



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoteraeutprogrammet*

**Mindfulnessbaserad gruppterapi för patienter i  
Primärvården med stressrelaterad ohälsa  
-En kvantitativ studie på en vårdcentral i södra Sverige**

**Michèle Olskims & Susanne Öberg**

Psykoteraeutexamenuppsats 2016

Handledare: Gardar Viborg  
Examinator: Gisela Priebe

## Sammanfattning

I Primärvården är psykiska problem som sömnproblem, ångest, oro, depression samt stressrelaterade symtom vanligt förekommande och stress är en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning. Mindfulness är en metod som visat sig vara effektiv för att behandla stressymtom i grupp. Denna studie har undersökt om Mindfulness-baserad gruppterapi utifrån "Här & Nu programmet" är verksam för patienter med stressymtom inom Primärvården. Studien syftade till att med kvantitativa metoder i form av självskattningsformulär undersöka effekten av denna behandling. Frågeställningarna i studien var om patientens skattade symtom på stress/utmattningssymtom, ångest, depression efter genomförd Mindfulness-baserad gruppterapi reduceras och om ytterligare reduktion av symtom skett efter tre månaders uppföljning eller har uppnått reduktion vid eftermätning vidmakthållits vid uppföljning. Vår experimentgrupp utgjordes av 9 kvinnor som deltog i Mindfulness-baserad gruppterapi vid en vårdcentral i södra Sverige under hösten 2015. De genomförde självskattningar vid inskrivning, utskrivning och tre månader efter genomförd behandling. Resultaten visade på hög signifikant förbättring av skattad upplevelse av utmattningssymtom, ångest, depression och allmänt hälsotillstånd. Slutsatsen blev att Mindfulnessbaserad gruppterapi i Primärvården gav betydligt förbättrat psykiskt mående för denna grupp. Vi kunde dock inte säkerställa att de uppmätta förändringarna var orsak till förbättringarna då ingen kontrollgrupp fanns att tillgå då studien genomfördes i reguljär verksamhet.

Nyckelord: mindfulness, stress, gruppbehandling, primärvård

## **Abstract**

In Primary care mental health problems such as insomnia, anxiety, worry, depression and stress-related symptoms common and stress is one of the most common causes of sick leave. Mindfulness is a method found to be effective to treat the symptoms of stress in the group. This study investigated whether mindfulness-based group therapy based on “Here and Now program” is effective for patients with stress symptoms in primary care. The study aimed at using quantitative methods in the form of self-assessment questionnaire to investigate the effect of this treatment.

The questions in the study was whether the patient understated symptoms of stress / fatigue disorders, anxiety, depression after the mindfulness-based group therapy reduced and further reduction of symptoms occurred after three months of follow up or have achieved reduction in the measurement surrendered at follow-up. Our experimental group consisted of nine women who participated in the mindfulness-based group therapy at a health center in the south of Sweden in the fall of 2015. They conducted self-assessments at admission, discharge and three months after completion of treatment. The results showed significant improvement of high-rated experience symptoms of fatigue, anxiety, depression and general health. It was concluded that mindfulness-based group therapy in primary care yielded significantly improved mental mood for this group. We could not, however, ensure that the measured changes were responsible for the improvements when no control group was available when the study was conducted in regular activities.

Keywords: mindfulness, stress, group therapy, primary care

## **Förord**

Ett stort tack till respondenterna som tagit sig tid att besvara alla frågeformulären och på ett mycket engagerat sätt deltagit i studien genom att aktivt närvara och dela med sig av sina upplevelser. Genom vår handledares trygga vägledning och stöd har det gjort det möjligt för oss att genomföra och slutföra denna uppsats, ett stort varmt tack till Gardar Viborg. Sist men inte minst, ett stort tack till våra respektive och barn som haft tålamod och förståelse inför den tid detta krävt av oss vid sidan av våra respektive arbeten.

## Introduktion

### Inledning

Enligt Folkhälsomyndigheten i Sverige omnämns idag stress som vår tids folksjukdom och är en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning. Enligt försäkringskassans rapport år 2015 ökar antalet sjukfall med psykisk sjukdom. Vid utgången av 2014 fanns drygt 71 000 pågående sjukfall i psykiska diagnoser, siffran 2012 var ca 48 000 vilket motsvarar en faktisk ökning på 48 procent. Det totala antalet sjukfall var drygt 180 000 år 2014 (Försäkringskassan, 2015). Andelen psykiska sjukdomar motsvarar 40 procent av alla sjukfall. Den vanligaste diagnosen är akut stressreaktion. Antalet personer med diagnosen akut stressreaktion har ökat från ca 15 000 år 2012 till 26 000 år 2014. På bara två år har antalet stressrelaterade sjukskrivningar ökat med 73 procent och diagnosen är vanligast bland kvinnor mitt i livet (Försäkringskassan, 2015). Enligt Socialförsäkringsrapporten 2012:14 anses att det är i mötet mellan individens egenskaper, inklusive hälsa och funktionsförmåga, och kraven och villkoren på arbetet som sjukskrivningarna uppstår.

Psykiska problem som sömnproblem, ångest oro, depression samt stressrelaterade symtom är vanligt förekommande i primärvården (Socialstyrelsen, 2015). Besvären är ofta av psykosocial karaktär och stressmoment som ökad administration eller förändrade arbetsförhållanden kan vara det som triggar igång. Stressproblematik beror dock ofta på en kombination av stressfaktorer både privat och på arbetsplatsen (Socialstyrelsen, 2015).

Region Skånes primärvård erbjuder företrädesvis kort psykoterapi (sex till tretton samtal), KBT (Kognitiv beteendeterapi) eller IPT (Interpersonell terapi) till patienter med diagnosen stressreaktion ("Om KBT", 2015). Mer komplexa fall kan erbjudas lång psykoterapi (tio till tjugofem samtal) och patienten får då välja mellan KBT eller PDT (Psykodynamisk terapi). För att en vårdenhet ska få bedriva gruppbehandling krävs att vårdenheten ansöker om ackreditering för att bedriva psykoterapi i grupp ("Om KBT", 2015).

Stressstillstånd varierar kraftigt avseende art, svårighetsgrad och lämplig behandlingsstrategi, varför generella rekommendationer från Socialstyrelsen inte ges. Socialstyrelsen rekommenderar dock vikten av tidiga insatser såsom psykosocialt stöd, bedömning av psykiatriker eller KBT-behandling. Socialstyrelsen nämner även mindfulness-

baserad KBT som en tredje generationens KBT med framväxt under 1990-talet (Socialstyrelsen, 2010).

Vid en vårdcentral i södra Sverige har man under tre års tid bedrivit Mindfulnessbehandling i grupp som riktat sig till patienter med i huvudsak stressrelaterad ohälsa. Programmet som används är framtaget av läkare och specialist i allmänmedicin Ola Schenström och går under namnet "Här & Nu programmet". I denna uppsats kommer resultaten av en Mindfulnessbehandling i grupp som genomfördes våren 2016 att redovisas. Utvärdering av för-, efter- och uppföljningsmätning kommer att beskrivas, jämföras och diskuteras. Vi valde att använda oss av "Här & Nu programmet" p.g. av att det tidigare genomförts en studie i primärvården i Regions Skåne av professor Jan Sundquist med detta program för patienter med diagnoserna depression, ångest, stress och anpassningsstörningsdiagnoser. Sundquists studie visade att mindfulnessbaserad gruppterapi enligt "Här & Nu programmet" hade lika god effekt som sedvanlig KBT. Vi tyckte det kunde vara intressant att se om vi kunde se samma slags resultat när mindfulnessbaserad gruppterapi enligt "Här & Nu programmet" användes som en återkommande implementerad behandlingsmetod i en reguljär verksamhet.

Inledningsvis ges en genomgång av vad stress och mindfulness är, tidigare forskning av mindfulness vid stress tas därefter upp. Vidare presenteras studiens syfte, metod, resultat och diskussion.

## **Vad är stress?**

Clas Malmström Leg. Läkare och klinikchef på PBM Performance skriver i Medical Link 3W AB (2013), att det finns ingen konsensus vare sig vad gäller gränsvärden för de kroppsliga reaktioner som ska överskridas för att en "stressreaktion" ska råda, eller vad gäller objektiva kriterier för en situation som kan kallas generellt "stressig". Stressforskningen har inte ens kunnat enas om hur kriterierna ska formuleras för de kravupplevelser och psykologiska reaktioner som utgör kärnan i alla stressreaktioner.

Kanadensaren Hans Selye som ofta kallas stressforskningens fader myntade troligen begreppet negativ stress (Frankenhaeuser & Ödman, 1983). Hans upptäckter under 1930-talet var banbrytande för vår förståelse av hur stresssystemet först hjälper oss att reagera och göra motstånd mot obehag och påfrestningar som hotar vårt välbefinnande, men sedan

successivt övergår i utmattande och sjukdomsskapande reaktioner om stresstillståndet håller på för länge. Selye definierade alltså (negativ) stress som ett tillstånd av obalans i livsfunktionerna. Hans senare forskning handlar mera om att förstå hur personliga resurser påverkar hanteringen av stress. Det var Selye som myntade det nu välkända talesättet: ”Det viktigaste är inte hur man har det, utan hur man tar det.”

På 1960-talet fortsatte en amerikansk forskare Richard Lazarus på Selyes spår och lade grunden till den moderna forskningen om personliga resurser för stresshantering. Lazarus och hans kollegor upptäckte att hur en person reagerar på en händelse inte med nödvändighet stämde överens med hur någon annan skulle komma att reagera. Deras slutsats var att individuella skillnader i motivations- och kognitiva variabler på något sätt påverkar hur någon reagerar på en stressor (Lazarus & Folkman, 1984). Sedan dess har stressforskningen visat att Selye hade rätt: det uppstår inte automatiskt negativ stress i vissa situationer, utan det beror på hur vi själva kan tolka och förhålla oss till livets utmaningar. Det är i allmänhet snarare bristfällig förmåga att hantera stress, än de yttre omständigheterna i sig, som gör att stress kan utgöra en avsevärd risk för ohälsa.

### **En psykofysiologisk förklaringsmodell av stress**

Stresssystemet är en del av det psykofysiologiska reglersystemet som styr anspänning och obehagliga reaktioner. Det styr dessutom hela det normala friska samspelet mellan hjärnan och kroppen. Stresssystemets är ett ständigt aktivt reglersystem som har till uppgift att fortlöpande översätta mentala tillstånd till kroppsliga funktionstillstånd (Malmström, 2013). Vårt psykofysiologiska reglersystem inklusive stresssystemet, är inte en av- eller på-funktion (allt eller inget) utan ett system som ständigt är aktivt och flera gånger per sekund anpassar kroppens alla delar efter vilka mentala förändringar som sker. Tillståndet i kroppen är alltså ur funktionell synvinkel alltid i exakt samstämmighet med vårt mentala tillstånd.

### **Återhämtningssystemet**

Detta system sitter i hjärnstammen och med hormoner och nerver beordrar detta vilosystem kroppen (de delar som inte behöver arbeta för tillfället) att vila och återhämta sig, återuppbygga energiförråden, reparera småskador, transportera ut slaggprodukter etc (Malmström, 2013). För att återställa balansen i hela psykofysiologiska systemet räcker det

inte med att bara dra ner på stressen. Vi måste också stimulera vilo- och återhämtningsprocesser i aktiva handlingar och när dessa system drar igång i kroppen innebär det en intensiv aktivitet i den vilande kroppsdel, som då bygger upp nya energiförråd, reparerar småskador o.s.v. Om inte livet naturligt erbjuder tillräckligt många, sköna och rogivande stunder måste vi aktivt skapa ett inre lugn. Det gäller att se stressutlösta besvär som en följd inte bara av långvarigt stressande utan även som en konsekvens av otillräcklig återhämtning (för låg aktivitet i "lugn och ro-systemet" i förhållande till energiförbrukningen).

### **Stress som sjukdomstillstånd**

För att klargöra när en normal stressreaktion övergått till ett sjukdomstillstånd använder Region Skåne av ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Det primära syftet med sjukdomsklassifikationen ICD-10 är att möjliggöra klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som är orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2016).

Det är svårt att ange olika gränser mellan olika stresstillstånd.

Diagnoskriterierna enligt ICD 10 för akut stressreaktion, F43.0, är följande:

A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:

(1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet

(2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck

B. Tre eller fler av följande dissociativa symtom förekom under eller efter den traumatiska händelsen: känsla avbedövning, likgiltighet eller oförmåga till känslomässig respons

(1) minskad uppmärksamhet på omgivningen (t ex "leva som i en dimma")

(2) derealisation

(3) depersonalisation

(4) dissociativ amnesi (dvs oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen)



- C. Den traumatiska händelsen återupplevs gång på gång på minst ett avföljande sätt: återkommande minnesbilder, tankar, drömmar, illusioner, flashback upplevelser eller en känsla av att återuppleva händelsen, eller ett starkt obehag inför händelser som påminner om traumat.
- D. Tydligt undvikande av stimuli som återkallar minnen av traumat (t ex tankar, känslor, samtal, handlingar, platser eller personer).
- E. Påtagliga symtom på ångest eller ökad retbarhet (t ex sömnsvårigheter, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, överdriven vaksamhet, lättskrämdhet, rastlöshet).
- F. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden eller med förnedsatt förmåga att klara nödvändiga uppgifter, t ex skaffa sig hjälp eller mobilisera personliga resurser genom att berätta för familjemedlemmar om den traumatiska upplevelsen.
- G. Störningen varar minst två dagar men inte mer än fyra veckor och inträffar inom fyra veckor efter den traumatiska händelsen.
- H. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada, förklaras inte bättre med diagnosen kortvarig psykos, och utgör inte enbart en försämring av någon tidigare axel I eller axel II-störning

När en akut stressreaktion varat längre än fyra veckor räknas den inte längre som akut. Om tillståndet inte heller övergått till att uppfylla kriterierna för andra stressrelaterade tillstånd eller utmattningssyndrom så definieras stresstillståndet som ospecificerat och räknas då in under diagnosen annan stressreaktion, F439P (Socialstyrelsen, 2016).

Diagnosen utmattningssyndrom, F438A enligt ICD-10, används endast om en depressionsdiagnos inte föreligger (Socialstyrelsen, 2003). Kriterier för depressionsdiagnos bör alltså först prövas. Om ett tillstånd diagnostiseras som depression men är föranlett av arbetsrelaterad stress, används diagnosen utmattningssyndrom endast som en tilläggsdiagnos. Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom F438A (Socialstyrelsen, 2003): Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:
- 1) Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
  - 2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
  - 3) Känslomässig labilitet eller irritabilitet
  - 4) Sömnstörning
  - 5) Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
  - 6) Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.
- D. Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen

## **Mindfulness**

Begreppet Mindfulness är den gängse engelska översättningen av det buddhistiska sanskritbegreppet "satipatthana", som betyder ungefär "det fullkomliga minnets koncentration" (Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2007). Mindfulness i sin tur betyder uppmärksamhet, aktgivande, hågkomst/ihågkommande, ett begrepp som således kommer ganska nära satipatthana. Mindfulness har sitt ursprung i den buddhistiska visdomstraditionen. I den buddhistiska kulturen har man använt meditationer i tusentals år. Jon Kabat-Zinn, professor emeritus i medicin vid University of Massachusetts Medical School, USA, är en av de viktigaste personerna när det gäller mindfulness. Tillsammans med

sina kollegor på universitetet reformerade och finslipade han meditationsövningarna till att kunna användas inom modern hälso- och sjukvård. Han grundade och ledde länge the Stress Reduction Clinic på University of Massachusetts Medical Center där han startade ett behandlingsprogram mot stress 1979 som bygger på meditationsövningar i mindfulness. Metoden kallas idag för MBSR, Mindfulness baserad stressreduktion.

Vi har inte hittat någon samstämmig definition av mindfulness. Flera forskare har i en artikel beskrivit mindfulness (Bishop et al., 2004) utifrån två komponenter för att operationalisera begreppet. Den första komponenten är aktiv reglering av uppmärksamheten, d.v.s. att behålla uppmärksamhetsfokus på det som sker i nuet, att skifta uppmärksamhet samt att inhibera kognitiva sekundära processer. Alltså en metakognitiv förmåga. Komponent två kännetecknas av vilken attityd man möter upplevelsen med. Attityden är en accepterande och icke-dömande, nyfiken och öppen attityd gentemot interna och externa upplevelser istället för undvikande av kroppsliga sensationer tankar och känslor som upplevs obehagliga. Detta bidrar till en högre tolerans för och medvetenhet kring affekter, kognitioner och fysiologiska upplevelser (Bishop et al., 2004). Jon Kabat Zinn (2005) har definierat mindfulness på följande sätt: "Paying attention in a particular way; On purpose, in the present moment, and nonjudgmentally" (s. 4).

### **Tidigare forskning kring Mindfulness**

Runt om i världen bedrivs forskning om effekterna av mindfulness. Det finns en mängd studier som är betydelsefulla för både utvecklingen och tillämpningen av olika användningsområden för mindfulness. Ett flertal forskningsrapporter visar bland annat att mindfulnesssträning ger minskad stress, minskad oro, bättre sömn, minskat lidande, ökad förmåga att hantera smärta och ökad livskvalitet (Mindfulnesscenter, 2013). Träningen ger också ökat fokus, bättre uppmärksamhet, ökad självinsikt och koncentrationsförmåga.

De senaste årens hjärnforskning kring mindfulness visar på en mängd positiva effekter på den mänskliga hjärnan. Forskningen visar bland annat att mindfulnesssträning förbättrar arbetsminnet som bland annat är viktigt för vår uppmärksamhet och för känslomässig balans. Träning genom mindfulness bidrar också till att synkronisera hjärnans olika delar så att vi använder vår hjärna på ett mer optimalt sätt (Williams, 2011).

Elizabet Blackburn, 2009 års nobelpristagare i medicin, har publicerat data som talar för att mindfulnesssträning kan förlångsamma cellernas och kanske också människans åldrande (Epel, Lin, Wilhelm, Wolkowitz, Zawthor, Adler, Dolbier, Mendes & Blackburn, 2005). År 2009 gick Nobelpriset i medicin till Elizabeth Blackburn, Carol Greider och Jack Szostak, för förståelsen för hur telomeraset i vårt DNA skyddar kromosomerna. Elizabet Blackburn har studerat på vilket vis vi människor kan använda kunskapen om telomererna. Telomerer utgör DNA-kedjans ändstycken i varje kromosom och skyddar arvsmassan vid celledelning. Sammanfattat kan sägas att kort telomerlängd är associerad med tillstånd som hjärt- kärlsjukdom, diabetes och fetma. De flesta undersökningar visar att ärftlighetsgången för telomerer är paternell. Inverkan av livsstilsfaktorer, stress och läkemedel tycks ha betydelse för telomerlängden. Nya studier har visat att kronisk psykologisk stress ökar åldrandet på cellnivå. Telomererna hos kvinnor som utsätts för våld i nära relationer förkortas exempelvis avsevärt. Genom en hälsosam livsstil, å andra sidan, slits telomererna ned lite långsammare och de kan även repareras i någon mån. Elisabet Blackburns forskning har visat att mindfulness är ett sätt att minska takten i slitaget, en lagom mängd motion och hälsosam mat är andra ingredienser som skyddar telomererna (Marchant, 2014). Flertalet studier har visat att mindfulness kan leda till fysiologiska förändringar, bland annat ökad aktivitet i vänster hjärnhalva som är associerad med positiva effekter, ökad produktion av antikroppar mot vaccin (ökat immunförsvar) (Davidson et al., 2003), minskning av stressrelaterat kortisol (Tang et al., 2007), samt en ökad densitet av gråa hjärnceller i regioner involverade i minnesprocesser, inlärning och emotionell reglering (Hölzel et al., 2011).

I en meta-analys baserad på 19 studier fann man att mindfulness och acceptans baserade interventioner associeras med robust och signifikant reduktion av ångest och depressionssymtom (Vollestad & Nielsen, 2012). Att utöva mindfulness regelbundet kan komma att minska sårbarhet för kognitiva och emotionella reaktioner som leder till stress och andra psykiska problem (Teasdale, Segal & Williams, 2003). Med speciella andningstekniker lär sig patienten att fokusera och behålla uppmärksamheten och öka sin medvetenhet. Vanor och negativa automatiska reaktioner och responser på känslor och kognitioner kan därmed förhindras. Istället kan patienten välja mer balanserade responser och reaktioner (Teasdale et al., 2003). Forskningen har också visat att mindfulness även har positiv effekt på affektiva upplevelser (Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong & Gelfand, 2010), liksom kognitioner och smärta (Zeidan, Johnson, Diamond, David & Goolkasian, 2010). En ny svensk studie (Sjödin &

Vesa, 2013) visade att även ett webbaserat kortprogram i mindfulness (2x10 min MT/dag, sex dagar/v under två veckors tid) ledde till signifikant förbättring i MF-förmåga och minskning i upplevd stress hos meditatörerna jämfört med kontrollgruppen, vilket enligt författarna möjliggör effektivare och mer tillgänglig behandling av stress.

En ny studie från Centrum för primärvårdsforskning i Malmö publicerad 2015 i British Journal of Psychiatry, är den första randomiserade studien som har jämfört gruppbehandling med mindfulness och individuell kognitiv beteendeterapi av patienter som har depression och ångest i primärvården. Studien visar att gruppbehandling med mindfulness är lika effektivt som individuell kognitiv beteendeterapi (KBT) för patienter med depression och ångest (Sundqvist et al., 2015). Resultaten av studien tyder på att gruppbehandling med mindfulness, genomförd av certifierade instruktörer i primärvården, är en lika effektiv behandlingsmetod som individuell KBT för att behandla depression och ångest.

### **Frågeställningar och hypotes**

Vårt syfte är att se om Mindfulness enligt "Här & Nu programmet" (Mindfulnesscenter, 2013) är verksamt för patienter inom Primärvården. Förväntad behandlingseffekt är att gruppbaserad Mindfulnessbehandling enligt "Här & Nu programmet" uppnår goda resultat vid stressrelaterad problematik. Detta då stress är en specifik diagnos där det handlar mer om att aktivera kroppens eget vilosystem, återhämtningssystemet än att arbeta med sedvanliga kognitiva funktioner och/eller medicinering. Vår utgångspunkt är att mindfulness specifikt riktar sig till att aktivera kroppens eget återhämtningssystem.

Sammanfattningsvis är studiens frågeställningar:

1. Reduceras patientens skattade symtom på stress/utmattningssymtom, ångest, depression efter genomfört Här & Nu program?
2. Har ytterligare reduktion av symtom skett vid tre månaders uppföljning eller har uppnått reduktion vid eftermätning vid maktshållits vid uppföljning?
3. Vilka erfarenheter kan man dra av denna pilotstudie om programmets kliniska tillämpbarhet? Vad behöver förändras och förbättras?

## **Behandlingsmodell Mindfulness ”Här och Nu programmet”**

Här och nu programmet är framtaget av Ola Schenström som är läkare och specialist i allmänmedicin samt en av Sveriges främsta experter på Mindfulness (Mindfulnesscenter, 2013). Han är utbildad i USA av bland andra professor emeritus Jon Kabat Zinn. Här & Nu programmet som är baserat på två mindfulness terapier, MBCT (Mindful Based Therapy) och MBSR (Mindful Based Stress Reaction), har använts i ett flertal studier i Sverige bl.a. Jan Sundquists studie om Mindfulnessbaserad gruppterapi i primärvården för patienter med depression, ångest, stress och anpassningsstörningsdiagnoser som vi tidigare refererat till. Dr Ola Schenström har utbildat instruktörer i detta program under drygt 10 år och programmet används av instruktörer i hela Sverige inom sjukvård, skola och på arbetsplatser med goda resultat.

Här & Nu programmet innehåller utbildningspärm och manual för åtta gruppträffar. Mellan varje behandling genomför patienterna egen hemträning på ca 40 min/dag enligt överenskommen hemuppgift. Gruppdeltagarna får en CD med övningar, träningsdagbok och träningsmanual. I programmet tränar man på två sätt dels genom mindfulnessövningar/ meditationer och dels genom vardagsövningar. På de åtta träffarna går man igenom olika områden:

1. Lämna autopiloten- känn din kropp
2. Observera din andning- träna ditt andningsankare
3. Var närvarande i andning och kropps rörelse
4. Bara sitt – Här och Nu
5. Acceptans
6. Att hantera svårigheter
7. Tankar är inte fakta
8. Ta hand om dig – befäst din träning

I denna studie använde vi Här och Nu programmet och instruktörerna var två stycken som själva hade gått utbildning i detta program samt har fortsatt att träna Mindfulness på egen hand. Gruppträffarna var mellan den 9 september 2015 till den 11 november 2015 och uppföljning gjordes den 11 februari 2016. Varje träff pågick i två timmar, åtta gånger med en veckas mellanrum förutom uppföljningen som var tre månader efter avslutad kurs.

## **Metod**

### **Deltagare**

Patienterna rekryterades från vårdcentralen i södra Sverige genom remiss från läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, psykolog, kurator samt egen remiss. Innan patienterna antogs i mindfulnessgrupp genomfördes två individuella bedömningssamtal med en av instruktörerna tillika kurator. Alla patienter som tillfrågades om de ville delta i studien tackade ja. Alla deltagare fick läkemedelsbehandling om de behövde och läkare på vårdcentralen följde upp patienten i sedvanlig ordning. Endast en av deltagarna påbörjade antidepressiv medicinering under själva behandlingsperioden. Efter bedömningssamtal/urval hos instruktör/behandlare ombads patienten att fylla i tre självskattningsformulär för stress och ångest: The hospital anxiety and depression scale (HAD), Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) och EQ-5D standardiserad hälsoenkät. Deltagarna bestod av sammanlagt 9 kvinnor. Deltagarna var mellan 32 och 72 år gamla.

### **Inklusionskriterier**

Följande kriterier behövdes för att kunna inkluderas i studien:

- Primära diagnoser som ingår: Stressreaktion (ICD-kod:F439), utmattningssyndrom (ICD-kod:F43.8, F43.9P). Sekundära diagnoser som ingår: Depression (ICD-kod: F32) och ångesttillstånd (ICD-kod:F419P).
- Ålder: 18-uppåt.
- Kunna läsa och tala svenska.

### **Exklusionskriterier**

Följande kriterier är exklusionskriterier:

- Psykiatriska symtom som kräver psykiatrivård.
- Risk för suicid.
- Beroendeproblematik.
- Graviditet.
- Pågående psykoterapi av annat slag.

## **Design, mätinstrument och procedur**

Vi valde en utvärderingsdesign där våra kvalitativa variabler såsom stress, depression och ångest mättes med subjektiva skattningar i form av SMBQ, EQ-5D och HAD. Vi gjorde förmätning, eftermätning samt uppföljning tre månader efter avslutad behandling. Datainsamlingen gjordes vid följande tillfällen: inskrivning 2015-09-09, utskrivning 2015-11-11 och uppföljning 2016-02-11. De mätinstrument som användes för att skatta och mäta patienternas mående var följande;

**Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ).** Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ: Shirom, Westman, Shamai & Carel, 1997) är ett självskattningsformulär som används för att mäta graden av olika utmattningssymtom. Formuläret består av 22 frågor i 4 delskalor. Delskalorna är fysisk utmattning med 8 frågor, kognitiv trötthet med 6 frågor, spändhet med 4 frågor och håglöshet med 4 frågor. Varje fråga graderas på en sjugradig skala från 1 (nästan aldrig) till 7 (nästan alltid). Fem av frågorna har inverterad poängsättning, en fråga i spändhetsskalan, tre frågor i håglöshetsskalan och en fråga i fysisk utmattningsskala. Chronbachs alfa är lika med 0.91. Gränsvärdet för SMBQ för friska ligger på lika med eller mindre än 2,75. Låg burn-out ligger på värden mellan 2,75-3,75. För hög burn-out är gränsvärdet 3,75 eller högre och för patologisk burn-out är gränsvärdet lika med eller högre än 4,47.

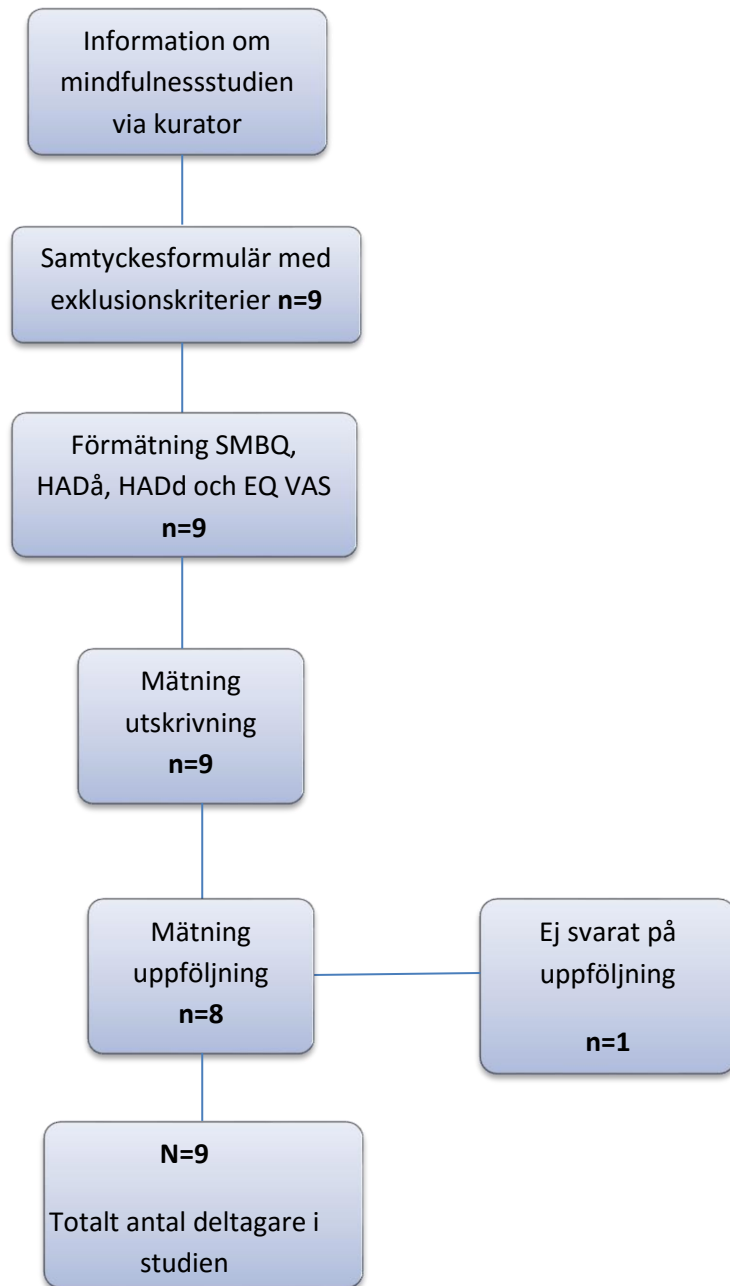
**EuroQol five dimensions questionnaire (EQ-5D).** Ett av de mest använda generella instrumenten är EQ5D. EQ5D är ett standardiserat instrument för att mäta och beskriva hälsoutfall (Euroqol, 2016). EQ-5D innehåller ett beskrivande frågeformulär, en vertical visual analogue scale (EQ VAS). Det beskrivande frågeformuläret i EQ-5D består av frågor där individen kan klassificera sin egen hälsa i fem olika dimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet på en tregradig skala (inga, måttliga respektive svåra besvär). Individens svar på dessa frågor bildar en hälsoprofil som representerar ett specifikt hälsotillstånd (Euroqol, 2016). Totalt finns 243 möjliga kombinationer av hälsotillstånd. På den termometerliknande skalan (EQ VAS) får individen beskriva hur bra eller dåligt den mår genom att sätta ett kryss på skalan från 0 till 100. Frågan som individen ska besvara är följande: "Hur skattar du ditt nuvarande hälsotillstånd på en skala från 0-100?" På skalan representerar 0 sämsta tänkbara hälsa och 100 bästa tänkbara hälsa. På så vis genererar EQ VAS ett individuellt självskattat hälsotillstånd, s.k. VAS score.



EQ-5D har uppvisat god validitet. Reliabiliteten har prövats med den sk test-retestmetoden, vilken har visat på god stabilitet för instrumentet. Formuläret, EQ-5D, lämpar sig väl att använda i individuella patientkontakter och i gruppverksamhet. Vi har valt i vår uppsats att använda oss av den delen av testet där patienten får skatta sitt hälsotillstånd på den tidigare nämnda termometerliknande skalan, dvs EQ VAS.

**The hospital anxiety and depression scale, HADS.** The hospital anxiety and depression scale (Zigmond & Snaith, 1983) användes för att mäta graden av upplevd ångest och depression hos deltagarna. HADS är ett självskattningsformulär som främst används i screeningsyfte. Formuläret består av 14 frågor fördelade på 2 skalor, en för depression och en för ångest, med vardera 7 frågor. Frågorna ger 0-3 poäng och de två skalorna beräknas separat. Gränsvärdena för HADS är 8-10 poäng som indikerar på mild ångest/depression, 11-14 poäng indikerar på måttlig grad av ångest/depression och 15 poäng eller mer indikerar på svår ångest/depression. Flertalet studier bekräftar att HADS är ett formulär med god validitet och reliabilitet för att fastställa graden av ångest och depression hos både psykiatriska och somatiska patienter, samt hos den generella icke-kliniska befolkningen (Bjelland, Dahl, Tangen & Neckelman 2002). Bjelland, Dahl, Tangen & Neckelman (2002) har granskat och sammanställt 747 artiklar där HADS förekommer som ett instrument. Resultatet från denna review-artikel visar på ett Chronbachs alfa-medelvärde på 0.83 (0.68-0.93) för ångest och 0.82 (0.67-0.90) för depression.

**Procedur.** Intresserade patienter som blivit remitterade till Mindfulnessbaserad gruppterapi enligt "Här & Nu programmet" informerades om studien vid bedömningsamtalet av kuratorn tillika en av uppsatsförfattaren. De informerades om syftet med studien, dess tillvägagångssätt och hur informationen skulle hanteras. De som valde att delta lämnade ett skriftligt samtycke och ingen av de sökande behövde exkluderas. Sammantaget deltog nio personer. Alla patienter som tillfrågades tackade ja till att delta i studien. Vid behandlingsstart, utskrivning och vid tre-månaders uppföljning, fyllde deltagarna i skattningsformulären SMBQ, HADå, HADd och EQ VAS. Alla deltagarna svarade på alla frågeformulär och alla frågor vid både förmätning och utskrivning. Vid tre-månaders uppföljningen var det bara en person som inte svarade på uppföljningsformulären. I figur 1 ges en schematisk bild av studiens procedur.



Figur 1. Studiens procedur och deltagande.

### Terapeuter/behandlare

Mindfulnessinstruktörerna var utbildade av doktor Ola Schenström specialist i allmänmedicin och grundare av utbildningsenheten Mindfulnesscenter. Instruktörerna utbildades i träningsprogrammet Här & Nu som är en förenklad form av MBSR.

Instruktörerna fick kunskap i att leda individer och grupper i mindfulnesssträning så att individen i sin tur utvecklar mindfulness som förhållningssätt för att bättre hantera stress och öka livskvaliten. En central del i utbildningen var att instruktörerna själva tränade mindfulness för att bättre kunna fånga upp erfarenheter hos sina patienter. Utbildningen omfattades av fyra heldagar med teori, övningar och träning i att leda mindfulnessgrupp. Instruktörerna var kurator och sjukgymnast.

## **Dataanalys**

Beräkningen av våra resultat genomfördes i Statistical Package for the social Science (SPSS). All rådata matades in och resultatet analyserades med Beroende t-test/ Paired samples T-Test och Wilcoxon Signed Ranks Test för att se om det förelåg några signifikanta skillnader i självskattningarna SMBQ, HAD (ångest och depression) och EQ VAS. Effektstorlek räknades ut med Cohens d. Deskriptiv statistik räknades också ut med SPSS och diagram gjordes i Excel.

## **Etik**

Forskningshuvudman är Region Skåne. Verksamhetschefen på vårdcentralen har informerats om studien och har varit införstådd med forskningens upplägg. Hen har skrivit under att hen tar ansvar för forskningsprojektet som pågått i Region Skånes verksamhet. Studien följer de forskningsetiska regler som Helsingforsdeklarationen anger. Resultaten redovisas på statistisk gruppnivå.

Patienterna har som tidigare nämnts frivilligt sökt till att delta i gruppbaserad mindfulnessbehandling enligt "Här & Nu programmet". Patienterna har informerats om studien både skriftligt och muntligt (se bilaga 1). De har haft möjlighet att ställa frågor till behandlarna och de har haft en betänketid på två veckor. Deltagarna har inte behövt vänta längre än normalt för att få behandling. Det har varit helt frivilligt att delta i studien och alla har skrivit under informerat samtycke att de blivit informerade om studien och att de har haft rätt att avbryta sin medverkan i studien om de önskat (se bilaga 2). Även om någon patienterna hade tackat nej till att delta i studien hade de erbjudits att delta i behandlingen. Ingen ersättning utgick till deltagarna i studien.

Allt material/dokumentation återfinnes i patientens egen journal vid vårdcentralen. All data analyserades anonymt genom att alla deltagare fick ett anonymt serienummer. Kodlistan och kodnycklar förvaras i ett låst dokumentskåp på vårdcentralen. Deltagarna får ta del av forskningsuppsatsen då den är färdigexaminerad. I huvudsak är det en av uppsatsförfattarna tillika en av behandlarna som har hanterat deltagarnas patientdata och hon har ansvarat samt tillhandahållit material för vidare bearbetning till den andra uppsatsförfattaren samt handledaren. Kännedom om de personuppgifter som fanns, i detta fall namn, adress och personnummer begränsades till samma person. Inga övriga personuppgifter inhämtades.

Detta är en liten behandlingsstudie med endast 9 deltagare och kommer därmed endast kunna ge en antydning till om behandlingen är verkningsfull. Den får dock anses kunna komplettera tidigare forskning i ämnet. Samma försäkringsskydd har gällt som vid övrig behandling inom Region Skånes Primärvård. Samtliga deltagare följdes kontinuerligt upp av behandlande läkare under studien för att minimera eventuella risker t ex försämring av sjukdomstillstånd. Nyttan för forskningspersonerna bestod främst i att deltagarna fick ta del av en evidensbaserad behandlingsmetod och förhoppningsvis hittade verktyg som höjde deras mående och livskvalitet. Vår strävan har varit att studien skulle ha så liten inverkan som möjligt på deltagarna och att deras anonymitet skulle vara säker. Vi uteslöt noggrant fysiska orsaker till den psykiska ohälsan och suicidbenägenhet och därmed såg vi ingen risk för patienterna att delta i studien.

Resultaten redovisas på gruppnivå hur de tre olika mätinstrumenten utvecklats från start till uppföljning. Inga personliga uppgifter redovisas. Det är alltså inte möjligt att identifiera enskilda individer för utomstående. Inom själva behandlingsgruppen kan möjligen någon individ i det skriftliga materialet identifieras av de övriga deltagarna. Dock redovisas inget material som gruppmedlemmarna inte tidigare varit bekanta med under själva gruppbehandlingen eller samtyckt till.

## **Resultat**

Som beskrivits närmare under rubriken dataanalys i uppsatsen beräknades resultatet genom Beroende T-Test/Paired samples T-Test och Wilcoxon Signed Ranks Test för alla självskattningsformulären och mättillfällena. Resultat visar på om medelvärdena skiljer sig mellan två mättillfällen på gruppen och om dessa har signifikans för SMBQ, EQ VAS,

HADå (ångest) och HADd (depression). En signifikansnivå på 0,05 användes. I tabell 1 presenteras resultatet för alla formulär i form av medelvärden, standardavvikelser och procentuell förändring samt samtliga effektstorlekar.

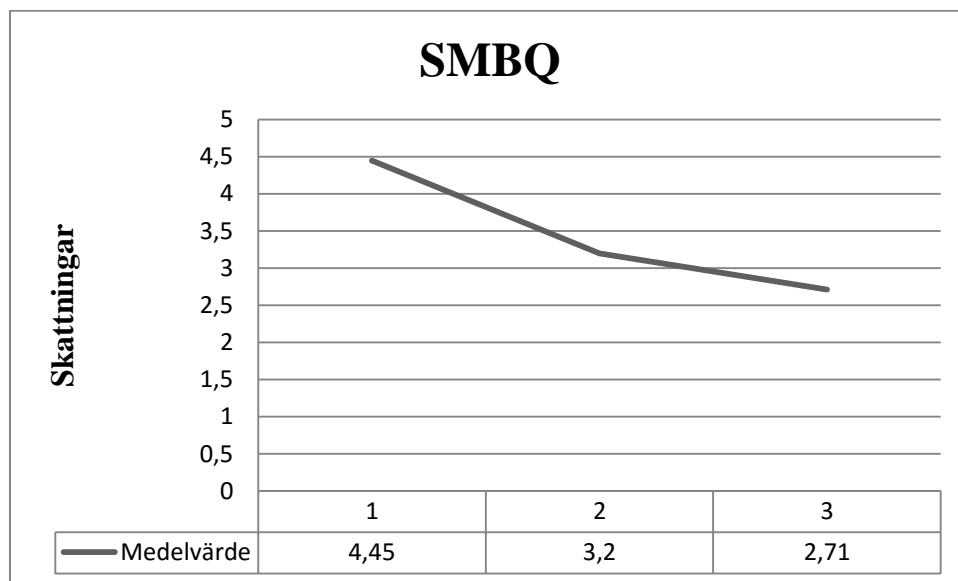
Tabell1. Resultat i medelvärden, standardavvikelser och procentuell förändring för samtliga mättillfällen, samt effektstorlekar (Cohen's d)

Formulär	Medel (Standardavvikelse)	Mätintervall	%	Effektstorlek
SMBQ, förmätning	4,45 (1,44)	Förmätning-Utskrivning	28	0,89
SMBQ, utskrivning	3,2 (1,36)	Förmätning-Uppföljning	39	1,34
SMBQ, uppföljning	2,71 (1,13)	Utskrivning-Uppföljning	15	0,39
EQ VAS, förmätning	55,56 (11,09)	Förmätning-Utskrivning	38	1,57
EQ VAS, utskrivning	76,78 (15,53)	Förmätning-Uppföljning	35	1,56
EQ VAS, uppföljning	75,25 (14,06)	Utskrivning-Uppföljning	-2	0,1
HADå, förmätning	12,67 (5,24)	Förmätning-Utskrivning	51	1,53
HADå, utskrivning	6,22 (2,82)	Förmätning-Uppföljning	57	1,55
HADå, uppföljning	5,5 (3,89)	Utskrivning-Uppföljning	1	0,21
HADd, förmätning	8,22 (4,97)	Förmätning-Utskrivning	61	1,25
HADd, utskrivning	3,22 (2,68)	Förmätning-Uppföljning	65	1,36
HADd uppföljning	2,88 (2,47)	Utskrivning-Uppföljning	11	0,13

## SMBQ

Paired Samples Test visar att vid mättillfälle 1 rapporterar deltagarna signifikant mer utmattningssymtom än vid mättillfälle 2,  $t(8)=4,51$ ,  $p=0,002$ . Mellan mättillfälle 1 och 3 minskar utmattningssymtomen ytterligare och visar på ytterligare signifikans  $t(7)=3,99$ ,  $p=0,005$ . Wilcoxon Signed Ranks Test visar också på signifikans vid mättillfälle 1 och 2  $z=2,67$ ,  $p=0,08$  samt mättillfälle 1 och 3  $z=2,38$ ,  $p=0,017$ . Det är förändring från första till andra mättillfället med medelvärdesförändring på 1,25 och en effektstorlek på Cohens  $d=0,89$ . Vid tredje mättillfället förbättras medelvärdesförändringen till 1,74 och en effektstorlek på

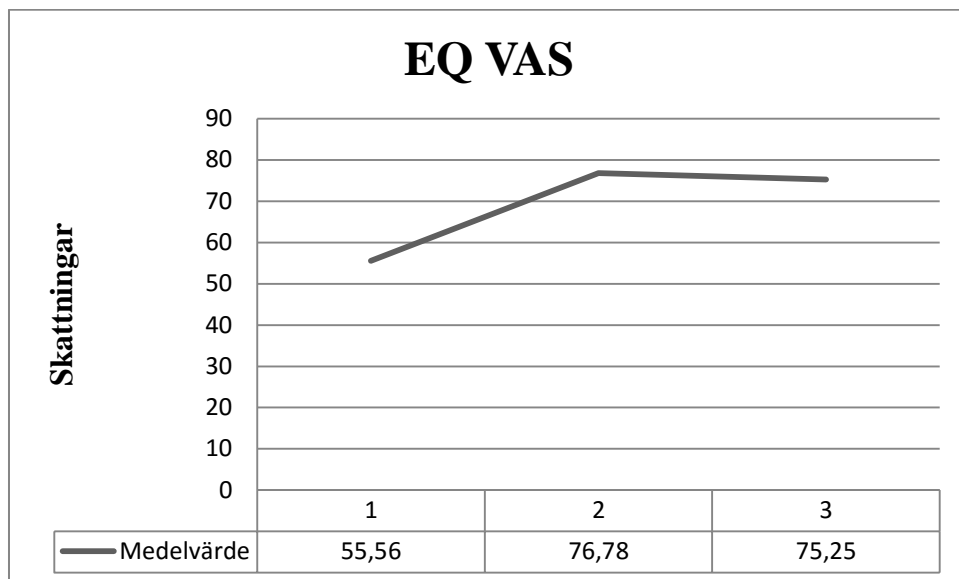
Cohens  $d=1,5$ . Gruppens medelvärde vid baslinjemätning ligger på 4,45 vilket indikerar på hög burn-out då gränsvärdet är 3,75 eller högre. Vid utskrivning har gruppens medelvärde sjunkit till 3,2 vilket indikerar på låg burn-out då gränsvärdet ligger mellan 2,75 till 3,75. Gruppens medelvärde vid uppföljning ligger på 2,71 vilket enligt SMBQs gränsvärde för friska är lika med eller mindre än 2,75 (se figur 2). Utmattningssymtomen har minskat från inskrivning till uppföljning med 39%.



Figur 2. Medelvärden för utmattningssymtom enligt SMBQ över mättillfällena.

## EQ VAS

Paired Samples Test visar att vid mättillfälle 1 rapporterar deltagarna sämre allmänt hälsotillstånd än vid mättillfälle 2,  $t(8)=-3,98$ ,  $p=0,004$ . Mellan mättillfälle 1 och 3 förbättras det allmänna hälsotillståndet och visar på signifikans  $t(7)=-3,70$ ,  $p=0,008$ . Wilcoxon Signed Ranks Test visar också på signifikans vid mättillfälle 1 och 2  $z=2,32$ ,  $p=0,020$  samt mättillfälle 1 och 3  $z=2,31$ ,  $p=0,021$ . Det är förändring från första till andra mättillfället med medelvärdesförändring på 21,22 och en effektstorlek på Cohens  $d=1,57$ . Vid tredje mättillfället försämras medelvärdesförändringen marginellt till 19,69 och effektstorlek på Cohens  $d=1,56$  kan fortfarande uppmätas. Gruppens medelvärde vid baslinjemätning ligger på 55,56. Vid utskrivning har gruppens medelvärde förbättrats till 76,78 (se figur 3). Gruppens medelvärde vid uppföljning ligger på 75,25. Det självskattade allmänna hälsotillståndet har ökat med 20% från inskrivning till uppföljning.

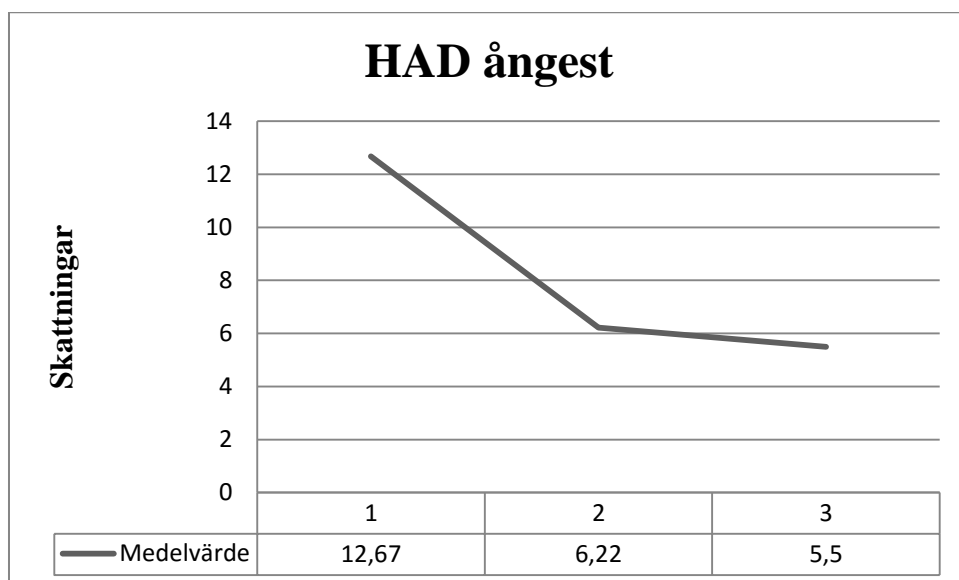


Figur 3. Medelvärdet för allmänna hälsotillståndet enligt EQ VAS.

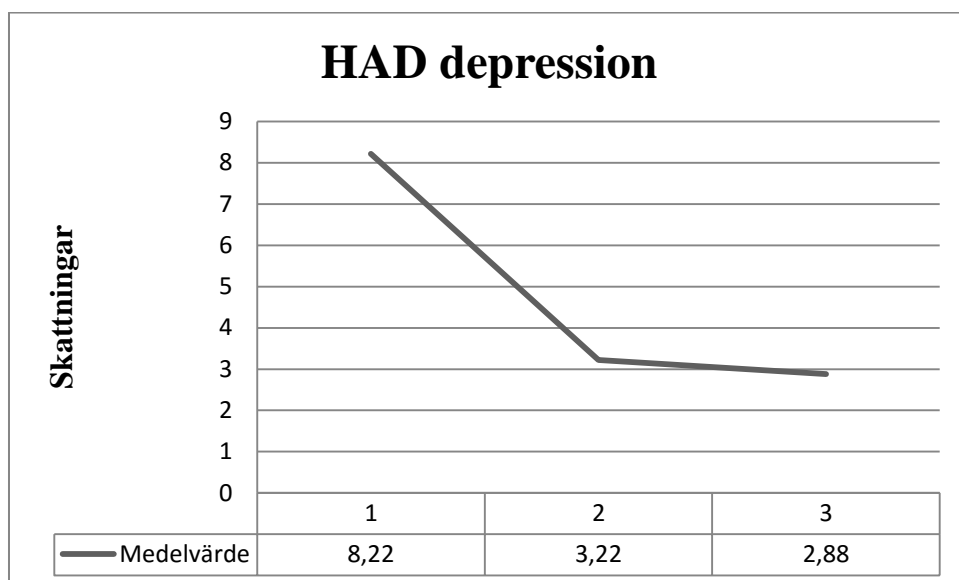
### HAD ångest & depression

Paired Samples Test visar att vid mättillfälle 1 rapporterar deltagarna högre ångestnivå än vid mättillfälle 2,  $t(8)=6,03$ ,  $p=0,000$ . Vid samma mättillfälle rapporterar deltagarna för depression  $t(8)=4,20$ ,  $p=0,003$ . Mellan mättillfälle 1 och 3 minskar ångestnivån och visar på signifikans  $t(7)=5,65$ ,  $p=0,001$ . För depression är signifikansen  $t(7)=3,33$ ,  $p=0,013$ . Wilcoxon Signed Ranks Test visar också på signifikans för ångest vid mättillfälle 1 och 2  $z=2,53$ ,  $p=0,011$  samt mättillfälle 1 och 3  $z=2,53$ ,  $p=0,012$ . För depression visar samma test vid mättillfälle 1 och 2  $z=2,67$ ,  $p=0,008$  samt mättillfälle 1 och 3  $z=2,20$ ,  $p=0,028$ . Det är förändring gällande ångest från första till andra mättillfället med medelvärdesförändring på 6,45 och en effektstorlek på Cohens  $d=1,53$ . Vid tredje mättillfället gällande ångest förbättras medelvärdesförändringen till 7,17 och en effektstorlek på Cohens  $d=1,55$  kan uppmätas. Vid depression är medelvärdesförändringen från första till andra mättillfället 5 poäng, Cohens  $d=1,25$ . Vid tredje mättillfället gällande depression förbättras medelvärdesförändringen till 5,34 och en effektstorlek på Cohens  $d=1,36$ . Gruppens medelvärde vid baslinjemätning ligger vid ångest på 12,67 vilket indikerar på måttlig grad av ångest då gränsvärdet ligger på 11-14 poäng för måttlig grad av ångest. Vid utskrivning har gruppens medelvärde sjunkit till 6,22 vilket indikerar att gruppens medelvärde ligger på det som skattas som friskt enligt HAD då poängen för frisk ligger vid  $<8$ . Gruppens medelvärde vid uppföljning ligger på 5,5 vilket visar på ytterligare förbättring (se figur 4). Vid depression är medelvärdet vid baslinjemätning

på 8,22 vilket indikerar på mild depression då gränsvärdet är mellan 8-10 på mild depression. Vid utskrivning har gruppens medelvärde sjunkit till 3,22 vilket indikerar frisk enligt HADd då poängen för frisk ligger vid <8 (se figur 5). Den självskattade ångestnivån har minskat med 57% från inskrivning till uppföljning och för depression har det minskat med 65%.



Figur 4. Medelvärdet för ångest enligt HADå.



Figur 5. Medelvärdet för depression enligt HADd.



## Diskussion

Syftet med vår studie var att ta reda på om deltagarna i mindfulnessprogrammet ”Här och Nu programmet” på vårdcentralen i södra Sverige upplevde förändringar i utmattningssymtom, ångest, depression och allmänt hälsotillstånd efter genomgången behandling och därmed skattade detta annorlunda i utvalda frågeformulär före, efter och vid tre månaders uppföljning.

Då vi saknade kontrollgrupp och randomisering skulle vi inte kunna uttala oss om eventuell förändring berodde på mindfulnessprogrammet, men om signifikanta värden uppmättes kunde vår studie ytterligare bekräfta att mindfulnessbaserad gruppterapi i Primärvården är ett verksamt behandlingsalternativ för stressrelaterad psykisk ohälsa, vilket tidigare studier också har visat. Baserat på tidigare forskning och den evidens som finns på området som vi tagit del av, mindfulnessprogrammets upplägg samt de erfarenheter vårdcentralens instruktörer i Mindfulness har från tidigare kvalitativa och kvantitativa utvärderingar var vår hypotes att signifikanta förändringar skulle ske som skulle kunna mätas i frågeformulären. Våra resultat visar att mindfulnessbaserad behandling i Primärvården reducerar utmattningssymtom, ångest och depression markant i denna grupp och de upplever också ett betydligt bättre allmänt hälsotillstånd efter genomgången behandling, vilket ligger i linje med framförallt Sundqvists randomiserade studie i Region Skånes Primärvård från 2015. Den sammantagna bilden i vår studie visar på statistiskt signifikanta förändringar i alla självskattningsformulären, SMBQ, HAD d, HAD å, och EQ VAS som redovisats i resultatdelen. Effektstorlekarna är stora från förmätning till uppföljning för alla mätinstrumenten. Från utskrivning till uppföljning noteras betydligt mindre effektstorlek på alla mätinstrumenten. Vår hypotes att kunna se signifikanta förändringar bekräftades med överraskande goda resultat.

De fördelar som kan nämnas med denna studie är att studien gjordes i reguljär verksamhet som under tre års tid hade erfarenhet av att bedriva mindfulnessgrupper enligt ”Här & Nu programmet”. Instruktörernas kompletterande utbildningar med en sjukgymnast och en KBT-terapeut kan också vara en bidragande orsak till god behandlingseffekt. Patienterna deltog också helt frivilligt och hade möjligheten att välja mindfulness istället för att välja individuell KBT-behandling för sina stressymtom. Att patienterna själva valt behandlingsinriktning gav eventuellt en bra förutsättning till att patienterna förväntade sig att

mindfulness skulle vara hjälpsamt. Gruppsammansättningen kan eventuellt också ha påverkat resultatet då den vid detta tillfälle bestod av endast kvinnor i spridda åldrar från 32 till 72 år. Deltagarna har rapporterat tillbaka i slutet av behandlingen vid utvärderingen till instruktörerna att de känt stor tillit till varandra och vågat ta upp och tala om sina svårigheter i gruppen.

Gruppterapi i sig ger flera faktorer som kan ha varit gynnsamma för gruppens symtomreducering. Det kan bland annat röra sig om att känna igen sig hos andra-man är inte ensam, dvs en känsla av grupptillhörighet. Det kan också handla om hoppet man känner när andra blir bättre och vad man kan lära av andras erfarenheter vilket kan leda till normalisering vilket i sig kan reducera negativa symtom (Ahlin, 1996). Ytterligare en positiv aspekt med Mindfulnessbehandling i grupp enligt Här & Nu programmet är att den kan erbjudas till ett större antal deltagare samtidigt (Sundquist, 2015). Detta ger personer med stressymptom en ökad möjlighet till att snabbare komma i behandling och behandlingen blir därmed också mer kostnadseffektiv än sedvanlig individuell psykoterapi (Sundquist, 2015).

Begränsningar som vi ser med studien var att deltagarna endast var nio stycken och det saknades kontrollgrupp, vilket gör att resultatet måste tolkas konservativt och är svårt att generalisera utifrån. För att kunna uttala sig om effekt generellt är randomisering och kontrollgrupp en nödvändighet. Vi kunde i vår studie endast se om det är möjligt att gruppterapi med Mindfulness kan skapa förändring, vilket också kunde noteras i alla formulären dock kan vi inte uttala oss om att Mindfulnessprogrammet i sig var det avgörande som gav upphov till effekten. En annan aspekt som saknas i vår studie är uppföljning över längre tid. I vår studie har vi kunnat notera en viss förbättring till tre-månadersuppföljningen, i jämförelse med baslinje- och uppföljning. Detta gör det intressant hur resultatet skulle kunna förändras med längre tids uppföljning. Vi kan inte uttala oss om de goda effekterna kvarstår över längre tid än tre månader, vilket hade varit spännande att följa upp.

De resultat som framträder påverkas alltid av vilken metod som används för att försöka besvara en frågeställning. Ett perspektiv som saknas i vår studie är att ta reda på hur deltagarna upplevde att delta i Mindfulnessprogrammet, vilket ofta blir resultatet när självskattningsformulär används som effektmått. En kombination av vår kvantitativa ansats med kvalitativa metoder hade gjort det möjligt att få information av annan sort, t.ex. genom intervju av några deltagare om hur de upplevt Mindfulnessprogrammet och mer konkret hur

behandlingen påverkat deras funktionsnivå i vardagen. Detta hade varit intressant med tanke på att Mindfulnessprogrammet bland annat har som mål att utveckla mer acceptans för sina symtom och träna sig på att ändra sitt fokus istället för direkt symtomlindring, vilket indirekt kan ge symtomlindring.

Även om en växande mängd forskning har undersökt effekten av mindfulness på somatiska samt psykiatriska tillstånd, är vetenskaplig kunskap från RCT studier knappa. Till exempel har en översyn år 2007 som byggde på 15 olika typer av studier funnit att variationerna i metoder och de deltagande proverna var påtagliga (Toneatto & Nguyen 2007). Även om ungefär hälften av studierna (8/15) rapporterade en statistiskt signifikant minskning av symptom på ångest eller depression efter mindfulness-baserad terapi, ingår ingen en aktiv kontrollgrupp. Författarna av översynen 2007 drog slutsatsen att en ökad betoning på forskningsdesigner med aktiva kontrollgrupper skulle vara nödvändigt i framtida studier för att bedöma den unika effekten av mindfulness-baserade behandlingar jämfört med andra typer av terapier (Toneatto & Nguyen 2007).

Patienter som får antidepressiva medel har en rapporterad eftergift på endast 35 till 40% (Fava et al., 2003). Ytterligare behandling krävs därför för icke-responders liksom för dem som antingen inte kan eller är ovilliga att engagera sig i traditionell psykoterapi. Resultaten av Jan Sundqvists RCT studie i Region Skånes Primärvård (2015) har därför flera potentiella kliniska konsekvenser och gör gällande att Mindfulness i grupp kan användas i primärvården för patienter med depressiva, ångest eller stress och anpassningsstörningar. Vår studie bekräftar detta och visar att Mindfulness i grupp markant kan reducera stresssymptom.

Professor Mark Williams från Oxfords Universitet har vid studier och föreläsningar om stress lyft fram den stressade människans behov av stillhet i en uppskruvad värld med hög stimuli effekt (Williams Mark, 2011). När en person blir stressad oavsett om det är depression, ångest, oro eller ruminerande så är det ofta personens fokus/uppmärksamhet som börjar avta. Personen försöker fokusera på en sak men hens uppmärksamhet börjar glida. Mark Willams menar att mindfulnesssträning efter några veckors utövande ger en god effekt på återhämtningssystemet och personen kan börja hitta sätt att vara medvetande i nuet och fokuserade på det som pågår (Williams Mark, 2011). Legitimerad psykolog och psykoterapeut även Universitetsadjunkt och doktorand vid Mittuniversitetet Campus Östersund, Niclas Almén (2007), menar att måttligt intensiv stress medför större risk för att ge kroniska

symptom, eftersom högintensiv stress tenderar att leda till en mer automatisk nedvarvningsprocess. Dessutom signalerar inte måttliga stressreaktioner i lika hög grad att stressituationen bör undvikas, utan stressreaktionen kan lätt normaliseras (Almén, 2007). En frekvent stressexponering ger således bristfällig tid för återhämtning, men även ångest och oro inför kommande händelser och krav kan leda till en oförmåga att stänga av aktiveringen efter det att stressexponeringen upphört. Om individen har svårt att varva ner efter arbetsdagen leder detta till en ofullständig återhämtning, vilket ställer krav på ytterligare energimobilisering nästa dag. Personer som utsatts för långvarig stress tenderar att ha en påtagligt nedsatt förmåga att varva ner, vilket kan bero på såväl psykologiska faktorer som en försämrad aktivitet i det parasympatiska nervsystemet. Enbart sjukskrivning leder därför inte per automatik till återhämtning för personer som drabbats av stressrelaterade besvär, utan en viktig del av behandlingen är att hjälpa patienten att öka sin förmåga till återhämtning, t.ex. genom avslappning (Almén, 2007). Det finns vetenskapligt stöd för att avspänning har positiva effekter på stressymptom, även om studierna främst varit preventiva och genomförts på friska individer (Socialstyrelsen, 2003). Med detta som bakgrund bör Mindfulnessbaserad gruppterapi fylla en viktig funktion för återhämtning hos den stora ökningen av stressrelaterad ohälsa i dagens samhälle, vilket också vår studie ger en antydning om.

Sammanfattningsvis bidrar vår studie med oväntat goda resultat hos den behandlade gruppen och visar att Mindfulnessbehandling enligt ”Här & Nu programmet” i grupp kan reducera upplevd stress, vilket överensstämmer med tidigare forskning. Våra positiva resultat i studien och den stora ökningen av stressrelaterad ohälsa i Primärvården belyser vikten av att ytterligare utforska effekten av Mindfulness vid stressproblematik. Trots många begränsningar med vår studie anser vi att denna studie bekräftar den tidigare forskning som finns och att denna behandlingsmetod av stressymptom bör finnas som ett behandlingsalternativ inom Primärvården för stressrelaterad ohälsa. Därmed menar vi att denna studie blir ett viktigt bidrag till att visa att Mindfulnessbaserad gruppterapi enligt ”Här & Nu programmet” skapar en möjlighet att behandla stressymtom hos patienter i Primärvården.

## Referenser

- Ahlin, G. (1996). *Exploring psychotherapy group cultures* (Doktorsavhandling). Stockholm: Karolinska Institutet
- Almén, N. (2007). *Stress och utmattningsproblem: Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J.,...Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.*, 52, 69-77.
- Davidsson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M.,M.D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F.,...Sheridan, JF. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *PsychosomaticMedicine*, 65(4), 564-70.
- Epel, E.S., Lin, J., Wilhelm, F.H., Wolkowitz, O.M., Cawthon, R., Adler, N.,...Blackburn, E.H. (2006). [Epub: Nov. 17, 2005]. Cell aging in relation to stress arousal and cardiovascular disease risk factors. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 277-28.
- Fava, M., Rush, A.J., Trivedi, M.H., Nierenberg, A.A., Thase, M.E., Sackeim, H.A.,...Kupfer, D.J. (2003). Background and rationale for the sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR/D) study. *Psychiatr Clin North Am*, 26(2), 457-94
- Frankenhaeuser, M. & Ödman, M. (1983). *Stress: en del av livet*. Stockholm: Bromberg.
- Försäkringskassan.(2015). Pressmeddelande 20150401. Hämtad 10 januari 2016 från [https://www.forsakringskassan.se/wps/portal!/ut/p/a0/LYyxDsMgDAW\\_pQMzVN265S\\_SLMgKVupAHgi75PebSp1Od8P5xc9-AQ3ZyKSCyuWvcz2ejezt7o\\_JhbXCGKbsQuus-sfBKXEhJIYLar8UB6FcJzWOtStlRjQpJer-yZq7DAg23\\_J0-wKDjmA\\_/](https://www.forsakringskassan.se/wps/portal!/ut/p/a0/LYyxDsMgDAW_pQMzVN265S_SLMgKVupAHgi75PebSp1Od8P5xc9-AQ3ZyKSCyuWvcz2ejezt7o_JhbXCGKbsQuus-sfBKXEhJIYLar8UB6FcJzWOtStlRjQpJer-yZq7DAg23_J0-wKDjmA_/)
- Försäkringskassan. (2014). *Socialförsäkringsrapport 2014:12*. Hämtad Maj 20, 2016, från [https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/a0/LYyxDsMgDAW\\_pQMzVN265S\\_SLMgKVupA](https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/a0/LYyxDsMgDAW_pQMzVN265S_SLMgKVupA)

Hgi75PebSp1Od8P5xc9-AQ3ZyKSCyuWvcz2ejezt7o\_JhbXCGKbsQuus-  
sfBKXEhJIYLar8UB6FcJzWOtStlRjQpJer-yZq7DAg23\_J0-wKDjmA\_/

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S.M., Gard, T., Lazar, S.W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research-Neuroimaging*, 191(1), 36-43.

Jha, AP., Stanley, EA., Kiyonaga, A., Wong, L., Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of Mindfulness Training on Working Memory and Affective Experience. *Emotion* 10(1), 54-64. DOI: 10.1037/a0018438

Kabat-Zinn, J. (2005). *Wherever You Go There You Are*. New York: Hyperion.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Marchant, J. (2014). *Can meditation really slow ageing?* Hämtad 3 februari 2016 från <http://mosaicscience.com/story/can-meditation-really-slow-ageing>

Mindfulnesscenter, (2013). Hämtad 15 mars 2016 från <http://www.mindfulnesscenter.se>

Malmström, C. (2013). *Vad är stress?* Hämtad 22 februari 2016 från <https://www.primavi.se/stress/artikel.cfm?newsID=1572&Vad%20är%20stress?>

Om EQ VASS. Euroqol (2016). Hämtad 1 mars 2016 från <http://www.euroqol.org/about-eq-5d.html>

*Om KBT.* ( 2015). Hämtad 20 maj, 2016, från <http://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/lov/psykoterapi2/>

Shirom, A., Westman, M., Shamai, O., Carel, R. (1997). The effects of work overload and burnout on cholesterol and triglyceride levels: the moderating effects of emotional reactivity among male and female employers. *J Occup Health Psychol*, 2, 275-588.

Sjödin, L. & Vesa, N. (2013). *Ett webbaserat kortprogram i mindfulness: Effekter på upplevd stress* (Psykologexamensarbete), Umeå universitet, Institutionen för psykologi.

Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningsyndrom-Stressrelaterad Psykisk ohälsa*. Hämtad 30 oktober 2015 från

[https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18\\_200312319.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18_200312319.pdf)

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsymtom-stöd för styrning och ledning*. Hämtad 20 oktober 2015 från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Sjukskrivning vid utmattningsyndrom*. Hämtad 20 oktober 2015 från

[http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutstod/utmattningsyndrom#anchor\\_1](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutstod/utmattningsyndrom#anchor_1)

Socialstyrelsen. (2016). *Klassificering och koder*. Hämtad 20 maj 2016 från Socialstyrelsens hemsida: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10>

Sundquist, J., Lilja, Å., Palmer, K., Memon, A.A., Wang, X., Johansson, L.M., Sundquist, K. (2015). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), 128-135. doi:10.1192/bjp.bp.114.150243

Tang, Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... Posner, M. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104, 17152-17156.

Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clin Psychol Sci Pract*, 10, 157-60.

Toneatto, T., & Nguyen, L. (2007). Does mindfulness improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Can J Psychiatry*, 52, 260-6.

Vollestad, J., & Nielsen, G.H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol*, 51, 239-60.

Williams M, Teasdale J, Segal Z och Kabat-Zinn J. (2007). *The Mindful Way through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*. New York: The Guilford Press.

Williams, M. (2011, 28 juni). *Mark Williams talks about stress*. Hämtad 2 mars 2016 från <https://www.youtube.com/watch?v=Hw1FTwUG6fg>

Ziedan, F., Johnson, SK., Diamond, BI., David, Z., Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*, 19, 597-605.

Zigmond, AS., & Snaith, RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-70.



Du tillfrågas härmed om deltagande i en studie som genomförs på din vårdcentral.

Vi Susanne Öberg och Michéle Olskims studerar på psykoterapeutprogrammet med KBT-inriktning och ska skriva vår uppsats om Mindfulnessbaserad gruppterapi för patienter inom Primärvården med stressrelaterad ohälsa.

Syftet med uppsatsen är att se om Mindfulness enligt Här & Nu programmet är verksamt för patienter med stressrelaterad ohälsa. Våra frågeställningar är följande:

1. Reduceras patientens skattade symtom på stress/utmattningssymtom, ångest, depression efter genomfört Här & Nu program?
2. Har ytterligare reduktion av symtom skett vid tre månaders uppföljning eller har uppnått reduktion vid eftermätning vidmakthållits vid uppföljning.
3. Vilka erfarenheter kan man dra av denna pilotstudie om programmets kliniska tillämpbarhet? Vad behöver förändras och förbättras?

Allt skriftligt material kommer att behandlas konfidentiellt och på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. All information kommer att avidentifieras. Resultatet av skattningarna på de olika mätinstrumenten kommer sedan att vara underlaget för uppsatsen. När uppsatsen är färdig kommer den att diskuteras på ett slutseminarium. Uppsatsen kommer även att publiceras på Lunds Universitets Publikationer (LUP) när den är godkänd.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan särskild förklaring.

Malmö den

**Studerande**

Susanne Öberg

Kurator

Tel xxx xxxxxxxx

Michéle Olskims

Kurator

Tel xxx xxxxxxxx

## INFORMERAT SAMTYCKE

## Bilaga 2

Till deltagande i en behandlingsstudie av stressrelaterade problem, som behandlas i grupp med mindfulnessinterventioner enligt Här & Nu programmet.

Undertecknad har tagit del av både skriftlig och muntlig information om forskningsprojektet vad gäller syfte och upplägg och accepterar att delta i en behandlingsstudie i form av gruppbehandling i mindfulness, Här & Nu programmet. Jag har fått information om att skriftligt material som erhålls under behandlingen kommer att behandlas konfidentiellt. Jag har även informerats om personuppgiftslagen (PUL). Jag har haft möjlighet att ställa frågor, fått dem besvarade och haft tillräckligt med tid att tänka över mitt beslut. Mitt deltagande är helt frivilligt och kan avbrytas när jag vill utan särskild förklaring.

Genom att signera denna blankett, samtycker jag till att forskningsledaren sparar insamlad data och mätresultat och behandlar mina personuppgifter enligt den information jag tagit del av.

.....

Datum	Patientens namnteckning	Namnförtydligande
-------	-------------------------	-------------------

.....

Patientens födelsedatum

Undertecknad forskningsledare har gått igenom och förklarat studiens syfte och upplägg för ovanstående patient och erhållit patientens samtycke.

.....

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

### Handledare

Gardar Viborg

Psykologiska institutionen, Lunds Universitet

