





## Et godt liv



Johannes  
Flensted-Jensen

I den lange serie af utroligt spændende og ind imellem epokegørende udgaver af *Liv* eller *mi(d)t Liv* kommer nu desværre det sidste nummer.

Det er vemodigt, og dermed mister vi en god, seriøs og altid-på-forkant-opdatering af viden og erfaringer inden for en række sundhedsmæssige områder i bred forstand. Der har været temanumre, der virkelig rykkede, skabte debat og satte dagsordener. For alle os udenforstående amatører var her en unik mulighed for at blive helt og fagligt velfunderet ajourført om den nyeste forskning om det, som vel interesserer os alle mest: Mit Liv.

Det er sikkert ikke tilsigtet, men alligevel tankevækkende – og karakteristisk for en stor del af debatten om sundhedsvæsenet – at vi nu er nået til mental sundhed. Det er måske som begreb og definition noget nyt, men emnet har mere eller mindre systematisk været diskuteret og italesat gennem mange år.

”Nå, hvordan går det egentlig med dig?” Dette ’egentlig’ er mellem venner netop spørgsmålet om den mentale sundhed.

Ind imellem er svaret vel: ”Jo tak – det går helt fint”, mens udstråling og kropssprog viser det modsatte. Det er nok typisk mænd, der på denne måde viger tilbage fra at dele deres uro eller manglende trivsel med andre, og som dermed også i høj grad lukker af for, at der kan ske en forbedring.

For som dette sidste nummer af bladet viser, er der god grund til at være opmærksom også på denne del af ’mig’ og på at lede efter gode modeller, der kan bruges til at forbedre trivsel og livskvaliteten. Særligt projekterne omkring børn og deres mangel på trivsel (mental sundhed) må der være stor og bred interesse for at dykke ned i.

Så på denne måde slutter et langt og indholdsrigt liv for *Liv*.

”Hvordan har du det egentlig?” – med det. Svaret kender jeg ikke, men der er grund til for *Liv*, og dem der har stået bag det, at være glade og stolte. Så langt så godt, men nu går det videre ...

Kernen i arbejdet og ideen med bladet: At udbrede debat og kendskab til viden om ’Mit Liv’ vil givetvis fortsætte i en eller anden form.

Så: Hvordan har du det egentlig?

Svaret kan på baggrund af de mange år kun være: Godt!

Johannes Flensted-Jensen  
pensionist  
Amtsborgmester (S) i Århus Amt 1998-2007  
Næstformand (S) i Regionsrådet 2007-2009

**mi(d)t Liv** – april/maj 2011

Bladet for beslutningstagere, fagfolk og sundhedsprofessionelle i Midtjylland samt nationale samarbejdspartnere.

### Udgiver

Region Midtjylland, Center for Folkesundhed  
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N  
[www.centerforfolkesundhed.dk](http://www.centerforfolkesundhed.dk)

### Redaktionspanel

Lene Dørfler  
sektionsleder, Udvikling og Forebyggelse,  
Silkeborg Kommune  
Bente Fogh  
oversygeplejerske, Børneafdelingen,  
Regionshospitalet Randers og Grenaa  
Lotte Groth Jensen  
projektleder, Center for Folkesundhed  
Birgitte Haahr  
kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde  
Svend Kier  
praktiserende læge, Randers, praksiskoordinator  
Regionshospitalet Randers og Grenaa  
Anette Larsen  
socialfaglig konsulent, Center for Folkesundhed  
Doris Nørgård  
ledende sundhedskonsulent  
Center for Folkesundhed (Holstebro)  
Anna Birte Sparvath  
chefsygeplejerske, Hospitalsenheden Horsens

### Redaktion

Stina Lou  
sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed  
Tlf. 8728 4716, [stina.lou@stab.rm.dk](mailto:stina.lou@stab.rm.dk)  
Anne-Mette Hedeager Mønsen  
seniorforsker, Center for Folkesundhed  
Tlf. 8949 1229, [anne-mette.momsen@stab.rm.dk](mailto:anne-mette.momsen@stab.rm.dk)  
Gerd Nielsen  
redaktionssekretær, Center for Folkesundhed  
Tlf. 8728 4711, [gerd.nielsen@stab.rm.dk](mailto:gerd.nielsen@stab.rm.dk)  
Kirsten Vinther-Jensen (ansvarsh.)  
kontorchef (forhenv.), Center for Folkesundhed  
Tlf. 8728 4707, [kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk](mailto:kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk)

### Kontakt

Redaktionssekretær Gerd Nielsen  
Tlf. 8728 4711, [gerd.nielsen@stab.rm.dk](mailto:gerd.nielsen@stab.rm.dk)

**Forside, tegninger:** Hanne Ravn Hermansen

**Grafisk tilrettelæggelse:**  
Weitemeyer Design & Communication

**Tryk:** WERKS Grafiske Hus a/s

**Oplag:** 2.000

**Online version:** [www.midtliv.rm.dk](http://www.midtliv.rm.dk)

**ISSN 1902-7257**

Med et øget fokus på eksempelvis børns trivsel, livet med demens, forebyggelse af stress eller tidlig opsporing af fødselsdepression er mental sundhed sat på den sundhedspolitiske dagsorden. Det er ikke et nyt begreb, men i øjeblikket revitaliseres det gennem både sundhedsfaglige og mere generelle debatter om, hvad mental sundhed er, og hvordan der skal arbejdes med det.

Mental sundhed er et sammensat begreb, som rummer flere dimensioner og kan bruges i forskellige sammenhænge. Der er en oplevelsesdimension, som handler om at have det godt, være i godt humør og tilfreds med tilværelsen, og der er en funktionsdimension, som handler om at klare dagligdagens gøremål, indgå i sociale relationer og håndtere udfordringer og belastninger. Det er en fortsat diskussion, hvorvidt mental sundhed tilfører sundhedsområdet og specielt sundhedsfremme en god ramme at tænke og handle indenfor, eller om det trækker fokus væk fra de egentlige udfordringer, fx inden for psykiatrien.

Med udgangspunkt i denne interessante og nødvendige diskussion belyser dette sidste nummer af *mi(d)t Liv* mental sundhed. Magasinets artikler giver eksempler på fremme af mental sundhed fra kommuner og patientuddannelser. Der ses på stress, og hvad der kan gøres specielt i relation til arbejdsfastholdelse. Endelig er der indlæg om psykisk sygdom og fødselsdepression.

Rigtig god læselyst med dette sidste nummer!  
REDAKTIONEN

<b>03 I dette nummer</b> Tema: Fremme af mental sundhed	<b>13 Holstebro Kommune</b> <b>Træningsprogram til støtte af småbørnsforældre</b> - særligt tilbud fra Sundhedsplejen	<b>24 Stress, depression, angst</b> Arbejdsfastholdelse i et socialmedicinsk perspektiv
<b>04 Ingen sundhed uden mental sundhed</b>	<b>REGIONALT EKSEMPEL</b> <b>15 - i Lærings- og Mestrings-konceptet er der fokus på det sociale aspekt ...</b>	<b>26 Helhedsorienteret stress-restituering omkring bålet</b>
<b>07 Mental sundhed blandt voksne danskere</b>	<b>MENTAL SUNDHED OG STRESS</b> <b>18 Stress</b> Artikel fra den midtjyske sundhedsprofil <i>Hvordan har du det? 2010</i>	<b>PSYKISK SYGDOM OG MENTAL SUNDHED</b> <b>27 Psykisk sygdom og mental sundhed</b>
<b>10 Indsatser til fremme af mental sundhed</b> - kommunal praksis med mange udfordringer	<b>21 Interview</b> Offentligt ansatte er de nye ofre for stress	<b>29 Tidlig indsats mod fødselsdepression</b>
<b>KOMMUNALE EKSEMPLER</b> <b>11 Herning Kommune</b> <b>Afsæt i det positive i arbejdet med senildemente</b>	<b>23 Region Midtjyllands efteruddannelsestiltag</b> Stress, angst, depression og arbejdsfastholdelse	<b>30 Sundhedssamarbejde</b> Omstillinger  <b>31 Nyt fra samarbejds-konstruktionen Folkesundhed i Midten</b>

# Ingen sundhed uden mental sundhed

■ Anna Paldam Folker, projektleder, Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Mental sundhed er kommet på dagsordenen som et vigtigt sundhedsfagligt emne. Ikke blot blandt fagfolk i kommuner, stat og regioner, men også som et emne af mere almen interesse, som diskuteres i radioen, aviser og ugeblade. Det skyldes blandt andet, at en del danskere har det, man kunne kalde dårlig mental sundhed. Der er med andre ord en gruppe borgere, som har 'ondt i livet'. Og det i en grad så de har svært ved at passe et arbejde eller et uddannelsesforløb, uden at de dog af den grund har et symptombillede, som modsvarer af en psykiatrisk diagnose.

## Et nyt indsatsområde

Mental sundhed er som sådan ikke et nyt fænomen. Siden antikken har filosoffer og metafysikere interesseret sig for relationen mellem sjæl og legeme, og udtrykket 'en sund sjæl i et sundt legeme' er da også en almindelig del af hverdags sproget, der ikke kræver ekstra forklaring. Den fornyede sundhedsfaglige interesse skyldes dog især, at der samtidig med et voksende internationalt fokus på mental sundhed via WHO og EU er kommet en bedre dokumentation for sammenhængen mellem mental sundhed og udvikling af fysiske og psykiske sygdomme, specielt hjerte-kar-sygdom, depression, angst og posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD).

Der er også mere og mere dokumentation for, at mental sundhed har betydning for forløb af sygdom, dvs. hvor godt det går, når man først er blevet syg. Her er der et potentiale i forhold til langvarige sygdomme

som fx diabetes, KOL, depression og angst, hvor indsatser til fremme af mental sundhed i form af forbedret mestring og håndtering af sygdom kan spille en positiv rolle for det videre sygdomsforløb.

Endelig skyldes interessen også, at det tyder på, at der er sammenhæng mellem dårlig mental sundhed og borgernes risikoadfærd, som forebyggelsen i forvejen koncentrerer sig om – dét at ryge, drikke eller spise for meget og motionere for lidt i forhold til de officielle anbefalinger.

Og som en sidste, men nok så vigtig forklaring på interessen for mental sundhed, er kommunerne begyndt at regne på, hvilke udgifter der reelt knytter sig til dårlig mental sundhed i form af brudte uddannelsesforløb, sygefravær, førtidspensionering mv., og at opgøre, hvor mange borgere det rent faktisk drejer sig om sammenlignet med andre lidelser og tilstande, som der traditionelt har været mere fokus på.

I resten af artiklen vil jeg skrive mere om, hvad mental sundhed er, og hvad relationen er mellem mental sundhed og psykisk sygdom. Jeg vil også komme ind på, hvorfor det er vigtigt at have blik for omgivelsernes betydning for mental sundhed og dermed vores alles ansvar for at sikre trygge og rummelige fællesskaber. Til sidst vil jeg give et par eksempler på, hvor man kan sætte ind i forhold til at fremme mental sundhed med udgangspunkt i noget af den bedste dokumentation på området.

## Hvad er mental sundhed

Mental sundhed er et begreb, der rummer to elementer. Dels en *oplevelsesdimension*: at opleve at have det godt, at være overvejende glad, i godt humør og tilfreds med livet. Og dels en *funktionsdimension*: at kunne klare dagligdags gøremål som fx at købe

## MENTAL SUNDHED – to definitioner

Sundhedsstyrelsen har valgt at definere mental sundhed som: "En tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker."

En definition, der ligger i forlængelse af WHO's definition, hvor mental sundhed er: "En tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt, samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet."

Der er dog den forskel på de to definitioner, at Sundhedsstyrelsen har indført elementet om at kunne indgå i menneskelige fællesskaber og har udtaget elementet om at kunne arbejde produktivt og yde et bidrag til fællesskabet. Sundhedsstyrelsen mener ikke, at det er et kriterium for mental sundhed at kunne bidrage produktivt til samfundet, men at det er en af de gevinster, der kan komme ud af at fremme mental sundhed.



ind, lave mad, gå på arbejde eller i skole, at kunne indgå i sociale relationer og at kunne håndtere de forskellige udfordringer og mindre stressbelastninger, som en almindelig dagligdag kan byde på.

Mental sundhed fungerer således som et overbegreb eller en samlebetegnelse for en lang række psykosociale tilstande og kompetencer, der hver for sig er forskellige og kan beskrives nærmere og mere detaljeret. Alligevel er der en vis pointe i at holde fast i en fælles overordnet betegnelse. Dels for at få øje på tendenser, sammenhænge og samarbejdsmuligheder på et felt, der ellers bevæger sig i mange forskellige retninger. Og dels for at skabe et samlet strategisk fokus på et område, der ellers ikke har haft stor bevågenhed. Når det er sagt, er samlebetegnelser af den art mere reglen end undtagelsen på sundhedsområdet og adskiller sig i den forstand ikke fra, når man fx samlet henviser til 'ryglidelser' eller 'hjerne-kar-sygdomme'.

Det er vigtigt at understrege, at mental sundhed ikke er et nyt sundhedsbegreb ved siden af det mere generelle begreb om sundhed. Mental sundhed er en del af det brede sundhedsbegreb, som blev lanceret af WHO i 1948. At det mentale fremhæves skal ses som et led i at sætte fokus på den del af vores sundhed, der har med trivsel og velbefindende at gøre – et område der, som nævnt, ikke traditionelt har fået så meget opmærksomhed sammenlignet med de mere fysiske aspekter af sundhed og sygdom.

### Relationen til psykisk sygdom

Mental sundhed og psykisk sygdom er to forskellige dimensioner, der kan gå på tværs af hinanden. Det er fx muligt at have dårlig mental sundhed uden at have en decideret

psykisk lidelse – det vi ofte kalder at have 'ondt i livet' eller at have trivselsproblemer. Det er også muligt at have en psykisk lidelse og samtidig have god mental sundhed, hvis man fx er velbehandlet, er god til at håndtere sin sygdom og har et støttende socialt netværk.

Der er dog også mange eksempler på, at de to dimensioner overlapper hinanden. Der er således højere risiko for at udvikle en psykisk lidelse som angst, depression og PTSD (posttraumatisk belastningsreaktion), hvis man har dårlig mental sundhed. Og det er desværre også sådan, at mennesker med psykiske lidelser i højere grad end andre har dårlig mental sundhed. En del af dette skyldes formentlig omgivelsernes fordomme og holdninger til mennesker med psykiske lidelser.

Ifølge en nyere undersøgelse fra Dansk Sundhedsinstitut og det Nationale Forskningscenter for Velfærd mener 4 ud af 5 danskere fx, at det er mere acceptabelt at have en fysisk end en psykisk lidelse, og hele 43% mener, at mennesker med psykiske lidelser er farligere end andre mennesker.<sup>(1)</sup> Samme undersøgelse konkluderer også, at mennesker med psykiske lidelser oplever at blive nedvurderet, at blive mødt med tavshed, og at de får en dårligere behandling i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet.

### Fremme af mental sundhed

Det er vigtigt i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med mental sundhed at koncentrere indsatsen om omgivelsernes betydning. Vi er alle forskellige i forhold til grad af psykisk sårbarhed og i forhold til, hvad vi kommer ud for i livet af vanskelige og belastende begivenheder. Det

## TAL OG TENDENSER

- Inden for et år har 20% af danskerne haft symptomer på en eller flere psykiske lidelser
- 10% af voksne danskere har dårlig mental sundhed – 12,5% blandt kvinder, 7,6% blandt mænd
- 10% af de 11-15-årige angiver dårlig trivsel
- Psykiske lidelser er den hyppigste årsag til tilkendte førtidspensioner
- Andelen af nye førtidspensionister med psykiske lidelser er steget fra 29% i 2000 til 51% i 2009.

er også en naturlig del af menneskelivet, at skulle håndtere ting der er svære, og gennemgå perioder der er vanskelige af den ene eller anden grund. Det er dog samtidig vigtigt, at vi indretter vores omgivelser, så de bedst muligt fremmer mental sundhed. Gode, støttende omgivelser, som reagerer på faresignaler, og som sikrer rummelighed og plads til forskellighed, kan faktisk gøre udslaget for, hvor store og u håndterbare problemer får lov til at vokse sig.

Det vi skal sikre er, at dem af os, der er sårbare, eller som gennemlever en vanskelig periode, ikke samtidig bliver mobbet i skolen eller på arbejdspladsen eller er så socialt isolerede, at vi ikke har nogen at gå til. Over for børn og unge er det derfor centralt, at daginstitutioner, skoler, fritidshjem og uddannelsesinstitutioner har det som en del af deres målsætning at sikre en tryk og rummelig dagligdag – hvad der er blevet kaldt et 'her hører du til-miljø'.

Der findes heldigvis allerede mange konkrete eksempler herpå og mange gode erfaringer fra de respektive institutioner. Helt centralt er fx, at der udarbejdes politikker mod mobning, som efterleves og revideres løbende, at børn og unge trænes i sociale og emotionelle færdigheder som samarbejde, problemløsning og at opfatte og reagere på følelser hos sig selv og hinanden. Det er også vigtigt, at de fagpersoner, der er omkring børn og unge, er i stand til at opfange tidlige tegn på dårlig trivsel, og at de ved, hvad de i givet fald skal gøre – herunder ofte at kunne løse problemerne, der hvor de er opstået.

Pladsen tillader ikke at komme nærmere ind på, hvordan man kan fremme mental sundhed eller trivsel på arbejdspladsen, men

det er mange af de samme elementer som ovenstående, der gør sig gældende. I forhold til ældre er der særlige problematikker, som er beskrevet på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

Fremme af mental sundhed er også relevant i forhold til syge. Der er eksempelvis et stort og vigtigt arbejde med at afstigmatisere psykiske lidelser. Der er heldigvis skabt bred opbakning til en landsdækkende indsats mod stigmatisering af psykiske lidelser, som løber af stablen i de kommende år med fokus på regionale og kommunale aktiviteter. Der er også grøde i en mere systematisk fokusering på at fremme mental sundhed for den store gruppe af borgere med kroniske lidelser. Her ligger blandt andet et potentiale i at gå på tværs af sygdomskategorier og

eksplicit styrke den enkeltes mulighed for at håndtere de psykosociale elementer i at have en langvarig sygdom: At balancere krav og ressourcer, at håndtere følelser og konflikter og at have redskaber til at gå i dialog med familie, venner og sundhedspersonale omkring forhold, der vedrører sygdom og dagligdag.

Der er således mange steder at tage fat, hvis målet er at fremme mental sundhed. Her har jeg blot valgt nogle få punktnedslag, som kan forfølges yderligere i de forskellige kilder, jeg har angivet.

Som det er fremgået, spiller kommuner og regioner en central rolle i arbejdet med at fremme mental sundhed for såvel raske som syge borgere. ■

## Skolebørns mentale sundhed - tegn på mistrivsel

En ny rapport fra Sundhedsstyrelsen: *Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige - bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed* (Sundhedsstyrelsen 2011) er en tvær-snittsundersøgelse af danske børns psykiske mistrivsel. Rapporten handler primært om oplevelsesdimensionen af mental sundhed og har særligt fokus på forekomsten af mistrivsel. Undersøgelsen viser bl.a., at 23% af pigerne og 17% af drengene har tre eller flere tegn på dårlig trivsel.

Sundhedsstyrelsen har taget initiativ til at få udarbejdet rapporten for at bidrage til at skabe opmærksomhed om betydningen af mental sundhed blandt børn og unge. Som der står i rapportens forord: "Mental sundhed er ikke blot en forudsætning for udvikling og læring, men er også en beskyttende faktor for risikoadfærd og udvikling af sygdom senere i livet." Den ligger desuden i forlængelse af Sundhedsstyrelsens rapport fra 2010: *Mental sundhed blandt voksne danskere*, som viste en tendens til stigende andel med dårlig mental sundhed blandt unge kvinder på 16-24 år.

REDAKTIONEN

### REFERENCE

- (1) Stigma og psykiske lidelser. Dansk Sundhedsinstitut og det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2010. Rapporten kan downloades her: <http://www.regioner.dk/Aktuelt/Arrangementer/Afholdte+arrangementer/7/media/D96DFCDB4DF74F038E9B8461309285CE.ashx>

### Emnerelevante publikationer

Mental sundhed blandt voksne danskere. Sundhedsstyrelsen, 2010.

Betydning af fysisk aktivitet for mental sundhed blandt ældre. Sundhedsstyrelsen, 2010.

Fremme af mental sundhed i kommunerne - eksempler, muligheder og barrierer. Sundhedsstyrelsen, 2009.

Fremme af mental sundhed - baggrund, begreb og determinanter. Sundhedsstyrelsen, 2008.

**Sundhedsstyrelsens** publikationer kan downloades via [www.sst.dk](http://www.sst.dk): <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Stress%20og%20mental%20sundhed/Fremme%20af%20mental%20sundhed.aspx>

**Videncenter for Arbejdsmiljø**, [www.arbejdsmiljoviden.dk](http://www.arbejdsmiljoviden.dk). På deres hjemmeside findes mange oplysninger og redskaber til fremme af trivsel på arbejdspladsen.

# Mental sundhed blandt voksne danskere

■ Anne Illemann Christensen, ph.d.-studerende, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Mental sundhed er et vigtigt indsatsområde for forebyggelse og sundhedsfremme og er i de senere år blevet genstand for stigende opmærksomhed i internationale sundhedsfaglige miljøer. Interessen skyldes blandt andet øget viden om sammenhængen mellem mental sundhed og udvikling af en række sygdomme – herunder risikofaktorer for både psykisk og fysisk sygdom.

Som et led i det igangværende arbejde med at forbedre vidensgrundlaget for mental sundhed har Sundhedsstyrelsen bedt Statens Institut for Folkesundhed om at udvikle en indikator til at beskrive befolkningens mentale sundhedstilstand og herudfra beskrive mental sundhed i befolkningen på baggrund af data fra instituttets seneste Sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2005.<sup>(1)</sup> Denne artikel beskriver den valgte indikator for mental sundhed samt udvalgte resultater fra undersøgelsen.<sup>(2)</sup>

## Måling af mental sundhed – helbredskomponenter

Der eksisterer flere forskellige spørgsmål eller spørgsmålsbatterier, der kan anvendes til at beskrive selvrapporteret helbredsstatus og helbredsrelateret livskvalitet. I ovenom-

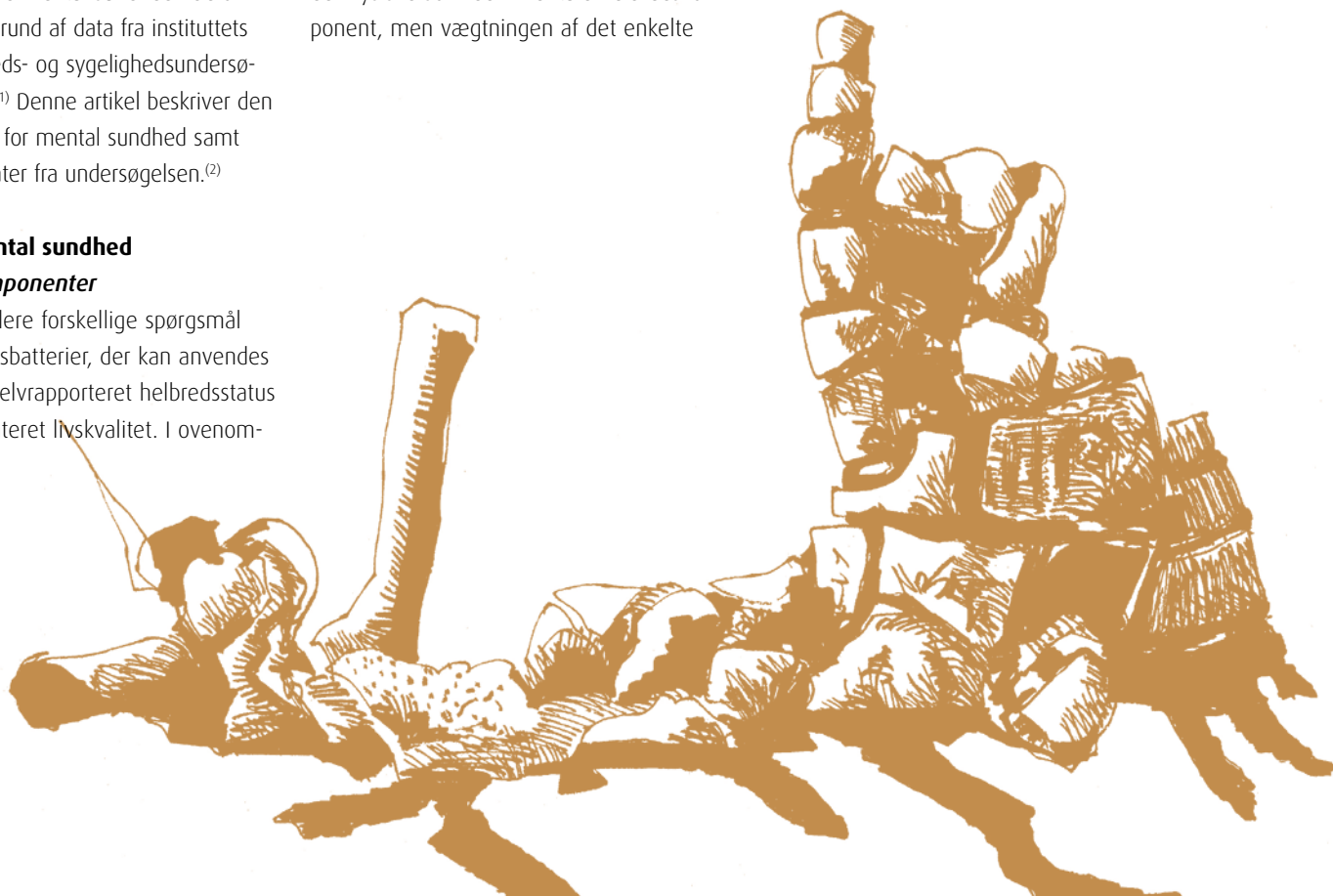
talte undersøgelse blev spørgsmålsbatteriet SF-12 anvendt. SF står for *Short Form*, idet spørgsmålsbatteriet er baseret på et langt mere omfattende batteri på 36 spørgsmål.<sup>(3)</sup>

SF-12 indeholder 12 spørgsmål, der belyser en persons helbredstilstand inden for de sidste fire uger. Ud fra besvarelsen heraf er det muligt at beregne en samlet score for to generelle helbredskomponenter, henholdsvis en *fysisk* og en *mental*. Der scores i intervallet 0-100, med 100 som udtryk for den bedst tænkelige helbredsstatus. De to helbredskomponenter præsenteres sædvanligvis som gennemsnitsværdier. Alle spørgsmål indgår i beregningen af såvel den fysiske som den mentale helbredskomponent, men vægtningen af det enkelte

spørgsmål er forskellig. Her refereres alene undersøgelsesresultater vedrørende den mentale helbredskomponent.

## – inddeling i grupper

På baggrund af den mentale helbredskomponent blev befolkningen inddelt i tre grupper. Gruppen med dårlig mental sundhed blev afgrænset til de 10% med den laveste score på den mentale helbredskomponent. Gruppen med god mental sundhed blev afgrænset til de 65% af befolkningen, der scorede bedst på den mentale helbredskomponent, og de resterende 25% udgjorde gruppen med moderat mental sundhed.



Tabel 1. Mental sundhed i forhold til udvalgte indikatorer – mænd og kvinder (procent)

		MENTAL SUNDHED			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
MÆND					
Selvvurderet helbred	Virkelig god	3,0	17,1	80,0	1.783
	God	7,0	26,6	66,4	2.211
	Nogenlunde	17,8	29,5	52,7	578
	Dårlig	31,2	30,5	38,3	180
Andre euforiserende stoffer end hash	Ja	13,0	34,0	53,0	418
	Nej	7,0	22,6	70,5	4.018
Har kronisk angst eller depression nu	Ja	56,9	25,9	17,2	98
	Nej	6,6	23,4	70,0	4.652
Brugt nervemedicin inden for en 14-dages periode	Ja	50,3	24,7	25,0	97
	Nej	6,7	23,5	69,8	4.655
Uønsket alene	Ofte / en gang imellem	18,1	30,8	51,1	591
	Sjældent / aldrig	6,1	22,4	71,4	4.150
	I alt	7,6	23,5	68,9	4.753
KVINDER					
Selvvurderet helbred	Virkelig god	5,5	22,4	72,1	1.921
	God	11,0	29,6	59,5	2.404
	Nogenlunde	24,8	29,5	45,7	742
	Dårlig	42,3	28,3	29,4	258
Andre euforiserende stoffer end hash	Ja	21,3	36,4	42,3	275
	Nej	11,8	26,1	62,1	4.632
Har kronisk angst eller depression nu	Ja	49,8	24,0	26,3	243
	Nej	10,6	27,1	62,3	5.079
Brugt nervemedicin inden for en 14-dages periode	Ja	38,7	30,7	30,6	249
	Nej	11,2	26,8	62,1	5.079
Uønsket alene	Ofte / en gang imellem	25,3	32,0	42,7	990
	Sjældent / aldrig	9,6	25,7	64,8	4.328
	I alt	12,5	26,9	60,6	5.329

KILDE: Mental sundhed blandt voksne danskere. Sundhedsstyrelsen 2010.<sup>[2]</sup>



## Resultater

Alle analyser blev gennemført særskilt for mænd og kvinder. Der var ikke store forskelle på forekomsten af dårlig mental sundhed mellem aldersgrupper, og analyser viste da også, at der kun var minimale forskelle på opgørelse af forekomster med/uden aldersjustering. Det blev derfor besluttet at præsentere ujusterede forekomster. I tabel 1 ses eksempler på signifikante sammenhænge mellem mental sundhed og udvalgte indikatorer. Det fremgår, at både blandt mænd og kvinder stiger andelen med dårlig mental sundhed, jo dårligere eget helbred vurderes. For både mænd og kvinder er forekomsten af dårlig mental sundhed højere blandt personer, der har kronisk angst eller depression, der har brugt nervemedicin inden for en 14-dages periode, og som ofte eller en gang imellem er uønsket alene, end blandt personer, der ikke har kronisk angst eller depression, der ikke har brugt nervemedicin inden for en 14-dages periode, og som sjældent eller aldrig er uønsket alene.

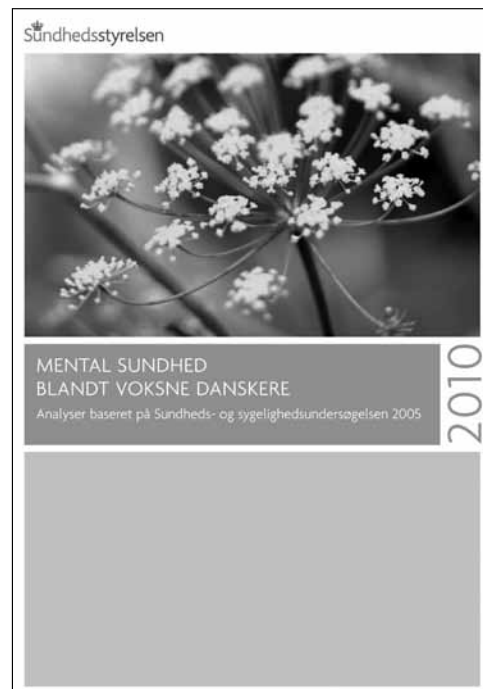
Samme mønster ses i forhold til brug af andre euforiserende stoffer end hash.

Således er der en fordobling i forekomsten af dårlig mental sundhed blandt personer, der har brugt andre euforiserende stoffer end hash sammenholdt med personer, der aldrig har brugt euforiserende stoffer. Dette gælder både for mænd og kvinder.

## Konklusion

Undersøgelsen viser entydigt, at personer med dårlig mental sundhed ikke blot har det dårligt på dette aspekt, men også på næsten alle andre aspekter af sundhed og sygelighed – og på forhold af betydning herfor. Endvidere viser undersøgelsen, at kvinder rapporterer dårligere mental sundhed end mænd.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 er en tværseksundersøgelse, der som sådan kun kan påvise sammenhænge, men ikke fastslå årsagsrelationer. Det er derfor uafklaret, hvad der er årsag, og hvad der er virkning i de mange fundne sammenhænge mellem mental sundhed og faktorer af betydning for sundhed og sygelighed. ■



Rapporten *Mental sundhed blandt voksne danskere* er analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (Sundhedsstyrelsen, Kbh. 2010).

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk) kan man under menupunktet "Udgivelser" finde et bredt og varieret udbud af publikationer relateret til mental sundhed, trivsel, psykisk sundhed.

## REFERENCER

- (1) Ekholm O, Kjeller M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- (2) Christensen AI, Davidsen M, Kjeller M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (3) Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item Short-Form Health Survey. Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Med Care* 1996;34:220-233.

## LINK

[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)



# Indsatser til fremme af mental sundhed

## – *kommunal praksis med mange udfordringer*

■ Redaktionen

Internationalt har der inden for de senere år været fokus på mental sundhed, jf. også artiklen side 4 ff. WHO tog således i 2005 initiativ til en deklaration og handlingsplan omkring mental sundhed, og EU udarbejdede samme år en fælles europæisk strategi til fremme af befolkningens mentale sundhed.<sup>(1,2)</sup> Mental sundhed er endvidere integreret i EU-kommissionens Hvidbog fra 2007, der omhandler den overordnede strategi for sundhed.<sup>(3)</sup>

I det danske arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme er mental sundhed et relativt nyt område. Det bekræftes af Sundhedsstyrelsens undersøgelse, publiceret november 2009: *Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer*, der dog også viser, at selvom der i Danmark ikke er tradition for systematisk at fokusere på, hvordan forebyggende og sundhedsfremmende indsatser bedst muligt fremmer borgernes trivsel og forebygger dårlig mental sundhed, så er mental sundhed et område, som kommunerne interesserer sig for.<sup>(4)</sup>

### Den kommunale praksis

Forudsætningerne for arbejdet med mental sundhed er forskellig i kommunerne. I Sundhedsstyrelsens undersøgelse peges der således på, at kommunernes baggrund og motivation for fremme af mental sundhed også har at gøre med, hvad der er tradition for, gode anledninger og økonomi samt ikke mindst de udarbejdede kommunale politikker og strategier på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

Mens KRAM-faktorerne har været en central del af den første generation af sundhedspolitikker, har mental sundhed ikke haft samme fokus. Såfremt området skal prioriteres i kommunernes sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, viser omtalte under-

søgelse, at der – trods interesse for området og allerede igangsatte initiativer og indsatser – skal øget opmærksomhed til.

De i undersøgelsen kortlagte indsatser til fremme af mental sundhed tyder endvidere på, at der endnu ikke er en ensartet opfattelse af begrebet mental sundhed. Indsatser på området er mest kendt som indsatser til fremme af trivsel, social kapital, godt arbejdsmiljø, social inklusion, reduktion af mobning og stress m.m. I flere kommuner er der også erfaringer med at koble psykiske problemer og udbetaling af sygedagpenge.

### Karakteristik af indsatser

Sundhedsstyrelsens undersøgelse er gennemført i perioden august 2008 til september 2009. Den omfattede både en kvantitativ og en kvalitativ del. Den *kvantitative* del, der var baseret på KL's "Godt i gang" fra september 2008, var en spørgeskemaundersøgelse sendt ud til alle sundheds-/sundhedscenterchefer i samtlige kommuner. Med denne del af undersøgelsen fik man en oversigt over forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i de danske kommuner samt en kategorisering af disse indsatser. Den *kvalitative* del bestod af fokusgruppe- og telefoninterviews foretaget i sommeren 2009. Denne del af undersøgelsen var overordnet en kortlægning af kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, herunder indsatser til fremme af mental sundhed.

Undersøgelsen viste, at 64% af kommunerne har indsatser til fremme af mental sundhed. I alt blev 130 indsatser identificeret. I undersøgelsen konkluderes det, at der formentlig foreligger en underrapportering, idet 1) nogle indsatser ikke er rapporteret som mental sundhed, 2) nogle indsatser er integrerede med andre forebyggelses- og sundhedsfrem-

meindsatser, og endelig 3) nogle indsatser ligger i andre forvaltninger/afdelinger. Størstedelen af de kommunale indsatser er målrettet børn i alderen 0-17 år, derefter unge, ældre og voksne. Begge køn er målgruppe for næsten alle indsatser. Der ses desuden en tendens til, at det er borgerrettede, brede tilbud, der er etableret i kommunernes arbejde med mental sundhed.

### Synliggørelse og anbefalinger

Koblingen til udbetalinger på sygedagpengeområdet viser ifølge undersøgelsen, hvor omkostningstunge psykiske problemer er for kommunerne. I den forbindelse efterspørges i den kommunale praksis en øget synliggørelse af mental sundheds helbreds-mæssige og økonomiske betydning, fx ved hjælp af relevante indikatorer i sundhedsprofilerne til monitorering og identificering af udsatte målgrupper. Der anbefales endvidere større åbenhed og iværksættelse af kampagner til imødegåelse af det problem, at området stadig er omgærdet af stigmatisering og tabuisering.

### Muligheder og udfordringer

Sundhedsstyrelsen konkluderer i den kvantitative del af undersøgelsen, at de forskellige kommunale indsatser til fremme af mental sundhed fint afspejler de brede og borgerrettede indsatsområder, som WHO og EU, jf. ovenfor, har lagt op til.

I undersøgelsens kvalitative interviews nævnes, at mental sundhed er en præmis for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, som altid bør medindtænkes og integreres.

Undersøgelsen påpeger endvidere eksplicit, at implementering af indsatser til fremme af mental sundhed særligt kan styrkes ved, at der udarbejdes dokumentation for effekt af indsatser til fremme af mental sundhed i

forhold til bestemte arenaer og målgrupper og ved at synliggøre de økonomiske fordele af indsatser på området. Fx nævnes det, at synliggørelse af omkostninger ved sygefravær, førtidspensioner og indlæggelser på psykisk indikation har været med til at skærpe den kommunalpolitiske interesse for fremme af mental sundhed – herunder en øget interesse for stress, depression og psykisk arbejdsmiljø.

Af de væsentligste muligheder og udfordringer peges på strategi og organisation, evidens og dokumentation, synliggørelse af mental sundhed, integration med andre forebyggende og sundhedsfremmende kommunale indsatser, samt endelig på samarbejdet med frivillige og med patientorganisationer. Som omtalt ovenfor udtrykkes der endvidere behov for, at fremtidige sundhedsprofiler kan måle mental sundhed og kobles med viden om risikofaktorer og andre sundhedsdeterminanter. Forhåbningen er, at et øget kendskab til årsagssammenhænge, potentielle målgrupper og indsatsområder kan opnås ved løbende at monitorere den mentale sundhedstilstand.

### To midtjyske kommunale eksempler

De to næste artikler er eksempler på, hvordan man kan arbejde med fremme af mental sundhed i forskellige målgrupper: ældre og børn. ■

#### REFERENCER

- (1) WHO 2005. Mental Health Action Plan for Europe – Facing the Challenges, Building Solutions.
- (2) EU-kommissionen 2005. EU-kommissionens Grønbog: forbedring af befolkningens mentale sundhed: på vej mod en strategi for mental sundhed i den Europæiske Union.
- (3) EU-kommissionen 2007. White Paper: Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013.
- (4) Sundhedsstyrelsen 2009. Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer.

#### LINK

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

## HERNING KOMMUNE

# Afsæt i det positive i arbejdet med senildemente

■ Eva Østergaard, koordinerende driftsleder, Plejehjemmet Lindegården, Herning

Ældre demente har brug for glæde, og at plejepersonalet er til stede i nuet. Marte Meo-metoden er implementeret på Plejehjemmet Lindegården som et konkret værktøj i det faglige og pædagogiske arbejde med senildemente ældre. Siden 2001 har plejehjemmet arbejdet med metoden, og erfaringerne er mange. I halvfemserne oplevede Lindegården en markant stigning i antallet af demente ældre, og i takt hermed steg også antallet af episoder med konflikt og vold. Op mod 80% af plejehjemmets ca. 100 beboere har demens eller demenslignende symptomer. Startskuddet var et projekt, hvor alle medarbejderne blev inddraget. Det viste, at fokus på kommunikation og samspil mellem personale og den demente er afgørende i bestræbelserne på at mindske konflikter og vold. Nu 10 år senere er Marte Meo som pædagogisk metode et uundværligt redskab i det daglige pleje- og omsorgsarbejde.

### Metode og implementering

Marte Meo (*ved egen kraft*) er en pædagogisk metode, der anvender videooptagelser af samspillet mellem mennesker. Interaktionen analyseres med udgangspunkt i optagelserne og tager udgangspunkt i de positive situationer, som der arbejdes videre med.

Marte Meo-metoden er udviklet af hollænderen Maria Aarts. Hun har sat ord på grundelementerne i udviklingsstøttende kommunikation med børn. Det har vist sig, at denne erfaring kan overføres til kommunikation med demensramte, da den funktionsmæssige afvikling minder meget om barnets funktionsmæssige udvikling – blot med modsat fortegn. Væsentligt i kommunikationen er det, at man ikke mister respekten for den demensramte – en person med unikke livserfaringer.



Metoden anvendes bl.a. til at synliggøre, hvor svækket en person med en demenssygdom er i sit funktionsniveau, så plejepersonen kan tilpasse kommunikationen og den daglige omsorg i forhold til beboeren. Intentionen er at finde frem til en kommunikationsform, der understøtter den ældres iboende ressourcer, så samspillet med den ældre og plejepersonen bliver så positivt og konfliktfrit som muligt.

### Samspillet

Der skal to til et samspil. Derfor er det vigtigt at kunne 'se bag om' den dementes handlinger, at blive klar over den dementes intention, så man bedre kan vurdere, hvad det er for en støtte, der er nødvendig for et positivt samspil. Nogle har fået disse evner ind med modernælden og har nemt ved at få et godt samspil med beboerne. Udfordringen kan være at videregive til en kollega, hvad der virker i situationen, så den også kan blive positiv for andre. Med Marte Meo-metoden har personalet på Plejehjemmet Lindegården fået et redskab til at analysere, hvad der sker, og de kan vise det til deres kolleger. Når en medarbejder oplever vanskeligheder i en konkret, hverdagsagtig plejesituation optages en video. Tilbagemelderen trækker situationer frem, hvor kommunikation og samspil med den demente lykkes, og det er disse eksempler, der danner grund for læring og refleksion hos medarbejderen.

## Eksempler

### Tidligere episode

Klokken er 8.45, og Maren skal op. Hun er svært dementamt og kan ikke længere selv finde ud af at få tøj på, så plejepersonalet hjælper hende. Plejepersonen har travlt og har flere beboere, der skal op. Hun forsøger at skynde sig, så hendes tidsplan ikke skrider. Maren virker ængstelig ved situationen, og hendes blik er nervøst. Plejepersonen lægger ikke mærke til Mares kropssprog og har ikke øjenkontakt, da hun er travlt beskæftiget med at give Maren tøj på. I afmagt over den uforudsigelige situation slår Maren ud efter plejepersonen.

Episoder som denne var i det daglige plejearbejde på Lindegården ikke usædvanlige. Men det stred mod stedets værdier og gjorde

noget ved det psykiske arbejdsmiljø: at beboere følte sig så afmægtige, at de til tider følte sig nødsaget til at ty til vold. Sådan er det imidlertid ikke længere. Situationer, hvor beboere bliver afmægtige med aggressivitet og vold til følge, er blevet færre.

### Nutidig dagligdag

Løsning af plej opgaven bliver nu ikke vurderet ud fra, om hr. Hansen ser nybarberet ud, snarere om han virker veltilpas. Efter en episode udtaler plejepersonalet i dag oftere, at "beboeren er nu også blevet meget bedre", hvilket afspejler den effekt, det har på beboernes sundhed at blive mødt med anerkendelse og respekt. – Tænk at komme gående på gangen med sin rollator og blive mødt med: *Hvor ser du bare godt ud i dag!*

De fleste ved, hvordan man giver en skelfuld mad, men hvordan giver man en skelfuld kærlig omsorg?

### Daglig læring og praksis

På Lindegården forventes det, at alle medarbejdere er villige til at arbejde med metoden. En forventning, der signaleres allerede ved ansættelsen, og alle nyansatte bliver via undervisning og film introduceret til metoden. Supplerende har nogle medarbejdere gennemført en egentlig terapeut- eller vejlederuddannelse. Det er disse, der sammen med ledelsen er tovholdere og med til at sikre, at hverdagssituationer optages, analyseres og tilbagemeldes.<sup>(1)</sup>

Der er løbende opfølgning på gruppe-, personale- og ledermøder i forhold til arbejdet med den valgte pædagogiske metode (Marte Meo). Det prioriteres, at ledelsen deltager og udviser motivation og engagement, så det forplanter sig til hele plejepersonalet. Medarbejdernes fokus flyttes fra at være opgaveorienteret til via en anerkendende og respektfuld tilgang at have større forståelse for dementes adfærd. Følgende udsagn er fra medarbejdernes egne læringsnotater:

- give meget præcise beskeder
- fylde demente op følelsesmæssigt
- et værktøj til at gøre dementes hverdag mere værdig
- flere stjernestunder
- øjenkontakt og smil
- finde ud af, hvor beboeren er lige nu og handle derefter
- sætte ord på beboernes følelser
- være stille, når det kræves
- arbejdet med demente kræver, man er til stede
- vi må lave os om, demente kan ikke

### Kvalificering af arbejdet

Arbejdet med metoden har ikke kun givet medarbejderne et fagligt, men også et personligt løft. En stolthed over at kunne klare den ofte komplekse opgave det er, at imødekomme dementes behov og en tryghed i at vide, at brugen af Marte Meo-metoden er en mulighed, når svære situationer opstår. Medarbejderne er blevet bedre til at anerkende hinanden og give udtryk for glæde, når samspillet og kommunikationen lykkes: *– Yes, det lykkedes at hjælpe fru Jensen med at børste tænder i dag.*

### Dokumentation for effekt

På Plejehjemmet Lindegården har man – siden introduktionen af kommunikationsredskabet i 2001 – arbejdet med at gøre Marte Meo-metoden til en integreret del af både personalets og beboernes hverdag. Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet (CAST) gennemførte i perioden december 2006-januar 2008 i samarbejde med Herning Kommune et projekt for at dokumentere implementeringsprocessen og de opnåede effekter fra anvendelse af metoden på plejehjemmet. Hensigten var at videregive erfaringer og inspiration til andre plejehjem og at belyse forudsætningerne for, at man kan implementere metoden med en positiv indvirkning på beboere og ansatte. Projektet er afrapporteret i: *En retrospektiv evaluering af Marte Meo-metoden på Plejehjemmet Lindegården*, udarbejdet i marts 2008.<sup>(2)</sup> Rapporten dokumenterer, at udviklingsstøttende kommunikation med videopervision giver større medarbejdertilfredshed og bedre kvalitet i plejen. ■

#### REFERENCER

- [1] Herning Kommune 2007. Undersøgelse af Marte Meo-metoden på Lindegården – En metode til at fremme de kommunikative kompetencer hos plejepersonalet. Pjece. Undersøgelsen er udført i samarbejde med CAST, Center for anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet ([www.sdu.dk](http://www.sdu.dk)).
- [2] CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering 2008. En retrospektiv evaluering af Marte Meo-metoden på Plejehjemmet Lindegården. Syddansk Universitet.

#### LINK

[www.herning.dk](http://www.herning.dk)

## HOLSTEBRO KOMMUNE

# Træningsprogram til støtte af småbørnsforældre – et særligt tilbud fra Sundhedsplejen

■ Pernille Almdal, leder af sundhedsplejen, Holstebro Kommune

I 2004 modtog partnerskabet mellem Holstebro, Herning og Ikast kommuner midler fra Socialministeriets pulje *Familien i centrum* til at afprøve en ny evidensbaseret metode i forældretræning. De Utrolige År (DUÅ) er en programserie, som har det fælles mål at styrke forældres kompetencer og derigennem forebygge og reducere mindre børns vanskelige adfærd.

Udvalget for Børn og Unge i Holstebro Kommune besluttede i 2007 at gøre de evidensbaserede metoder til indsatsområde, og i dag er programmerne fast forankret. Der er på nuværende tidspunkt alene i Holstebro Kommune uddannet 13 gruppeledere fra henholdsvis Sundhedsplejen, Familiecenteret og Støttekorpsen, som arbejder tæt sammen tværfagligt.

Udvalget har i november 2010 ligeledes besluttet, at DUÅ's programmer skal implementeres i daginstitutionerne i Holstebro Kommune, hvilket betyder, at de på nuværende tidspunkt omfatter de 0-6-årige børn og deres forældre.



## De Utrolige År

Programserien er udviklet af professor Carolyn Webster Stratton, Seattle i USA, og består af manualbaserede forældre-, børne- samt lærer-/pædagogprogrammer. Serien giver grundlæggende kompetencer i at praktisere nye måder at være sammen på. Et grundlæggende princip i programserien er at fokusere på det positive i samværet med barnet ud fra det faktum, at *den adfærd som får opmærksomhed forstærkes*.

Programserien De Utrolige År er gruppebaseret, dvs. gennemføres med en gruppe forældre, børn eller pædagoger. Processen ledes af to uddannede gruppeledere. Gruppen mødes to timer om ugen i 8-20 uger, afhængig af programtype. Der anvendes et spørgeskema før og efter kursusforløbet. Forældrene bliver gennem øvelser og gruppediskussioner involveret og aktiveret i trygge rammer – de bliver støttet af strukturen i programmet. De ugentlige møder koblet sammen med hjemmeopgaver og opfølgende telefonsamtaler sikrer kontinuitet og deltagerstabilitet. Programserien består af:

- *Baby-programmet* for forældre med spædbørn (0-1 år)
- *Toddler-programmet* for forældre med småbørn (1-3 år)
- *Basic-programmet* for forældre til børn (3-6 år), der udviser begyndende eller alvorlige adfærdsproblemer.

### – den anvendte metode

Overordnet set byder programmet på en konkret og håndterbar metode til at støtte op omkring tilknytning mellem barn og de vigtigste omsorgspersoner. Der arbejdes gruppevis ud fra den kollektive proces (samarbejdsmodellen), hvor deltagerne udvikler principper i forhold til de emner, der gennemgås. Det foregår via diskussioner ud fra videoklip med forældre-børn-samvær. På den måde er det forældrene selv, der formulerer, hvad der er vigtigt, og de får derved ejerskab og vilje til en ny forældrestil.

Programmets styrke ligger bl.a. i, at relevant teori og forskning omdannes til en enkel, klar og tydelig praksis, som tilbyder forældrene relevant indsigt og brugbare redskaber.

Vi ved fra psykologisk og neurobiologisk forskning, at en god tilknytning er en grundlæggende forudsætning for et menneskes emotionelle, sociale og kognitive udvikling, og at problemer i tilknytningen kaster skygger ind i barnets udvikling på alle planer. Og selvom denne viden er alment kendt, er det vanskeligt at finde effektive, praktiske og ikke-for-tidskrævende metoder til at støtte op om tilknytningsrelationer – især de forældre-barn-relationer, hvor der er begrundet bekymring.

### – dokumentation og evidens

I Danmark har vi længst erfaring med Basic-programmet, som nu er forankret i Servicestyrelsen. Programserien har været i brug i danske kommuner siden 2006.

Det er dokumenteret, at programmerne har effekt uanset forældrenes uddannelsesmæssige og socioøkonomiske baggrund, hvilket også gælder familier med forskellig etnisk baggrund. Og forskning viser, at relationen mellem de voksne og børnene bliver mere positiv, stressniveauet i familien falder, depression hos forældre bedres, forældrenes måde at opdrage på bliver mere positiv, og barnets problemer og vanskelige adfærd reduceres.

– Den evidensbaserede programserie De Utrolige År forbedrer de sociale kompetencer hos børn i adfærdsproblemer. Programmet forbedrer også forholdene i familien ved at reducere graden og hyppigheden af børns problematiske adfærd i hjemmet. Sådan formuleres konklusionen i den undersøgelse, som Rambøll har lavet for Servicestyrelsen.<sup>(1)</sup>



### Formål med kursustilbuddet

Partnerskabskommunerne begyndte i 2010 at anvende Baby-programmet. Det overordnede formål er at styrke forældrene til at fremme den sociale, emotionelle, fysiske og sproglige udvikling hos barnet samt at styrke relationer og tilknytning. Formålet er desuden at udvikle et omkostningseffektivt forebyggende forældreprogram, der fremmer en positiv, omsorgsfuld forældrestil og et støttende netværk med henblik på at nedbringe risikoen for problemer senere i barnets liv. Kursustilbuddet fra Sundhedsplejen er både for forældrepar og enlige forældre.

Næste trin bliver implementering af Toddler-programmet i begyndelsen af 2011. Begge programmer kan anvendes forebyggende til alle forældre med børn i alderen 0-3 år eller behandlende til forældre i risikogrupper, forældre ramt af fødselsdepression/depression, til teenageforældre samt til professionelle. Citat fra Holstebro Kommunes hjemmeside (under Sundhedsplejen): – *Hvis du er forælder til et eller flere børn mellem 3 og 8 år, og du synes tingene kører af sporet med mange konflikter, råb, skrig og mangel på respekt, så kan din*

*familie have glæde af "De Utrolige År".*

### Et tilbud til sårbare unge mødre

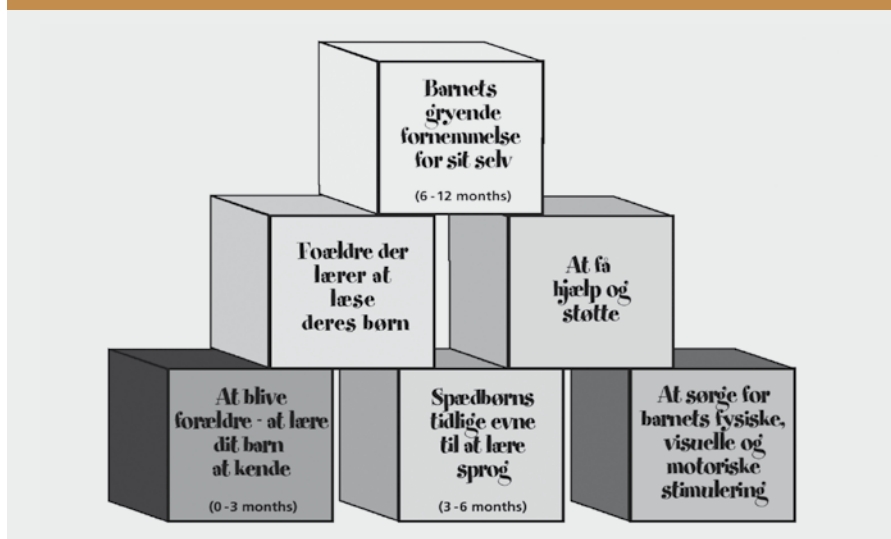
I Sundhedsplejen i Holstebro Kommune har vi valgt at tilbyde Baby-programmet til vores mest sårbare unge mødre. Disse forældre visiteres oftest til Sundhedsplejen fra jordemoder, egen læge eller sagsbehandler allerede tidligt i graviditeten. Vi har derfor mulighed for i fællesskab at motivere familierne til at deltage. Det drejer sig oftest om, hvordan vi kan hjælpe en mor og/eller far, som muligvis selv har en forstyrret tilknytningsstil, med at opbygge tilknytningen til sit barn i løbet af de få første måneder, hvor den optimale chance herfor er til stede. Programmet tager afsæt i videoklip og i de konkrete situationer med børnene, som udspilles i gruppen. Der er bl.a. fokus på barnets signaler, kommunikation, milepæle i udviklingen, stimulation og forælderrollen. I forlængelse af Baby-programmet tilbydes mødrene at fortsætte med at mødes i de eksisterende grupper sammen med to sundhedsplejersker hver anden uge. Sundhedsplejerskerne arbejder videre med principperne fra Baby-programmet og støtter derved mødrene i fastholdelsen heraf.

Vi arbejder på supplerende at tilbyde flere af disse familier Toddler-programmet, så forældrene kan blive endnu bedre rustet til at håndtere hverdagens udfordringer med deres små børn.

### Walisiske erfaringer

I forbindelse med en studietur til Wales i efteråret 2010 blev vi bekendt med forskningsresultater, der bl.a. påpeger, at mødres diagnosticerede depression generelt falder til normalområdet – og forbliver på det niveau efter 6 og 12 måneder – efter deltagelse i et De Utrolige År-program. Ligeledes blev børnenes adfærd forbedret markant (også gældende efter 6 og 12 måneder). Også i Wales er der gode erfaringer med at anvende Baby-programmet individuelt til de familier, der ikke har ressourcer til at deltage i et gruppeforløb. Her gennemgår sundhedsplejersken programmet i hjemmet ud fra samme manual. De har ligeledes gode erfaringer med som et kompetenceløft at tilbyde deres dagplejere Toddler-programmet, og programmet er nu indført i næsten samtlige børnehaver på halvøen i det sydvestlige Storbritannien. ■

Figur 1: Forældres og Spædbørns Byggesten



KILDE: The Incredible Years

### REFERENCE

[1] Servicestyrelsen 2010. Evaluering af De utrolige år: Delrapport 2: effekten af programmet.

### LINK

[www.incredibleyears.com](http://www.incredibleyears.com)  
[www.deutroligeaar.dk](http://www.deutroligeaar.dk)  
[www.servicestyrelsen.dk/born-og-unge](http://www.servicestyrelsen.dk/born-og-unge)  
[www.holstebro.dk](http://www.holstebro.dk) (vælg: Borger/Børn og Unge/For forældre/Sundhedspleje/De utrolige år)

## ”For vi viser os jo ikke på de dårlige dage”

– i Lærings- og Mestringskonceptet er der fokus på det sociale aspekt af mental sundhed

■ Inge Wittrup, seniorforsker og programleder, Forskning og Udvikling, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

I overskriften giver Karen udtryk for en følelse af social eksklusion i sit liv med en kronisk lidelse. Som mange andre mennesker med en kronisk lidelse oplever hun, at omgivelserne har rigtig svært ved at finde en grimasse, der kan passe, når helbredet bliver bragt på bane. Det gælder både, når emnet kronisk sygdom tages op, og når det *ikke* tages op. Når mennesker med kroniske lidelser fortæller om sådanne erfaringer, stammer de fra samvær og samtaler med både nære familiemedlemmer, venner, naboer eller – som oftest – ‘sådan i al almindelighed’.

Oplevelsen af social eksklusion ‘i al almindelighed’ er emnet for denne artikel. Artiklen bygger på et etnografisk feltarbejde udført i forbindelse med evaluering af patientuddannelsesforløbet *Læring og Mestring for mennesker med kroniske lidelser* (se faktaboksen).<sup>1</sup> Det er et pilotprojekt forankret i Center for Folkesundhed, Holstebro og under stadig udvikling i seks kommuner i den vestlige del af Region Midtjylland i samarbejde med Hospitalsenhed Vest og områdets praktiserende læger.

### Patientuddannelse i et deltagerperspektiv<sup>2</sup>

Kendetegnende for Lærings- og Mestringskonceptet (L&M) er et fokus på deltagerinvolvering. Der arbejdes på flere fronter både med fagpersoners kompetenceudvikling, med organisatoriske og tværsektorielle forandringsprocesser, med ligeværdighed mellem sundhedsprofessionel viden samt

erfaringsbaseret viden og det ligeværdige samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og erfarne patienter i patientuddannelsesforløbene. Projektets mål er gennem gruppebaseret uddannelse, at:

- Deltagernes mestringsevne styrkes, så de kan skabe en meningsfuld dagligdag med de begrænsninger, et liv med kronisk lidelse sætter
- Deltagerne opnår indsigt i, hvordan den kroniske lidelse påvirker dagligdagen
- Deltagerne forbedrer deres sundhedsadfærd
- Deltagerne styrker deres sociale relationer og netværk.

Når L&M har relevans i et *Liv*-tema om mental sundhed, så skyldes det, at konceptets sundhedsbegreb er sammenfaldende med Sundhedsstyrelsens definition af mental sundhed, som en *”tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber”*. Talrige studier viser, at social eksklusion eller marginalisering er tæt forbundet med højere forekomst af sygdom og dødelighed samt dårlig trivsel. At føle tilhørsforhold til sit samfund og nærmiljø, at indgå i sociale netværk og at have tillid til omgivelserne har omvendt vist sig at være vigtige beskyttende faktorer for menneskers mentale sundhed og trivsel.<sup>(1)</sup>

Karens oplevelse af hvornår, hvordan og hvor, man kan tale om og vise sig, når man



Projektet er et tværsektorielt pilotprojekt. Det omfatter udvikling, implementering og evaluering af et uddannelseskoncept. Udviklingen styres af en projektorganisation med bred repræsentation fra de involverede kommuner, hospitaler og patienter samt almen praksis, Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for Folkesundhed, hvis Holstebro-afdeling leder projektet.

Lærings- og mestringsuddannelserne tilbydes i seks vestjyske kommuner og på tre vestjyske regionshospitaler. Følgende kommuner deltager i projektet: Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer.



har en kronisk lidelse, peger på, at kategoriseringen som kronisk syg – som diabetiker eller kroniker – kan opleves som socialt ekskluderende i en sådan grad, at det påvirker den enkeltes identitet i en utilsigtet negativ retning.

Karen holder sig inden døre på de dårlige dage, de dage, hvor hun ikke orker at blive konfronteret med nyfigne blikke eller inkvisitoriske spørgsmål. Karens oplevelse hænger sammen med kategoriseringen 'at være kroniker'; en kategorisering, der ikke i nævneværdig udstrækning giver plads til, at hun er så meget mere end 'kroniker'. Med kategoriseringen som 'kroniker' anerkendes de øvrige dimensioner i Karens liv ikke, og hun føler sig omsluttet af sin sygdom i en sådan grad, at hun skal kæmpe særdeles hårdt for at blive anerkendt som et menneske, der har andre egenskaber, kendetegn og kvali-

teter end den sygdom, hun tilfældigvis også har. – Og det er Karen ikke alene om, hvilket det lille, men sigende og inkluderende 'vi' understreger. På holdet i L&M-uddannelsen, hvor hendes udtalelse falder, nikker de øvrige deltagere genkendende.

### ***"Det her er jo en skyggesygdom"***

I et interview forklarer Verner, som har KOL i svær grad, sin 'usynlige' sygdom. Usynlige sygdomme er, når folk ikke kan se på én, at man er syg. Når folk bliver lidt overraskede over at møde én i byen på en ganske almindelig hverdag og spørger, om man har ferie. Så skal man stå og forklare, hvad man fejler, og alt det der. Hvis de så oven i købet siger: *"Hvad fanden fejler du, du ser da ikke ud til ..."*, så er det, at Verner begynder at syntes, at det er lidt nemmere bare at blive hjemme. Ligesom Else, som kun holder baghaven i orden, men nægter at luge i forhaven, fordi naboerne så spørger hende, om hun da ikke har fået det bedre. Else oplever, at der i det tilsyneladende venlige og velmenende spørgsmål også ligger en antydning af, at hun da ikke er så syg, som hun ellers har givet udtryk for. Fortællingen om skyggesygdomme og følelsen af at blive observeret og vurderet, at skulle forklare sig og 'tage sig lidt sammen', er en meget hyppig fortælling om oplevelsen af social eksklusion i patientuddannelsesforløbet Læring & Mestring.

### **Fortællinger og social inklusion**

At arbejde professionelt med fortællinger er en af de sundhedspædagogiske metoder i Lærings- og Mestringsforløbene. Formålet er:

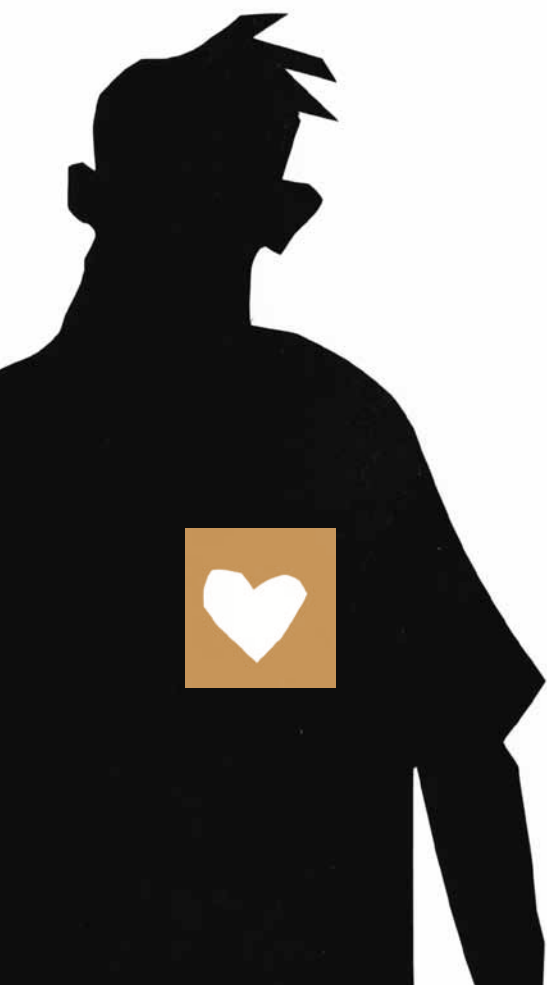
- At der er fokus på det, som er vigtigt for deltagerne
- At deltagernes erfaringer med deres hele hverdagsliv med en kronisk lidelse inddrages i undervisningen.

Fortællinger – eller narrativer – spiller en stor rolle i kommunikation om sygdom og sygdomsoplevelser. At blive tilskyndet til at fortælle om sit liv med kronisk lidelse giver mulighed for både at berette om hændelsen, og om hvordan man selv oplever det. Derved skaber man både mening for én selv og for andre; i dette tilfælde forløbets øvrige deltagere og undervisere.

Styrken ved den narrative tilgang er, at fortællingerne på én gang er individuelle og kollektive. Selv når vi fortæller et personligt narrativ, kan andre høre, forstå og genkende elementer i fortællingen og gennem denne udveksling og indsigt i andres erfaringer, er det muligt at få nye vinkler på ens egen oplevelse. Netop værdien af og ressourcerne i at dele og forhandle elementer af personlige fortællinger med andre, er en kerne i L&M-konceptet. Der skabes et fælles rum, som åbner op for den vigtige erfaringsudveksling, der så tydeligt henvises til med Elses lille diskrete 'vi'.

For de sundhedsprofessionelle åbner fortællingerne for, hvilket fokus der er vigtigt for deltagerne i forhold til motiver, forestillinger og følelser. Hvad foregår der i andres hjerner og hjerter? Arbejdet med narrativer åbner således nye muligheder for at forstå og handle i forbindelse med mennesker med kroniske lidelser. Den narrative tilgang giver endvidere mulighed for at møde den enkelte fordomsfrit og uden forudfattede forståelser indlejret i sundhedsfaglige sygdomskategoriseringer. Med den narrative tilgang er det muligt at lade den enkelte komme til sin ret og til orde ud fra sin egen virkelighedsopfattelse.<sup>(2)</sup>

Den omfattende følelse af isolation i forbindelse med at have en 'skyggesygdom' fremgår tydeligt af det absolutte flertal af deltagernes fortællinger, og giver os et



tankevækkende indblik i, hvor stor betydning følelsen af social eksklusion har for mennesker med kroniske lidelser. Den går på tværs af diagnoser, geografier, køn og alder, hvilket berettiger til en kategorisering som dominerende fortælling om det at leve med en kronisk sygdom fra patienternes perspektiv.

En dominerende fortælling er en fortælling, der flourer i et samfund, og hvis grundstruktur og grundtema kan genfindes i utallige specifikke fortællinger. Det er en fortælling, der fortjener lydhørhed fra sundhedsvæsenets side for ikke at lide den kranke skæbne at marginaliseres.<sup>(3)</sup>

Når man i et patientuddannelsesforløb synliggør deltagernes egne erfaringer og oplevelser med en kronisk lidelse som den dominerende fortælling, og får mulighed for at udforske den dybere mening med fortællingerne, anerkender man samtidigt, at det er deltagerne, der er eksperter i eget liv.

Deltagerinvolvering kommer således til at handle om, hvordan der gennem dialog og erfaringsudveksling kan opbygges sociale kompetencer, som både kan anvendes for den enkelte og i fællesskabet.

## Perspektiver

### – sundhedsvæsenets rolle

Den sundhedspædagogiske tilgang i Lærings- og Mestringskonceptet kan på længere sigt være med til at skabe miljøer i lokalsamfundene, der sikrer inklusion af mennesker med kroniske lidelser gennem eksempelvis netværksdannelse og støtte til selvhjælpsgrupper. På det individuelle niveau kan et fokus på eksempelvis oplevelsen af 'skyggesygdom' være med til at øge den enkeltes mestring af situationer, hvor den enkeltes selvværd undermineres

– simpelthen gennem bevidsthed om, 'hvad der sker', eller 'hvordan det sker'.

Dette arbejde kan, i et større perspektiv, på et politisk/administrativt niveau støttes gevaldigt, hvis det nye indsatsområde om betydningen af mental sundhed også i fremtiden kaster fokus på de tilsyneladende naturgivne kategoriseringer, og ved at sundhedsprofessionelle er opmærksomme på marginalisering og kategoriseringer. Det kunne eksempelvis være en begyndelse, at undgå betegnelser som 'kronikere' og 'kronikerprogrammer', som i sig har en stigmatiserende effekt. Derefter kan man begynde at kaste lys på andre kategoriseringer, som eksempelvis hvor længe man skal defineres som 'patient', når man skal leve med en kronisk sygdom i rigtig mange år. En god udredning heraf kunne være en væsentlig øvelse for at undgå stigmatisering og marginalisering samt sikre mental sundhed for alle.

Med ændringer i sundhedsvæsenets opgaver følger ofte nye begreber og kategorier, som vi løbende bør tage kritisk stilling til og ikke mindst have blik for, hvordan de virker tilbage på den virkelighed, de er vokset ud af. ■

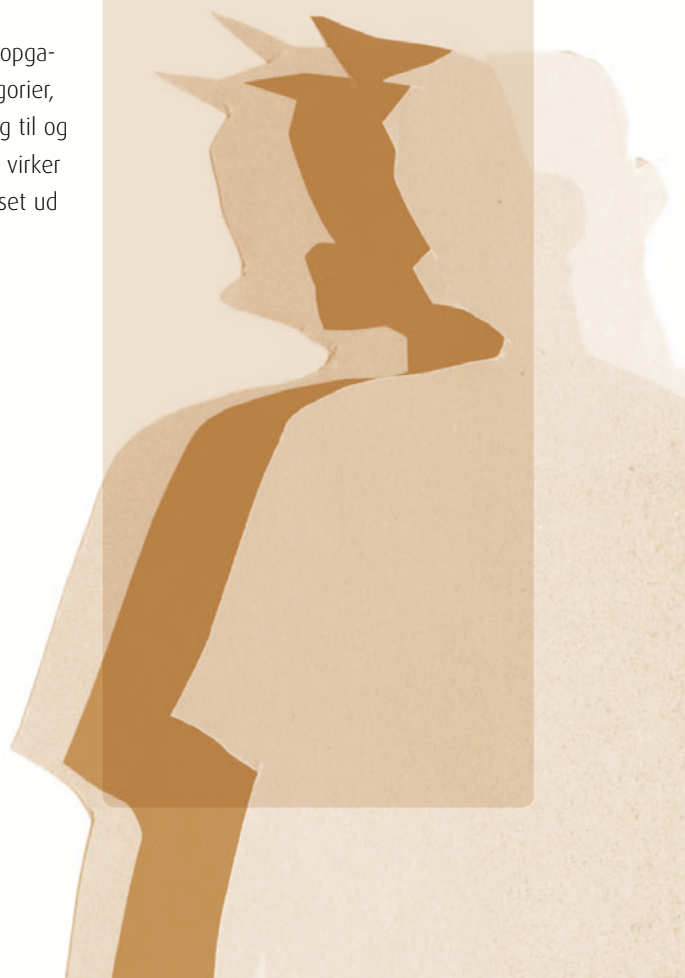
## NOTER

1 For flere informationer se hjemmesiden: [www.mestring.dk](http://www.mestring.dk).

2 Citater og indsigt i projektet stammer fra den kvalitative evaluering og bygger på deltagerobservation, interview og fokusgruppinterview. Navnene er anonymiseret.

## REFERENCER

- (1) Eplov LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
- (2) Mattingly C. Healing Dramas and Clinical Plots. The Narrative Structure of Experience. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- (3) Bruner J. Actual Minds, possible worlds. Cambridge: Harvard University Press, 1996.



# STRESS

■ Finn Breinholt Larsen, seniorforsker, Forskning og Udvikling, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland



Denne artikel er et uddrag af afsnittet om stress fra publikationen *Hvordan har du det? 2010 – Sundhedsprofil for region og kommuner – Voksne*.<sup>(1)</sup>

der strækker sig over en længere periode. Stressniveauet er derfor et vigtigt barometer for psykisk sundhed. Der er forskningsmæssig dokumentation for at stress øger risikoen for:

- forkølelse og influenza
- hjertekarsygdomme og hjerneblødning/blodprop i hjernen
- depression
- død

Stress er både et ord, der bruges i dagligsproget, og et videnskabeligt begreb. Det er ikke altid klart, hvad der menes, når der tales om stress, og der er ikke en alment accepteret definition af stress i stressforskningen. Der er dog udbredt enighed om, at stress er et vigtigt sundhedsmæssigt problem, der har store personlige og samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til bl.a. sygefravær.<sup>(2)</sup>

Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel. Stress er ikke nogen sygdom, men stress øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom og forringet livskvalitet, især hvis det er en tilstand,

Stress er både et socialt, psykologisk og fysiologisk fænomen. Man kan skelne mellem *stresspåvirkninger* i form af belastende hændelser og belastende levevilkår, den enkelte *oplevelse* af stress og stress som en *tilstand i organismen*, der kan måles i form af koncentrationen af stresshormoner i blodet, hjerterefrekvens mv.

Ligesom smerter i muskler og skelet forbindes stress ofte med belastninger i arbejdsmiljøet. Der er ingen tvivl om, at arbejdslivet er en vigtig kilde til stress. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at stress kan opstå som følge af alle slags belastninger, ikke blot arbejdsmæssige.

## Stressfaktorer

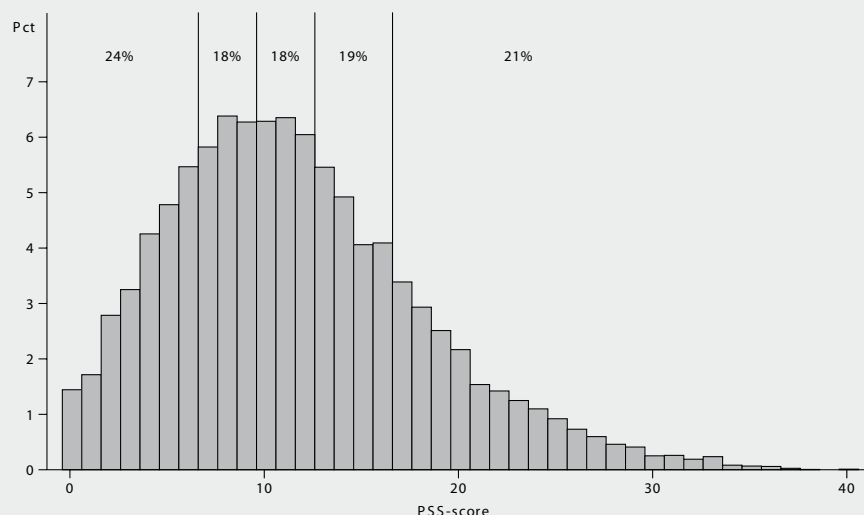
En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og belastende livsomstændigheder blandt voksne i Region Midtjylland viste, at en belastende arbejdsituation var den vigtigste stressfaktor hos personer med arbejde.<sup>(3)</sup> Sygdom var den vigtigste stressfaktor hos personer uden arbejde. Undersøgelsen viste desuden, at mere end halvdelen af de personer, der var belastet af deres arbejdsituation, samtidig havde andre typer af belastninger, fx sygdom i den nærmeste familie. Flere slags belastninger samtidigt øger stressniveauet betydeligt. Det lægger op til et mere helhedspræget syn på forebyggelse af stress, der omfatter både arbejds- og privatsfæren.

## Forebyggelse af stress

Forebyggelse af stress kan ske både på individ-, gruppe- og samfundsniveau. Interventionsforsøg viser, at mennesker med et højt stressniveau kan blive bedre til at mestre stress og undgå stresspåvirkninger. På arbejdspladser og i andre sociale fællesskaber kan man gøre en indsats for at mindske stresspåvirkningerne og støtte personer, der lider under et højt stressniveau. Mange arbejdspladser har indført en stresspolitik.



**Figur 1: Perceived Stress Scale (PSS)**  
 – histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen.  
 De lodrette streger inddeler befolkningen i fem tilnærmelsesvis lige store grupper (kvintiler)



KILDE: Hvordan har du det? 2010<sup>(1)</sup>

På samfundsplan kan man gøre en indsats for at mindske belastningerne i særligt udsatte grupper, skabe gode betingelser for børnefamilier, så man opnår en bedre balance mellem arbejds- og familieliv osv.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at stress ikke blot er et individuelt problem, men også et socialt fænomen. Sociologer påpeger, at stress er et resultat af sociale processer. De grupper, der har det højeste stressniveau, er samtidig ofte dem, der har sværest ved at ændre på deres egen livssituation. Fx viser en undersøgelse fra Region Midtjylland, at blandt de erhvervsaktive er stressniveauet højest hos personer nederst i jobhierarkiet.<sup>(4)</sup>

### Stressniveauet i hele befolkningen

I *Hvordan har du det?* måles stress ved hjælp af Perceived Stress Scale (PSS). Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, jo højere grad af oplevet stress. Figur 1 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele den voksne befolkning. Den gennemsnitlige score er 11,5 point. Som det fremgår af

figuren, har mange en værdi omkring gennemsnittet. Der er samtidig en betydelig spredning i den høje ende af skalaen; dvs. hos dem, der oplever mest stress.

Man kan opleve en større eller mindre grad af stress, men PSS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau, altså at være 'stresset'.

Derfor er der foretaget en opdeling af befolkningen i fem tilnærmelsesvis lige store grupper (kvintiler). De fem intervaller er: 0-6 point, 7-9 point, 10-12 point, 13-16 point og 17-40 point.

En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og risikoen for langtidssygdom viser, at risikoen stiger stejl ved en PSS-score på 16 point og opefter.<sup>(5)</sup> Dette kan tages som en indikation på, at stress især udgør en risiko for helbredet hos den femtedel af befolkningen, der har det højeste stressniveau.

## PERCEIVED STRESS SCALE (PSS)

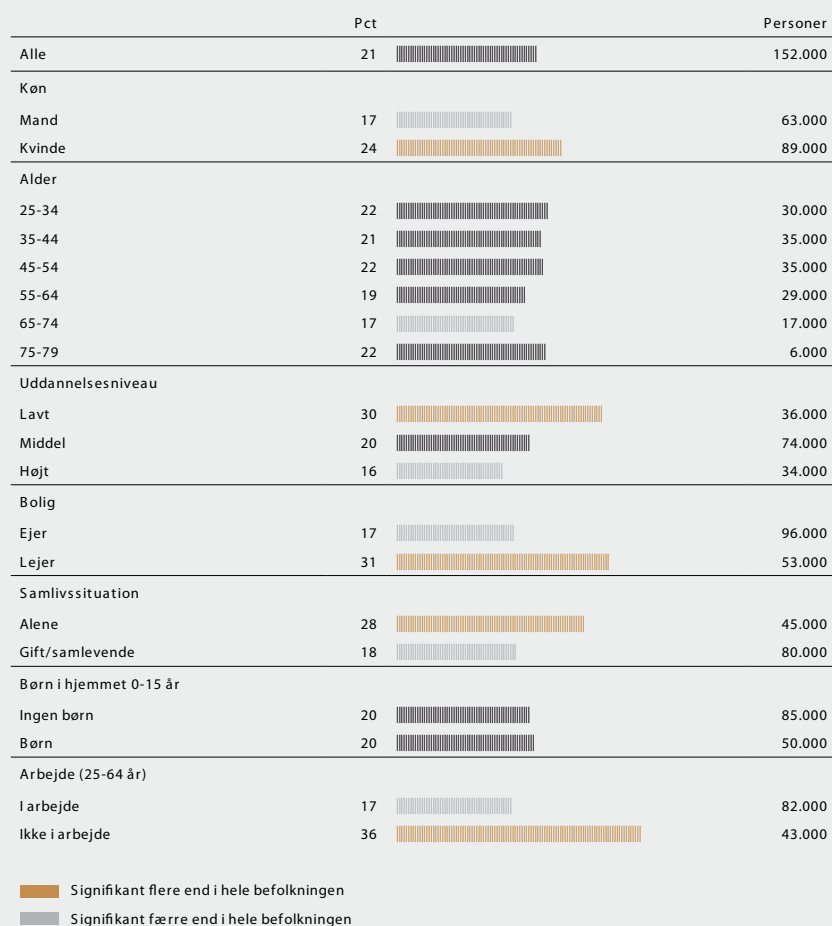
I *Hvordan har du det?* anvendes et mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS).<sup>(6)</sup> PSS omfatter 10 spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastende, og om han eller hun føler sig nervøs og stresset.

Personer, der scorer højt på PSS, har bl.a. vist sig at have svært ved at holde op med at ryge, at have sværere ved at kontrollere blodsukkeret, hvis de er diabetikere, at have en større sårbarhed over for alvorlige livsbegivenheder og at være mere modtagelige for forkølelse.<sup>(7)</sup>

PSS bygger på Richard S. Lazarus' kognitive stressmodel, der ligger til grund for meget af den nyere psykologiske stressforskning.<sup>(8)</sup> Stress opstår ifølge Lazarus i et samspil mellem omgivelserne og personen. Stress udløses af stresspåvirkninger, men personens egen vurdering af, om en begivenhed eller en tilstand er stressende, er et vigtigt mellemled mellem stresspåvirkning og stressreaktion. Stress og mestring er derfor koblet sammen i Lazarus' stressmodel.

Lazarus definerer stress som "en særlig relation mellem personen og omgivelserne, som personen vurderer udfordrer eller overskrider hans eller hendes ressourcer og truer hans eller hendes velbefindende".<sup>(7)</sup>



**Figur 2: Andel med højt stressniveau (PPS>16) – køn, alder og sociale forhold**KILDE: Hvordan har du det? 2010<sup>(1)</sup>

Figur 2 viser andelen med et højt stressniveau i forhold til køn, alder og sociale forhold. Der er fokuseret på den femtedel af den midtjyske befolkning, der har det højeste stressniveau målt på Perceived Stress Scale, dvs. personer med en PSS-score på 17-40 point, hvilket svarer til godt 150.000 personer.

Der er en signifikant højere andel end i hele befolkningen med et højt stressniveau blandt:

- Kvinder
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer der bor i lejebolig

- Personer der lever alene
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) der ikke har et arbejde.

Der er en signifikant lavere andel end i hele befolkningen med et højt stressniveau blandt:

- Mænd
- Personer i aldersgruppen 65-74 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Personer der bor i ejerbolig
- Personer der er gift/samlevende
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) der har arbejde. ■

**REFERENCER**

- (1) Larsen FB, Ankersen PV & Poulsen S. Hvordan har du det? 2010 – Sundhedsprofil for region og kommuner – Voksne. Aarhus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed, 2011. Kapitel 2: Helbred og sygdom, s. 46-53.
- (2) Kalia M 2002. Assessing the economic impact of stress – the modern day hidden epidemic. Metabolism, Jun;51 (6 Suppl 1):49-53.
- (3) Larsen FB 2007. Stress og belastende livsomstændigheder – hvilke belastninger betyder mest? I: Hvordan har du det? Online, 1, 4-10.
- (4) Larsen FB 2007. Stress og placeringen i jobhierarkiet. I: Hvordan har du det? Online, 1, april.
- (5) Kellenberger S, Larsen FB 2008. Stress øger risikoen for sygefravær hos raske erhvervsaktive. I: Hvordan har du det? Online, 5, december.
- (6) Cohen S et al. 1983. A global measure of perceived stress. Journal of health and social behaviour, 24, 385-396.
- (7) Cohen S et al. 1993. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold: I: Journal of personality and social psychology, 64, 131-140.
- (8) Lazarus RS, Folkman S 1984. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company.

**LINK**

[www.hvordanhardudet.rm.dk](http://www.hvordanhardudet.rm.dk)



## INTERVIEW

# Offentligt ansatte er de nye ofre for stress

Når de presses for hårdt på jobbet og mister overblikket, søger de læge. Svaret kan være, at de skal overveje at skifte til et arbejde, der passer bedre til, hvad de kan og vil

■ Karl Jack, journalist



Uffe Jacobsen, praktiserende læge i Silkeborg  
FOTO: Karl Jack

Stress blandt patienterne fylder godt op i Uffe Jacobsens hverdag som praktiserende læge i Silkeborg. Og der er blevet markant flere offentligt ansatte blandt dem, som får diagnosen længerevarende stress. Heraf bukker mange under for stigende arbejdspress og krav om omstilling.

## Hvem henvender sig med stress til dig som læge?

– Tidligere var det jo ofte forretningsmanden, der havde for mange jern i ilden. Men gennem de senere år og specielt de sidste år, hvor man er begyndt at skære meget ned mange steder, lave meget om og snakke meget om folks omstillingsparathed, ser vi et stigende antal ganske almindelige mennesker med stress. Det er i høj grad folk fra job i kommunerne og på sygehu-

sene. Det er lærere, pædagoger, sygeplejersker og folk fra hjemmeplejen.

Såvel stat som region og kommune er ansvarlige for de forandringer, der sker i medarbejdernes liv, men mange af os har svært ved at tilpasse os i forhold til et job, vi kender til bunds, er glade for og lægger en stor ære i at klare godt. Når nogen kommer og laver jobforudsætningerne om, bliver vi usikre. Jobbet begynder at styre os, mens det tidligere var omvendt. I det øjeblik folk føler, de bliver styret af opgaverne, begynder de at få stress. Og det, vi taler om her, er den kroniske stress, der bygges langsomt op, ikke den akutte stress. Den kender vi alle i en presset situation, og den er i og for sig sund nok.

Vi oplever så, at folk kommer til os med psykiske og/eller fysiske klager, og ofte viser det sig, at det er noget psykisk, som også ligger bag de fysiske symptomer. Disse mennesker har ofte ikke noget andet sted at gå hen end til deres læge, som de kender i forvejen og har tillid til. Og for mange er det noget helt nyt at tale om fornemmelsen af egen utilstrækkelighed.

## Mange kvinder

### Er der et mønster i henvendelserne med stress?

– Der er mange kvinder. Det er tit kvinder, der har en høj faglighed i deres arbejde,

og for hvem det er meget vigtigt at gøre tingene rigtigt, og som de i sin tid har lært det. Jeg ser en del pædagoger, der ikke kan gå på kompromis jobmæssigt. De føler ikke, de kan leve op til deres faglige ambitioner i en nedskæringsperiode. Og der kommer unge nyuddannede lærere, der på deres skole påtager sig opgaver, som de synes nogen da må tage på sig.

Men dertil kommer, at det ikke bare er jobbet, i det offentlige eller private, som i sig selv belaster for voldsomt. Ofte er det summen af belastninger, som slår folk ud. For det er jo ikke nemt for en ung kvinde både at passe sin karriere, være en perfekt mor og tage sig af et stort hus. Så har døgnet ikke altid timer nok.

Aldersmæssigt er der to hovedgrupper: De unge, der kører fast i nogle helt urealistiske forventninger til sig selv, og mennesker i 50'erne og 60'erne, eksempelvis lærere, som nærmer sig pensionsalderen og har svært ved at omstille sig til strømmen af nye krav.

## Smøring af samfundet

### Hvor stor er stigningen i henvendelse om stress?

– Det har jeg ikke præcise tal på. Men på en dag kan vi tre læger i klinikken måske tilsammen have op imod ti henvendelser, hvor stress indgår. Det er afgjort en kraftig stigning.

## KORTERE VEJ TILBAGE TIL JOB

Et tættere samarbejde mellem praktiserende læger og Silkeborg Kommune betyder tidligere tilbagevenden til job for bl.a. stressramte. Det viser det såkaldte Lægeprojekt. Det sluttede i 2009, men erfaringerne bruges stadig.

Udgangspunktet var netop ønsket om at begrænse sygefraværet hos borgere, der har psykiske lidelser, især stress og depression. Repræsentanter for kommunen og A-kasserne samt de omkring ti læger, der deltog, ville udvikle metoder til en effektiv indsats over for sådanne modtagere af sygedagpenge.

Lægeprojektet har ifølge en rapport fra kommunen ført til en "gensidig anerkendelse af, at forløbene for den enkelte syge borger opleves mere sammenhængende og kvalificerende ved et tæt samarbejde mellem parterne". Fokus er flyttet til 'fælles viden' og 'et fælles tiltag'. Blandt redskaberne, der er taget i brug, har været fysisk træning, forebyggelse og afklaring samt korte forløb i stresshåndtering.

Projektet har, siger rapporten, ført til, at borgerne i højere grad genoptager deres arbejde delvist. Det resultat viser sig bl.a., når man sammenligner med andre sygemeldte, der har samme diagnose.

Stresshåndtering fylder tidsmæssigt meget for os, fordi det ikke er noget, der kan klares på ti minutter. Fra nytår får vi ikke betaling fra regionen for mere end en almindelig 10-minutters konsultation, idet muligheden for samtaleterapi er sløjft. Det slår slet ikke til, men vi bliver jo nok nødt til at bruge den tid, der er nødvendig. Jeg ser nemlig i høj grad denne type lægearbejde som 'smøring' af det samfund, vi lever i. Jeg frygter, hvad der skal ske med disse patienter, når der fremover strammes op omkring vore konsultationer, for så må nogle andre tage sig af dem. For mit vedkommende bruger jeg måske i dag 50% af arbejdstiden på fysiske problemer, 25% på mentale problemer og endelig 25% på at hjælpe patienter med at navigere rundt i sundhedssystemet.

### Alfa-hanner får mæle

*Henvender folk sig selv med stress, eller sker det mere, fordi de er blevet opfordret af andre?*

– Her er der forskel på kønnene. Kvinderne har nemmere ved at møde op og tale om stress, mens det er mindre foreneligt med at være alfa-han, at man lider under stress. Det sker ofte, at en mand kommer efter 'kærligt pres' fra sin kone. Derimod kommer initiativet sjældnere fra arbejdspladsen. Men når en mand kommer, og vi får åbnet op for en dialog, så kan han sagtens sige en hel masse.

Det, jeg gør, er at få patienterne til at tage overblik over deres eget liv. Jeg får dem til at se på, hvad de har gang i på jobbet og privat. Når de har det overblik, kan de ofte se de stressfremkaldende faktorer. Det næste er at overveje sammen med dem, hvad de kan ændre. Det kan være, at de står magtesløse i deres nuværende job. Så skal de måske gå efter en helt anden type job, som passer bedre til deres ressourcer. Eller måske skal de lære at sige fra. Men

også på offentlige arbejdspladser er det blevet svært i dag, fordi risikoen for at blive sparet væk pludselig er til stede.

### Farlig stress

*Hvor stor en andel er på henvendelsestidspunktet depressive, og hvor stor en del skønnes at kunne udvikle depression?*

– Hvis deres stress ikke behandles kan den hos nogle udvikle sig til en egentlig depression. Nogle af dem, der henvender sig, scorer overraskende højt på et depressionsskema. Andre gør det slet ikke. Det er en glidende overgang. Men hvis man er grundlæggende depressiv, er man også mere sårbar over for stress. Og selvom indgangen er snak om stress, kan det vise sig, at jeg sidder med en depressiv person, som så skal behandles på anden vis. Men de fleste kan klare sig fint med at få deres stress mødt med sund fornuft og blik for nye muligheder i livet.

### Samarbejde med kommunen

*Hvem samarbejder du med om disse patienter?*

– Vi skal sammen med kommunen finde frem til, hvad vi kan gøre for at få den stressramte tilbage i arbejde. Kommunen og selvfølgelig også arbejdsgiveren har en interesse i, at sygdomsperioden bliver så kort som mulig.

Her i Silkeborg opfatter vi læger i høj grad kommunen som en ligeværdig samarbejdspartner, og vi er blevet meget mere vant til at snakke sammen og få patienternes accept af, at vi kan ringe til deres kommunale sagsbehandler. Og vi kan godt stikke hovederne sammen og aftale, hvordan vi tager os af en patient, uden at vi i første omgang skal lave papirer på det. Baggrunden er bl.a. et samarbejdsprojekt i kommunalt regi, hvor læger, sagsbehandlere og A-kasser har siddet sammen for at finde den bedste arbejdsgang i samarbejdet



omkring den langtidssygemeldte med stress og depression.

Det er utroligt vigtigt, at patienten opfatter kommunen som en part, der gerne vil dem. Arbejdsgiveren har i dag en forpligtelse til at gå ind i en dialog. Men det er sjældent, at jeg har en direkte kontakt med en arbejdsgiver.

Vi har også i kommunen et udmærket samarbejde med TTA-projektet, Tilbage Til arbejde. Det fokuserer på komplicerede sager, hvor der er behov for at 'folde en borgers problemer helt ud' med alle aspekter og se på dem med nye, friske øjne.

### **Mennesker, ikke robotter**

#### *Hvad kan gøres bedre?*

– Jeg kunne ønske, at folk kom noget før med stresssymptomer frem for, at de venter alt for længe og nærmest 'har kastet håndklædet i ringen' ved første henvendelse. De bør søge læge, når de oplever, at de bliver bange for deres arbejde, men alt for mange er 'seje' og holder ud.

Hvis vi ikke indser, hvad der giver stress, kan vi jo behandle os halvt ihjel. Det gælder også i det offentlige system. Lad os som samfund prøve at undgå, at vi laver stresspatienter. Lad os prøve at forstå, at det er mennesker, vi arbejder med og ikke robotter. Hvis vi ikke forstår det, får vi et menneskefjendsk samfund, der udvikler stress. Jeg synes selv, at regionerne skulle åbne for behandling af kronisk stress, som man gør det over for depression. Overordnet er det afgørende, at der betales en meget høj menneskelig pris ved at skære helt ind til benet for at rationalisere og få budgetter til at holde. Lige for tiden er kroner blevet vigtigere end mennesker, og det er det som læge svært at være vidne til. ■



## **Region Midtjyllands efteruddannelsestiltag** *Stress, angst, depression og arbejdsfastholdelse*

■ Henrik Nordentoft, praksiskoordinator, Psykiatrien, Region Midtjylland

Stress, angst og depression stiger i hyppighed. De er også blandt de hyppigste årsager til langtidssygemeldinger og førtidspension. I 2009 udkom en rapport om Shared Care for ikke-psykotiske lidelser. Her blev det bl.a. anbefalet at intensivere og bedre efteruddannelsen af praktiserende læger, som et af midlerne til at bedre indsatsen for denne patientgruppe. Der er tidligere udsendt vejledninger fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) omkring depression, og i 2010 udkom en DSAM-vejledning omkring angstdiagnostik og behandling.

Almen praksis er ofte den første kontakt i forhold til disse patienter, hvorfor det er vigtigt, at den praktiserende læge er i stand til at stille den rigtige diagnose og iværksætte behandling af gruppen med lettere symptomer.

### **Efteruddannelse i psykiske lidelser**

I 2009 blev der fra folketingset bevilget penge til efteruddannelse af praktiserende læger i stress, angst og depression. Bevillingen gav mulighed for at afholde en række kurser rundt i Region Midtjylland.

En planlægningsgruppe bestående af læger og psykologer fra klinikkerne for angst/

depression/OCD, Klinisk Socialmedicin, Regionen samt fra almen praksis har planlagt programmet, og kurserne dækker både identificering af patienterne, diagnosticering og forskellige behandlinger, både farmakologiske samt psykoterapeutiske. Endvidere indeholder kurserne et punkt om "arbejdsfastholdelse i et socialmedicinsk perspektiv".

Psykot terapi og samtaleterapi indgår som en vigtig behandlingsdel af disse sygdomme. Desværre har Region Midtjylland valgt at opsigte aftalen omkring samtaleterapi i almen praksis pr. 1. januar 2011, således at denne behandlingsform ikke kan tilbydes i almen praksis efter denne dato. Det tidsmæssige sammenfald mellem udbuddet af kurserne samt opsigelsen af samtaleydelsen har bevirket, at søgningen til kurserne ikke har været så høj som ønsket. Dette har desværre medført, at enkelte af kurserne har måttet aflyses. ■



## Stress, depression, angst

# Arbejdsfastholdelse i et socialmedicinsk perspektiv

■ Ellen Pallesen, socialoverlæge, Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospitalet Silkeborg & Kenneth Kibsgård, overlæge, Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland



Mentale helbredsproblemer udgør i dag en betydelig del af det samlede sygefravær. En stigende, og nu den største, andel af førtidspensionerne tilkendes på grund af mentale helbredsproblemer, hvoraf depression, angst-

tilstande og funktionelle lidelser er de største grupper.<sup>(1)</sup> Senest har fokus rettet sig mod den stigende andel unge mennesker, der aldrig får fodfæste på arbejdsmarkedet pga. mentale helbredsproblemer.

I *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*<sup>(2)</sup> anslår Nationalt Forskningscenter for Arbejdsmiljø, at de samlede direkte og indirekte samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer i Danmark årligt er 55 mia. kr. De direkte omkostninger til behandling udgør heraf kun godt 10%. Hovedparten af omkostningerne skyldes førtidspensionering, langvarigt sygefravær og nedsat individuel produktivitet.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2008 rapporten *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter*.<sup>(3)</sup> Målet med rapporten var at skabe et udgangspunkt for mere konkrete og målrettede indsatser for fremme af mental sundhed, som ikke blot er fraværet af psykisk sygdom. Mental sundhed betyder trivsel for den enkelte, og meget tyder desuden på, at fremme af mental sundhed på sigt kan reducere forekomsten og forbedre forløbet af en række både fysiske og psykiske sygdomme. Rapporten beskriver vigtigheden af at anlægge en bio-psyko-social tilgang, som kan rumme bredden af faktorer, der kan påvirke mental sundhed.

### CASE

Lone er en 42-årig samlevende kvinde med to velfungerende sønner på 11 og 20 år. Samleveren arbejder som pædagogmedhjælper og har derudover selvstændig virksomhed. Lone er uddannet kontorassistent og har igennem mange år været ansat ved en større produktionsvirksomhed. Hendes primære arbejdsopgaver er driften af virksomhedens biler. Hun har gennem årene fået en række andre ansvarsområder, har arbejdet meget, og det har været nødvendigt at tage arbejdet med hjem. Hun har ikke fået støtte og opbakning fra ledelsen, og kolleger har ikke haft tilstrækkelig indsigt i hendes områder til at kunne give sparring. Lone har tidligere været psykisk fuldstændig velfungerende og er ikke disponeret for psykisk sygdom.

En morgen, på vej på arbejde, begynder hun at svede og ryste over hele kroppen. Hun kan ikke tænke klart, stopper bilen og bryder sammen i gråd. Efter nogen tid lykkes det hende at køre hjem, og hun ringer til arbejdet og sygemelder sig. Hun forventer, at symptomerne er forbigående, og at hun ved at få ro i nogle dage bliver klar igen.

I dagene efter er hun voldsomt træt. Da hun efter en uge ikke synes, hun får det bedre, kontakter hun egen læge.

Egen læge vurderer, at Lone har en stressreaktion og foreslår sygemelding endnu en uge.

Efter to ugers sygemelding er Lone fortsat træt, tanker om arbejdet kører rundt i hovedet på hende, men hun synes ikke længere, hun kan være væk fra arbejdet.

Hun er på arbejde i to dage, hvor hun synes, det er svært at overskue opgaverne. Hun bliver hele tiden afbrudt af kolleger, der ringer om opgaver, der har hobet sig op, mens hun var væk. På tredjedagen bryder hun sammen på arbejdet, og en kollega sørger for, at hun kommer hjem.

Lone tænker stadig, at det må være noget forbigående, og at hun må have nogle dage med fred og ro og derefter igen op på hesten. Der går 14 dage. Lone har ikke kontaktet egen læge eller søgt anden hjælp.

Lone får lavet aftale med arbejdspladsen om gradvis optrapning af arbejdet med lettere funktioner med to timers arbejde/dag til en start og uden de tidligere ansvarsområder. Det aftales, at Lone skal arbejde i receptionen, et arbejde hun selv mener, hun kan magte.

Allerede på første arbejdsdag bliver hun kontaktet flere gange af den kollega, der nu har ansvaret for bilerne, da Lone er den, der kender det område bedst. Efter to timer bryder Lone igen sammen og tager hjem.

### Et regionalt undervisningstiltag

I Region Midtjylland er der også fokus på mental sundhed. Dette har helt konkret bl.a. udmøntet sig i et undervisningsforløb for praktiserende læger efterår 2010 og forår 2011 vedr. stress, angst og depression, hvor et af emnerne er arbejdsfastholdelse i et socialmedicinsk perspektiv. Emnet tager udgangspunkt i den praktiserende læges rolle i arbejdsfastholdelse, herunder samarbejde mellem patient, arbejdsplads, læge og socialforvaltning på baggrund af de muligheder, der ligger inden for arbejdsmarkedslovgivningen og de aftalte rammer for det socialt-lægelige samarbejde.<sup>1</sup> Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed, bidrager med socialmedicinere og socialrådgivere som undervisere, der kan bidrage med oplysninger om 'den kommunale ende' af det socialt-lægelige samarbejde og om nyttige samarbejdsrelationer, som lægerne kan have gavn af. I undervisningen anvendes en case (se faktaboksen forrige side), hvor de praktiserende læger diskuterer den rolle, de kan have i et sygeforløb.

### Arbejdsfastholdelse – redskaber

Når et sygefravær har varet tre uger, kan arbejdsgiver anmode kommunen om refusion af sygedagpenge. Arbejdsgiveren skal efter fire ugers fravær tilbyde Lone en sygefraværssamtale, og hvis Lone ikke forventes at vende tilbage inden for otte uger eventuelt også udarbejde en fastholdelsesplan. Der kan på et hvilket som helst tidspunkt under fraværet udarbejdes en Mulighedserklæring. Arbejdsgiver og Lone udfylder del 1 af erklæringen, og Lones læge skal i del 2 vurdere, om de foreslåede ændringer er fyldestgørende, eller om yderligere foranstaltninger eller eventuelt fravær er påkrævet. Derefter bringer den sygemeldte erklæringen tilbage til arbejdsgiveren. Kommunen kan bede om at få en kopi af Mulighedserklæringen. Mulighedserklæringen er et forholdsvis nyt redskab til arbejdsfastholdelse, som omfatter et samarbejde mellem den sygemeldte, arbejdsgiveren og den praktiserende læge.

Et andet fastholdelsesredskab er rundbordssamtalen, hvor de relevante aktører omkring den sygemeldte mødes for at drøfte den sygemeldtes muligheder for at genoptage arbejdet.

### Lægens rolle i sygefraværssager

Ingen af de deltagende læger i kursusforløbet mindedes at have været inddraget i rundbordssamtale på arbejdspladsen, men flere havde deltaget i rundbordssamtaler i egen klinik eller hos kommunen. Flere læger fandt det tidskrævende at deltage i rundbordssamtaler.

Vurderet ud fra tilbagemeldingerne fra de praktiserende læger er de således stort set aldrig involveret i samarbejde på arbejdspladsen vedr. en sygemeldt. De praktiserende læger samarbejder derimod ofte med kommunen ved en patients sygefravær. Samarbejdet foregår oftest ved, at den praktiserende læge udfylder de attester, kommunen rekvirerer. Lægen kan selv henvende sig til kommunen via LÆ 165 "Forslag om socialmedicinsk sagsbehandling", hvis lægen finder behov for at henlede kommunens opmærksomhed på behovet for arbejdsfastholdelse. Denne mulighed benytter de praktiserende læger sig sjældent af, ligesom de sjældent kontakter sagsbehandler for at drøfte handleplan. Lægen ser således ikke ud til at tage en aktiv rolle i sygefraværssager, men afventer forløbets gang. Flere af lægerne ville gerne være mere aktivt involverede, hvis de havde tid og kunne se, at det kunne være en vigtig brik i forhold til arbejdsfastholdelse. Lægerne kunne ønske sig mere oplysning om, hvilke muligheder kommunen har for at hjælpe sygemeldte med arbejdsfastholdelse, for eksempel kommunens aktive tilbud.

I Hvidbogen om mentalt helbred<sup>(2)</sup> anbefales det, at alle relevante aktører i samråd med den sygemeldte inddrages, når en medarbejder med mentale helbredsproblemer skal tilbage til arbejde efter en sygemelding. De praktiserende læger må – om nogen – siges at være relevante aktører i denne sammenhæng.

Set i lyset af de tilbagemeldinger, der er fremkommet i forbindelse med undervisningen i stress, angst og depression og arbejdsfastholdelse i et socialmedicinsk perspektiv, vil et relevant spørgsmål være, om de praktiserende læger, som jo både forventes at være tovholdere og have gatekeeper-funktion i forhold til henvisning til andre behandlingssystemer, inddrages i tilstrækkelig grad og på en hensigtsmæssig måde, sådan som det socialmedicinske samarbejde fungerer på nuværende tidspunkt. ■

#### NOTE

1 En gennemgang af de relevante attester til lægeattest ved sygefravær og det socialt-lægelige samarbejde findes på [www.laeghaandbogen.dk](http://www.laeghaandbogen.dk) under Socialmedicin.

#### REFERENCER

- (1) Førtidspensioner: Årsstatistik 2009. København: Ankestyrelsen, 2010.
- (2) Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagemelding til arbejde. Nationalt Forskningscenter for København: Arbejdsmiljø, 2010.
- (3) Fremme af mental sundhed – baggrund, begreber og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.

## KLINISK SOCIALMEDICIN

Klinisk Socialmedicin arbejder primært med sygefravær og arbejdsfastholdelse og er en del af Center for Folkesundhed, Region Midtjylland (nyt centernavn: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling). Afdelingen er tværfagligt bemandet med sociallæger, psykologer, socialkonsulenter, ergo- og fysioterapeuter, psykiatere og reumatologer. Afdelingen betjener regionens kommuner. Yderligere oplysninger på: [www.socialmedicin.rm.dk](http://www.socialmedicin.rm.dk)



## Helhedsorienteret stress-restituering omkring bålet

■ Ida Balling Sørensen, souschef, Arbejdsmarkedscenter Syd, Aarhus Kommune

FOTO: Mariendal



MARIENDAL er en afdeling af Arbejdsmarkedscenter Syd under Beskæftigelsesforvaltningen i Aarhus Kommune. Se evt. [www.amcsyd.dk](http://www.amcsyd.dk). For nærmere oplysninger om stressforløbet kan der rettes henvendelse til Lene Rosborg 8734 6249 eller Mogens Andersen 8693 3973.

### Et stressforløb i Aarhus kommune

"Skal opleves – naturen, roen, at blive bygget op. Mindfulness som metode er lig vejen til bedre livskvalitet. Jeg føler mig helt vildt hel-dig". Udsagnet er fra en af de borgere, som har været i et stressforløb på Mariendal, og det indgår i den evaluering, der gennemføres i et samarbejde mellem Arbejdsmarkedscenter Syd og Arbejdsmedicinsk Klinik i Aarhus. For midler fra Forebyggelsesfonden evalueres effekten af den samlede indsats og af de delelementer, stressforløbet indeholder.

Borgerne på forløbet er langvarigt stress-sygemeldte. Oftest har de ikke en arbejdsplads at vende tilbage til, og der er således brug for både at lære at mestre stress på en hensigtsmæssig måde og at opnå en afklaring af, hvad der skal ske arbejdsmæssigt fremover.

### En tværfaglig indsats

Medarbejderne omkring de stress-sygemeldte er repræsentanter fra centrale fagligheder i forhold til at arbejde målrettet med borgerne på forløbet. Der er psykolog, jobkonsulent, fysioterapeut, sociallæge (ad hoc) og ikke mindst de daglige vejledere på holdet, som underviser og træner i de værktøjer, borgerne bliver introduceret til. Teorien skal med andre ord omsættes til daglig praksis for at virke.

### Naturens helbredende kræfter

Forløbet foregår på Mariendal, som er en gammel gård beliggende særdeles naturskønt ved skov og strand syd for Aarhus. Det er ikke tilfældigt, idet vi anvender naturens rehabiliterende kræfter aktivt i forløbet. Den oprindelige inspiration hertil er fra Sverige, hvor haveterapien gennem flere år har haft en

rolle i behandlingen af stress-sygemeldte. Vi har tilpasset metoderne til vores virkelighed. Stort set alle aktiviteter foregår udendørs; der er hver dag samling omkring bålet, der findes frem til ens 'eget' sted i skoven, der vandles, samles brænde, passes bede og flettes pil.

Vi kan allerede nu af tilbagemeldingerne fra evalueringen se, at det netop er naturen, der er topscoreren, når borgerne bliver bedt om at vurdere betydningen af de forskellige elementer i forløbet. Nogle af de ting, der fremhæves, er for eksempel, at "naturen er forbundet med stabilitet, forudsigelighed og velkendthed – virker livgivende og udgør dermed en tryk ramme for selv at kaste sig ud i en forandringsproces". "Havets rytme og højere himmel givet et bredere perspektiv på tingene."

### Metode og træningsteknikker

Ligesom naturen kan understøtte, at man finder ro, er Mindfulness en virksom metode til at lære at være accepterende i nuet – noget stress-sygemeldte har særdeles svært ved. Her foregår også den teoretiske undervisning udendørs, og den kobles på de daglige aktiviteter, der foregår på Mariendal. Tilbage-meldingerne fra borgerne er, at de oplever god effekt af især træningen og de forskellige øvelser, de bliver undervist i, herunder meditation og yoga, og at de efterhånden kan overføre teknikkerne også til hjemlige sammenhænge.

### Den arbejdsmæssige afklaring

I begyndelsen af stressforløbet tales der ikke om konkrete planer for en tilbagevenden til

# Psykisk sygdom og mental sundhed

■ Raben Rosenberg, professor, ledende overlæge, Center for Psykiatrisk Forskning, Aarhus Universitetshospital, Risskov

arbejdsmarkedet. Borgerne er 'fredede' og får den ro, de har brug for i de første uger. Når den enkelte er klar til det, aftales det med jobkonsulenten, hvilket skridt borgeren kan og ønsker at tage. De fleste kommer i praktik på offentlige og private virksomheder i deres afklaring af, hvad det er realistisk at satse på i et kommende arbejdsliv. De færreste vender tilbage til samme type arbejde, de blev sygemeldt fra, men får i stedet støtte til kompetenceafklaring for at brede viften af muligheder ud. Arbejdsmarkedscenter Syd 'følger borgeren til dørs', det vil sige, indtil der er etableret et ansættelsesforhold. Hvis der er tale om et fleksjob, følges der yderligere op i et halvt år.

## Effekt og evaluering

Ca. 75% af de borgere, der gennemfører et stressforløb på Mariendal, kommer videre med arbejde eller omskoling. Det tal er højt, når der sammenlignes med tilsvarende målgrupper af de langvarigt stress-sygemeldte. De første delresultater af evalueringen viser også signifikant, at borgerne får det bedre og mestrer langt mere end ved start, ligesom deres egen vurdering af arbejdsmarkedsparathed er signifikant stigende. Når de endelige resultater af evalueringen foreligger, vil der blive udarbejdet en standardiseret metodemanual, som kan anvendes som inspiration for andre aktører. ■

## Det psykiatriske sygdomsbegreb

Et kort blik på psykiatriens historie viser en meget markant udvidelse af det psykiatriske sygdomsbegreb fra de klassiske sindssygdomme som skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse til nutidens grupper af angst- og depressive lidelser. Denne udvidelse af sygdomsbegrebet spejler sig tydeligt i skøn over risiko for at blive syg. For 50 år siden skønnede man, at livstidsrisikoen for at få en psykisk lidelse var ca. 10%, men i moderne epidemiologiske studier finder man helt anderledes høje tal – helt op til 50%.

Hvor de syge tidligere blev behandlet under ofte årelang indlæggelse på psykiatrisk hospital, sker behandlingen nu primært ambulant. Vi er gået fra en asylpsykiatri til et behandlersamfund.

Det er dog sket ud fra en biomedicinsk sygdomsopfattelse. Der er en stor international faglig litteratur om netop sygdomsbegrebet i psykiatri. Et centralt synspunkt er, at psykisk sygdom er udtryk for forstyrrelser af evolutionære mekanismer i vor hjerne, som nedsætter den sociale funktionsevne. Det kan være kognitive og emotionelle forstyrrelser, således som det ses ved skizofreni og depression. Social dysfunktion er et vigtigt, men ikke tilstrækkeligt kriterium for at definere psykiske lidelser.

## Stress og mental sundhed

Er der derfor behov for et begreb om psykisk sundhed, eller er det ikke bare kendetegnet ved fravær af psykisk lidelse? – Tilsyneladende

de ikke. Der er jo flere helbredsrelaterede problemer end hvad, der afspejles af psykiatriske diagnoser. Sundhedsstyrelsen har udgivet rapporter om stresssymptomer som hovedpine, åndedrætsbesvær, muskelspændinger, fordøjelses- og sexproblemer. Man understreger, at stress ikke er sygdom, men en *risikofaktor* for sygdom, og at langvarig stress udgør en særlig risikofaktor for både somatiske og psykiske sygdomme.

I WHO's definition af mental sundhed nævnes evnen til at håndtere stress, men også til at klare dagligdagens udfordringer og arbejde produktivt med bidrag til fællesskabet. Det kan lyde besnærende indlysende, men ved at tale så bredt om sundhed risikerer man at distancere sig fra det biomedicinske sygdomsbegreb. Sundhedsbegrebet bevæger sig ind i et komplekst psykosocialt felt, hvor dysfunktion ikke nødvendigvis er udtryk for sygdom.

Men sundhed og sygdom er så tæt forbundne begreber, at der er nærliggende risiko for, at man med nedsat mental sundhed i realiteten fortager en yderligere udvidelse af sygdomsbegrebet. Tilmed en udvidelse, der er meget bred og temmelig diffus.

Når man ydermere operationaliserer mental sundhed gennem brug af ret enkle spørgeskemaer, er man i fare for at miste forbindelsen til en biomedicinsk tankegang – trods talen om mental sundhed. Spørgsmålet er, om det er hensigtsmæssigt. Det bør grundigt fortsat diskuteres og belyses gennem videnskabelige undersøgelser.

### Evidensbaseret viden

Disse bekymringer over det mentale sundhedsbegreb handlingslammer os heldigvis ikke. Der er nemlig et væsentligt sammenfald mellem psykisk lidelse og fravær af mental sundhed. Og det er faktisk heldigt, da man kan benytte vor store viden om forebyggelse og behandling af psykiske lidelser for derved at fremme mental sundhed.

Sundhedsstyrelsen har løbende udgivet referenceprogrammer for psykiske lidelser fx skizofreni, depression og angsttilstande, og Dansk Selskab for Almen Medicin har netop udgivet klinisk vejledning for *Diagnostik og behandling af angstlidelser i almen praksis*.<sup>(1)</sup> Der er solid evidens for effekten af psykiatrisk behandling.

### Bedre diagnostik

Og der er nok af opgaver at tage fat på. Overraskende nok viser studier fra flere europæiske lande, at psykiske lidelser underdiagnosticeres. Mange personer med angst- og depressive tilstande får ikke stillet præcis diagnose og får ikke specifik behandling for lidelserne.

Resultater fra flere epidemiologiske studier kan groft sammenfattes på den måde, at kun 50% af personer med sådanne lidelser får stillet en korrekt diagnose, og kun halvdelen heraf får tilbudt relevant psykologisk eller medicinsk behandling. Der er således ingenlunde tale om overdiagnosticering og overbehandling, men om det modsatte. Så her er et klart indsatsområde!

Psykiske lidelser er fortsat topplaceret blandt sygdomme, der fører til førtidspension og tilmed med stigende tendens i de sidste år. Tidligere diagnostik og mere målrettet behandling kan forhåbentligt ændre herpå.

### Oplysning og efteruddannelse

En vigtig indsats er derfor at udbrede kendskabet til psykiske lidelser, både generelt til

den brede offentlighed, men også specifikt til behandlere inden for sundhedsvæsenet – ikke mindst om præcis diagnostik og de nye behandlingsmetoder inden for psykoterapi og psykofarmakologi, som stiller særlige krav til relevant videre- og efteruddannelse til en række faggrupper i sundhedsvæsenet. Nogle af de væsentligste fremskridt i behandlingen af angst- og depressive tilstande er sket inden for kognitiv psykoterapi og rationel brug af psykofarmaka, især antidepressiva, der er virksomme ved begge slags lidelser.

### Ændring af diagnostik og behandlingspraksis

Det har imidlertid vist sig vanskeligere end ventet at ændre diagnostisk og behandlingsmæssig praksis ud fra den faglige evidens. Undervisning og guidelines har ofte begrænset effekt, og en egentlig reorganisering af behandling er nødvendig i form af forskellige former for shared-care-modeller i almen praksis, hvis man skal tro en nylig litteraturogennemgang på området. Shared-care kan fx være at tilknytte en case manager, der monitorerer behandlingen, herunder effekt, og drøfter denne med den praktiserende læge samt ved supervision med psykiater. Blandt psykoterapeutiske metoder er effekten af kognitiv psykoterapi særlig godt dokumenteret, men det er uklart, hvor mange psykologer og psykiatere der i dag har tilstrækkelig uddannelse på området. Der foregår dog heldigvis i disse år en intensiv efteruddannelse.

Løbende kvalitetssikring er naturligvis påkrævet for en hensigtsmæssig udnyttelse af begrænsede ressourcer inden for sundhedsvæsenet. Men selv når evidens foreligger, bruges den ikke altid. Der er således i befolkningen en forventning om at modtage psykologisk krisebehandling ved en række belastende begivenheder i dagligdagen fra katastrofe til chikane og problemer på

arbejdspladsen. Formålet er bl.a. at forebygge udvikling af posttraumatisk stress (PTSD). Overraskende nok tilbydes der mange steder krisebehandling, selv om effekten ikke er videnskabeligt dokumenteret. Faktisk bør man afvente forløbet og først tilbyde behandling til de personer, der efter nogen tid har krisesymptomer. En ændring af praksis vil således være hensigtsmæssig af behandlings- og ressourcemæssige grunde.

### Afslutning

Som psykiater er jeg således noget usikker over for værdien af at fjerne os fra et solidt biomedicinsk sygdomsbegreb og fokusere på et mentalt sundhedsbegreb, der er langt mere diffust og dermed vanskeligere at afgrænse. Risikoen er, at man uundgåeligt udvider sygdomsbegrebet og derved også den medicinske teori og behandlingsteknologi til områder, hvor den ikke hører hjemme. I udenlandsk litteratur taler man om risikoen for medikalisering af menneskelige og sociale problemer. Holder vi os inden for sygdomsområdet, er vi derimod på langt sikrere grund.

Og her er der da også nok af påtrængende opgaver for både tidlig diagnostik, forebyggelse og behandling af psykiske lidelser ud fra vores værende viden, som det er omtalt ovenfor. Større succes på dette område vil resultere i betydelig højere grad af sundhed i WHO's forstand. Så det er bare om at styrke indsatsen her og nu, for der er meget høj forekomst af psykiske lidelser i vort samfund. ■

### REFERENCER

- (1) Dansk Selskab for Almen Medicin: Diagnostik og behandling af angstlidelser i almen praksis. <http://www.e-pages.dk/dsam/872407894/>
- (2) Jørgensen P et al. Forebyggelse af psykiske sygdomme. København: Munksgaard; 2010.



# Tidlig indsats mod fødselsdepression

■ Poul Videbech, professor, ledende overlæge, Center for Psykiatrisk Forskning, Aarhus Universitetshospital, Risskov

Fødselsdepression forekommer hos ca. 6-10% af alle kvinder, der har født. Typisk i tredje/fjerde måned efter fødslen. Vi ved fra bl.a. en svensk videnskabelig undersøgelse, at under 30% af kvinderne med fødselsdepressioner får hjælp. Det er paradoksalt, for på intet andet tidspunkt er hun udsat for så stor opmærksomhed fra sundhedsplejerske og egen læge, og alligevel opdager ingen depressionen.

## Fødselsdepression opdages ikke

Psykisk sygdom er tabubelagt og næsten alle kvinder, der rammes af en sådan depression, føler sig som de eneste i verden, der har det på den måde, og ved ikke, at man kan få hjælp. Det kan også være svært at skulle se i øjnene, at man har en depression.

Selv hvis man har indset, at man har brug for hjælp, kan det være svært at bede om den. Man kan være bange for ikke at blive taget alvorligt og på grund af blufærdighed have svært ved at åbne sig og sætte ord på ens følelser. Mange føler sig som en dårlig mor, og det går man da ikke til læge for? Den uopdagede og ubehandlede fødselsdepression kan få store konsekvenser for kvinden og hendes familie, fx ses der øget hyppighed af skilsmisser. Den kan også true barnets udvikling, hvis depressionen er tilstrækkelig svær. Forskning viser således, at børn af mødre med ubehandlet depression har forsinket motorisk og kognitiv udvikling. Det gælder specielt, hvis der ikke er en anden omsorgsperson (fx barnets far), der kan tage over.

## Screening for depression

En del sundhedsplejersker og praktiserende læger har derfor med held benyttet den

såkaldte Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) til at screene for fødselsdepression blandt deres patienter. Skalaen består af 10 enkle spørgsmål, som den nybagte mor besvarer på egen hånd – og det kan gøres på under 10 minutter. Erfaringen viser, at en score over et vist niveau bør medføre, at den praktiserende læge eller sundhedsplejersken tager en nøjere samtale med kvinden om hendes symptomer. Det er ikke meningen, at man skal stille diagnosen fødselsdepression ud fra EPDS, men lade besvarelsen være udgangspunkt for en uddybende samtale.

## Tidlig opsporing i praksis

I Aarhus har et samarbejde mellem Aarhus Kommune, daværende Århus Amt og Mødrehjælpen vist, at ikke alene er en sådan screening mulig og effektiv, men den har i høj grad også accept fra kvindernes side, som oplever spørgsmålene som meningsfulde og er glade for interessen for deres psykiske velbefindende. Spørgeskemaet blev udleveret af sundhedsplejerskerne, som også fulgte op på besvarelsen, således at dem, der skulle have behandling, blev tilbudt dette.

Nogle af kvinderne blev henvist til egen læge med henblik på vurdering og eventuel videre visitation til speciallæge i psykiatri. Men langt størstedelen blev efter en grundig samtale tilbudt at deltage i et gruppeterapeutisk forløb. Grupperne blev ledet af en psykolog og sundhedsplejerske med supervision af speciallæge i psykiatri. Opgørelse af resultatet viste, at kvinderne fik det bedre på en række parametre og var meget tilfredse med tilbuddet. Dette er beskrevet nøjere i rapporten *Tidlig indsats mod fødselsdepression*.<sup>(1)</sup>



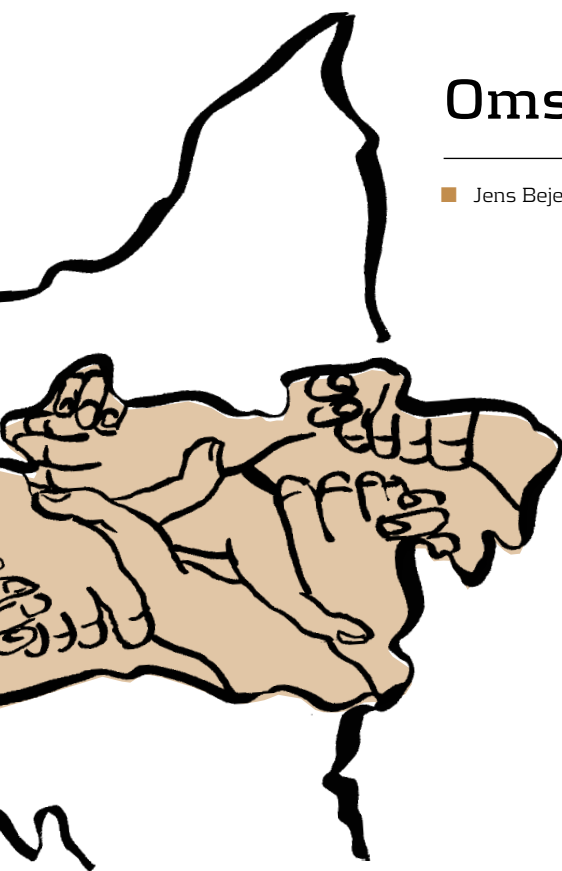
Aarhus Kommune, Mødrehjælpen og Region Midtjylland v/Center for Folkesundhed har i samarbejde udgivet rapporten *Tidlig indsats mod fødselsdepression - erfaringer fra et projekt i Århus Kommune*.<sup>(1)</sup> Rapporten kan downloades via: <http://dl.dropbox.com/u/3161214/Foedselsdepression>.

De lidt sværere tilfælde af fødselsdepression startede medicinsk antidepressiv behandling hos egen læge. Også for disse mennesker er tidlig opsporing vigtig. Dels af hensyn til kvinden selv og hendes barn, men også fordi forskning tyder på, at jo tidligere man påbegynder antidepressiv behandling, jo bedre er resultaterne med hensyn til at opnå normal funktion igen.

På baggrund af de gode resultater startede sundhedsplejerskerne i Aarhus Kommune et nyt lignende tilbud i 2010. ■

## REFERENCE

(1) Breinholt Larsen F, Ghoulia K, Wexel B & Videbech P. Tidlig indsats mod fødselsdepression - erfaringer fra et projekt i Århus Kommune. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2009.



## Omstillinger

■ Jens Bejer Damgaard, kontorchef, Planlægning og udvalgsbetjening, Primær Sundhed og Kommunesamarbejde

### Primær Sundhed og Kommunesamarbejde

Den centrale administration skal spare 47,5 mio. Det betyder i denne sammenhæng, at afdelingerne for Primær Sundhed og Regionalt Sundhedssamarbejde skal fusionere og spare 6 mio. kr., og samtidig overflyttes monitoreringsdelen af kronikerindsatsen til det nye center: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (se nedenfor). Én konsekvens heraf er nedlæggelse af folkesundhedsaktivitet i afdelingen.

### Nære Sundhedstilbud

I den nye afdeling Primær Sundhed og Kommunesamarbejde (nyt navn: Nære Sundhedstilbud) indrettes fire kontorer, der indtil videre benævnes: 1) Afregning og yderadministration, 2) Kvalitet og lægemidler, 3) Økonomi og analyse og 4) Planlægning og udvalgsbetjening. Det er i det sidste kontor, at arbejdet med sundhedsaftalerne, praksisplanlægning og kommunesamarbejdet placeres. Afdelingen vil derfor fortsat være kommunernes og praksis' indgang til Region Midtjylland.

### Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Center for Kvalitetsudvikling og Center for Folkesund skal også fusionere og i den forbindelse spare ca. 14 mio. kr. Centrets nye navn er: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Blandt konsekvenserne er lukning af *mi(dt) Liv* og en nedprioritering af det sundhedsfremmende og forebyggende område, herunder rådgivningsfunktionen og den sundhedspædagogiske uddannelse for fagpersoner, der arbejder med patientrettet og borgerrettet forebyggelse samt lukning af Livsstilscafeerne i Herning og Holstebro.

Omstillingsplanen betyder altså en del besparelser på "Folkesundhedsområdet" og på "Sundhedsfremme og forebyggelsesområdet" i regionalt regi. Men omstillingsplanen peger også fremad. Ét område fortjener i den sammenhæng selvstændig opmærksomhed.

### Det nære sundhedsvæsen

Der er i tidligere numre af *mi(dt) Liv* redegjort for de nye sundhedsaftaler og deres indhold. Værd at bemærke er det imidlertid, at indsatsområdet "Det nære sundhedsvæsen" har fundet indpas i Omstillingsplanen. Regionen prioriterer hermed det tværsektorielle samarbejde som en forudsætning for, at det højt specialiserede sundhedsvæsen (hospitalet) kan udfylde deres tiltænkte rolle i sundhedsvæsenet. Med kommunerne og almen praksis er følgende overskrifter indtil videre sat på: a) Telemedicin, b) Behandling i eget hjem og c) Den ældre medicinske patient.

For regionen er det ikke kun ord. Trods samlede besparelser på ca. 455 mio. kr. er der fundet 10 mio. kr. til udvikling og igangsætning af initiativer til "Det nære sundhedsvæsen". Procesmæssigt har Kontaktudvalg for Sundhedsstyregruppen administrativt sat sig i spidsen for arbejdet, der også vil involvere Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i de kommuner, der vil indgå i samarbejdet. Politisk vil Sundhedskoordinationsudvalget følge området. Her har man i et vedtaget arbejdsrapport defineret *det nære sundhedsvæsen* som:

Denne artikel bliver lidt anderledes end de tidligere om emnet: Sundhedsaftaler, kommunesamarbejde etc. Det skyldes omstillingerne: *Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland*. Omstillingerne dækker over (mindst) to ting: dels en besparelse af regionale sundhedsudgifter, dels en mere fremadrettet indretning af det regionale sundhedsvæsen.

Det første medfører en del omlægninger og strukturændringer. De mest omtalte ændringer sker på hospitalerne. Men der sker også administrative ændringer. Dem skal der lige dvæles lidt ved her – i dette blads svanesvang kan der være behov for kort at redegøre for, hvor og hvordan samarbejdet mellem region/hospitaler, kommuner og almen praksis fortsætter.

Det nære sundhedsvæsen defineres bredt, som sundhedstilbud tæt på borgeren. Der er således tale om alle kommunale sundhedsopgaver samt opgaver inden for praksissektoren. Hospitalsopgaver i det nære sundhedsvæsen defineres dels som lokale ambulante hospitals-tilbud for borgere med en vis afstand til akuthospital (akutklinikker, sundhedshuse). Og dels som hospitalsbehandling, som foregår uden for hospitalet, eksempelvis i borgerens eget hjem, fx telemedicin, udgående funktioner mv.

Sundhedskoordinationsudvalget vil bruge en del af 2011 til at udforme et katalog over konkrete og realiserbare initiativer i det nære sundhedsvæsen med det formål at undgå forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser.

### **Et fortsat (sam)arbejde**

Omstillinger er udfordringer. Sundhedsvæsenet udvikler sig hele tiden, men nogle gange sker det i spring. Omstillingsplanen er et eksempel på sådanne spring.

Lad mig slutte denne artikel med at sige tak til dem, der gennem årene har fulgt arbejdet i trekanten mellem kommuner, hospitaler og almen praksis. Arbejdet fortsætter uanset *mi(dt)* Liv ikke gør.

Sammenhængende patientforløb er et fælles gode for patienter, kommuner/hospitaler/praksis – med den evige følgesvend: økonomien. ■

## NYT FRA SAMARBEJDSKONSTRUKTIONEN **Folkesundhed i Midten**

■ Sekretariatsfunktionen, Folkesundhed i Midten

### **Opslag 2011**

Der er nu åbnet for en ny ansøgningsrunde om forskningsstøtte. Gennem bidrag på 1 krone pr. borger både fra kommunerne og fra regionen tildeles midler i den fælles opgaveløsning om folkesundhed. Folkesundhed i Midten har i 2011 godt 2,9 mio. kr. til rådighed til medfinansiering af forskning.

### **Indsats- og temaområder**

I ansøgningsrunden 2011 ydes der fortrinsvis støtte til forskningsprojekter eller udarbejdelse af ph.d.-protokoller, der falder inden for et eller flere af følgende temaområder:

- Overgange mellem sektorer
- Kronikerområdet
- Rehabilitering
- Forebyggelse.

### **Ansøgninger**

Midlerne fra Folkesundhed i Midten fordeles efter ansøgningsrunde med frist den 30. september 2011 kl. 12.00. Der ydes støtte til følgende typer forskning: a) Forskningsprojekter, som er praksisnære og anvendelsesorienterede, b) Udarbejdelse af protokol til ph.d.-forløb.

Ansøgningen skal vedlægges en projektbeskrivelse indeholdende en uddybende beskrivelse af, hvilke(t) af de fire temaområder forskningsprojektet tilhører. Der er en række betingelser, der skal være opfyldt for at søge om støtte. Disse betingelser fremgår af Folkesundhed i Midtens hjemmeside: [www.fim.rm.dk](http://www.fim.rm.dk). Her kan man også læse om, hvem der vurderer ansøgningerne og hvilke vurderingskriterier, der lægges til grund.

### **Støtte til udformning af projektbeskrivelse**

Er et løbende tilbud, der kan søges uafhængigt af det årlige opslag. Bevilling af konsulentydelse dækker op til 10 konsulenttimer med

en maksimumspris på i alt 15.000 kr. Ansøgning om konsulentbistand indsendes pr. mail på et særligt ansøgningsskema. Konsulentydelsen kan anvendes til udarbejdelse og kvalificering af projektbeskrivelse og/eller til specifik hjælp til dele af ansøgningen.

### **Temadag**

Folkesundhed i Midten har et fagligt udvalg, der er sammensat af repræsentanter fra klyngegrupperne og fra regionale forsknings- og udviklingsmiljøer. Det faglige udvalg afholder den 30. maj 2011 en temaeftermiddag, dels med henblik på idéudvikling og erfaringsopsamling, dels for at præcisere og formidle viden om udarbejdelse af kvalificerede ansøgninger til Folkesundhed i Midten.

Invitation til temadagen udsendes til det forskningsbaserede netværk (herunder også tidligere ansøgere), ligesom invitationen formidles via regionens tværsektorielle netværk, klyngegruppesamarbejderne.

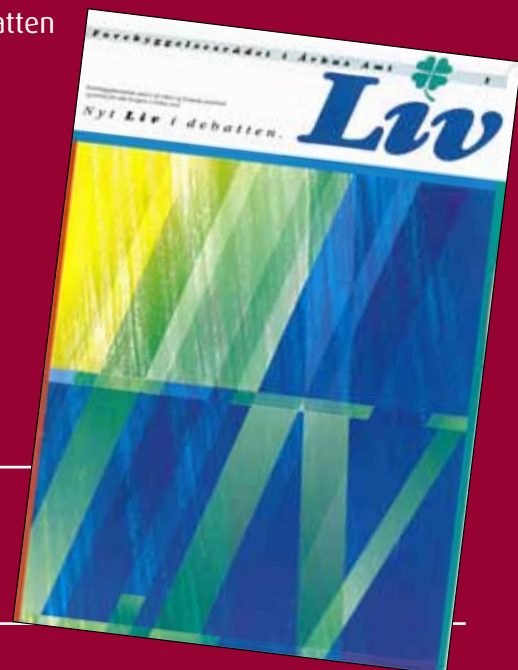
**LÆS MERE PÅ [www.fim.rm.dk](http://www.fim.rm.dk)**

**KONTAKT [folkesundhedimidten@rm.dk](mailto:folkesundhedimidten@rm.dk)**

### **Tildeling af 2010-midler**

- Lev livet uden diabetes – Evaluering af en kommunal model for prædiabetesforløb i Holstebro Kommune  
*Vestklyngen/Holstebro Kommune*
- Evaluering af Sundheds- og Patientskolen – Effekt af patientuddannelse på kort sigt (efter seks måneder) og lang sigt (1-4 år)  
*Randersklyngen/Norddjurs Kommune og Regionshospitalet Randers og Grenaa*
- Effekt af geriatrisk lægelig intervention over for ældre med behov for genoptrænings- eller aflastningsophold  
*Århusklyngen*
- Screening af funktionsniveau og daglige aktiviteter hos ældre patienter på medicinsk afdeling MEA, Århus Sygehus  
*Århusklyngen*





# Et langt liv

**FRA** nyhedsbrev i 1994 udgivet af Forebyggelsesrådet i Århus Amt **TIL** temaudgivelser i regi af Region Midtjylland

Formidling er en væsentlig del af arbejdet med folkesundhed. Allerede helt tilbage i 1994 – den gang Århus Amt var en del af det sundhedsfremmende og forebyggende landkort – blev der lagt vægt på den generelle formidling, og det første nyhedsbrev så dagens lys. Det fik navnet *Liv*. Formålet var at styrke og støtte arbejdet blandt fagfolk og i de organisationer, der beskæftigede sig med sundhedsfremme og forebyggelse samt give politikerne indsigt i området. Følgende målsætning blev styrende fra det første nyhedsbrev:

- Viden og erfaringer skal spredes, så fagfolk inspireres og arbejdet kvalificeres
- Emner kan løftes frem og belyses fra mange vinkler
- Arbejdet skal synliggøres.

*Liv* blev med årene mere strømlinet og professionaliseret, og med overgangen til regionen skiftede bladet navn til *mi(d)t Liv*.

Indholdet har været sundhedsforhold og tilbud til patienter og borgere i Midtjylland med eksempler fra kommuner, almen praksis og hospitaler: *Livet i midt*. Men også fortællinger om den enkelte patient eller borgers opfattelse af og syn på sundhed, sygdom og mødet med sundhedsvæsenet: *Mit Liv*. Endelig har nogle artikler mere overordnet og principielt forholdt sig til folkesundhed og folkesundhedsarbejdet teoretisk og metodisk.

Mange forfattere både fra regionen, kommunerne i regionen og fra forskningsinstitutioner i hele landet har i årenes løb bidraget til de mange temanumre om sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering.

Med besparelser, nye prioriteringer og den almindeligt udbredte satsning på elektroniske medier er tiden inde til at tænke nyt.

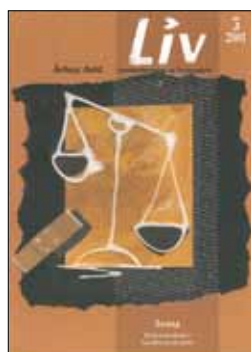
Vi vil gerne takke først og fremmest vores læsere, både dem der trofast har fulgt bladet, og dem der er kommet til senere. Også en meget stor tak til alle de mange bidragydere, som med stor velvilje og parathed har delt deres politiske synspunkter, kolossale viden og erfaringer med alle bladets læsere. Endelig en tak til alle der gennem årene har brugt tid og kræfter i redaktionspanelet, i redaktionen og som illustratører og grafikere. Vi vil især fremhæve det frugtbare og kreative samarbejde. I har alle på hver jeres måde været med til at sætte præg på bladet og gøre det til noget særligt. I har givet det liv.

Med temanummeret "Fremme af mental sundhed" sætter *mi(d)t Liv* punktum for en lang produktion.

REDAKTIONEN

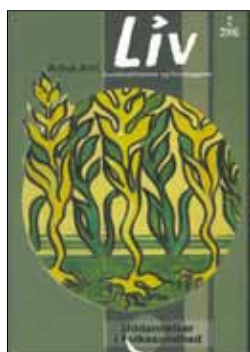
Kirsten Vinther-Jensen  
ansvarshavende redaktør

**2001**



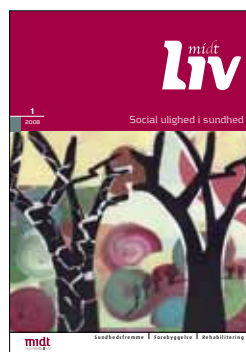
Tema: Diskrimination i sundhedsvæsenet

**2006**



Tema: Uddannelser i folkesundhed

**2008**



Tema: Social ulighed i sundhed

**2010**



Tema: Brobygning mellem forskning og praksis