20)	40 pct.	80 pct.
<i>Let depression</i> (MDI-score: 21-24)	15 pct.	9 pct.
<i>Moderat depression</i> (MDI-score: 25-29)	21 pct.	7 pct.
<i>Alvorlig depression</i> (MDI-score: ≥30)	24 pct.	5 pct.

Tabellen viser, at borgerne oplevede et fald i depressionssymptomer, uanset hvilket niveau de lå på ved forløbets start. Det fremgår bl.a., at der var 45 pct. af borgerne, som ved forløbets start viste tegn på *moderat* eller *alvorlig* depression, mens andelen var faldet til 12 pct., da de afsluttede forløbet.

### 6.3 UDVIKLING I SØVNKVALITET

På effektmålet om forbedring i søvnkvalitet ses der ligeledes en positiv udvikling. Mere end halvdelen af borgerne oplevede en forbedring i løbet af forløbet, dvs., at de havde færre søvnforstyrrelser ved afslutningen sammenlignet med da de startede. Dette galdt for 87 personer ud af 128 personer (68 procent), der havde svarer på både start- og slutschema. Andelen af borgere, som samlet set svarede, at de havde en 'god' søvnkvalitet (5 eller under på PSQI) var steget fra 25 pct. før forløbet til 51 pct. efter.

Den samlede udvikling svarer til en reduktion af søvnforstyrrelser på 25 procent og ses af figur 5 nedenfor. Også i forhold til søvnkvalitet findes der ingen fast konsensus om, hvor stor forandringen skal være for at tælle som klinisk betydningsfuld. En reduktion på 25 procent kan dog formentlig betragtes som klinisk signifikant.

#### ***Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)***

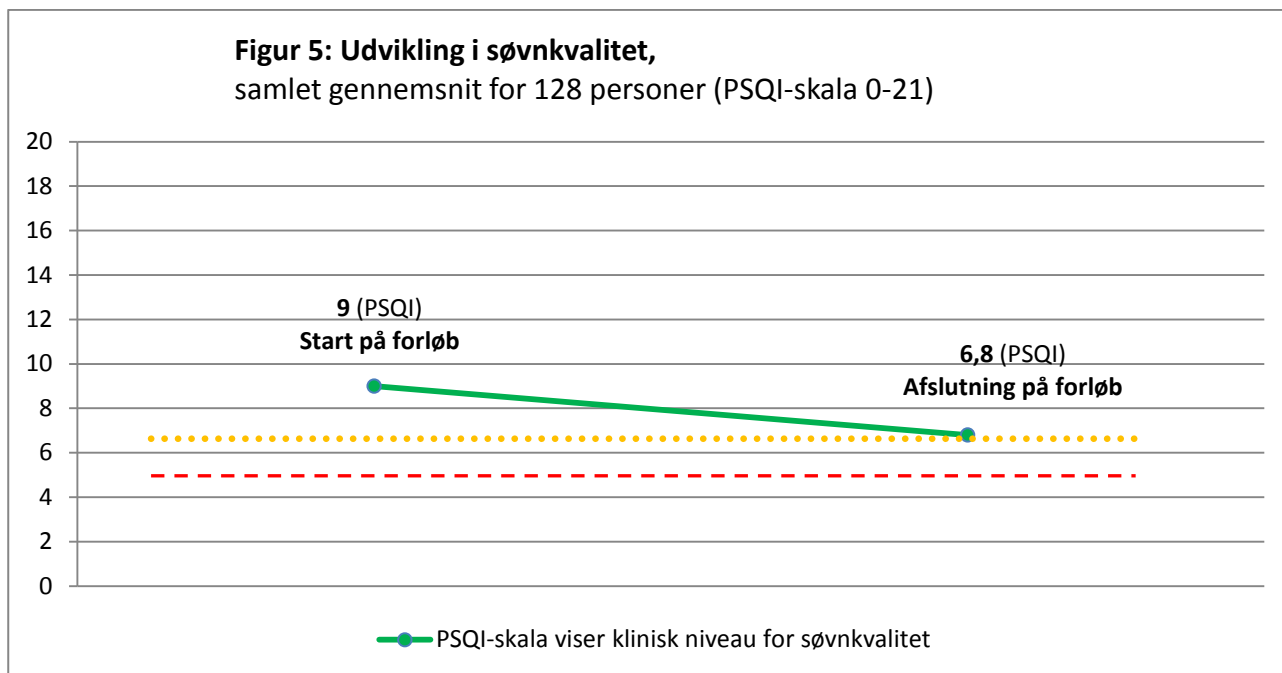
PSQI måler via 19 spørgsmål aspekter af borgernes søvnkvalitet og eventuelle forstyrrelser indenfor den sidste måned. Skemaet opgøres bl.a. som en samlet score på mellem 0 og 21. (Se bilag 3).

***0-5: God søvnkvalitet.***

***6-7: Nogen søvnforstyrrelser, (niveau som gennemsnit af befolkningen i Dk).***

***8-21: Forringet søvnkvalitet.***

I 2015 var det gennemsnitlige fald på 34 pct. og dermed lidt mere markant end hos den gruppe, der indgår i målingen i 2016. Det ses desuden, at det på daværende tidspunkt var 78 pct. som havde oplevet end forbedring af søvnkvaliteten sammenlignet med 68 pct. i 2016.



Figur 5 Udvikling i søvnkvalitet ved hhv. forløbets start og forløbets afslutning. Jo lavere score des bedre søvn.

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

#### 6.4 UDVIKLING I HELBREDSBETINGET LIVSKVALITET

I 2016 er borgerne ved begyndelsen og afslutningen på deres stressforløb blevet bedt om at besvare et spørgeskema, der belyser opfattelsen af eget helbred. Spørgeskemaet SF-12 belyser både fysisk og mentalt helbred og giver et billede af sammenhængen imellem de to komponenter. I spørgeskemaet spørges der ind til, hvordan svarpersonen har det, og hvor godt de er i stand til at udføre deres daglige gøremål.

Figur 6 nedenfor viser den gennemsnitlige udvikling målt på henholdsvis en fysisk og en mentalt score. Den fysiske score giver et billede af, hvordan borgerne vurderer deres legemlige helbred, mens den mentale score siger noget om omfanget af følelsesmæssige problemer og udfordringer i hverdagen. Jo højere scoren er, des bedre er borgernes tilstand.

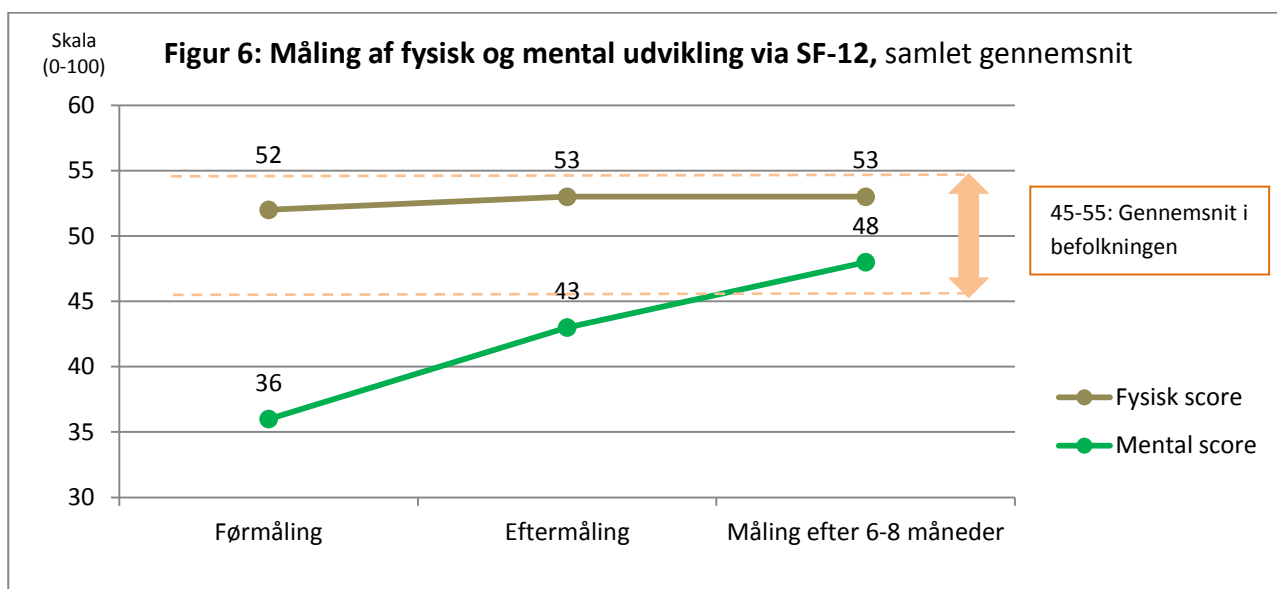
#### **Short Form 12 Health Survey version 2 (SF-12)**

SF-12 indeholder 12 spørgsmål, der belyser svarpersonens helbredstilstand inden for de seneste fire uger. Spørgsmålene omhandler helbredsrelaterede begrænsninger i fysisk funktion, social funktion og psykisk velbefindende. SF-12 er et udbredt og anerkendt mål, og flere studier har dokumenteret høj validitet.

Figuren viser, for det første, at borgerne i gennemsnit oplever en markant positiv udvikling på den mentale score indenfor de ni uger, hvor de gennemgår stressforløbet. Tendensen i målingen med SF-12 bekræfter således det billede, som viser sig i de ovenfor præsenterede analyser af stress og tegn på depression nemlig, at borgerne får det bedre undervejs i forløbet.

Dernæst viser figuren, at den positive udvikling fortsætter efter forløbet er afsluttet, dog med en svagt aftagende hastighed. Tallene i figuren afspejler udviklingen for de samme borgere, som derved er blevet fulgt fra start til slut i selve stressforløbet og 6-8 måneder efter.

Foruden den mentale score viser figuren, at borgerne, der indgår i målingen, også oplever en positiv forbedring på deres legemlige helbred. Udviklingen er signifikant, selvom den er væsentlig mindre markant, sammenlignet med udviklingen på den mentale score. Dette er for det første forventeligt i kraft af, at tilbuddet handler om støtte til mental forbedring. Desuden ses det, at udgangspunktet hos borgerne er væsentlig lavere for den mentale tilstand end for den legemlige dvs., at når borgerne starter i stressklinikkerne har de generelt større problemstillinger, der knytter sig til deres sindstilstand end til deres fysiske helbred, hvilket ligeledes er forventeligt.



**Figur 6** Udvikling i legemlig og mental udvikling hhv. ved forløbets start og afslutning samt 6-8 måneder efter forløbets afslutning. Jo højere score, des bedre tilstand. Der indgår besvarelser for 69 personer i før og eftermåling. Opfølgende måling efter 6-8 måneder udgøres af svar fra 19 personer, som også indgår i før og eftermåling.

Den gennemsnitlige udvikling på den mentale score dækker over, at 78 pct. af borgerne har oplevet en forbedring i perioden for selve stressforløbet, mens 23 pct. har oplevet en forværring.

I forhold til den fysiske score har 56 pct. oplevet en forbedring, mens 44 pct. har oplevet en forværring.

Som led i evalueringen er det undersøgt, om der er forskel på den udvikling, som mænd og kvinder oplever på helbredsbestemt livskvalitet. Dette er ikke muligt at af- eller bekræfte med de eksisterende data, hvor relativt set færre mænd indgår sammenlignet med antallet af kvinder.



## 6.5 OPSUMMERING PÅ RESULTATER FOR EFFEKTMÅL

Samlet set har deltagerne i kommunens stresstilbud vist væsentlige forbedringer på de fire effektmål – stressniveau, depressionssymptomer, søvnkvalitet og helbredsbeding livskvalitet.

En sammenligning af borgernes besvarelser ved start og slut af forløbene viser, at flertallet oplever et fald i det daglige stressniveau eksempelvis i form af, at borgerne ved kursets afslutning i mindre grad oplever manglende evne til at overskue dagligdagen, lavere grader af irritabilitet, lavere grader af vrede, højere grader selvkontrol samt i højere grad at have en følelse af at have ”styr på tingene” (PSS).

På samme måde oplevede borgerne lavere grader af symptomer på depression (MDI), for eksempel lavere grader af tristhed, dårlig samvittighed, dårlig selvtillid og følelsen af meningsløshed.

Ligeledes oplevede borgerne færre søvnproblemer (PSQI) ved kursets afslutning, hvor PSQI-skemaerne fortæller om færre problemer med at falde i søvn, mere jævn og uforstyrret søvn og flere søvntimer om natten.

Endelig bekræftede målingen af borgernes helbredsbedingede livskvalitet, at de oplevede forbedringer af både mentalt og legemligt helbred. Resultaterne indikerer altså, at borgere oplever væsentlige forbedringer i forbindelse med, at de afslutter kommunens stressforløb.

Det er en oplagt begrænsning i evalueringen, at effektmålingen ikke kan sammenlignes med en kontrolgruppe, og det således principielt er muligt, at de positive forandringer skyldes andre faktorer og hændelser end kommunens stressforløb. Analyser af borgernes udvikling i perioden mellem screening og holdstart viser, at borgerne i gennemsnit allerede her oplevede et signifikant fald i stresssymptomer, men dog et væsentligt lavere fald sammenlignet med det fald, der i gennemsnit ses hos borgerne, der er effektmålt ved forløbenes afslutning.

## 7. BORGERNES TILFREDSHED VED AFSLUTNING PÅ FORLØBET

Borgerne er ved afslutningen på forløbet blevet bedt om at besvare en række spørgsmål, der afdækker forskellige aspekter af tilfredsheden med tilbuddet, samt hvordan borgerne oplever deres udbytte. Her under skitseres fordelingen af borgernes svar. Opgørelsen er baseret på svar fra i alt 198 personer.

Det er værd at være opmærksom på, at der i besvarelserne for de 198 ikke indgår borgere, som er stoppet undervejs i forløbet, det vil sige, at besvarelserne kun afspejler de personer, som har valgt at fuldføre forløbet.

Overordnet viser besvarelserne, at de borgere som fuldfører et stressforløb, generelt er tilfredse med kommunens tilbud. Dette er en bekræftelse af det billede, der viste sig ved evalueringen af stressklinikkerne fra 2015.

Tabellen nedenfor viser for det første, at 94 pct. af de borgere, der gennemfører forløbet, samlet set er tilfredse. De 94 pct. dækker over, at 69 pct. er ’meget tilfredse’, mens 25 pct. svarer, at de er ’tilfredse’.

Størstedelen svarer, at de er tilfredse med udbyttet af undervisningen (93 pct.), at der var mulighed for at tage emner op, som var relevante for den enkelte (90 pct.) og, at de i deres hverdag kan bruge den viden de fik i undervisningen (96 pct.). Langt de fleste vurderer, at underviserne var kompetente og lydhøre (97 pct.).

De mindst positive vurderinger ses på spørgsmålet om, hvorvidt undervisningen blev tilpasset den enkeltes behov, hvor 74 pct. svarer bekræftende. Ligeledes er der relativt set en lavere andel, der svarer, at de er tilfredse med deres egen indsats i undervisningen. Her svarer 79 pct., at det er tilfældet.

Endelig svarer 86 pct., at forløbet har medvirket til at forbedre deres helbred.

Der indgår få besvarelser fra mænd, hvorfor det ikke er muligt at vurdere om der er forskel på tilfredsheden mellem de to køn.

<b>Spørgsmål om tilfredshed og udbytte for forløbets afslutning</b>					
	<b>Meget tilfreds</b>	<b>Tilfreds</b>	<b>Hverken tilfreds eller utilfreds</b>	<b>Utilfreds</b>	<b>Meget utilfreds</b>
1. Samlet tilfredshed	69 pct.	25 pct.	4 pct.	1 pct.	1 pct.
	<b>Helt enig</b>	<b>Enig</b>	<b>Hverken enig eller uenig</b>	<b>Uenig</b>	<b>Helt uenig</b>
2. Ved opstarten af mit forløb, fik jeg tilstrækkelig mulighed for at fortælle, hvad jeg gerne ville opnå med mit forløb	65 pct.	30 pct.	3 pct.		
3. Jeg er alt i alt godt tilfreds med mit udbytte af undervisningen og/eller træningen	63 pct.	30 pct.	4 pct.	2 pct.	1 pct.
4. Jeg havde mulighed for at tage emner op i undervisningen og/eller træningen, som havde betydning for mig	58 pct.	32 pct.	7 pct.	2 pct.	
5. Træningen / undervisningen blev tilpasset, så den passede til mine behov	37 pct.	37 pct.	20 pct.	4 pct.	
6. Personalet / underviserne i forebyggelsescenteret er kompetente	83 pct.	14 pct.		1 pct.	
7. Personalet / underviserne i forebyggelsescenteret er lydhøre og professionelle	83 pct.	14 pct.		1 pct.	
8. Jeg er godt tilfreds med min egen indsats i undervisningen	33 pct.	46 pct.	14 pct.	4 pct.	1 pct.
9. Jeg kan bruge den viden, jeg fik i undervisningen og/eller træningen, i min hverdag	67 pct.	29 pct.	4 pct.		
10. Jeg har nået de mål i forløbet, jeg satte sammen med personalet	19 pct.	40 pct.	28 pct.	6 pct.	1 pct.
11. Forløbet i forebyggelsescentret har medvirket til at forbedre mit helbred	45 pct.	41 pct.	9 pct.	2 pct.	1 pct.

*Hvis tallene ikke samlet summer op til 100 pct. skyldes det enten decimaler, eller at enkelte borgere har svaret "ved ikke".*

## 8. OPLEVET UDBYTTET EFTER 6-8 MÅNEDER

Med henblik på at vurdere, hvilken betydning stresstilbuddet har på længere sigt, er der i 2016 lavet en opfølgende måling blandt alle de borgere, som for mellem seks og otte måneder siden har gennemført og afsluttet. Besvarelsene stammer dermed fra personer, der har afsluttet et forløb i 2015 og første halvdel af 2016.

Der er indsamlet besvarelser fra i alt 85 personer. Borgerne har udfyldt de samme validerede skemaer, som dem der indgår i før- og eftermålingen for selve stressforløbet, det vil sige vurdering af stressniveau, depressionssymptomer, søvnkvalitet samt helbredsbetings livskvalitet. Derudover er borgerne blevet stillet en række supplerende spørgsmål, der uddyber deres oplevelser med langtidseffekt af stressforløbet.

Herunder skitseres indledningsvis borgernes besvarelser om, hvorvidt de selv oplever at have gavn af forløbet seks til otte måneder efter de afsluttede.

Overordnet tegner borgernes besvarelser et positivt billede. På de fleste spørgsmål svarer over halvdelen, at de 'i nogen grad' eller 'i høj grad' stadig har gavn af forløbet. Fordelinger på de enkelte spørgsmål skitseres nedenfor.

- 82 pct. af borgerne svarer, at deres deltagelse i stressforløbet **alt i alt har medvirket til, at det i dag er lettere for dem at håndtere deres hverdag**, end det var tidligere. 15 pct. svarer 'i mindre grad' og 1 pct. svarer 'slet ikke'.
- 76 pct. svarer, at de i deres hverdag **stadigvæk bruger nogle af de redskaber, som de lærte i stressforløbet**. 23 pct. svarer 'i mindre grad' og 1 pct. svarer 'slet ikke'.
- 87 pct. svarer, at deres deltagelse i stressforløbet har **medvirket til, at det i dag er lettere for dem at håndtere stressende situationer** end det var tidligere. 8 pct. svarer 'i mindre grad' og 2 pct. svarer 'slet ikke'.
- 61 pct. svarer, at forløbet har **medvirket til, at det i dag er lettere for dem at håndtere socialt samvær** med andre, end det var tidligere. 23 pct. svarer 'i mindre grad' og 8 pct. svarer 'slet ikke'.
- 69 pct. svarer, at deres deltagelse i forløbet har haft **positiv betydning for deres arbejdsliv**. 13 svarer 'i mindre grad' og 2 pct. svarer 'slet ikke'.
- 24 pct. svarer, at deres deltagelse har **medvirket til undgå ophør fra en arbejdsplads**. 5 pct. svarer 'i mindre grad' og 17 pct. svarer 'slet ikke'. 43 pct. svarer, at spørgsmålet ikke er relevant for deres situation.
- 44 pct. svarer, at forløbet har **medvirket til at begrænse eller undgå sygemelding**. 17 svarer 'i mindre grad' og 7 pct. svarer 'slet ikke'. 31 pct. svarer, at spørgsmålet ikke er relevant for deres situation.

Som led i evalueringen er det undersøgt, om resultaterne er forskellige for mænd og kvinder. På grund af det begrænsede antal mænd i forhold til kvinder er det ikke muligt at vurdere, hvorvidt der er forskel på oplevelsen hos mænd og kvinder.

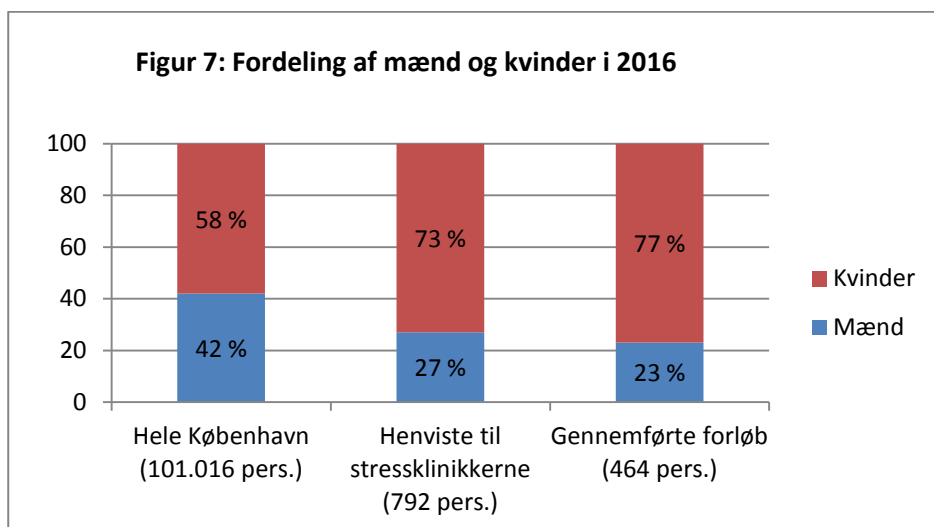
## 9. DATABASERET KARAKTERISTIK: DE STRESSEDE BORGERE I KØBENHAVN

Kapital 9 giver en uddybende databaseret beskrivelse af, hvad der kendetegner de borgere, som har været i kontakt med stressklinikkerne med hensyn til køn, alder, etnisk baggrund, uddannelsesbaggrund og beskæftigelsesstatus. Figurene indeholder data for i alt 792 henviste borgere i 2016 og i alt 464 borgere, som har påbegyndt et forløb.

Endvidere sammenlignes stressklinikernes borgere med gruppen af borgere over 18 år i *hele* Københavns kommune, som ifølge Sundhedsprofilen har et 'højt' stressniveau, og som således udgør den samlede potentielle målgruppe for kommunens stresstilbud.<sup>4</sup> Sammenligningens formål er at vise, om de borgere, som kommunen ind til videre har haft kontakt med i stressklinikkerne, er repræsentative for den samlede gruppe af stressede københavnere.

### Fordeling af køn

Figur 7 nedenfor viser fordelingen mellem mænd og kvinder. Blandt de godt 100.000 københavnere, der defineres som stressede på baggrund af Sundhedsprofilen, er knap 60 procent kvinder, mens godt 40 procent udgøres af mænd. Blandt borgere som har været i kontakt med stressklinikkerne er fordelingen ikke repræsentativ i forhold til den samlede gruppe. Her viser tabellen, at det i 2016 er 73 procent af de henviste borgere, som udgøres af kvinder, mens 27 procent er mænd. Samtidig viser tallene, at lidt flere mænd end kvinder falder fra undervejs i forløbet, således at andelen der ender med at gennemføre et forløb udgøres af 77 procent kvinder og 23 procent mænd.



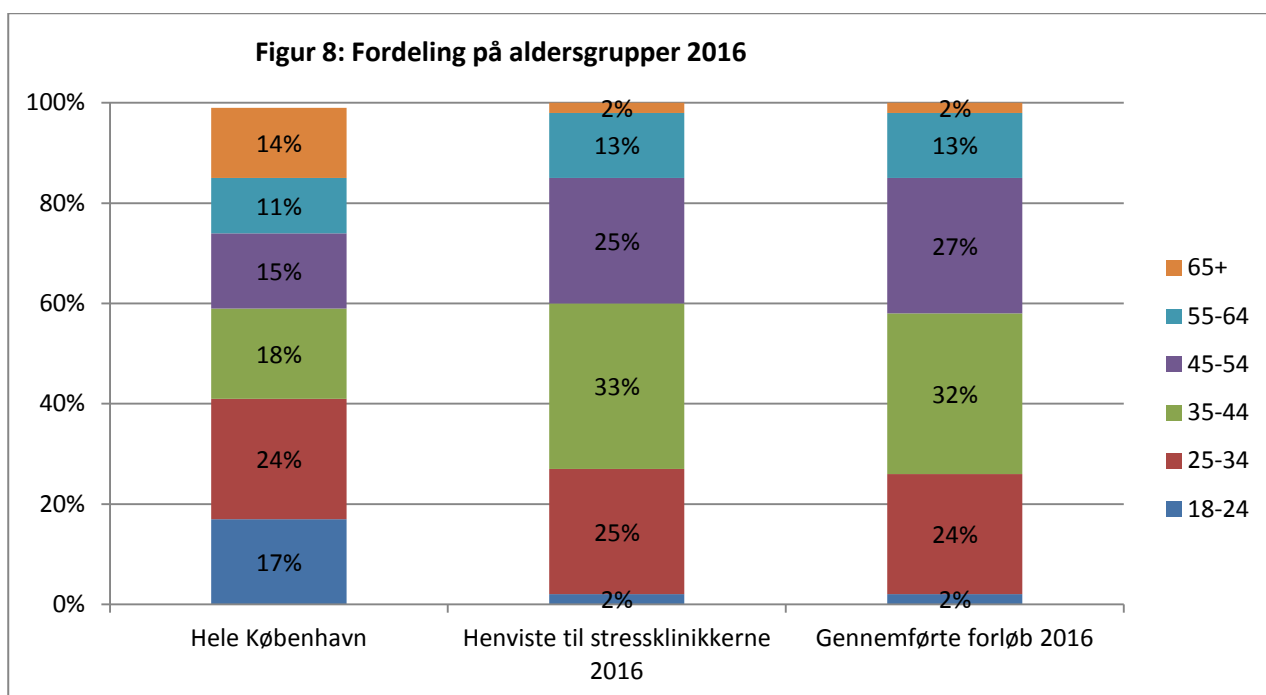
Figur 7 Fordeling af mænd og kvinder i 2016

Billedet er stort set det samme som i 2015, hvor mændene ligeledes var underrepræsenteret i forhold til den andel, de udgør i den samlede gruppe af borgere med et højt stressniveau i Københavns Kommune.

<sup>4</sup> Oplysningerne om befolkningens stressniveau i Region Hovedstadens sundhedsprofil baserer sig på samme stressskala (PSS), som den der anvendes ved screening til Københavns Kommunes stresstilbud. Definitionen af stress er således sammenlignelig på tværs af de to målgrupper.

### Fordeling af aldersgrupper

Figur 8 nedenfor viser fordelingen af aldersgrupper. Her ses det, at blandt borgerne, der har været i kontakt med stressklinikkerne, er der både en underrepræsentation af de yngste og de ældste borgere i forhold til den samlede befolkningsgruppe med et højt stressniveau. Det vil sige, at der relativt set er færre i aldersgrupperne 18-24 år og +65-årige. Omvendt er der en overrepræsentation af borgere i aldersgruppen 35-54 år, i forhold til den totale gruppe af stressede i København. Dette billedet er det samme som gjorde sig gældende i 2015.

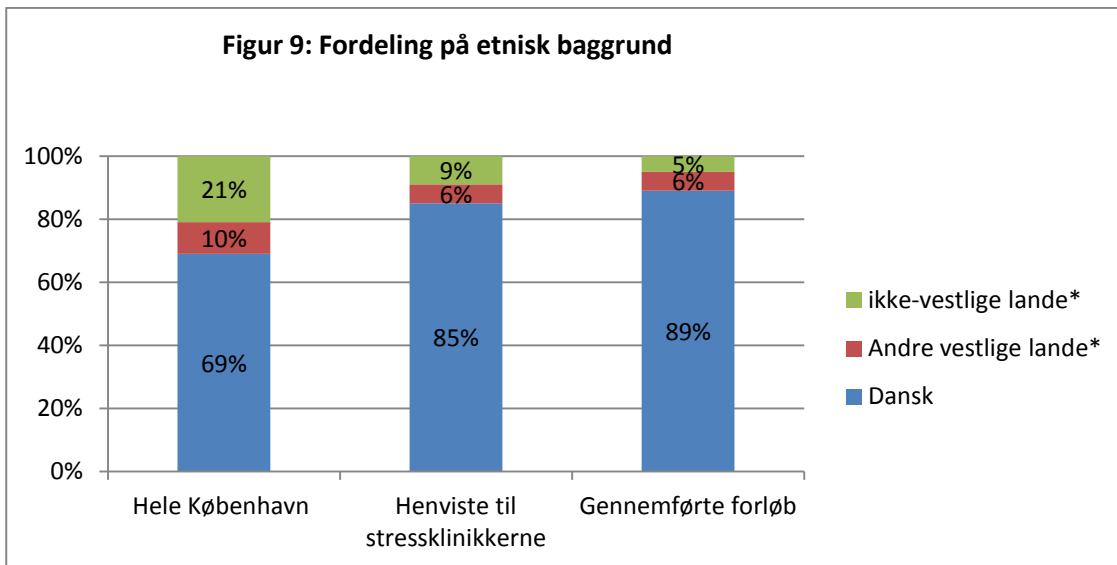


Figur 8 Fordeling af aldersgrupper 2016

### Fordeling på etnisk baggrund

Figur 9 viser, at borgere med anden etnisk baggrund end dansk udgør 21 procent af alle de godt 100.000 personer, der ifølge Sundhedsprofilen har et højt stressniveau i København. Borgere med anden etnisk baggrund er underrepræsenteret i stressklinikkerne, hvor de udgør 15 procent af de henviste borgere fordelt på henholdsvis 6 procent fra andre vestlige lande og 9 procent fra ikke-vestlige lande. Tendensen er den samme som i 2015.

Tallene viser desuden, at blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk, er der en lavere andel, der ender med at gennemføre et forløb, sammenlignet med hvor stor en andel gruppen udgør blandt de henviste.



**Figur 9 Fordeling i forhold til etnisk baggrund**

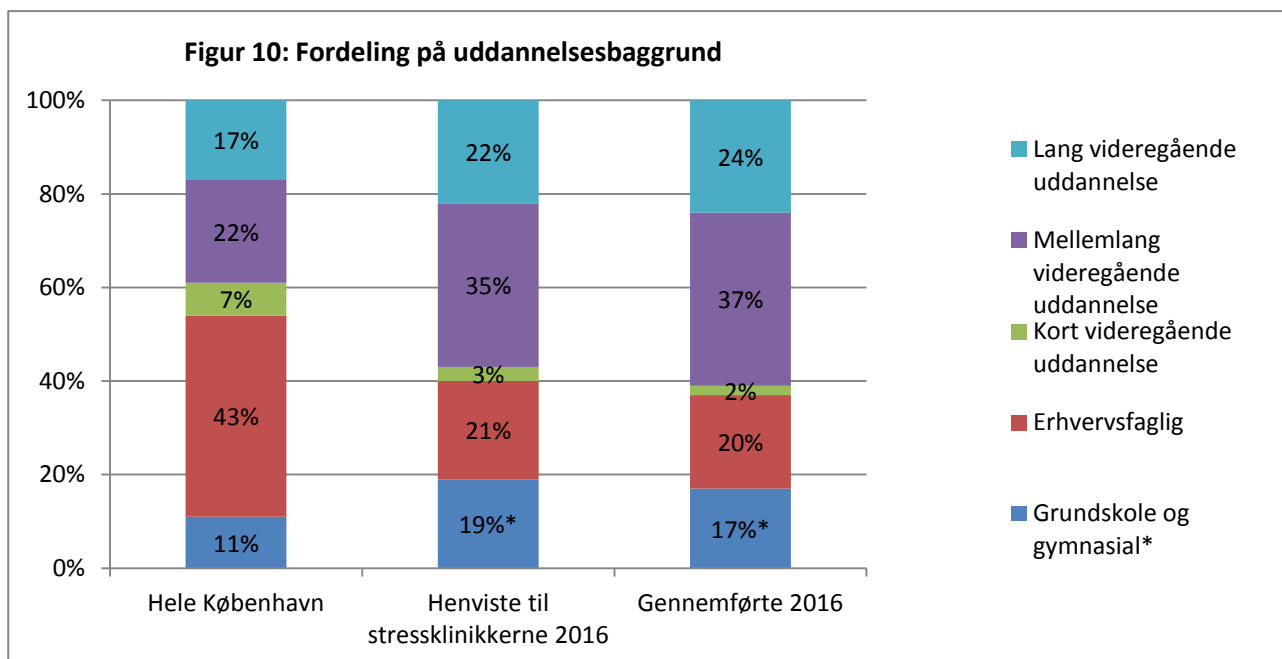
\*Begge grupper rummer både kategorien 'indvandrere' (født i udlandet af udenlandske forældre) og 'efterkommere' (født i Danmark af udenlandske forældre).

### Fordeling på uddannelsesbaggrund

Figur 10 viser, i hvilket omfang borgerne, som er henvist til stressklinikkerne i 2015, uddannelsesmæssigt er repræsentative for den samlede gruppe af stressramte personer i København. Tallene afspejler den uddannelse, som borgerne senest har afsluttet.

Tabellen viser først og fremmest, at borgere med erhvervsfaglig uddannelsesbaggrund er underrepræsenteret i stressklinikkerne. Gruppen udgør 43 procent af den samlede gruppe af borgere med et højt stressniveau i Københavns Kommune og 20 procent af de borgere, der bliver henvist til stressklinikkerne.

Dernæst viser tabellen, at borgere, der senest har afsluttet en grundskoleuddannelse samt i særlig grad borgere med mellemlange uddannelser, er overrepræsenteret blandt de henviste til stressklinikkerne. Endelig indikerer tallene en svag tendens til, at en mellemlang eller lang uddannelse gør det mere sandsynligt, at borgerne gennemfører et forløb sammenlignet med de grupper af borgere, som har en kortere uddannelse.



Figur 10 Fordeling på uddannelsesbaggrund

\*Tallet kan dække over, at nogle i gruppen er under uddannelse.

### Fordeling i forhold til beskæftigelsesstatus

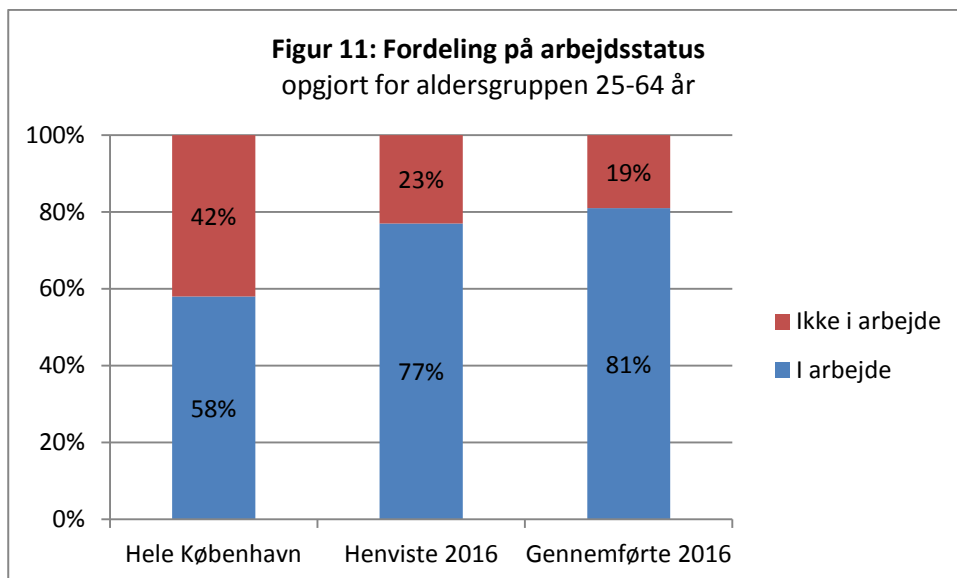
Figur 11 viser, hvordan borgerne fordeler sig med hensyn til, om de var i arbejde eller ej forud for, at de blev henvist til stressklinikkerne.

Tallene for hele gruppen af borgere med et højt stressniveau i Københavns Kommune indeholder kun borgere i aldersgruppen 25 til 64 år. Dette betyder, at borgere, som er pensionerede ikke indgår, samt at aldersgruppen 18-24 er udtaget af tallet med henblik på at frasortere størstedelen af de borgere, som er under uddannelser, og dermed ligeledes ikke kan forventes at være i beskæftigelse. Tallene giver således et mere retvisende billede af fordelingen mellem beskæftigede og ikke-beskæftigede blandt de godt 100.000 borgere i København, som ifølge Sundhedsprofilen har et højt stressniveau.<sup>5</sup>

Tabellen viser, at andelen, som er i arbejde, er lavere blandt gruppen af samtlige københavnere over 25 år, sammenlignet med de borgere, som stressklinikkerne har været i kontakt med i 2016. 77 procent af borgerne, der henvises, og 81 procent af de der gennemfører et forløb, er personer som var i arbejde, inden de blev henvist til stressklinikkerne.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Hvis opgørelsen laves for samtlige borgere over 18 år viser fordelingen, at 49 procent er i arbejde mens 51 procent ikke er det.

<sup>6</sup> Data om beskæftigelse er hentet fra Danmarks Statistik og beskriver, hvilken beskæftigelsessituation, som borgerne var i mindst halvdelen af 2015. For enkelte personer kan deres situation således være ændret på det givne tidspunkt, hvor de enten henvises til en stressklinik eller har deltaget i en visitationssamtale.



Figur 11 Andel beskæftigede og ikke beskæftigede

Samlet set viser tallene i kapitel 9 stort set samme billede som evalueringen for 2015. Stressklinikkerne har en overrepræsentation af kvinder og borgere med etnisk dansk baggrund, mens særligt personer med en erhvervsfaglig uddannelse er underrepræsenteret. Ligesom i 2015 er langt størstedelen af de borgere, der henvises personer, som har en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, og endelig henvises relativt færre helt unge samt ældre over 65 år sammenlignet med den totale gruppe af stressede i København.