

EVALUERING AF KØBENHAVNS KOMMUNES STRESSKLINIKKER

Marts 2016



INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Indledning	3
2. Evalueringens hovedkonklusioner	3
2.1 Opfølgende evaluering af indsatsen i 2016 og 2017	5
3. Kort beskrivelse af projektet	6
3.1 En målsætning at stressklinikkerne understøtter øget lighed i sundhed	6
4. Evalueringens formål	8
4.1 Metode og datakilder	8
5. Omfang af henviste, gennemførte og frafaldne i 2015	9
5.1 Stor efterspørgsel på kommunens stresstilbud	9
5.2 Gennemførte forløb og frafald undervejs i forløbet.....	10
6. Oplevet effekt af stressforløbene	12
6.1 Borgernes stressniveau er faldet ved forløbets afslutning	12
6.2 Borgerne oplever færre tegn på depression efter forløbet.....	13
6.3 Positiv udvikling i søvnkvalitet	15
6.4 Opsummering om effektmåling af borgernes udvikling	15
7. Databaseret karakteristik: De stressede borgere i København	17
7.1 Karakteristik af borgerne, som er henvist til stressklinikkerne i 2015	17
7.2 Karakteristik af borgerne, som er henvist via de praktiserende læger	21
8. Borgernes oplevelser	23
9. Medarbejdernes perspektiver og kommentarer	26
9.1 Rekruttering til kommunens tilbud	26
9.2 Screening og visitation	26
9.3 Stresstilbuddets potentiale i forhold til bedre psykisk sundhed.....	27

I. INDLEDNING

Som den første kommune i Danmark etablerede Københavns Kommune i begyndelsen af 2015 fem klinikker, hvor stressramte borgere kan få hjælp til at håndtere stress. Denne rapport samler op på erfaringerne fra stressklinikkerens første år.

Ifølge tal fra Region Hovedstadens Sundhedsprofil fra 2013 har 23 % af københavnere et 'højt' stressniveau, hvilket svarer til mere end 100.000 personer. Konsekvenserne af manglende stressbehandling er risiko for at udvikle følgesygdomme som angst, depression eller sociale konsekvenser som nedsat livskvalitet, sygemelding eller arbejdsløshed.

Siden stressklinikkerne officielt åbnede for henvisninger i maj 2015, har der vist sig at være en stor interesse for kommunens tilbud. Klinikkerne har igennem hele perioden haft en venteliste, og i august 2015 stod mere end 300 personer i kø til en plads på stressklinikkerne. Interessen bekræfter, at der er et væsentligt behov for indsatser til borgere i København, som i kortere eller længere tid plages af stress som en del af hverdagen.

Med vedtagelsen af Sundhedspolitikken i foråret 2015 samt 'Handleplan for bedre psykisk sundhed' besluttede Sundheds- og Omsorgsudvalget, at forvaltningen skulle igangsætte tiltag, der bidrager til at forbedre københavnernes psykiske sundhed - her under borgernes stressproblematikker.

Sundhedspolitikken udstikker en vision om, at psykiske udfordringer skal ligestilles med fysiske problemstillinger, og i Handleplanen hedder det direkte, at Københavns Kommune vil "oprette stressklinikker, hvor københavnere støttes til at tackle social stress og stressende livsbegivenheder". Tilbuddet om stressforløb til københavnere udspringer således direkte af de politiske visioner på sundhedsområdet.

2. EVALUERINGS HOVEDKONKLUSIONER

Evalueringen af kommunens stressklinikker samler op på erfaringerne fra det første år. Her under præsenteres de væsentligste pointer.

Stor effekt og udbytte hos borgere, der gennemfører et stressforløb

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. Det er ikke nødvendigvis alle borgere, der i forbindelse med stress viser tegn på depression eller har søvnproblemer, men der er ofte en sammenhæng.

I alt 205 borgere har gennemført et forløb i 2015. Som led i evalueringen er der indsamlet effektdata omkring stressniveau for 67 personer, mens henholdsvis 81 og 64 personer indgår i målingen af depressionssymptomer og søvnkvalitet. Effektmålingen viser at:

- 91 procent har oplevet et fald i stressniveau, mens 9 procent ikke har. Samlet for hele gruppen er faldet i stressniveau på 31 procent, hvilket kan betragtes som en væsentlig forbedring.
- 73 procent af deltagerne viste tegn på let, moderat eller alvorlig depression ved forløbets start. Ved afslutningen var andelen faldet til 20 procent.
- 78 procent af deltagerne havde oplevet en reduktion i søvnforstyrrelser, da de afsluttede forløbet. Andelen, som havde en 'god' nattesøvn uden søvnproblemer, var øget fra 9 til 44 procent.

Analysen af effekten fordelt på de enkelte deltagere viser, at de personer, som ved forløbets start var mest psykisk belastet, er dem, der har profiteret mest af indsatsen. Det betyder med andre ord, at de borgere, som havde det største behov for hjælp, også var dem, der oplevede det største udbytte.

En kvantitativ tilfredshedsmåling blandt 100 deltagere, som har afsluttet deres forløb, bekræfter det billede, der fremgår af effektmålingen. Langt størstedelen svarer, at de er meget tilfredse med deres udbytte og føler, at de i deres hverdag kan bruge de ting, de har lært på kurset. Deltagerne roser underviserne og flertallet svarer bl.a., at forløbet har medvirket til at forbedre deres helbred.

Som led i evalueringen er der gennemført kvalitative interviews med syv borgere, samt med repræsentanter blandt psykologerne fra hver af de fem stressklinikker. De kvalitative interviews bekræfter ligeledes det billede, som tallene tegner. Psykologernes oplevelse er, at stresstilbuddet hjælper størstedelen af borgerne til at få det bedre. De kvalitative data indikerer, at mange borgere selv har henvendt sig til lægen og bedt om at blive henvist. Der sker således allerede forud for den psykologfaglige visitation en screening i forhold til at få fat i deltagere, der er motiverede for at arbejde med deres stressproblematik og er åbne overfor bl.a. de meditationsmetoder, der indgår som en central del af forløbet. Det påpeges af psykologerne, at det er uvist, i hvilken grad deltagernes samlede udbytte vil være anderledes, hvis lægerne fremover i større grad henviser borgere, som er mindre motiverede og ikke selv har efterspurgt en henvisning til stressklinikkerne.

De interviewede borgere beskriver særligt, hvordan de i forløbet har lært nogle brugbare værktøjer og strategier til at håndtere pressede situationer i hverdagen. Fortællingerne vidner om, at forløbene indvirker positivt på forskellige niveauer i deltagernes hverdag. Der berettes om bedre nattesøvn og større overskud i hverdagen, bedring af hukommelsen og evnen til at koncentrere sig. Flere fortæller, at de føler en større ro og bedring af deres samvær med familie, børn og i sociale relationer generelt. Endelig beskriver borgerne, hvordan forløbet har hjulpet dem i deres arbejdssituation. For nogle er det blevet nemmere at overskue udsigten til at vende tilbage til arbejde efter sygdomsmelding, mens andre har fået mere overskud til at søge job.

Alt i alt peger både de kvantitative og kvalitative data på, at blandt de borgere, som har gennemført et forløb i 2015, er det størstedelen, som har oplevet en positiv forbedring med hensyn til stressniveau samt i forhold til en række afledte aspekter af borgernes sociale- og arbejdsmæssige liv og dagligdag.

Stressklinikkerne kan række mere ud til udsatte og sårbare

I Sundhedspolitikken er der en klar 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.

I evalueringen sammenlignes stressklinikkerne med Sundhedsprofilens billede af samtlige stressede borgere i Københavns Kommune. Sammenligningen indikerer, hvorvidt de borgere, stressklinikkerne har været i kontakt med i 2015, er nogenlunde repræsentative for den samlede gruppe af stressramte i kommunen.

Evalueringen viser, at der henvises forholdsmæssigt flere kvinder end mænd samt, at særligt borgere under 24 år og over 65 er underrepræsenteret på stressklinikkerne. Det samme gør sig gældende for borgere med anden etnisk baggrund end dansk samt til dels i forhold til uddannelsesbaggrund. I hele kommunen er det 43 procent af alle med et højt stressniveau, der har en erhvervsfaglig uddannelsesbaggrund, mens det gælder for 20 procent af dem, der har været i kontakt med stressklinikkerne. Endelig viser tallene, at 70 procent af de henviste er borgere, som er i beskæftigelse, mens andelen af beskæftigede blandt de stressramte københavnere i alt udgør 42 procent. Selvom underrepræsentationen af ældre (pensionister) og unge (studerende) udgør en del af forklaringen, er borgere uden for arbejdsmarkedet generelt noget

underrepræsenteret på stressklinikkerne. Evalueringen peger på, at der således bl.a. kan være et behov for at øge dialogen med lægerne om bredden i henvisningsårsager og rekrutteringskriterier, hvis forvaltningen ønsker en anderledes sammensætning af deltagere i kommunens tilbud.

Behovet for hjælp til stressramte i København overstiger stressklinikernes kapacitet

2015 er et pilotår for stressklinikkerne, hvor den anvendte metode, arbejds gange og rekrutteringspraksis er blevet afprøvet i de fem stressklinikker. Målet var at gennemføre ca. 180 forløb i 2015, mens der er kapacitet til ca. 560 forløb årligt fra 2016.

Forvaltningens erfaringer fra 2015 viser, at efterspørgslen efter stressklinikernes tilbud er stort. Siden maj 2015, hvor nyheden om kommunens stresstilbud blev udbredt via pressen, har der været venteliste til stressklinikkerne. I alt er der henvist næsten 900 borgere i løbet af 2015, og det har derfor været nødvendigt at ansætte to ekstra psykologer midlertidigt i efteråret 2015 med henblik på at nedbringe ventetiden til screeningssamtaler og holdstart. Det har således været vanskeligt for stressklinikkerne at imødekomme den store interesse, som der har vist sig at være for kommunens tilbud. Erfaringen viser, at ventetiden kan have negative konsekvenser for både borgerne, der venter, såvel som for stressklinikkerne, der oplever, at det kan medvirke til frafald på holdene.

Ifølge Sundhedsprofilen er der mere end 100.000 københavnere, der har et stressniveau som svarer til det, der (bl.a.) kræves for at blive visiteret til et forløb i kommunen. Selvom stressklinikkerne allerede i dag oplever, at de har svært ved at følge med efterspørgslen fra borgere, som ønsker hjælp til deres stressproblematik, så peger tallene på, at behovet reelt kan være langt større, end det stressklinikkerne allerede ser i dag.

Samlet set viser evalueringen, at de nuværende stressklinikker er en stor succes for de borgere, der får tilbuddet, men at der samtidig kan være et behov for, at forvaltningen rækker mere ud til nogle af de målgrupper, som kommunen ud fra et ulighedsperspektiv gerne vil nå. Der ud over peger evalueringen på, at behovet for hjælp til stressramte københavnere er langt større, end hvad de nuværende stressklinikker kan honorere.

2.1 OPFØLGENDE EVALUERING AF INDSATSEN I 2016 OG 2017

Denne evaluering samler op på erfaringerne fra 2015, som var pilotår for implementeringen af stressklinikkerne. Der er planlagt en tilsvarende opfølgning i anden halvdel af 2016 samt i begyndelsen af 2017. Formålet med de kommende opfølgninger er for det første at give et stadig mere dækkende billede af, hvilken effekt borgerne opnår via indsatsen. Der ud over er det hensigten at følge, hvilke målgrupper der henvises og visiteres til stressforløbene. Som led i de kommende opfølgninger vil forvaltningen desuden undersøge indsatsens langtidseffekt på de tre effektmål, samt via registerbaserede analyser af beskæftigelsessituation.

3. KORT BESKRIVELSE AF PROJEKTET

Kommunens stresstilbud er placeret på hver af kommunens fem forebyggelsescentre. 2015 var et pilotår, hvor indsatsen blev sat i gang og metoden og arbejds gange blev testet. Målet var, at der i 2015 skulle gennemføres ca. 180 forløb, mens der er afsat varige midler til en årlig kapacitet på ca. 560 forløb pr. år fordelt på alle stressklinikkerne.

Ved stressklinikernes opstart i begyndelsen af 2015, blev der ansat to psykologer fra Center for Psykisk Sundhedsfremme, som havde været med til at udvikle og forske i metoden. Psykologerne blev ansat til at gennemføre de første stress-forløb på tværs af de fem forebyggelsescentre. Samtidig blev 10 af kommunens psykologer uddannet i metoden 'Åben og Rolig', så de fra åbningen d. 1. maj 2015 kunne overtage ansvaret for screening og forløb i stressklinikkerne. Fra august til december 2015 har hver stressklinik gennemført to gruppeforløb med mellem 8 og 14 deltagere. På grund af den store tilstrømning til stressklinikkerne blev der fra september ansat to eksterne psykologer med det formål at afholde ekstra screeningsamtaler og gennemføre fire ekstra stressforløb i efteråret 2015.

Stressprogrammet, der anvendes i kommunens tilbud, kaldes Åben og Rolig. Programmet er et standardiseret forløb til mennesker med stress og er bygget op som et gruppeforløb, der varer i alt ni uger. I forløbet deltager borgerne i en ugentlig kursusgang á tre timers varighed samt undervejs i to personlige samtaler. Meditation indgår som centralt element i forløbet og kurset er struktureret, så deltagerne én uge af gangen skiftevis fokuserer på kroppen, psyken og på et socialt område f.eks. en personlig relation eller et arbejdsmæssigt område. Programmet er et enkelt program, hvor de samme elementer gentages fra uge til uge. Foruden øvelser på kursusgangene ligger metoden op til, at deltagerne hjemme laver daglige meditationsøvelser. Åben og Rolig er udviklet til offentlig implementering i et forskningssamarbejde mellem Center For Psykisk Sundhedsfremme og Harvard Universitet samt andre danske psykologer, meditationseksperter og kropsterapeuter.

Undervejs i forløbet besvarer borgerne op til tre spørgeskemaer. Første spørgeskema udfyldes af alle borgere, der ønsker at få tilbuddet, og borgernes besvarelser danner grundlag for den indledende samtale med psykologen og vurderingen af om vedkommende er egnet til forløbet. De borgere, som gennemfører et forløb, bliver bedt om at besvare et effektspørgeskema ved start og slut på selve forløbet.

3.1 EN MÅLSÆTNING AT STRESSKLINIKKERNE UNDERSTØTTER ØGET LIGHED I SUNDHED

I sundhedspolitikken er det en klar ambition, at forvaltningens sundhedstilbud skal bidrage til at mindske ulighed i sundhed. Samme ambition gælder stresstilbuddet, hvor forløbene derfor også skal tilgodes københavnerne, som er fysisk og socialt sårbare, som er kortuddannede, står udenfor arbejdsmarkedet eller har udviklet en kronisk sygdom¹. Målsætningen bunder bl.a. i antagelsen om, at borgere, som er i beskæftigelse generelt vil have bedre forudsætninger for selv at betale for stressbehandling, end borgere som står udenfor arbejdsmarkedet, samt at en del beskæftigede har adgang til stressbehandling via deres arbejde.

Henvisning til kommunens tilbud er i projektperioden primært sket via de praktiserende læger og i mindre grad via kommunens egne forebyggelsescentre. På grund af den overvældende interesse for kommunens

¹ Årsagen til at tilbuddet særligt tiltænkes borgere med en kronisk sygdom, hænger sammen med, at borgerne i testfasen bl.a. er rekrutteret fra forebyggelsescentrene, hvor mange netop kommer på grund af en tilstand med kronisk sygdom. Af forvaltningens egne data fremgår det, at i alt 5 procent af de borgere, som er henvist til et stressforløb i 2015 tidligere havde været i et forløb i et af forebyggelsescentrene for enten KOL, diabetes eller hjertekarsygdom. Der kan således godt være flere end 5 procent, som har en kronisk sygdom, men blot ikke har været i et kommunalt kronikerforløb.

stressforløb har det været nødvendigt at justerer i implementeringsplanerne undervejs. Ud fra et socialt ulighedsperspektiv ville Sundheds- og Omsorgsforvaltningen gerne have indledt et samarbejde med kommunens jobcentre om henvisning af stressede ledige til stress-klinikkerne. Et sådant samarbejdet er blevet udskudt på grund af de mange henvisninger fra praktiserende læger. I implementeringsåret har der i stedet været fokuseret på at etablere et godt samarbejde med lægerne samt at få undersøgt, hvilken profil der kendetegner borgerne, der henvises af de praktiserende læger. Forvaltningen er opmærksom på, at lægerne - ligesom den almene dansker - kan have tendens til at sætte lighedstegn mellem stress og arbejdsrelateret stress. Hvis dette er tilfældet, vil det lægge op til, at lægerne klædes bedre på til at se stress i et bredere perspektiv og som et problem for både borgere i og udenfor arbejdsmarkedet.

Af etiske årsager er der ingen objektive visitationskriterier, der handler om f.eks. beskæftigelsesstatus eller andre socioøkonomiske parametre. I psykologernes screening vurderes det, om borgerne er i gang med et andet forløb eksempelvis gennem deres arbejdsplads eller fagforening, som kan være en barriere for at gennemføre et stressforløb.

2015 blev planlagt som et 'pilotår', hvor såvel den anvendte metode Åben og Rolig såvel som rekrutteringspraksis og henvisningsveje testes med henblik på at opnå viden, som kan danne grundlag for fremtidige beslutninger om stresstilbuddets organisering og formål.

4. EVALUERINGENS FORMÅL

Evalueringen skal give et billede af resultater og erfaringer opnået i løbet af 2015. Helt konkret vil evalueringen belyse følgende elementer:

- På baggrund af individuelle før- og eftermålinger i de enkelte stressforløb, skal evalueringen vise, hvilken effekt borgerne opnår i forhold til deres kliniske stressniveau, som følge af at gennemføre kommunens forløb i stressklinikkerne. Borgernes effekt vurderes på baggrund af evidensbaserede måleredskaber for henholdsvis stressniveau (PSS), depressionssymptomer (MDI) og søvnkvalitet (PSQI).
- Evalueringen tegner et databaseret billede af den målgruppe, som har været i kontakt med kommunens stresstilbud i 2015, og sammenligner på baggrund af Sundhedsprofilen, med den samlede gruppe af stressramte i København. Evalueringen skitserer således, hvorvidt de borgere, som kommunen hidtil har nået med tilbuddet, er repræsentative for den samlede gruppe af 'alvorligt' stressede københavnere, samt bl.a. hvordan målgruppen matcher de politiske ambitioner i forhold til spørgsmålet om ulighed i sundhed.
- Evalueringen giver et billede af, hvordan borgerne, som har gennemført et forløb, har oplevet tilbuddet, dels via en kvantitativ tilfredshedsmåling og dels via kvalitative interviews med syv personer.
- Endelig samler evalueringen op på oplevelser og erfaringer fra de psykologer, som har været tilknyttet stressklinikkerne i 2015. Psykologerne er interviewet med særlig fokus på rekrutteringspraksis, rammerne for screening og visitation samt metodens potentiale for at øge borgernes psykiske sundhed.

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

4.1 METODE OG DATAKILDER

- Dataanalyse af psykisk og fysiologisk effekt ved gennemførte forløb. Analysen er baseret på PROM-skemaer (patient reported outcome measures), på henholdsvis stressniveau (Cohens Percieved Stress scale / PSS), depressionssymptomer (Major Depression Inventory / MDI) og søvnkvalitet (Pittsburgh Sleep Quality Index / PSQI).
- Dataanalyse på baggrund af borgerprofiler henholdsvis henviste og gennemførte forløb, sammenlignet med data fra Sundhedsprofilen fra Region Hovedstaden samt Danmarks Statistik.
- Kvantitativ tilfredshedsmåling blandt borgere, som har gennemført et stressforløb.
- Kvalitative interviews med syv borgere.
- Fokusgruppeinterview med seks psykologer: 1-2 repræsentant fra hver stressklinik.

5. OMFANG AF HENVISTE, GENNEMFØRTE OG FRAFALDNE I 2015

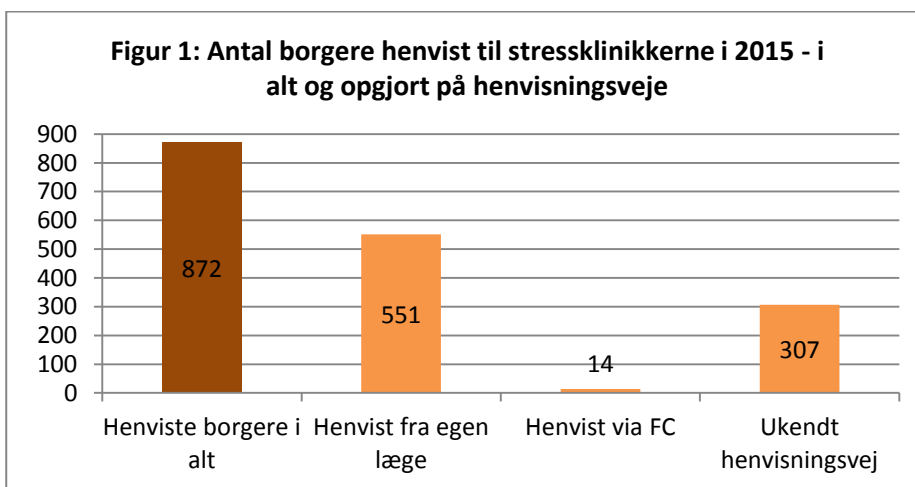
Afsnit 5 giver et overblik over de borgere, som har været i kontakt med stressklinikkerne i 2015. Her redegøres der for, hvor mange borgere det drejer sig om, hvor de er henvist fra samt årsager til frafald før og efter holdstart.

5.1 STOR EFTERSPØRGSEL PÅ KOMMUNENS STRESSTILBUD

I de første måneder af 2015 skete rekrutteringen primært via forebyggelsescentrene. Interessen for stressklinikkerne tog gradvist til, mens forvaltningen bl.a. via pjecer forsøgte at udbrede kendskabet til stressklinikkerne. Da stressklinikkerne officielt åbnede i maj 2015, blev nyheden om stressklinikkerne dækket i pressen, hvilket medførte en øget tilstrømning af interesserede borgere. Siden maj 2015 har der været en væsentlig større efterspørgsel på indsatsen end stressklinikkerne har kunnet imødekomme med den planlagte kapacitet. Derfor blev der, som beskrevet blev oprettet fire ekstra hold i efteråret for at nedbringe ventelisten. De foreløbige erfaringer fra starten af 2016 viser, at efterspørgslen fortsat overstiger antallet af pladser. Borgerne venter således mellem to og fire måneder på at få plads på et hold. Samlet giver det et billede af, at lægerne har været villige til at henvise borgerne, og de kvalitative interviews samt psykologernes erfaringer tyder på, at det oftest er borgerne selv, som har hørt om stressklinikkerne og beder lægen om at blive henvist, frem for at det er lægerne, der uopfordret foreslår kommunens tilbud til borgere med symptomer på stress. Dette må antages at have en positiv betydning for borgernes motivation i forhold til at arbejde med sin stress, samt i forhold til netop at vælge et tilbud, der tager udgangspunkt i meditation og mindfulness.

Figuren nedenfor viser antallet af henviste i hele 2015, samt hvor stor en andel af disse borgere, der henholdsvis kom via egen læge, forebyggelsescentrene eller hvor henvisningsvejen er ukendt.

Ud af de i alt 872 henviste, blev mindst 63 procent henvist fra de praktiserende læger, mindst 2 procent via forebyggelsescentrene mens henvisningsvejen på grund af manglende registrering ikke kendes for de sidste 35 procent. De 35 procent rummer muligvis enkelte personer, som kommer via lægen, mens størstedel dog formentlig er via forebyggelsescentrene eller selv har henvendt sig i perioden inden 1. august, hvor efter henvisninger kun kunne ske via de praktiserende læger.



Figur 1 Henviste til stressklinikkerne i alt i 2015 samt fordelt på henvisningsveje

Ud af de 872 borgere som er henvist til stressklinikkerne er størstedelen fundet egnet til et forløb. Alle borgere, der henvises, inviteres til en screeningssamtale 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.

På baggrund af samtaler med psykologerne er der registreret informationer om mindst 120 personer, som har haft en samtale med en psykolog, men som er frafaldet eller ekskluderet inden holdstart. Herunder ses de væsentligste årsager til frafald/eksklusion inden holdstart. Årsagerne præsenteres i prioriteret rækkefølge med de hyppigst forekommende først.

- Borgerne har det for skidt til at kunne overskue et holdforløb eller deres problemstilling handler om noget andet en stress, og kræver derfor en anden type behandling end kommunens stresstilbud.
- Borgerne er 'ikke stressede nok' til at blive visiteret til et forløb, eller takker selv nej inden holdstart, fordi de selv føler, at behovet for hjælp er forsvundet.
- Borgerne har ikke mulighed for at starte på et holdforløb, enten grundet arbejde eller studie. For nogle skyldes det tidspunktet på dagen, hvor kursusforløbet ligger.
- Borgerne falder fra på grund af ventetid fra screeningssamtale til holdstart. Nogle har fundet alternativ behandling i perioden, andre kan ikke få forlænget sygemelding fra arbejde og har derfor ikke mulighed for at deltage i et forløb.
- Andre årsager som, personlige problemer, at borgerne allerede går i anden behandling, er bosat i en anden kommune eller planlagt ferie.

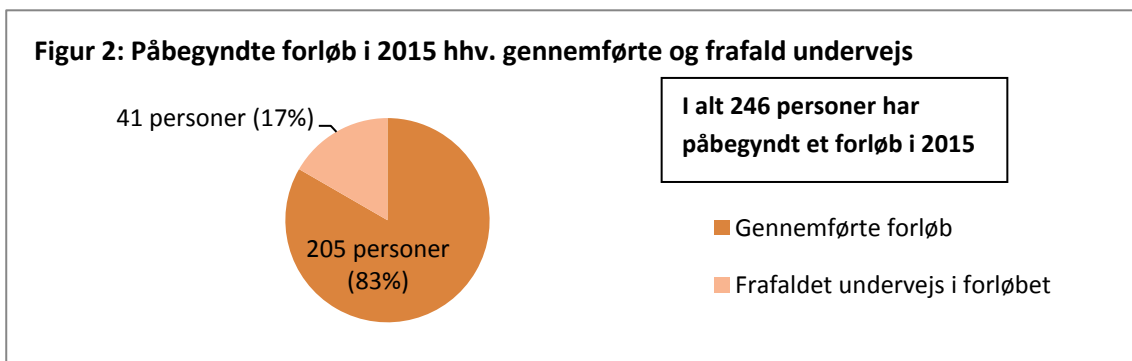
Visitationskriterier til stressforløb

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 (≥ 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

5.2 GENNEMFØRTE FORLØB OG FRAFALD UNDERVEJS I FORLØBET

Ud af de 872 borgere, som blev henvist i løbet af 2015, har i alt 246 personer påbegyndt et stressforløb i 2015. I alt har 205 personer gennemført et forløb (83 procent), mens 41 er faldet fra undervejs i forløbet (17 procent). Dette ses af Figur 2 nedenfor.



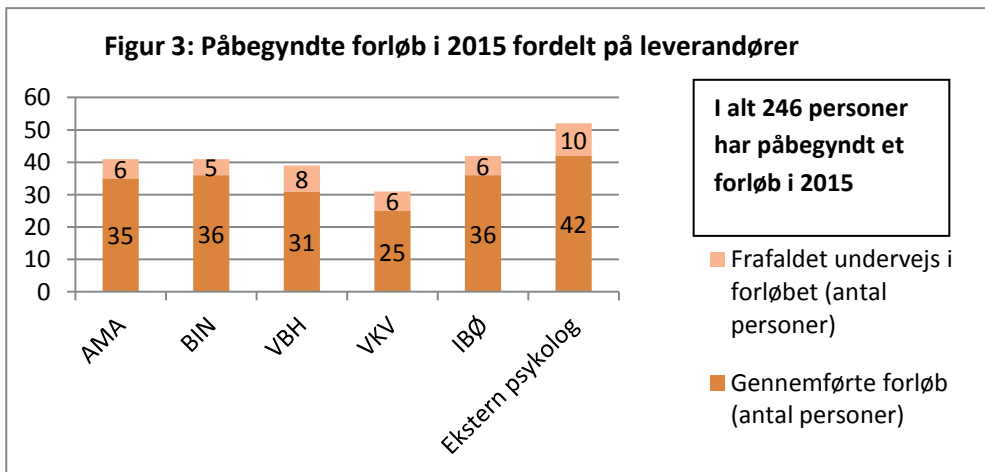
Figur 2 Påbegyndte et forløb i 2015

Tallene viser, at det er cirka en tredjedel af alle der er henvist i 2015, som er startet i et forløb samme år. De der ikke er ekskluderet ved screenings samtalen er tilbudt en plads på et hold i 2016, og har således stået på venteliste. Disse borgere, vil indgå i den opfølgende evaluering i efteråret 2016.

Her under ses årsager til frafald undervejs i forløbet blandt de 41 borgere, som ikke har gennemført hele deres forløb. Årsagerne præsenteres i prioriteret rækkefølge med de hyppigst forekommende først.

- Havde andre skader (fx gigt) eller diagnoser (fx ADHD), som krævede anden behandling først eller i stedet for.
- Oplevede forværring undervejs og magtede ikke at fremmøde.
- Manglende tid pga. arbejde, (bl.a. pga. at ventetid før holdstart for nogle betød udløb af sygemelding fra arbejdspladsen).
- Ønskede en anden type hjælp til sin stressproblematik end gruppeterapi og meditation.
- Oplevede forbedring undervejs og behov for hjælp forsvandt.
- Personlige årsager.
- Udeblev af ukendte årsager.

Figur 3 nedenfor viser, hvordan alle de påbegyndte forløb fordeler sig mellem stressklinikkerne og den eksterne psykolog. Det fremgår, at borgerne er forholdsvis jævnt fordelt, både hvad angår andelen, der gennemfører og andelen, der falder fra undervejs. Der ses lidt færre gennemførte forløb på Vesterbro, hvilket hænger sammen med, at de første testhold der var på færre end de planlagte 14 personer pr. hold. Desuden har særligt Forebyggelsescentret på Vesterbro oplevet, at nogle læger i opstartsfasen henviste borgere til kommunens stressforløb, selvom personerne havde svære psykiske problemer, som dermed gjorde dem uegnede som målgruppe til stressklinikkerne.



Figur 3 Påbegyndte forløb fordelt på stressklinikker samt ekstern psykolog

6. OPLEVET EFFEKT AF STRESSFORLØBENE

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

Ud af de i alt 205 gennemførte forløb er der indsamlet brugbare effektdata fra henholdsvis 64, 67 og 81 personer – afhængig af de tre effektmål. Dette giver en besvarelsesandel på 31, 33 og 40 procent. Af afsnit 4 fremgik det, at de borgere, som ender med at gennemføre et forløb, ligner den samlede gruppe af henviste med hensyn til bl.a. alder, køn, socioøkonomisk profil og etnicitet. Den gruppe, der har indgået i effektmålingen kan derfor, i forhold til de testede variable, betragtes som repræsentativ.

Udviklingen i borgernes stressniveau var det primære effektmål for stressklinikkerne, og resultatet af effektmålingen på stress beskrives indledningsvist.

6.1 BORGERNES STRESSNIVEAU ER FALDET VED FORLØBETS AFSLUTNING

Ifølge en befolkningsundersøgelse fra 2010 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 København.

De borgere, som har deltaget i et stressforløb i 2015 og udfyldt effektskemaerne, havde generelt et relativt højt stressniveau ved screening og ved forløbets start. I gennemsnit lå borgerne på 23 på PSS-skalaen. Årsagerne til borgernes stress var både arbejdsrelateret, sygdomsrelateret, familiært forårsaget eller hang sammen med andre personlige årsager eller enkeltstående begivenheder.

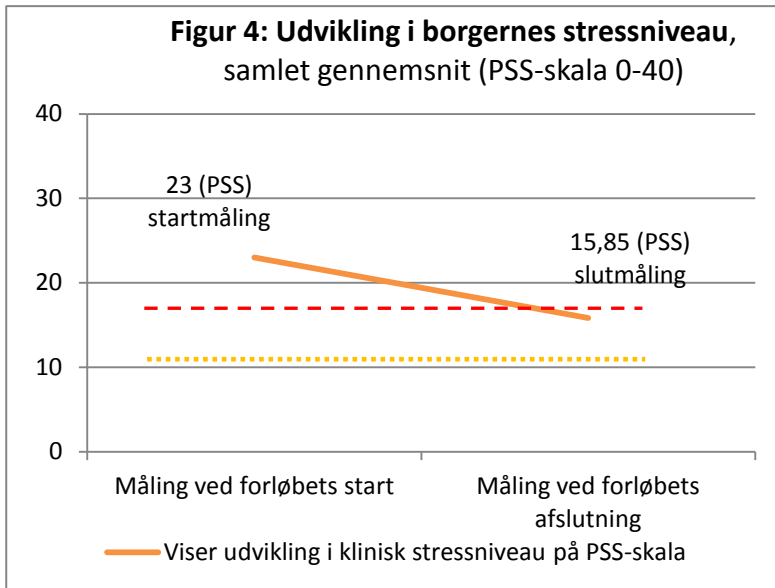
Cohens Percieved Stressscale (PSS)

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. (se bilag 1).

Figur 4 nedenfor viser, at borgerne efter forløbet var faldet til en gennemsnitsscore på 15,85. Gruppens stressniveau er dermed faldet til under det niveau, der berettiger til inklusion til et forløb og som generelt betragtes som behandlingskrævende. Det samlede fald er på 31 procent.

Der findes ingen fast konsensus om, hvor stort et fald på PSS skal være, før det anses som klinisk relevant. Det er dog for nyligt foreslået, at et fald på 28 procent kan anses som kriterium for en klinisk væsentlig forandring hos stresspatienter, og et relativt fald på 31 procent blandt borgerne i Københavns stressklinikker kan således betragtes som en betydningsfuld stressreduktion.



Figur 4 Udvikling i stressniveau. Jo lavere score des mindre stress.

— Den stiplede linje markerer grænsen på 17 på PSS-skalaen. En score på 17 eller der over er det anbefalede kriterium for behandlingsbehov samt inklusionskriteriet i Københavns Kommune.

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

Ud af de i alt 67 borgere, som har besvaret et slutschema om stress, har de 61 (91 procent) oplevet et fald i stressniveau, mens 6 borgere (9 procent) har oplevet en forværring. Det gennemsnitlige fald hos borgerne skyldes således ikke en høj effekt hos nogle få personer, men derimod, at størstedelen har oplevet en positiv udvikling.

6.2 BORGERNE OPLEVER FÆRRE TEGN PÅ DEPRESSION EFTER FORLØBET

Svær depression i sig selv er frascreeingårsag til stressklinikkerne, 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 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 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.²

I alt 81 personer har udfyldt både en start og slutmåling på MDI-skemaet. Af Figur 5 nedenfor ses det, at den gennemsnitlige MDI-score for hele gruppen, inden

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:

0-20: Ingen depression

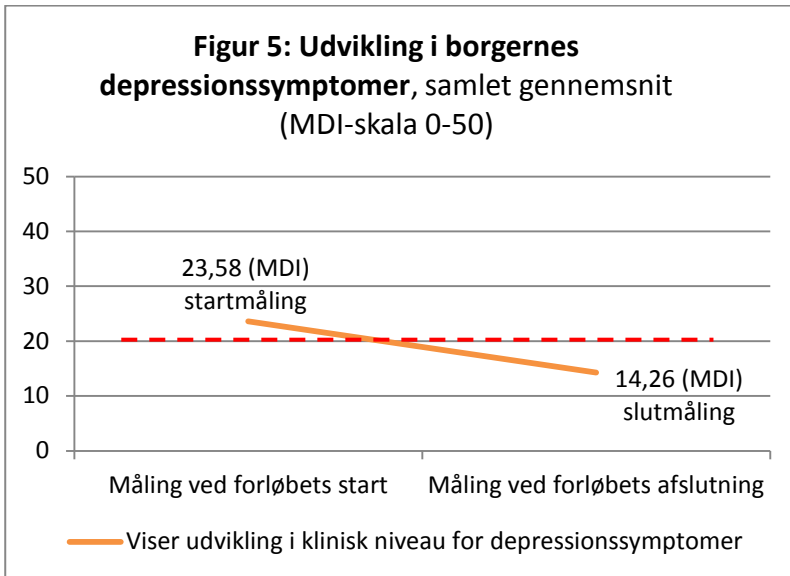
20-24: Let depression

25-29: Moderat depression

30-50: Svær depression

² 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.

forløbets opstart, var på 23,58 og dermed i intervallet med tegn på let til moderat depression. Den samlede slutmåling for hele gruppen viser, at niveauet er faldet til 14,26 og dermed ligger under den grænse, hvor der er tale om depressionssymptomer.



Figur 5 Udvikling i forekomst af depressionssymptomer. Jo lavere score des færre symptomer.

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

Mens 73 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 20 procent ved forløbets afslutning, hvilket giver en samlet risikoreduktion på 53 procent. Det betyder med andre ord, at ud af de i alt 81 personer, var andelen med symptomer på depression faldet fra 65 til 16 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
Ingen depression (MDI-score: ≤20)	28%	80%
Let depression (MDI-score: 21-24)	24%	11%
Moderat depression (MDI-score: 25-29)	28%	4%
Alvorlig depression (MDI-score: ≥30)	21%	5%

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 49 procent af borgerne, som ved forløbets start viste tegn på moderat eller alvorlig depression, mens andelen var faldet til 9 procent, da de afsluttede forløbet.

6.3 POSITIV UDVIKLING I SØVNKVALITET

På effektmålet om forbedring i søvnkvalitet, ses der ligeledes en væsentlig positiv udvikling. Flertallet af borgerne oplevede en forbedring i løbet af forløbet, dvs. at de havde færre søvnforstyrrelser ved afslutningen sammenlignet med da de startede. Dette galt for 50 ud af 64 personer (78 procent). Andelen af borgere, som samlet set svarede, at de havde en 'god' søvnkvalitet (5 eller under på PSQI) var steget fra 9 procent før forløbet til 44 procent efter.

Den samlede udvikling svarer til en reduktion af søvnforstyrrelser på 34 procent og ses af Figur 6 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 34 procent kan dog betragtes som væsentlig.

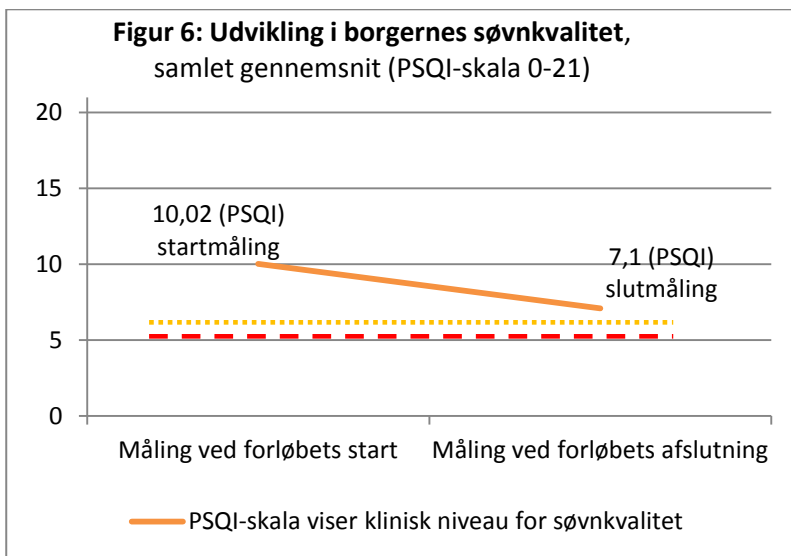
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

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.



Figur 6 Udvikling i søvnkvalitet. Jo lavere score des bedre søvn.

— Den stiplede linje markerer grænsen på 5 eller der under, der indikerer 'god' nattesøvn.

.... 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 OPSUMMERING OM EFFEKTMÅLING AF BORGERNES UDVIKLING

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

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 kurssets 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.

Endelig 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. Resultaterne indikerer altså, at borgere oplever væsentlige og konsistente forbedringer i forbindelse med at de afslutter kommunens stressforløb.

Som en del af analyserne er det undersøgt, hvorvidt nogle grupper har større udbytte af kommunens forløb end andre, f.eks. i forhold til alder, køn, socioøkonomiske faktorer som uddannelse og beskæftigelsessituation eller på tværs af de fem stressklinikker. Dette har ikke vist sig at være tilfældet. Den eneste sammenhæng der ses er, at jo højere borgernes indledende stress- eller depressionsniveau var, eller jo flere søvnproblemer der forekommer, des større forbedring og udbytte har de haft sammenlignet med den samlede gruppe. Det betyder med andre ord, at de borgere, som har flest negative symptomer og dermed størst behov for hjælp, er dem som oplever det største udbytte. Det er almindeligt og forventeligt at se denne sammenhæng, hvor personer med højere grader af psykiske problemer vil profitere relativt set mere af en intervention end personer med lavere grader af tilsvarende problemer.

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 (6,3 procent) sammenlignet med det fald, der i gennemsnit ses hos borgerne, der er effektmålt ved forløbenes afslutning (31 procents fald i stressniveau).

At hele effekten skulle kunne tilskrives andre hændelser end stressforløbene modsiges af et tidligere randomiseret forsøg med metoden Åben og Rolig på Rigshospitalet³, samt af både de borgerstemmer, der indgår i evalueringen, og af alle interviewede psykologer fra de fem stressklinikker (se afsnit seks og syv).

³ Metoden Åben og Rolig 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.

7. DATABASERET KARAKTERISTIK: DE STRESSEDE BORGERE I KØBENHAVN

Kapital 7 giver en uddybende databaseret beskrivelse af, hvad der kendetegner de borgere, som har været i kontakt med stressklinikkerne med hensyn til køn, alder, etnicitet, uddannelsesbaggrund og beskæftigelsessituation.

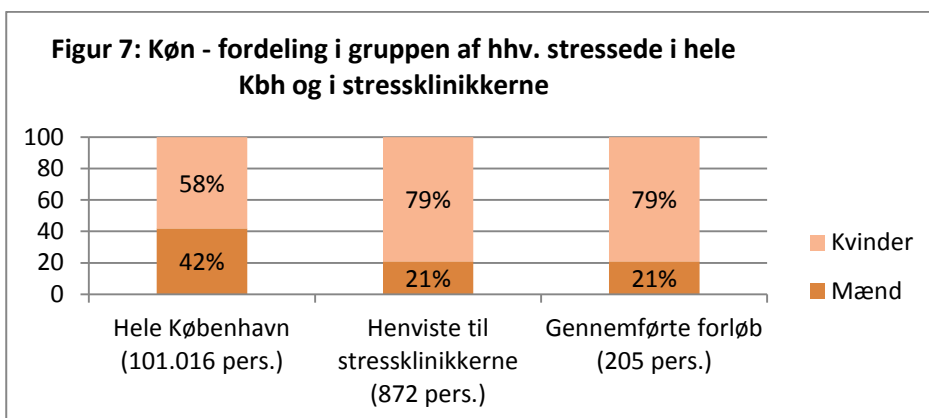
Endvidere sammenlignes stressklinikernes borgere med gruppen af borgere over 18 år i hele Københavns kommune, som ifølge Sundhedsprofilen har et 'højt' stressniveau, og som således udgør den samlede potentielle målgruppe for kommunens stresstilbud.⁴ Sammenligningens formål er at vise, om de borgere,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

7.1 KARAKTERISTIK AF BORGERNE, SOM ER HENVIST TIL STRESSKLINIKKERNE I 2015

I dette afsnit tegnes et billede af, hvad der karakteriserer de borgere, som har været i kontakt med stressklinikkerne i 2015, dels de 872 borgere, som er henvist til et forløb og dels de 205 personer, som er endt med at have gennemført. Endelig sammenholdes borgernes profil med det billede, der fremgår af Sundhedsprofilen 2013, af den samlede gruppe af stressramte i Københavns Kommune.

Fordeling af køn

Figur 7 nedenfor viser fordelingen mellem mænd og kvinder. I den totale gruppe borgere i København er der lidt flere kvinder end mænd, som har et højt stressniveau. Blandt de godt 100.000 københavnere, der defineres som stressede på baggrund af Sundhedsprofilen, er det knap 60 procent, der er 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, hvor det her er knap 80 procent, som udgøres af kvinder, både blandt dem som henvises og som gennemfører, mens godt 20 procent er mænd. Tallene viser også, at det frafald der sker i perioden mellem henvisning og gennemførelse af forløbene er ens for mænd og kvinder. Dette betyder, at der er lige mange mænd og kvinder, der enten bliver frascreenet i forbindelse med visitations samtalen eller selv takker nej til tilbuddet efter de er henvist eller.

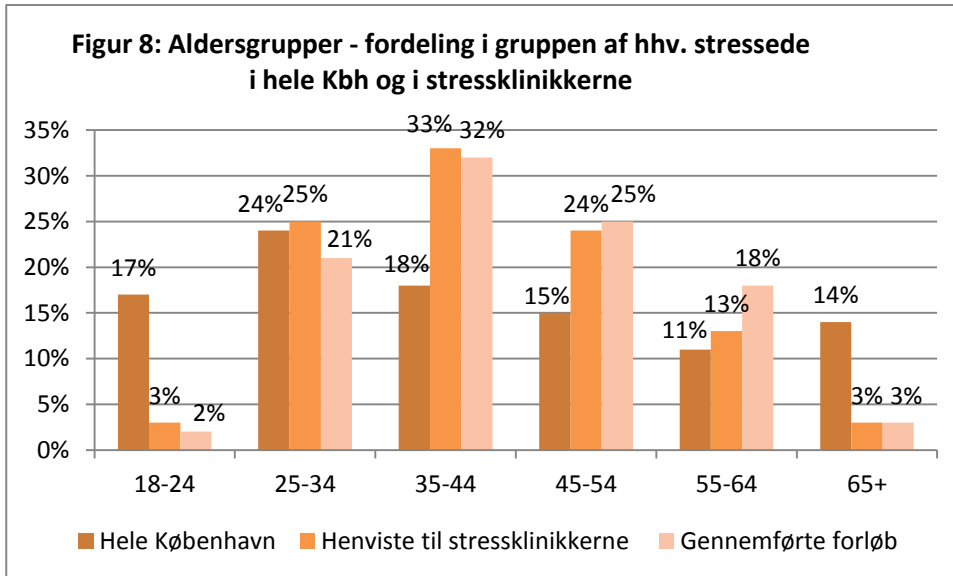


Figur 7 Fordeling af mænd og kvinder

⁴ Oplysningerne om befolkningens stressniveau i Region Hovedstadens sundhedsprofil baserer sig på samme stresskala (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

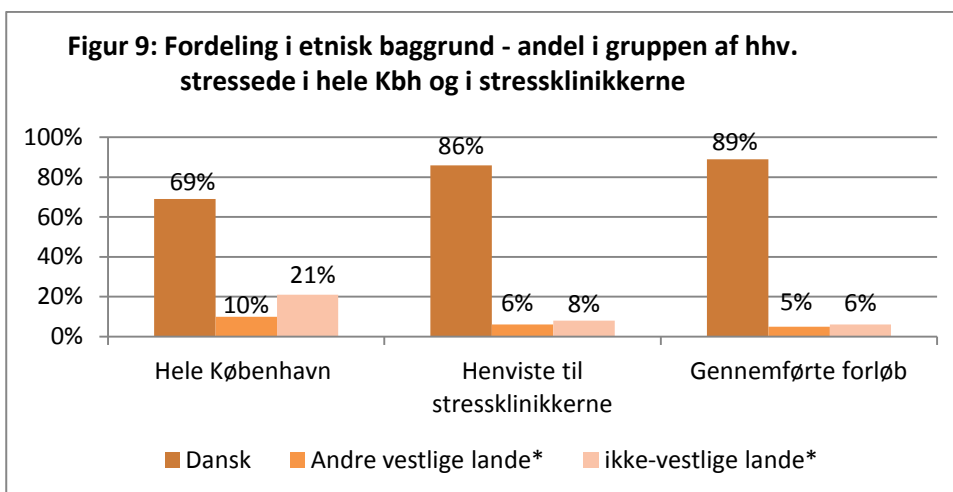
Figur 8 nedenfor viser fordelingen af aldersgrupper. Her ses det, at blandt borgerne, der har været i kontakt med stressklinikkerne, er der både en underrepræsentation af de yngste og de ældste borgere i forhold til den samlede befolkningsgruppe med et højt stressniveau. Det vil sige, at der relativt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



Figur 8 Fordeling af aldersgrupper

Fordeling på etnisk baggrund

Figur 9 viser, at borgere med anden etnisk baggrund end dansk udgør 31 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 14 procent fordelt på henholdsvis 6 procent fra andre vestlige lande og 8 procent fra ikke-vestlige lande. Tallene viser, at blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk, er den andel, der ender med at gennemføre et forløb, stort set den samme, som andelen, der henvises til forløbene. Dette betyder med andre ord, at der ikke sker en væsentlig frascreening blandt gruppen f.eks. på grund af sprogbarrierer.



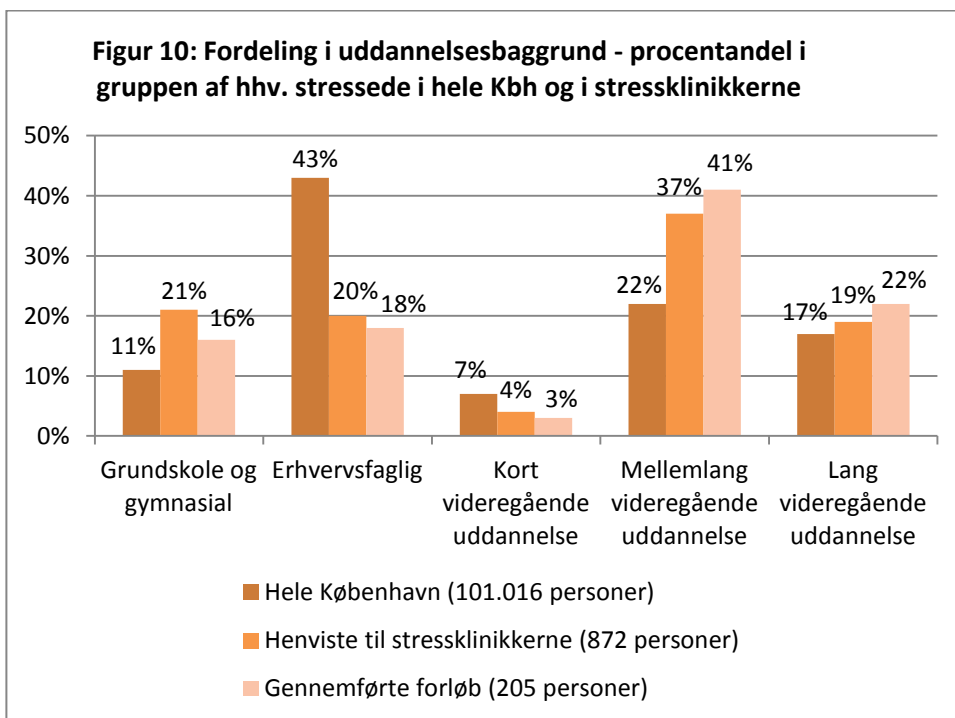
Figur 9 Fordeling i forhold til etnisk baggrund

*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.

Der er ikke en entydig sammenhæng mellem henvisning til stresstilbuddet og længden på uddannelse. Andelen af borgere med korte og lange videregående uddannelser er nogenlunde på niveau med københavnerbefolkningen, mens gruppen med en mellemlang videregående uddannelse er overrepræsenteret i stressklinikkerne. Omvendt viser tabellen, at borgere, som har en erhvervsfaglig uddannelse, er væsentligt underrepræsenteret i stressklinikkerne. Denne gruppe udgør 43 procent af alle københavnere, som ifølge Sundhedsprofilen har et højt stressniveau, mens de i stressklinikkerne udgør 20 procent af alle dem, der henvises.



Figur 10 Fordeling i uddannelsesbaggrund

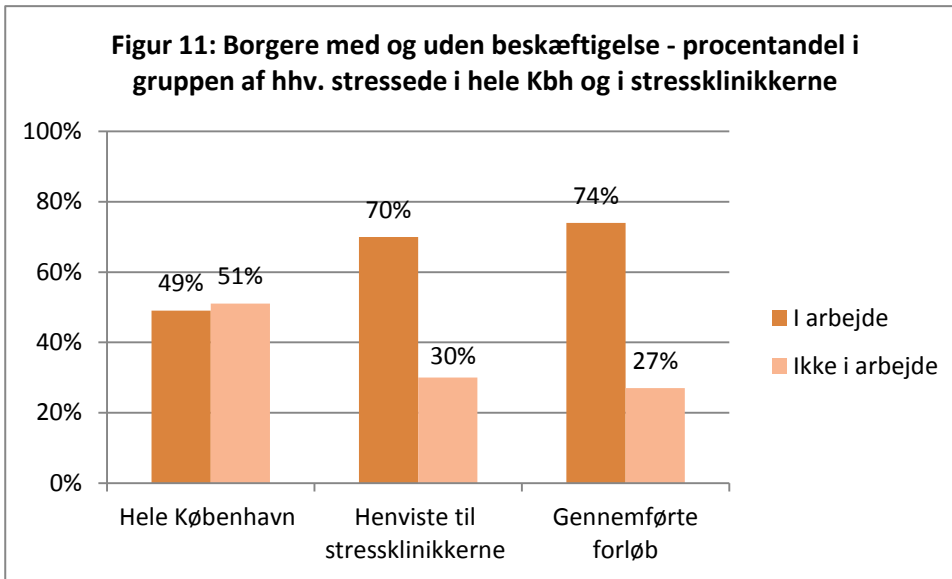
*Tallet dækker over i alt 173 personer, hvoraf de 41 var under uddannelse ved udgangen af 2014. (Andelen er 18 %, hvis borgere under uddannelse udgår).

** Tallet dækker over i alt 30 personer, hvoraf de fem var under uddannelse ved udgangen af 2014. (Andelen falder til 15 %, hvis borgere under uddannelse udgår).

Fordeling i forhold til beskæftigelsessituation

Figur 11 viser, hvordan borgerne fordeler sig med hensyn til beskæftigelsessituation, når det drejer sig om alle borgere over 18 år. Det fremgår, at andelen af beskæftigede er noget lavere (49 procent) blandt gruppen af samtlige københavnere over 18 år, som har et højt stressniveau, sammenlignet med de borgere, som stressklinikkerne har været i kontakt med i 2015. Her er andelen af beskæftigede 70 procent blandt alle henviste, mens det gælder for 74 procent af dem, som har gennemført et forløb⁵.

⁵ Data om beskæftigelse er hentet fra Danmarks Statistik og beskriver, hvilken beskæftigelsessituation, som borgerne var i mindst halvdelen af 2014. 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.

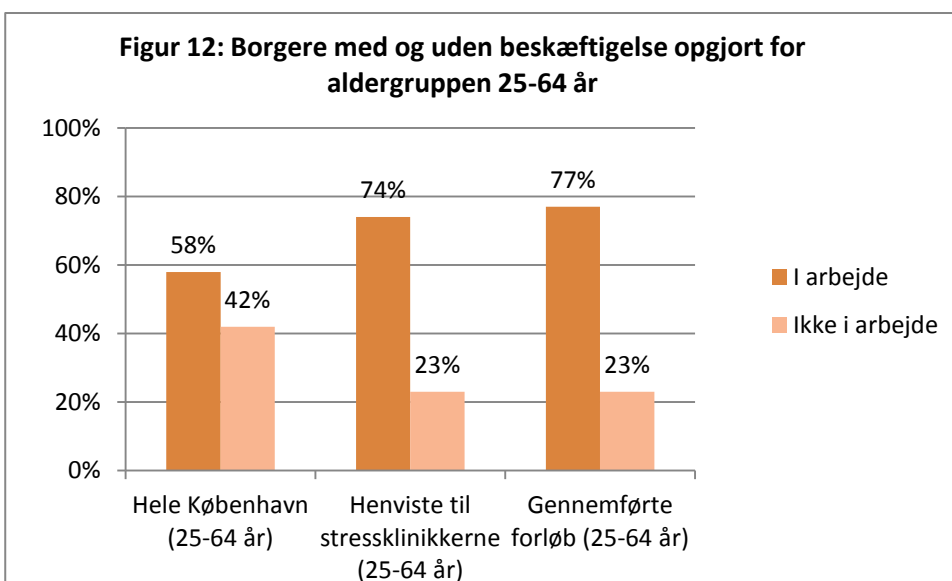


Figur 11 Andel beskæftigede og ikke beskæftigede blandt samtlige borgere over 18 år

Som Figur 8 viste, er de yngste aldersgrupper (18-24-årige) og de ældste aldersgrupper (fra 65 år) underrepræsenteret i stressklinikkerne. Det må antages, at en del blandt de yngre er studerende og derfor ikke i beskæftigelse ligesom det gælder for mange pensionerede i gruppen af borgere over 65 år. Derfor er det relevant at se, hvilken betydning det har, når beskæftigelsessituationen opgøres uden disse ydergrupper på aldersskalaen.

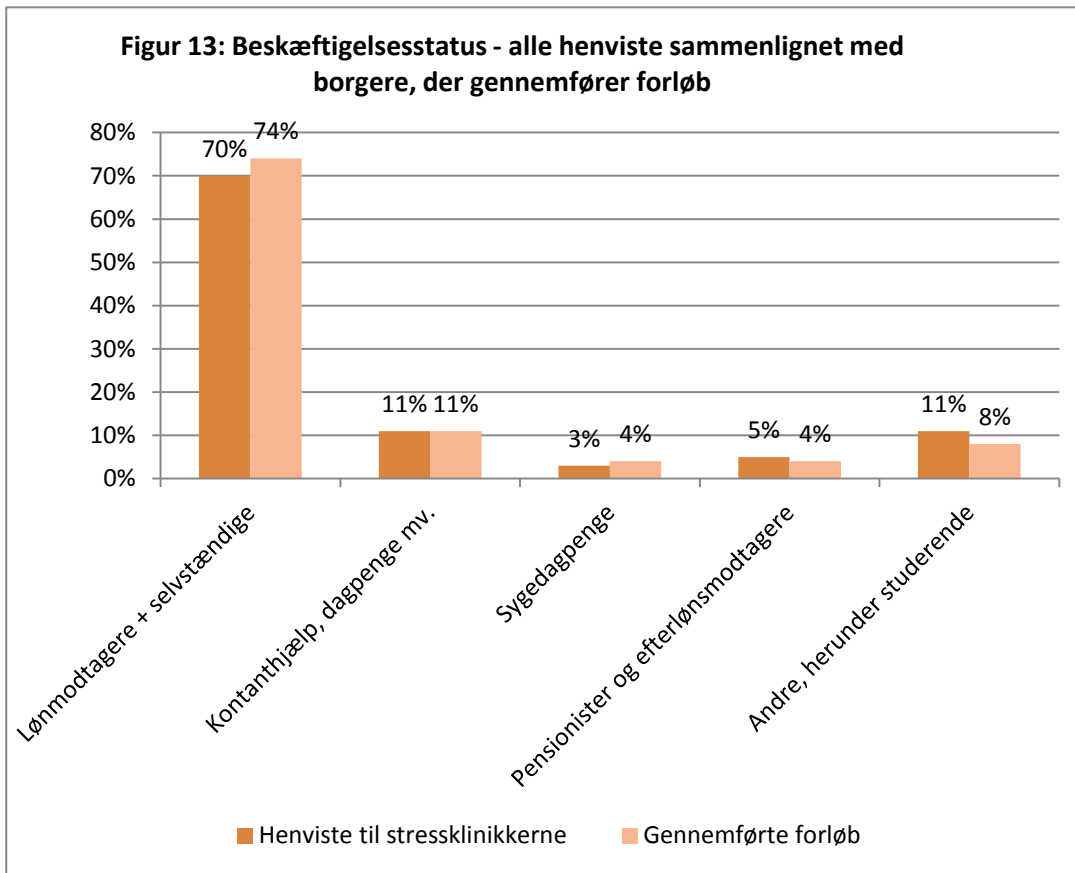
Figur 12 nedenfor viser det samme som Figur 11, dvs. fordelingen af borgere som henholdsvis er eller ikke er i beskæftigelse - for aldersgruppen 25-64 år. Hermed bliver sammenligningsgrundlaget mere repræsentativt på tværs af stressklinikkerne og de stressede i hele København.

Som det ses, betyder det en væsentlig ændring i fordelingen af borgere med og uden arbejde for alle borgere i hele hovedstaden med et højt stressniveau - når de yngste og ældste borgere ikke indgår i tallene. Andelen af beskæftigede stiger signifikant til næsten 58 procent, hvorved forskellen til stressklinikkerne bliver mindre, om end borgere som er i arbejde stadig er overrepræsenteret i stressklinikkerne.



Figur 12 Andel beskæftigede og ikke beskæftigede blandt borgere mellem 25 og 64 år

Afslutningsvis illustrerer Figur 13 fordelingen i beskæftigelsesstatus for alle borgere over 18 år, og hvordan gruppen af borgere, som *ikke* er i beskæftigelse, fordeler sig på forskellige underkategorier. Det ses, at de 25-30 procent som ikke var i arbejde, var nogenlunde jævnt fordelt som enten kontanthjælps-, dagpenge- eller sygedagpengemodtagere, modtagere af pension eller efterløn eller var studerende.



Figur 13 Fordeling på beskæftigelsessituation for alle over 18 år

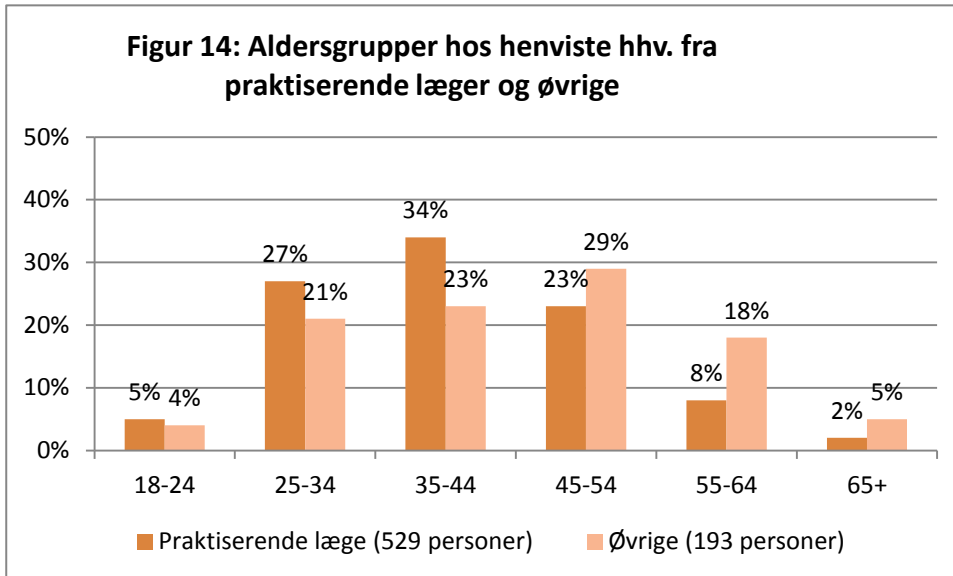
Samlet set viser tallene i kapitel 7, at stressklinikkerne har en overrepræsentation af kvinder, personer med mellemlange uddannelser og etnisk dansk baggrund. Der ud over henvises der færre helt unge og ældre over 65 år, samt færre personer som står udenfor arbejdsmarkedet sammenlignet med den totale gruppe af stressede i København.

7.2 KARAKTERISTIK AF BORGERNE SOM ER HENVIST VIA DE PRAKTISERENDE LÆGER

Som led i evalueringen er det relevant at se på, hvad der kendetegner de borgere, som er blevet henvist fra lægerne sammenlignet med de øvrige. En viden herom er relevant i fremtidige beslutninger om, hvilke målgrupper forvaltningen ønsker at nå med tilbuddet, og hvordan rekrutteringen derfor bedst organiseres. Ved opstarten af projektet blev det overvejet om forvaltningen også skulle rekruttere borgere via jobcentrene, ud fra et ønske om at nå flere, som er udenfor arbejdsmarkedet og dermed generelt har dårligere mulighed for stressbehandling.

Det er undersøgt, om borgerne, der er henvist via de praktiserende læger i 2015, adskiller sig væsentligt fra de øvrige borgere, med hensyn til alder, køn, etnicitet, uddannelsesbaggrund og beskæftigelsessituation.

Der ses kun en statistisk signifikant forskel i forhold til alder, hvor lægerne relativt set henviser flere i de lidt yngre aldersgrupper, det vil sige mellem 25 og 44 år. 10 procent af de borgere, der henvises af lægerne er over 54 år, mens det samme gælder for 23 procent af dem, der henvises på anden måde. Dette ses af Figur 14 nedenfor.



Figur 14 Fordeling i aldersgrupper hos henviste fra praktiserende læger og øvrige

8. BORGERNES OPLEVELSER

Dette afsnit giver et billede af borgernes egen vurdering af forløbet. Alle borgere, som har gennemført hele stresstilbuddet, er ved afslutningen blevet bedt om at besvare et spørgeskema med 11 spørgsmål vedrørende blandt andet tilfredshed og oplevet udbytte. I alt har 100 personer besvaret spørgsmålene, hvilket giver en besvarelsesandel på 49 procent ud af de i alt 205 borgere, som har gennemført et forløb i 2015. Målingen suppleres med input fra kvalitative interviews med syv borgere, som har fortalt om deres oplevelser med at deltage, samt hvad det efterfølgende har betydet for deres dagligdag.

Borgerne er overordnet tilfredse og oplever, at de har et stort udbytte af tilbuddet

I den kvantitative måling er borgerne indledningsvist blevet spurgt om deres samlede tilfredshed med forløbet. Her har samtlige deltagere svaret, at de enten er *meget tilfredse* (81 procent) eller *tilfredse* (19 procent), mens 97 procent, er positive i forhold til deres udbytte af undervisningen og 99 procent føler, at de i deres hverdag, kan bruge den viden, de fik i undervisningen. Med andre ord, er det langt størstedelen af borgerne, som er glade for forløbet og føler, at det har været brugbart.

De interviewede borgere fortæller gennemgående, at de var meget glade for at få en plads, selvom der var lang ventetid. Borgerne beskriver, at forløbet enten har hjulpet dem til at føle sig mindre stressede eller til at komme helt af med deres stress. Borgerne beskriver, at de i forløbet har fået nogle konkrete redskaber med sig, som de kan bruge i hverdagen til at tackle mange af de situationer, som kan være pressede og svære at håndtere. Generelt fortæller borgerne, at meditationsøvelserne har hjulpet dem til at føle mere ro og overskud i hverdagen, og flere fortæller, at dét at meditere er blevet så indarbejdet, at de vil fortsætte med det fremover – eller håber at gøre det. En deltager fortæller, at hun ”overordnet synes, at det var rigtig godt, og at hun har kunnet bruge en masse af det, hun har lært. Jeg håndterer situationer anderledes nu, jeg er blevet mere rolig, jeg stopper op og tænker mig om og bliver ikke med det samme overvældet af mine følelser på samme måde som før.” Mange borgere beskriver netop, at forløbet har hjulpet dem til at passe bedre på sig selv og sige fra overfor omgivelserne. Borgerne er glade for at forløbet var relativt langt, og flere så gerne, at det både var endnu længere og mere intensivt. Borgerne fortæller, at de har hørt om tilbuddet via pressen, bekendte, deres fagforening eller ved at søge på nettet selv. Derefter har de selv kontaktet lægen og bedt om at blive henvist til stressklinikkerne.

Forløbet bidrager positiv på forskellige aspekter af borgernes liv

For nogle borgere har forløbet hjulpet dem positivt i forhold til deres arbejdssituation, mens borgerne generelt fortæller, at de ting de har lært undervejs bidrager positivt på forskellige måder i deres dagligdag. I borgernes beskrivelser er der en tæt sammenhæng mellem mere ro og selvindsigt, bedre nattesøvn, mere overskud i hverdagen til familien, sociale relationer i det hele taget og borgerens arbejdssituation.

Flere borgere beskriver, at forløbet har ændret noget helt grundlæggende i deres måde at være på og fungere i hverdagen. En mand fortæller, at hans deltagelse i kurset har haft betydning for hans hverdag på den måde, at han er mindre frustreret, mere rolig og, at det blandt andet har en positiv betydning for samværet i hverdagen med hans kone og børn. ”Min kone kan mærke en stor forskel på mig, og den ro smitter også af på hende.” En anden borger fortæller, ”Jeg kan sove om natten igen, og er ikke længere grådlig hele tiden. Jeg har fået mere lyst til at være sammen med andre mennesker, og er begyndt at kunne tænke klart igen og træffe beslutninger, hvilket er godt, fordi jeg arbejder som leder.” Endelig fortæller en kvinde, at selvom hun er slank og lever sundt, havde hun alt for højt blodtryk. ”Det er pludselig begyndt at falde, så det har formentlig været stressen.” I alt svarer 88 procent af borgerne, at forløbet har medvirket til at forbedre deres helbred.

I den kvantitative måling er borgerne også blevet spurgt, om de har nået de mål, de satte i forløbet. Her til har 70 procent svaret bekræftende, hvilket er en lidt lavere andel positive svar, sammenlignet med nogle af de øvrige spørgsmål. Gennem de kvalitative interviews tegner der sig et billede af, at det ikke nødvendigvis er alle borgere, som havde et konkret mål, da de kom til stressklinikkerne. En borger beskriver f.eks., at ”da jeg mødte frem anede jeg ikke, hvad jeg havde brug for. Jeg følte det som om, jeg ikke kunne mærke mine egne behov. Forløbet har hjulpet mig til at få en større erkendelse af min situation, og den måde jeg reagerer på grund af min stress.” Andre fortæller, at de havde nogle meget konkrete ting, som de ønskede at arbejde med og forbedre. Bl.a. beskriver en deltager, at hun ikke var i stand til at gå på arbejde, da hun kom til stressklinikken, og hun især ønskede hjælp til tre ting - hukommelsen og koncentrationsevnen, som var meget påvirket af hendes stresstilstand, og dels at hun havde svært ved at sove om natten. Kvinden oplever, at forløbet har medført en forbedring af hendes nattesøvn, hvilket givet et helt nyt overskud i hverdagen. Hun er startet på at arbejde igen, og fortæller, at hun nærmer sig det punkt, hvor hun igen kan have en normal arbejdstid.

Borgerne er glade for metoden og underviserne

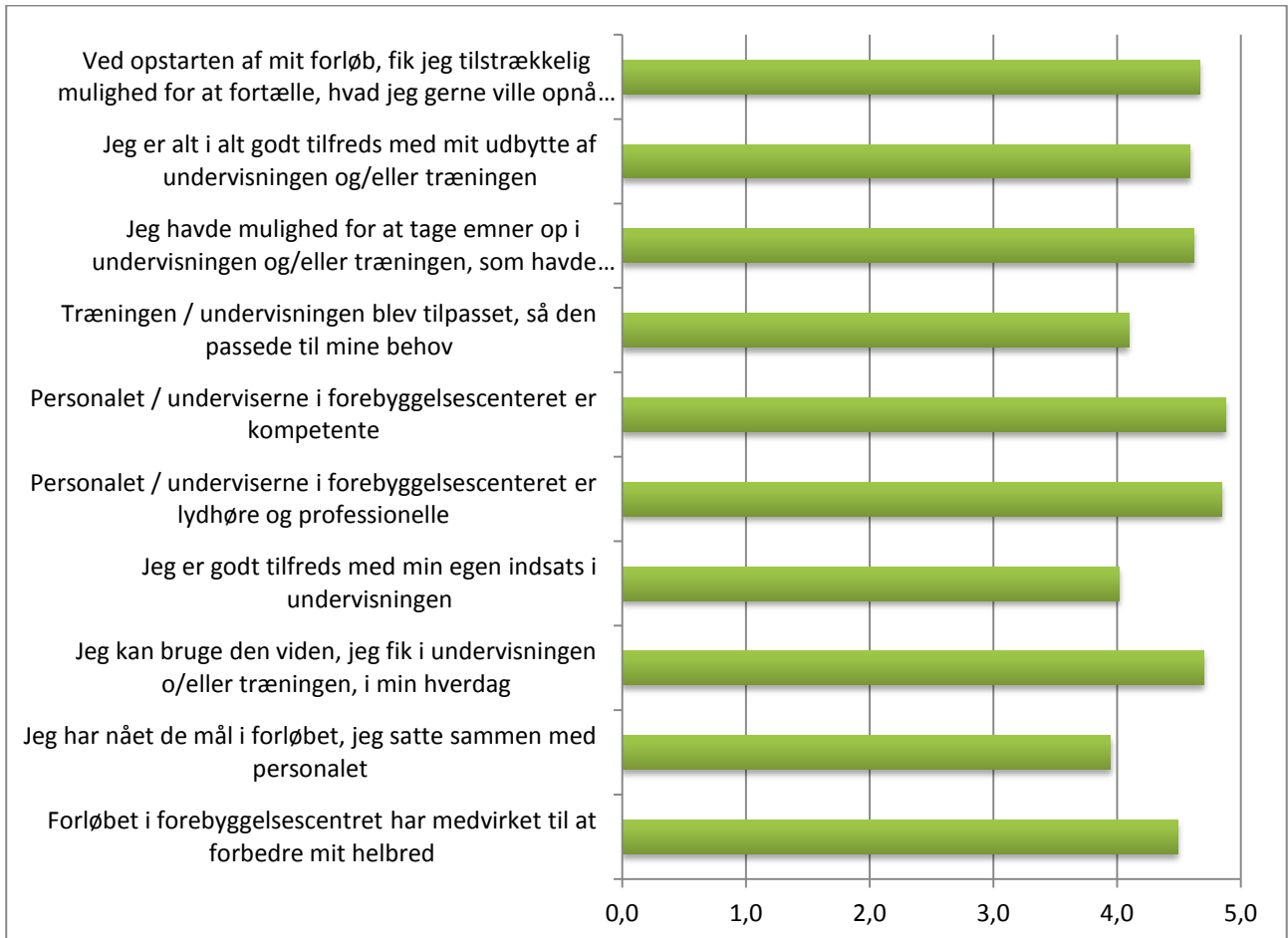
Den kvantitative måling viser, at 99 procent af borgerne vurderer underviserne positivt, og svarer, at de er professionelle, kompetente og lydhøre. De kvalitative interviews bekræfter dette billede. Borgere fortæller, at psykologerne var gode til at lede holdene på en professionel måde, at de var venlige og imødekommende og gode til at skabe en atmosfære, hvor borgerne kunne følge sig trygge i forhold til at dele personlige oplevelser med de øvrige deltagere, hvis de havde lyst.

I den kvantitative måling har 66 procent svaret, at træningen blev tilpasset, så den passede til deres behov. Også her ses der en lidt lavere andel positive svar, sammenlignet med de øvrige spørgsmål. Den generelle fortælling i de kvalitative interviews er, at borgerne har været glade for, at kurset er bygget op som et gruppeforløb, da det giver lejlighed til at høre om andres lignende oplevelser med stress og føle sig forstået af andre i samme situation. Det er dog også blevet påpeget, at der var for meget af tiden på undervisningsgangene, der gik med at høre på de andres personlige fortællinger, uden at det altid var detaljer, der var relevante for de øvrige på holdet. Nogle borgere efterspørger, at instruktørerne havde gjort mere ud af at gennemgå den teori, der var i kursusmaterialet. Samtidig er der borgere, som fortæller, at meditationen især var god, fordi psykologerne var gode til at tage individuelle hensyn, selvom de var et hold.

Generelt er borgerne meget positive overfor den metode, der benyttes i forløbet. En borger forklarer, at det gode ved dette kursus er, at ”det er meget præstationsløst. Instruktørens ordvalg og hele tilgangen i forløbet bygger på en forståelse og anerkendelse af de ting, der er svære, når man er stresset. De gør meget ud af, at man ikke skal præstere, f.eks. siger instruktøren i forbindelse med meditationsøvelserne ikke, at *nu skal I slappe af*, men i stedet, at *nu skal I forsøge at slappe af*”. Hun fortæller, at dette gør en forskel, fordi man som stresset har en præstationstrang, og ønsket om at leve op til de krav, der stilles, øger følelsen af stress og dermed bliver negativt selvforstærkende. ”Når der på kurset ikke forventes andet end, at man *prøver og gør dét*, som man føler er realistisk, så bliver det nemmere at lykkes med at bryde mønstret i ens stress.” Borgerne fortæller, at de ord, der bruges i materialet, er rammende og giver en præcis beskrivelse af, hvordan man har det, når man er stresset. Endelig fortæller borgerne, at i og med, at forløbet er så relativt langt, har det betydet, at meditationen bliver indarbejdet som en vane, og flere har tidligere oplevelser med meditation, hvor de ikke har fået det samme udbytte, som med den metode, der indgår i Åben og Rolig forløbet.

Alt i alt peger både den kvantitative undersøgelse og de kvalitative interviews med borgerne på, at langt den største del af deltagerne er tilfredse med forløbet, deres udbytte, med underviserne og med selve metoden der benyttes. Borgerne føler, at de har fået det bedre og konkret i hverdagen kan bruge det, de har lært på kurset. Interviewene viser, at kommunens indsats indvirker positiv på mange forskellige aspekter af borgernes liv.

Nedenfor i Figur 15 ses alle de spørgsmål der er stillet i den kvantitative tilfredshedsmåling, samt hvordan besvarelsene falder ud på en skala fra 1-5.



Figur 15 Borgernes tilfredshed og egen oplevelse af udbytte

9. MEDARBEJDERNES PERSPEKTIVER OG KOMMENTARER

Som en del af evalueringen, er der afholdt et fokusgruppeinterview med 1-2 psykologer fra hver af de fem stressklinikker. I interviewet er der fokuseret på, hvordan medarbejderne har oplevet, at den nuværende model fungerer i forhold til rekruttering af egnede borgere, screening og visitation, samt tilbuddets potentiale i forhold til at give borgerne bedre psykisk sundhed.

I interviewet er der ikke fokuseret på problemer, der knytter sig til administrative og praktiske arbejdsgange i stressklinikkerne, da den type udfordringer håndteres løbende.

Her under præsenteres i punktform de betragtninger, der er fremkommet.

9.1 REKRUTTERING TIL KOMMUNENS TILBUD

SPØRGSMÅL: *Passer de borgere, der henvises til stressklinikkerne til det tilbud kommunen har?*

- Selvom det nuværende tilbud er et standardforløb, der er ens for alle, er det oplevelsen, at størstedelen af borgerne kan profiterer af tilbuddet, selvom de kommer med individuelle stressproblematikker. Flertallet af borgerne er snarere "for belastede" end "for lidt stressede" til at ramme de nuværende visitationskriterier. Dog er det oplevelsen, at også de mest psykisk belastede borgere, der visiteres til forløbene, oplever en forbedring i deres tilstand som følge af at deltage (dette bekræftes af effektmålingen, jf. afsnit 5).

SPØRGSMÅL: *Hvordan fungerer henvisningen via lægerne?*

- Generelt passer de borgere, der henvises, godt til tilbuddet. Dog er der nogle læger, der tror, at tilbuddet kun handler om arbejdsrelateret stress, mens der nogle steder er blevet henvist en del borgere med så svære og tunge problemstillinger, at de ikke er egnede til stressklinikkerne. Der er derfor behov for endnu mere dialog med lægerne om kommunens tilbud. Lægerne er umiddelbart meget positive og vil gerne samarbejde.
- Der henvises forholdsvis mange kvinder (80 procent henviste er kvinder, jf. afsnit 4), og psykologerne oplever, at mange af de henviste også er relativt veluddannede. Der kan være et behov for, at kommunen og lægerne er mere proaktive i forhold til at få fat i dels flere mænd og dels flere borgere, som ikke selv har viden om kommunens tilbud eller ressourcer til at efterspørge en henvisning.

9.2 SCREENING OG VISITATION

SPØRGSMÅL: *Hvilke konsekvenser har de nuværende visitationskriterier?* (se evt. kriterier s. 9)

- Psykologerne påpeger, at det er vigtigt at bevare det kvalitative, der ligger i screeningsprocessen i dag. Dette giver lejlighed til at tale rundt om problemerne og f.eks. give en psykologfaglig vurdering af om borgere, der ligger højt på depressionsskalaen har en egentlig depression og dermed bør henvises til anden type behandling, eller om der snarere er tale om tegn på stress.
- Det påpeges, at der kan være borgere, som i nogle tilfælde vil blive frascreeinet med de nuværende kriterier, fordi de vurderes som for "svært belastede", men hvor psykologerne kan have en forventning om, at borgerne ville kunne profitere af tilbuddet. Dette kan bl.a. dreje sig om borgere,

som har en angstproblematik, og/eller som har været langvarigt på kontakthjælp eller sygedagpenge, og hvor en stress/depressionsproblematik nærmest er blevet en kronisk tilstand. Psykologerne er enige om, at det kræver et vist kognitivt overskud at deltage i tilbuddet, og der derfor skal være en grænse for, hvor belastede borgerne, der visiteres, kan være. Det kan dog diskuteres om kriterierne bør lempes på enkelte parametre, hvilket i nogle sammenhænge også kan betyde, at tilbuddet rækker mere ud til borgere som i længere tid har stået udenfor arbejdsmarkedet.

- På den anden side, skal borgerne have et 'vist' stressniveau (score min. 17 på PSS-skala) for at blive visiteret. Psykologerne oplever, at dette kan betyde, at de må afvise borgere, der i den givne situation har et lavt stressniveau, men er i risiko for forværring. Problemstillingen uddyber spørgsmålet om, hvilke grupper kommunen skal nå med det nuværende tilbud – om formålet også bør være forebyggelse hos borgere, der kan være i risiko for f.eks. sygemelding fra arbejde, eller om tilbuddet fortsat primært skal være hjælp til personer med mere udviklede stressproblematikker.

SPØRGSMÅL: *Hvad betyder det, at der er ventetid til tilbuddet?*

- Ventetiden er et stort problem. Borgernes tilstand kan nå at ændre sig rigtig meget. Nogle oplever en forværring og kan ikke magte tilbuddet, når de får en plads, mens andre får det bedre og derfor ikke passer ind. Endelig er der borgere, som falder fra, fordi de skal tilbage i arbejde, når deres sygemelding udløber. Ventetiden medvirker til, at der på mange hold er et frafald på nogle enkelte deltagere. Psykologerne foreslår, at en løsning er at lukke ned for henvisning i perioder, for at få nedbragt ventelisten. Ventetiden forud for screeningsamtalen betyder også, at de borgere, som ender med at blive ekskluderet, fordi deres psykiske tilstand er så dårlig, at de har brug for en anden type behandling, de venter unødigt og i mellemtiden risikerer yderligere forværring.

SPØRGSMÅL: *Hvordan passer tilbuddet til borgere med anden etnisk baggrund end dansk?*

- Psykologerne har blandede erfaringer. De fremhæver, at udfordringen kan opstå, hvis der er en sprogbarriere. Det pointeres, at da konceptet bygger på en del formidling fra instruktørens side, som kræver at deltagerne kognitivt forstår tilgangen, er der en risiko for, at personer med begrænset dansk kundskaber bliver hægtet af. Andre psykologer oplever, at borgerne godt kan have et udbytte, selvom de ikke intellektuelt forstår alt, hvad der bliver sagt på kursusgangene. Generelt har der været relativt få borgere med anden etnisk baggrund på holdene, hvilket dels skyldes, at lægerne kun henviser en mindre andel, og dels at nogle screenes fra netop på grund af sprogbarrieren.

9.3 STRESSTILBUDDETS POTENTIALE I FORHOLD TIL BEDRE PSYKISK SUNDHED

SPØRGSMÅL: *Hvordan hjælper forløbet borgerne?*

- Psykologerne fremhæver entydigt, at langt de fleste borgere oplever et meget positivt udbytte af, at deltage. Både psykologer og borgerne er glade for, at tilbuddet er forholdsvis langt, så der er god tid til at forstå filosofien i tilgangen og lære den meditationsmetode, der indgår. Psykologerne oplever, at borgerne får nogle meget anvendelige redskaber til at tackle deres stress i hverdagen og kan bruge det til også på egen hånd efterfølgende at forbedre deres tilstand, på mange forskellige måder. Psykologerne fortæller, at de direkte tilbagemeldinger fra borgere ofte er yderst positive. Psykologerne oplever også enkelte borgere, som er kritiske, hvilket ofte drejer sig om manglende lyst til meditationsdelen eller dét at skulle indgå i en gruppesession. Langt den største andel giver

udtryk for, at stressklinikkerne har gjort en positiv forskel og er benøvet over, at det er muligt at få et så kvalificeret stresstilbud i kommunen.

Citater fra psykologerne:

"Det ændrer ikke hele verden for dem alle, men det gør det for nogle."

"Jeg synes det er vanvittig meningsfuldt, og de siger det selv (borgerne), det er virkelig noget, som Københavns Kommune kan være stolte af, altså virkelig. Og de siger de alle sammen (borgerne)."

"Det viser, at meditation det virker. En borger sagde til mig, "... jamen de dér skemaer, de afspejler jo ikke, hvor meget bedre, jeg har fået det, for det er meget større end dét".
- Selvom vi kan se, at hun er faldet fra 38 til 20 på depressionsskemaet."

- Psykologerne fremhæver, at der kan være en potentiel udfordring i forhold til at fastholde det høje udbytte, hvis tilbuddet i højere grad end i dag, bliver noget som "tildeles" f.eks. af lægen eller jobcentre, uden at borgerne selv har efterspurgt det. Dette skyldes, at konceptet er baseret på 'frivillighed' dvs., at borgerens eget ønske om at medvirke kan være afgørende for at få et godt udbytte, da man skal være åben og modtagelig for de råd og metoder, der er centrale i forløbet. Der bør være et opmærksomhedspunkt omkring, hvorvidt borgernes udbytte vil være lavere, i tilfælde af, at f.eks. jobcentre henviser borgere, som ikke selv aktivt ønsker eller føler sig parat til at forholde sig til en eventuel stressproblematik. Med den nuværende praksis sker der en indirekte screening i forhold til at få fat i motiverede borgere, da det primært er borgerne selv, der beder lægen om en henvisning til kommunens tilbud, frem for at det er lægerne, der foreslår det.
- Endelig fremhæver psykologerne, at det kan overvejes om der er et behov for at udvide kommunens stresstilbud med andre tilbudsformer, der kan rumme de grupper af borgere, der ekskluderes med de nuværende visitationskriterier. Det kan både dreje sig om mere lette forebyggelsestilbud, målrettet grupper med risiko for at udvikle stress samt til borgere, som enten er for psykisk belastede til det eksisterende koncept, eller udvikling af et modificeret tilbud, som i højere grad matcher behovet hos borgere, der som udgangspunkt er lidt mindre motiverede.

En samlet opsummering på evalueringens resultater og hovedpointer fremgår i kapitel 2.