



Landstinget
i Östergötland

Forsknings- och utvecklingsenheten
för Närsjukvården i Östergötland

Mindfulness för patienter med psykisk ohälsa

- uppföljning av behandlingseffekter
inom primärvården

Rapport-FoUrnalen
2011:3

Karin Hulting
Tommy Holmberg



ISSN 1102-3805

**Mindfulness för
patienter med psykisk ohälsa
- uppföljning av behandlingseffekter
inom primärvård**

Karin Hulting
Tommy Holmberg

Hulting Karin, Holmberg Tommy, 2011

Reproservice, Coor Service Management AB, Linköping, Sverige 2011
Rapport-FoUrnalen 2011:3

ISSN 1102-3805

Förord

Bakgrunden till projektet är att huvudförfattaren till denna rapport våren 2009 tillträdde en nyinrättad specialisttjänst vid Rörelse&Hälsa, Landstinget i Östergötland. Tjänsten är inriktad mot psykisk ohälsa och psykosomatik i primärvård. Rörelse&Hälsa är en rehabiliteringsenhet inom närsjukvården i centrala länsdelen i Östergötland. Huvudförfattaren hade tidigare arbetat med mindfulness inom den psykiatriska öppenvården och ville gärna prova denna behandling inom primärvården. Ledningen för Rörelse&Hälsa gav i uppdrag att som en del av tjänsten leda mindfulnessgrupper för nämnda målgrupp.

Det fanns redan från början en önskan att följa upp effekterna av insatsen. Två etablerade skattningsskalor och ett egenhändigt konstruerat frågeformulär med öppna frågor användes. Från och med maj månad 2010 beviljades FoU-medel av FoU-rådet för närsjukvården i centrala länsdelen. Dessa projektmedel gjorde det möjligt att utföra projektet. Vid samma tidpunkt kontaktades FoU-enheten och Tommy Holmberg blev handledare och medförfattare till rapporten.

Huvudförfattaren har en sjukgymnastutbildning med specialistkompetens inom psykiatri och psykosomatik, en grundläggande psykoterapiutbildning i kognitiv terapi, instruktörsutbildning i mindfulnessbaserad kognitiv terapi samt handledarutbildning i mindfulness och kognitivt förhållningssätt. Gruppledare nummer två har en sjukgymnastutbildning och handledarutbildning i mindfulness och kognitivt förhållningssätt.

Sammanfattning

Mindfulness är en ny inriktning inom kognitiv beteendeterapi. Det är en form av uppmärksamhetsträning för att öva förmågan att vara närvarande i nuet och hitta ett accepterande, icke värderande förhållningssätt gentemot sig själv, sin kropp, sina tankar och känslor. I klinisk tillämpning har programmet mindfulnessbaserad kognitiv terapi utarbetats som en åtta veckor lång behandling med dagliga mindfulnessövningar och gruppträffar varje vecka.

Syftet med studien var att över tid följa en grupp patienter med psykisk ohälsa som deltog i mindfulnessbehandling med fokus på symtomlindring och förbättrad hälsorelaterad livskvalitet.

Patientens (n=95) psykiska ohälsa skattades med The Comprehensive Psychopathological Rating Scale-Self Assessment, den hälsorelaterade livskvaliteten med EuroQol 5D och graden av mindfulness med Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. En kategorisering genomfördes av svaren på de öppna frågorna i en uppföljningsenkät.

Inklusionskriterier för deltagande i denna behandling var patienter med depressionstillstånd, ångest-, smärt- eller stressrelaterad problematik och utmattningssyndrom. Patienterna remitterades från kuratorer, läkare och sjukgymnaster i närsjukvården i centrala länsdelen till huvudförfattaren. Bortfall utgjordes av de patienter som inte deltog i gruppträffarna vid minst fyra tillfällen och av patienter som valde att tacka nej till behandlingen i samband med det individuella bedömningstillfället före gruppstart. Den vanligaste behandlingsorsaken var stressrelaterade besvär följt av depression och ångest.

Andelen patienter som skattade måttlig eller svår depression minskade med 26 procent efter genomgången mindfulnessbehandling. Den hälsorelaterade livskvaliteten skattades som förbättrad och var störst för oro/nedstämdhet. Skattningarna visade att patienterna ökade sin förmåga att observera, att agera med medvetenhet och att acceptera utan att döma.

Studien visade att mindfulness som behandling av patienter med stress-, ångest eller depressionsproblematik kan bidra till att patienten får bättre förståelse för sina problem och redskap som hjälper dem att bättre bemästra besvären. Behandlingen bör ses som ett komplement till individuell samtalsbehandling och/eller läkemedelsbehandling. En begränsning som måste beaktas då resultaten värderas är avsaknaden av kontrollgrupp.

Innehåll

Bakgrund	1
Syfte och frågeställningar.....	4
Material och metod.....	4
Material	4
Genomförande.....	5
Datainsamling	5
The Comprehensive Psychopathological Rating Scale-Self Assessment (CPRS-SA)	6
EuroQol 5D (EQ-5D)	6
Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)	6
Analys av de öppna frågorna i utvärderingsformuläret	7
Statistisk analys.....	7
Etiska överväganden	7
Resultat	9
Depression.....	10
Ångest och sömn.....	11
Hälsorelaterad livskvalitet.....	12
Mindfulness.....	14
Patienternas kommentarer om behandlingen	15
Stressreduktion	15
Acceptans mot sig själv som person.....	16
Ökad medvetenhet och närvaro i nuet – ger ökad livskvalitet.....	17
Gruppen – en styrka.....	17
Utmaning	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	21
Slutsats	21
Referenser.....	23
Bilaga: Utvärdering Mindfulnessgrupp	

Bakgrund

Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade problem i befolkningen har ökat under hela 1990-talet med en kulmen omkring år 2001 för att därefter minska något (Socialstyrelsen, 2010). Dessa besvär har dock fortsatt att öka bland den unga befolkningen. De vanligaste symtomen som beskrivs vid psykosocial påfrestning och stress är ångest, ångslan, oro, ständig trötthet, värk i nack- och skuldermuskulatur, nedstämdhet och sömnproblem. Bland kvinnor i åldern 25 – 64 år uppgav 38 procent att de led av dessa problem och bland män i samma åldersgrupp 23 procent (Socialstyrelsen, 2009). Den psykiska ohälsan är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro och till sjuk- och aktivitetsersättning och stod år 2006 som orsak till 40 procent av den totala sjukfrånvaron (Socialstyrelsen, 2009). Personer som drabbas av psykisk ohälsa söker i första hand sjukvård via kontakt med vårdcentral (Socialstyrelsen, 2010).

I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångest poängteras vikten av effektivt omhändertagande i primärvården och kognitiv beteendeterapiinriktade (KBT) psykologiska behandlingsmetoder lyfts fram. Mindfulness beskrivs som en ny inriktning bland KBT-metoderna (Socialstyrelsen, 2010). Begreppet mindfulness har sitt ursprung i österländsk meditationsteknik och genomgående hänvisar artikelförfattare till följande definition:

”The awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and non-judgementally to the unfolding of experience moment by moment” (Kabat-Zinn, 2003 s. 145).

Mindfulness, på svenska ofta översatt till medveten närvaro, är en form av uppmärksamhetsträning i att vara närvarande i nuet, i livet som det är och att hitta ett accepterande, icke värderande förhållningssätt gentemot sig själv och andra, sin kropp, sina tankar och känslor. Den medvetna närvaron tränas i vardagliga situationer och i övningar med fokus på tankar, känslor och kroppen (Kåver, 2006).

Studier av effekterna av mindfulness indikerar en ökning av förmågan att observera och att agera med medvetenhet på ett funktionellt sätt i emotionellt laddade situationer (Baer m.fl., 2006, Chambers m.fl., 2009). Människor med en ökad förmåga till mindfulness uppvisar också en minskad känsla av stress, minskad ångest och nedstämdhet och en större tillfredsställelse med livet (Greeson, 2009, Evans m.fl., 2008).

Mindfulness beskrivs som en process i utvecklandet av ett icke värderande förhållningssätt med en större öppenhet, nyfikenhet och acceptans inför omgivningen och anses vara en metod att kunna hjälpa

människor att hantera stress med ett reflekterande istället för reflexmässigt förhållningssätt (Hofman m.fl., 2010).

Den kliniska tillämpningen av mindfulnessbaserade interventioner utvecklades i slutet av 1970-talet i USA genom programmet Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) för att hjälpa patienter med kroniska besvär (Kabat-Zinn, 1990). Kognitiva beteendeterapeutiska metoder integrerades med MBSR och utvecklades till programmet Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) framförallt riktat mot depressions-tillstånd (Segal m.fl., 2002). Mindfulness integrerades i den dialektiska beteendeterapin (DBT) för behandling av personer med borderline personlighetstörning (Linehan, 1993) och inom Acceptance Commitment Therapy (ACT) vid smärtbehandling (Hayes m.fl., 1999). Det vetenskapliga stödet för mindfulnessbaserade interventioner har ökat under senare år vid många olika sjukdomstillstånd som exempel vid smärttillstånd (Kingston m.fl., 2007), stress (Rosenzweig m.fl., 2003), depression (Ma & Teasdale, 2004) ångest (Hofmann m.fl., 2010), övervikt (Lillis m.fl., 2009), sömnproblem (Lundh, 2005) och mag-/tarmproblematik (Gaylord m.fl., 2009). Forskningsresultaten tyder på att mindfulness har positiva effekter med ökat psykologiskt och fysiologiskt välbefinnande bland annat vid stress och stressrelaterade sjukdomar och har gett minskad återfallsfrekvens för patienter med upprepade depressioner (Åsberg m.fl., 2006). National Institute of Health i USA finansierade våren 2011 175 studier kring mindfulness (www.clinicaltrials.gov).

Programmen MBSR och MBCT är utvecklade för behandling i grupp med dagliga, enskilda mindfulnessövningar och gruppträffar en gång per vecka under en åtta veckors period. MBCT är manualiserad och i detalj beskriven i boken *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (Segal m.fl., 2002). Grundteorin i detta program är att öva medvetenheten kring tankemönster, känslor och kroppsliga förnimmelser och att hitta ett mer distanserat och accepterande förhållningssätt till tankar och känslor i syfte att kunna bryta oro, grubblerier och ältande. I det accepterande förhållningssättet övas förmågan att konstatera hur verkligheten ser ut, våga stanna upp även i det som upplevs obehagligt och kunna handla i linje med egna mål och värderingar. Förmågan att möta tankar som mentala upplevelser och inte som fakta tränas.

MBCT har använts i några studier i primärvård (Finucane & Mercer, 2006, Kuyken m.fl., 2008) med lovande resultat för att behandla depression och ångest samt att förhindra återfall i depression. I en intervjustudie (Allen m.fl., 2009) med patienter som haft återkommande depressioner fokuserades på deltagarnas erfarenheter av MBCT.

Deltagarna beskrev en ökad förmåga att upptäcka tidiga tecken på nedstämdhet och en förmåga att kunna hantera detta stämningsläge genom användning av redskap från programmet, bland annat acceptans, förändrat förhållningssätt till sig själva, till tankar och till känslor.

I en metaanalys (Hofmann, 2010) gällande mindfulnessbaserade interventioner vid ångest och depression visar samtliga ingående studier på positiva effekter. Det summerade resultatet visar att mindfulnessbaserade interventioner inte är diagnosspecifika utan visar förändring gällande livskvalitet för en rad olika diagnoser.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att över tid följa en grupp patienter med psykisk ohälsa som deltog i mindfulnessbehandling med fokus på symtomlindring och förbättrad hälsorelaterad livskvalitet

Frågeställningar:

1. Hur har symtom på depression och ångest enligt psykiatrisk egenbedömning förändrats efter slutförd behandling?
2. Hur har den hälsorelaterade livskvaliteten förändrats efter slutförd behandling?
3. Hur har den medvetna närvaron förändrats efter slutförd behandling?
4. Vilka uppfattningar har patienterna om hur livskvaliteten och det allmänna hälsotillståndet har förändrats efter slutförd behandling?

Material och metod

Material

MBCT i gruppform erbjöds patienter inom primärvården i centrala länsdelen, Landstinget i Östergötland. Ansvariga för behandlingsinterventionen var Rörelse&Hälsa, Närsjukvården i centrala Östergötland (NSC).

Information kring genomförandet av mindfulnessgrupper och att anmälan skulle ske via remiss delgavs kuratorer och läkare på alla vårdcentraler inom NSC (16 vårdcentraler) per e-post. Kollegor inom Rörelse&Hälsa fick muntlig information under våren 2009.

Inklusionskriterier för deltagande var patienter med depressionstillstånd, ångestproblematik, stressrelaterade problem, smärtproblematik och utmattningssyndrom. Ett individuellt bedömnings-/introduktionstillfälle genomfördes av respektive gruppledare där patienten fick tydliggöra sin problematik. Gruppledaren informerade om metodiken och upplägget varefter beslut om deltagande fattades tillsammans mellan patient och gruppledare. Inget urval till de olika grupperna gjordes utan valet av grupp styrdes av patienterna själva utifrån hur tiderna för sammankomsterna passade. Tre av de fullföljda elva grupperna genomfördes på dagtid, övriga på sen eftermiddags-/kvällstid. Övandets centrala roll i behandlingsinsatsen poängterades och också att deltagandet i gruppträffarna var viktigt.

Inga exklusionskriterier meddelades remittenterna. Bortfall utgjordes av patienter som deltog mindre än fyra gånger i gruppträffarna och av patienter som vid eller efter det individuella bedömningsstillfället valde att

ej påbörja behandlingen. Ytterligare bortfall utgjordes av de patienter som deltog under hela behandlingen men som valde att inte besvara utvärderingsinstrumenten vid gruppstart eller gruppslut.

Någon enstaka patient hade en pågående individuell samtalsbehandling under deltagandet i mindfulnessgruppen. Medicinering under deltagandet har inte registrerats.

Genomförande

Mindfulnessbehandlingen genomfördes enligt MBCT-manualen (Segal m.fl., 2002) med gruppsammankomster en gång per vecka under åtta veckor. Varje sammankomst hade ett tema enligt följande: bli medveten om autopiloten inom oss, hinder och barriärer i övandet, mindfulness på andningen, att vara närvarande i nuet, acceptans, tillåtelse och låta vara som det är, tankar är inte alltid sanning, hur kan jag bäst ta hand om mig själv, vad har vi lärt oss och hur gå vidare?

De övningar som patienterna provade under sammankomsterna och utförde som hemuppgifter var: kroppsscanning 20 minuter, guidad sittande meditation 10 och 20 minuter, yoga meditation 30 minuter, andrum fyra minuter, medveten närvaro i vardagliga situationer (Segal m.fl., 2002).

Övningarna var inspelade av en av gruppledarna (KH) och erhöles som CD-skivor alternativt mp3-filer. Under gruppsammankomsterna reflekterade gruppen utifrån sammankomsternas temainnehåll, erfarenheter kring övandet och frågeställningar för fördjupad förståelse kring mindfulness. Sammankomsterna var en och en halv timme långa och deltagarna uppmanades att regelbundet göra övningarna hemma. Skriftligt material i form av sammanfattning av tema för dagen samt hemuppgift och övningsdagbok delades ut vid varje sammankomst.

Datainsamling

Utvärderingsinstrumenten CPRS-SA, EO-5D, KIMS och ett utvärderingsformulär (bilaga 1), framtaget för att beskriva resultat av deltagandet, frekvens av övande, synpunkter på övningarnas utformning och förbättringsförslag, besvarades av deltagarna. Instrumenten delades ut vid det första grupptillfället och deltagarna ombads att så snart som möjligt fylla i skattningsinstrumenten och lämna dem vid det andra grupptillfället. Inför avslut delades skattningsinstrumenten och utvärderingsformuläret ut vid det näst sista grupptillfället och patienterna ombads fylla i formulären strax före det sista grupptillfället. De besvarade

formulären lämnades till gruppledaren. Deltagarnas identitet kodades och endast huvudförfattaren (KH) har haft tillgång till kodnyckeln. Registrerade data gällande kön, ålder, remittent, diagnos enligt remittent, deltagandefrekvens hämtades från patientjournalen (Cosmic).

The Comprehensive Psychopathological Rating Scale-Self Assessment (CPRS-SA)

Ångest, depression och tvång skattades med CPRS-SA (Svanborg & Åsberg, 1994, 1995). Frågeformuläret innehåller 19 frågor och varje fråga graderas från 0 till 6, där 0 indikerar inga problem och 6 svåra problem. Frågorna om tvång har inte tagits med i resultatredovisningen. Däremot har frågorna använts för att bedöma patienternas besvär. Frågorna om depression kan delas in utifrån besvärsgrad; 0 – 12 poäng ingen eller mycket lätt depression, 13 – 19 poäng lätt depression, 20 – 34 poäng måttlig depression och 35 – 54 poäng svår depression. Någon motsvarande indelning för ångest finns inte.

EuroQol 5D (EQ-5D)

Den hälsorelaterade livskvaliteten skattades med EQ-5D. Instrumentet består av två delar, en första del med fem frågor kring dimensionerna rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet. Skattning sker i tre olika allvarlighetsgrader, inga, måttliga och svåra problem. De fem frågorna kan vägas ihop till ett indexvärde som kan anta ett värde från -0,594 (sämsta värde) till 1 (bästa värde). Den andra delen utgörs av en visuell analog skala där skattning av nuvarande hälsotillstånd sker på en fråga från 0, sämsta tänkbara tillstånd, till 100, bästa tänkbara tillstånd, graderad linje (RS score) (Henriksson & Carlsson, 2002, Dolan & Phil, 1997).

För de fem frågorna i EQ-5D beräknades andelen patienter som skattat sin livskvalitet som förbättrad. Patienterna förbättrades när svaren vid behandlingsslut, jämfört med behandlingsstart, ändrades från måttliga eller svåra problem till inga problem eller från svåra till måttliga problem. Patienternas skattning av den hälsorelaterade livskvaliteten jämfördes med befolkningsdata från Östergötland (Walter&Noorlind Brage, 2006).

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)

KIMS har använts för att skatta olika aspekter av mindfulness inom dimensionerna; observerande, beskrivande, agera med medvetenhet samt acceptans utan att döma. KIMS (Baer m.fl., 2004) har översatts till svenska av Hansen & Homman (2007). Instrumentet innehåller 39 påståenden som besvaras på en 5-gradig skala från 1= stämmer aldrig eller mycket sällan till 5= stämmer mycket ofta eller alltid. Av påståendena är

21 formulerade så att hög skattning innebär hög grad av mindfulness och 18 är formulerade så att hög skattning innebär låg grad av mindfulness. Vid poängberäkningen räknas de sistnämnda omvänt så att högre poäng motsvarar högre grad av skattad mindfulness.

Analys av de öppna frågorna i utvärderingsformuläret

Utvärderingsformuläret (bilaga 1) togs fram före gruppstart av huvudförfattaren. En del av frågorna hade tidigare använts i en uppföljning av mindfulnessbehandling i grupp vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Utvärderingsformuläret delades ut vid sjunde sammankomsten för att besvaras hemma. Svaren var inte anonyma eftersom deltagarna informerades om att en sammanfattning av den första frågan kring utfall av behandlingen skulle noteras i journalen som en utvärdering av behandlingsinterventionen. Svaren på de öppna frågorna analyserades tillsammans och en kategorisering genomfördes (Kvale & Brinkmann, 2009)

Statistisk analys

Signifikansprovning med 5-procentig signifikansnivå gjordes med Wilcoxon tecken-rangtest för CPRS-SA och med parat t-test för EQ-5D Indexvärde och RS score samt för de olika delskalorna i KIMS. För de fem frågorna i EQ-5D beräknades ett 95-procentigt konfidensintervall (KI 95 %) på andelen patienter som förbättrades. De statistiska analyserna beräknades med statistikprogrammet SPSS, version 18.01.

Etiska överväganden

Patienterna informerades av gruppledarna vid det individuella bedömnings-/introduktionssamtalet om studiens genomförande, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst under studiens gång kunde tacka nej till fortsatt deltagande. De valde själva vid skattningstillfällena om de lämnade in materialet eller inte. Ingen data presenterades så att enskild patients identitet kunde röjas. Anmälan enligt Personuppgiftslagen till personuppgiftsombudet inom Landstinget i Östergötland gjordes. Då arbetet är att se som verksamhetsuppföljning har ingen ansökan om etikprovning gjorts hos Regionala etikprovningssamfundet.

Patienter som genomgår mindfulnessbehandling tillägnar sig ett redskap för att kunna hantera sin problematik på ett mer ändamålsenligt och

skonsamt sätt. Riskerna med behandlingen är få, möjligen kan ångest i ett initialt skede vid genomförandet av övningarna öka. Deltagarna informerades och tillfrågades om detta vid det individuella bedömningstillfället och vid gruppträffarna. Möjlighet till enskild kontakt med gruppledaren under behandlingens genomförande tydliggjordes.

Resultat

Nittiofem patienter har inkluderats i studien och dessa var fördelade på elva behandlingsgrupper med fem till 13 deltagare per grupp. Tre fjärdedelar av patienterna har gått i en grupp som letts av huvudförfattaren (KH) till denna rapport. Endast tio män ingick i studien varför någon uppdelning för kön inte görs.

Etthundratjugosex patienter remitterades till mindfulnessbehandling. Bortfallet blev 31 personer (25 %, 31 av 126). Elva valde att inte besvara de skattningsskalor som ingick i utvärderingen, 15 avbröt behandlingen inom 1-3 grupptillfällen på grund av egen eller nära anhörigs sjukdom, att tiden för gruppsammankomsterna inte passade eller att de kände att mindfulness inte passade dem. Fem patienter deltog i det individuella mötet med behandlaren men valde att före gruppstart lämna återbud till gruppsammankomsterna.

Det var 93 procent av patienterna som övade på sina hemuppgifter minst 2–3 gånger per vecka (Tabell 1). Patienterna remitterades till behandlingen av kurator (65 %), sjukgymnast (19 %) och av läkare (14 %). Den vanligaste behandlingsorsaken var stressrelaterade besvär (48 %), följt av depression och ångest. Medelåldern var 44 år, med en variation från 21 till 69 år.

Tabell 1. Bakgrundsdata för patienter som deltagit i mindfulnessbehandling (n=95).

Bakgrundsdata	Antal	(%)
<i>Ålder</i>		
18-29	12	(13)
30-44	40	(42)
45-64	37	(39)
65-69	6	(6)
<i>Kön</i>		
Man	10	(10)
Kvinna	85	(90)
<i>Behandlingsorsak</i>		
Stress	45	(48)
Depression	25	(26)
Ångest	16	(17)
Smärta	6	(6)
Sömnstörning	3	(3)
<i>Närvaro (tillfällen)</i>		
4	4	(4)
5	11	(12)
6	23	(24)
7	29	(31)
8	28	(29)
<i>Hemuppgift¹</i>		
4-7 gånger/vecka	57	(60)
2-3 gånger/vecka	31	(33)
Någon gång/vecka	4	(4)
Ej svarat	3	(3)

1) Antal gånger som patienten har övat på sina hemuppgifter

Depression

Medianvärdet för depression, skattat med CPRS-SA, var för hela patientgruppen (n=89) vid behandlingsstart 16 och vid behandlingsslut 10. Fördelningarna skilde sig signifikant åt ($p < 0,001$) (Tabell 2). För patientgruppen med behandlingsorsak depression (n=23) var medianvärdet för depression 14 vid behandlingsstart och 10 vid behandlingsslut.

För åldersgruppen 18-44 år (n=50) var medianvärdet för depression, skattat med CPRS-SA, vid behandlingsstart 16 och vid behandlingsslut 10. Motsvarande värden för åldersgruppen 45-69 år (n=39) var vid behandlingsstart 16 och vid behandlingsslut 12.

Tabell 2. Medelvärde (m), median (md), och signifikansvärde (p-värde) för självskattad depression och ångest (CPRS-SA)¹ vid behandlingsstart (m1, md1) och vid behandlingsslut (m2, md2) för patienter som deltagit i mindfulness-behandling.

Typ av besvär	m1	m2	md1	md2	p-värde ²
Depression, n=89	17,3	12,3	16,0	10,0	<0,001
Ångest, n=89	19,5	14,9	19,0	15,0	<0,001

1) CPRS-SA The Comprehensive Psychopathological Rating Scale – Self Assessment. 2) Skillnad i ranking mellan grupperna genom Wilcoxon teckenrang-test.

Vid behandlingsstart var det för hela patientgruppen 39 procent (37 av 95) som enligt CPRS-SA skattade måttlig eller svår depression och vid behandlingsslut var denna andel 13 procent (12 av 89), (Tabell 3). För patientgruppen med behandlingsorsak depression var det 32 procent (8 av 25) som vid behandlingsstart skattade måttlig depression, ingen skattade svår depression. Vid behandlingsslut var andelen måttlig depression 9 procent (2 av 23), ingen skattade svår depression.

Tabell 3. Depressionsgrad (självskattad med CPRS-SA¹) vid behandlingsstart (n=95) jämfört med behandlingsslut (n=89) för patienter som deltagit i mindfulnessbehandling.

Grad av depression	Behandlingsstart		Behandlingsslut	
	Antal	%	Antal	%
Ingen/mycket lätt depression	32	(34)	54	(61)
Lätt depression	26	(27)	23	(26)
Måttlig depression	36	(38)	11	(12)
Svår depression	1	(1)	1	(1)

1) CPRS-SA - The Comprehensive Psychopathological Rating Scale – Self Assessment

Ångest och sömn

Medianvärdet för ångest, skattat med CPRS-SA, var för hela patientgruppen (n=89) vid behandlingsstart 19 och vid behandlingsslut 15. Fördelningarna skilde sig signifikant åt ($p < 0,001$) (Tabell 2). För patientgruppen med behandlingsorsak ångest (n=16) var medianvärdet för depression 21 vid behandlingsstart och 14 vid behandlingsslut.

För åldersgruppen 18-44 år (n=50) var medianvärdet för ångest, skattat med CPRS-SA, vid behandlingsstart 19 och vid behandlingsslut 15.

Motsvarande värden för åldersgruppen 45-69 år (n=39) var vid behandlingsstart 19 och vid behandlingsslut 16.

Andelen patienter som sover dåligt, svarat 4 – 6 på frågan om sömn i CPRS-SA, har minskat från 25 procent (22 av 89) till 15 procent (13 av 89) ($p < 0,02$).

Hälsorelaterad livskvalitet

EQ-5D indexvärde var för hela patientgruppen 0,64 vid behandlingsstart och 0,73 vid behandlingsslut ($p < 0,001$), (Tabell 4). För gruppen med kontaktorsak stress (n=44) var indexvärdet 0,67 vid behandlingsstart och 0,75 vid behandlingsslut ($p < 0,001$), för gruppen med kontaktorsak depression (n=25) 0,67 respektive 0,75 ($p < 0,001$), för gruppen med kontaktorsak ångest (n=15) 0,60 respektive 0,73 (n.s) och för gruppen med kontaktorsak smärta (n=6) 0,38 respektive 0,58 (n.s).

EQ-5D Rating Scale var för hela patientgruppen 58 vid behandlingsstart och 67 vid behandlingsslut ($p < 0,001$), (Tabell 4). För patientgruppen med kontaktorsak stress (n=43) var värdet 60 vid behandlingsstart och 68 vid behandlingsslut ($p < 0,001$), för gruppen med kontaktorsak depression (n=25) 63 respektive 70 ($p = 0,001$), för gruppen med kontaktorsak ångest (n=15) 54 respektive 68 ($p = 0,001$) och för gruppen med kontaktorsak smärta (n=6) 46 respektive 49 ($p = 0,05$).

Tabell 4. Medelvärde och signifikansvärde (p-värde) för indexvärde och RS¹ score (EQ-5D) vid behandlingsstart och behandlingsslut för patienter som deltagit i mindfulnessbehandling.

EQ-5D	Behandlingsstart	Behandlingsslut	p-värde
<i>Indexvärde, n=93</i>	0,64	0,73	<0,001
<i>RS score, n=92</i>	58	67	<0,001

1) RS – Rating Scale.

Tretton procent (12 av 94) skattade svåra besvär på frågan om oro/nedstämdhet (EQ-5D) vid behandlingsstart och en procent (1 av 94) vid behandlingsslut. Nittio procent eller fler skattade inga besvär på frågorna om rörlighet och hygien både vid behandlingsstart och vid behandlingsslut. Andelen förbättrade är statistiskt säkerställd för frågorna

om huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och för oro/nedstämdhet (Tabell 5).

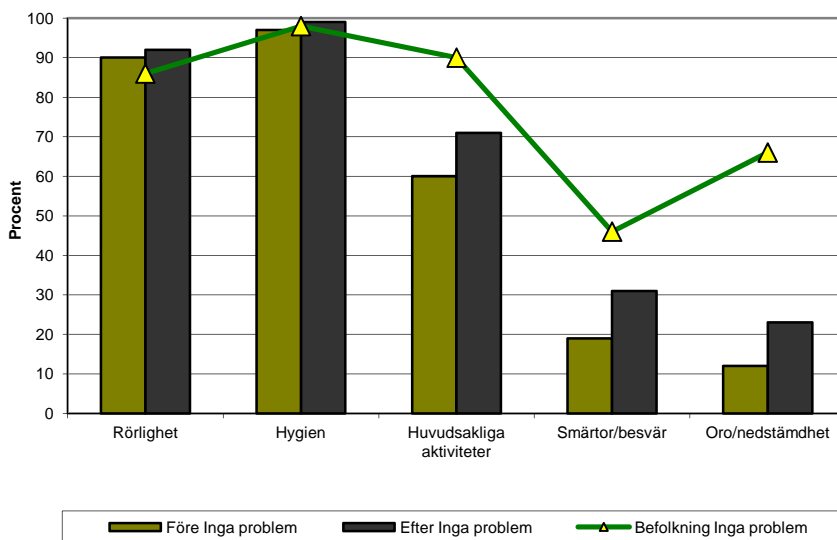
Störst andel svåra besvär på frågan om oro/nedstämdhet hade vid behandlingsstart patientgruppen med behandlingsorsak ångest med 31 procent (5 av 16) följt av patientgruppen med behandlingsorsak stress 11 procent (5 av 44) och depression 8 procent (2 av 25). Vid behandlingsslut var det en patient ur gruppen med behandlingsorsak depression som svarade svåra besvär, ingen från de övriga grupperna.

Tabell 5. Andelen patienter som deltagit i mindfulnessbehandling som skattade inga, måttliga eller svåra besvär för EQ-5D¹ före och efter behandling samt andelen förbättrade² med 95 % konfidensintervall (n=94).

EQ-5D ¹	Inga besvär %		Måttliga besvär %		Svåra besvär %		Förbättrade	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	%	(KI 95 %)
Rörlighet	90	92	10	8	0	0	2	(-1 – 5)
Hygien	97	99	3	1	0	0	2	(-1 – 5)
Huvudsakliga aktiviteter	60	71	37	27	3	2	16	(9 – 23)
Smärtor/ besvär	19	31	72	64	9	5	19	(11 – 27)
Oro/ nedstämdhet	12	23	75	76	13	1	26	(17 – 35)

1) EQ-5D – EuroQol 5D. 2) Att patienten förbättrats innebär att svaren vid behandlingsslut, jämfört med behandlingsstart, har förskjutits från måttliga eller svåra problem till inga problem eller från svåra problem till måttliga problem.

Patientgruppens värden för frågorna om rörlighet och hygien låg i nivå med befolkningsdata från Östergötland. Däremot var värdena lägre för patientgruppen då det gäller huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. För dessa frågor har patientgruppens värden förbättrats vid behandlingsslut, jämfört med behandlingsstart men var fortfarande lägre i jämförelse med befolkningsdata från Östergötland (Figur 1)



Figur 1. Andelen patienter som deltagit i mindfulnessbehandling som svarat inga problem på var och en av de fem frågorna i EQ-5D vid behandlingsstart (n=94), jämfört med behandlingsslut (n=94) och med befolkningsdata från Östergötland.

Mindfulness

Medelvärdet för varje delskala av KIMS var högre vid behandlingsslut, jämfört med behandlingsstart ($p=0,001$ för delskalan beskrivande och $p<0,001$ för övriga delskalor) (Tabell 6). För patientgruppen med kontaktorsak stress ($n=35$) var medelvärdet för agerande vid behandlingsstart 24 och vid behandlingsslut 28 ($p<0,001$). Motsvarande medelvärde för observerande var 37 och 42 ($p<0,001$). För gruppen med kontaktorsak depression ($n=18$) var medelvärdet för agerande vid behandlingsstart 22 och vid behandlingsslut 28 ($p=0,002$). Motsvarande medelvärde för observerande var 34 och 39 ($p=0,030$).

Tabell 6. Medelvärde (*m*), standardavvikelse (*sd*) och signifikansvärde (*p*-värde) för delskalorna i KIMS¹ vid behandlingsstart och vid behandlingslut (*n*=74²) för patienter som deltagit i mindfulnessbehandling

KIMS	Behandlingsstart		Behandlingslut		P-värde
	M	SD	M	SD	
Delskalor	M	SD	M	SD	P-värde
Observerande	36,4	7,3	41,5	7,0	<0,001
Beskrivande	26,6	5,1	28,5	4,8	0,001
Agerande med medvetenhet	23,2	5,2	27,6	4,5	<0,001
Acceptans utan att döma	25,1	6,5	29,0	5,5	<0,001

1) KIMS – Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. 2) Förklaring till lågt *n* – se metoddiskussion.

Patienternas kommentarer om behandlingen

Deltagarnas skriftliga utvärderingar beskrev olika uppfattningar kring vad deltagandet i gruppen och hur övningarna påverkat dem. Uppfattningarna delades upp i kategorierna; stressreduktion, acceptans mot sig själv som person, ökad medvetenhet och närvaro i nuet – ger ökad livskvalitet, gruppen en styrka och utmaning.

Alla deltagare besvarade utvärderingsformuläret och svaren bestod av flera meningar med beskrivande och omfattande formuleringar kring deras uppfattningar. En viss variation fanns men endast ett fåtal var fåordiga.

Stressreduktion

Patienterna uttryckte att deltagandet i gruppen lugnade ner livstempot, fick dem att hitta mer ro, att åtagandet att öva regelbundet lärde dem att stanna upp och gav dem mer ork. Övningarna beskrevs som sköna, avslappnande och gav vila. Patienterna påpekade också att de kände sig lugnare och att människor i deras närhet upplevde dem lugnare. Det var först när de verkligen gav sig själva möjligheten att öva som de också förstod hur vardagsstressen påverkade dem. Förmågan att stanna upp och medvetandegöra hur situationer i arbetet och i hemmet påverkade dem möjliggjorde förändringar av beteendet i riktning mot minskad stress:

”Jag har lärt mig hur viktigt det är att inte tänka på allt jag ska göra t.ex. detta gör att jag försöker leva mer i nuet. Vara närvarande. Jag är mindre stressad - varvar ner lättare.”

Mindfulnessmetodikerna ökade förståelsen för vilka tankar och känslor som stressade patienterna. De kunde tydliggöra för sig själva att det ofta var egna krav, krav på prestationer och den egna förmågan att vara duktig - starka tankar och känslor som ockuperade dem och som var stressande:

”Jag har blivit mer medveten om mina känslor och tankar och bakom dem ibland funnit stor frid och lugn.”

Behovet och vikten av egen tid och egna pauser lyfte många av patienterna fram men också hur svårt detta är. De tydliggjorde hur de i vardagen försöker och brottas med att prioritera egen tid dock att även små stunder med fokus på andning kan hjälpa till att minska stressen i vardagen:

”Övandet har hjälpt mig och jag har varit ”tvungen” att ta tid för mig själv och inte bara rusa på!”

Acceptans mot sig själv som person

Mindfulness hjälpte patienterna att få en ökad insikt i sig själva som person. En ökad medvetenhet öppnar också upp för större möjligheter att påverka val i vardagen och få insikt i vad som är viktigt i livet. De skrev att de hittat ett mer accepterande förhållningssätt mot sig själva och att förståelsen hade ökat för hur värderande tankar kan påverka negativt. De var inte längre så dömande mot sig själva. Några beskrev hur de till och med började kunna ta emot kritik utan att känna sig värdelösa som personer. Uppmärksamheten öppnade upp en nyfikenhet för den egna personen och en vilja att bli mer fokuserad för att hitta sina resurser. De betonade dock att de är i början på en insikt, har en lång väg kvar och att det är mycket svårt att ändra sitt förhållningssätt:

”Många insikter. Ökad respekt inför sitt eget jag och sin livssituation. Lite bättre på att hantera sig själv med värdighet och varsamhet. Öppnare sinnelag skapar möjligheter osv. Ja, mindfulnessgruppen har förändrat min vardag på många sätt. Jag är ”ombord” och ”på väg.”

Övningarna tydliggjorde den egna kroppen och ökade medvetenheten om andningens betydelse. Patienterna ökade sin förmåga att läsa av och förstå kroppens signaler vilket bidrog till att de trivdes bättre i sin kropp och till att lära känna sig själv bättre:

”... fått bättre kontakt med min kropp/känner mig själv något bättre och trivs bättre i kroppen, fått lättare att acceptera läget och att inte tänka på allt samtidigt, att lämna tankarna, har fått mera lugn, mer framtidsidéer, lämnar lättare jobbet.”

Ökad medvetenhet och närvaro i nuet – ger ökad livskvalitet

Deltagarna uttryckte att den ökade medvetenheten har hjälpt dem att förstå hur tankar och känslor påverkar dem och att uppmärksamheten ger dem ett större handlingsutrymme att kunna objektifiera och distansera sitt förhållningssätt till tankar och känslor. Detta medför att problem kan mötas på ett annat sätt. Det ger dem hopp, chans att se mönster, se tendenser till grubbel och analyserande i onödan. Den ökade medvetenheten tydliggör också tendenser till att lägga energi på saker som inte är möjliga att påverka och förändra:

”Ja, jag upplever att jag starkare kan stå emot negativa tankar. Det känns som om hela mitt tankesätt har förändrats. Jag har nästan blivit av med min kritiska röst.”

Förmågan att stanna upp och vara mer närvarande i nuet och i vardagliga situationer har ökat förmågan att njuta och hantera vardagen på ett annat sätt. Det öppnar också för de små stunderna som att njuta av naturupplevelser, ljud, lukter, mat etc. och en ökad känsla av välmående:

”Jag mår nu bättre, lever mer i nuet och har inte lika ofta problem.”

Gruppen – en styrka

Deltagarna upplevde gruppformen som en tillgång både i att få en förståelse för att fler har liknande problem, att stötta varandra och att hitta motivationen att fortsätta övandet. Gruppen var viktig för att dela erfarenheter och fördjupa förståelsen för mindfulness. Övningarna upplevdes i början som svåra och där hjälpte gruppen till att behålla fokus eftersom alla andra i gruppen stannade kvar i övandet. Övningarna och reflektionerna i gruppen blev en form av exponering för egna reaktioner:

”Att det inte bara är jag som har hundra tankar som ”åker” omkring samtidigt i huvudet”

”Bra med social träning. Utvecklande att ta del av andras historier, lättare att få motivation i gruppen. För min del var det dock ganska hämmande – har problem med att prata i grupp. Prestationskrav. Men även det är ju en utmaning och ett tillfälle att applicera mindfulness – att inte döma sig själv och andas när man får hjärtklappning. Fint stöd i gruppen”

Utmaning

Patienterna beskrev övningarna som utmanande, dels i att hitta tiden och få till en regelbundenhet i övandet, dels var övningarna utmanande under själva genomförandet. De sittande övningarna beskrevs som svårast ur smärtsynpunkt och det var också svårare att behålla uppmärksamheten, som om tankar och känslor påverkade starkare i de sittande meditationerna. Några beskrev en upplevelse av obehag i kroppen då de satt i samma ställning under 20 minuter. Den liggande kroppsscanning-övningen var utmanande eftersom sömnen ville infinna sig. Själva förhållningssättet att stanna upp i det som är, beskrevs också som svårt, kräver mycket övande och att patienterna precis påbörjat något som kräver fortsatt träning:

”Övningarna var i början en kamp att hålla fokus.”

”Tänker ta kontakt med andningen när jag kommer i en stressig situation. Svårt men är på rätt väg.”

Diskussion

Patienterna skattade en minskning av depressiva symtom efter genomgången mindfulnessbehandling. Andelen som skattade måttlig eller svår depression minskade med 26 procent. I jämförelse med studien Samtalsbehandling hos primärvårdskurator (Sköld & Holmberg, 2009) är minskningen av de depressiva symtomen mindre i vår undersökningsgrupp. Patienterna i samtalsbehandling hos primärvårdskurator skattade sina symtom som mer uttalade vid behandlingsstart och mindre uttalade vid behandlingsslut, jämfört med våra patienter. En av orsakerna till detta utfall kan vara att patienterna till mindfulnessbehandlingen redan i många fall gått i samtalsbehandling hos primärvårdskurator och därefter remitterats till denna behandling i ett mindre akut skede. Uppskattningsvis har hälften av patienterna tidigare gått i samtalsbehandling. Det är endast i undantagsfall som en patient går i samtalsbehandling samtidigt med deltagande i mindfulnessbehandling. En annan orsak kan vara att behandlingstiden är begränsad till åtta veckor och inte individualiserad. Ångestsymtomen minskade också för patienterna under behandlingstiden men inte i lika stor grad som Sköld & Holmberg (2009) visar. Vår slutsats blir att behandling med mindfulness i grupp med dagliga, individuella mindfulnessövningar vid ångest- och depressionsbesvär bör ses som ett komplement till annan behandling, exempelvis individuell samtalsbehandling och/eller läkemedelsbehandling.

Den hälsorelaterade livskvaliteten skattades i vår studie som förbättrad gällande delområdena huvudsakliga aktiviteter, smärta/besvär och oro/nedstämdhet samt värdena för Rating Scale. Andelen som förbättrades var störst för delområdet oro/nedstämdhet med 26 procent (KI 95 % 17-35) förbättrade. I jämförelse med befolkningsdata från Östergötland (Walter & Noorlind Brage, 2006) skattade undersökningsgruppen låga värden för smärtor/besvär och oro/nedstämdhet både vid start och avslut av mindfulnessbehandling men i nivå med befolkningen gällande rörlighet och hygien. Det tyder på att många i vår patientgrupp har en problematik med oro/nedstämdhet och smärtor/besvär och att mindfulness kan vara en behandling att nå en ökad livskvalitet. I jämförelse med utvärderingen av samtalsbehandling hos primärvårdskurator (Sköld & Holmberg, 2009) är andelen förbättrade lägre i vår patientgrupp.

Resultaten av skattningarna med KIMS-skalan tyder på att patienterna under behandlingstiden med mindfulness ökade sin förmåga att observera, att agera med medvetenhet och att acceptera utan att döma. Patienterna med depressionsproblematik ökade främst sin förmåga att agera med medvetenhet, vilket överensstämmer med tidigare forskning (Segal m.fl., 2002).

Syftet med MBCT enligt Segal m.fl. (2002) är främst att minska benägenheten att grubbla och fastna i negativa tankemönster. Detta resultat lyfts också fram i en studie av Kuyken m.fl. (2010), som poängterade att MBCT kan ge profylaktiska effekter för personer med återupprepade depressioner utifrån effekten att möta tankar och känslor på ett skonsammare sätt med nyfikenhet och vänlighet utan värdering och självförebåelser. Det som också talar för mindfulness sett ur vår patientgrupps synvinkel är att deltagare med stressproblematik främst ökade förmågan att observera, en förmåga som gör det lättare att förstå hur stress påverkar kroppen. Förändringarna i skattningarna under behandlingen ligger i nivå med en randomiserad studie av Kuyken m.fl. (2010).

Den kvalitativa delen av utvärderingen visar att mindfulness kan ge en ökad insikt i beteenden i vardagen som påverkar hälsotillståndet. Övningarna och förhållningssättet kan vara ett sätt att minska stress, att minska kraften i tankars och känslors påverkan på vårt sätt att leva och vår självbild. Gruppformen uppfattades som en styrka i att tillägna sig mindfulness. Deltagarna var dock tydliga i att mindfulness tar tid att lära sig och innehåller många utmaningar. Liknande resultat redovisas av Finucane & Mercer (2006) med en kvalitativ utvärdering av MBCT för patienter i primärvård med depression och ångestproblematik. De sammanfattade resultatet i ökad förmåga att slappna av, minskad förmåga till negativt tankemönster, ökad benägenhet att ta pauser, nya sätt att hantera svåra känslor och större självacceptans. Även Allen m.fl. (2009) tydliggjorde liknande resultat och att mindfulness innehåller svårigheter i övandet och i att försöka ändra invanda mönster.

Resultaten i vår studie stämmer överens med tidigare studier (Baer m. fl, 2006, Chambers, 2009, Greeson, 2009, Evans m.fl., 2008) om effekterna av mindfulness gällande förmågan att observera och agera med medvetenhet samt förmågan att minska känslan av stress, minskad ångest, nedstämdhet och större tillfredsställelse med livet.

Intresset för vilka mekanismer i mindfulness som är verksamma ökar; är det värdet av att träffas i grupp, själva metodiken att stanna upp och bli mer medveten i stunden om tankar, känslor och kroppsliga förnimmelser eller är det meditationens fysiologiska effekter etc.? Nya resultat av Chiesa & Serretti (2010) och Zeidan m.fl. (2011) visar att mindfulness-meditationen ger positiva förändringar i hjärnbarken och amygdala. Ytterligare forskning behövs som belyser vilka mekanismer det är i mindfulness som är verksamma. Med ökad kunskap borde även mindfulnessbehandlingen kunna genomföras med bättre resultat.

Metoddiskussion

Syftet för denna studie var att följa upp deltagarnas upplevda livskvalitet och eventuella symtomlindring efter genomgången mindfulness-behandling. Effekten av behandlingen har inte jämförts med någon kontrollgrupp varför hänsyn inte har tagits till spontan förbättring eller andra faktorer som bidrag till symtomlindring och förbättrad livskvalitet. Någon registrering av medicinförskrivning under behandlingstiden har inte gjorts. Behandlas patienten med något antidepressivt eller ångestdämpande läkemedel kan det påverka resultaten av mindfulness-behandlingen såväl positivt som negativt. Positivt är att läkemedlen kan ge symtomlindring i form av minskad nedstämdhet och mindre ångest. Negativt kan vara att patienten sämre tar till sig budskapet under behandlingstiden och inte har samma motivation att ändra beteende. Någon uppföljning en tid efter slutförd behandling har inte heller gjorts varför varaktigheten av förändringarna är ovissa.

Även om MBCT är en manualiserad behandlingsmetod varierar övningarnas längd och längden på gruppsammanskomsterna i olika studier. Denna studie valde en relativt kort gruppsammanskomst på en och en halv timme och relativt korta övningar om 20 – 30 minuter. En längre övningstid och längre gruppsammanskomster skulle möjligen kunna förbättra resultatet. Bortfallet i antalet medtagna KIMS-skattningar beror på att flera deltagare missade att fylla i baksidan på skattningsformuläret. Troligen berodde detta på att skalan kopierades dubbelsidigt och att det inte klart framgick att frågeformuläret bestod av fram- och baksida. En svaghet är att patienternas självskattningsformulär och utvärderingar inte var anonyma och att den behandlare som har haft flest grupper, själv har utvärderat sitt eget arbete. Detta kan ha bidragit till att få förändringsförslag och få kritiska kommentarer till gruppupplägget framkom i utvärderingen.

Slutsats

Mindfulness i grupp med dagliga, individuella övningar kräver relativt liten terapeutinsats per patient och kan vara en kostnadseffektiv behandlingsform för patienter i primärvård. De behandlingsresultat som har framkommit i denna studie är dock inte så övertygande att vi vill rekommendera mindfulness som enda behandling till patienter med stress-, ångest- eller depressionsproblematik. Behandlingen bör istället ses som ett komplement till individuell samtalsbehandling och/eller läkemedelsbehandling. Behandlingen kan då bidra till att patienten får bättre förståelse för sina problem och också får redskap som hjälper dem att bättre bemästra besvären. En begränsning som måste beaktas då resultaten värderas är avsaknaden av kontrollgrupp.

Referenser

- Allen M, Bromley A, Kuyken W, Sonnenberg S T. 2009. Participants 'Experiences of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: "It changed Me in Just about Every Way Possible". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37:413-430.
- Baer R A, Smith G T, Allen K B. 2004. Assessment of mindfulness by self-report. The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11:191-206.
- Baer R A, Smith G T, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. 2006. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13:1,27-45.
- Brown K W, Ryan R M. 2003. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84:822-848.
- Chambers R, Gullone E, Allen N. 2009. Mindful emotion regulation: an integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29:560-572.
- Chiesa A, Serretti A. 2010. A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditation. *Psychological Medicine*, 40:1239-1252.
- Dolan P, Phil D. 1997. Modelling Valuations for EuroQol Health States. *Medical care*, 35:1095-1108.
- Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Haglin D. 2008. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 22:716-721.
- Finucane A, Mercer S. 2006. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6:1-14.
- Gaylord S A, Whitehead W E, Coble R S, Faurot K F, Palsson O S, Garland E, Frey W, Mann J D. 2009. Mindfulness for irritable bowel syndrome: protocol development for controlled clinical trial. *Complementary and Alternative medicine*, 9:1-11.
- Greeson J. 2009. Mindfulness research Update: 2008. *Complementary Health Practice Review*, 14:10-18.
- Hansen E, Homman A. 2007. *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills – validering av den svenska översättningen och en studie av anhöriga till borderlinepatienter*. Institutionen för psykologi, vol II:01: Lunds universitet.
- Hayes S, Strosdahl K, Wilson K G. 1999. *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford.
- Henriksson M, Carlsson P. 2002. *Att mäta hälsorelaterad livskvalitet - en beskrivning av instrumentet EQ-5D*. Rapport 1. CMT: Linköpings universitet.

- Hofman S G, Sawyer A T, Witt A A, Oh D. 2010. The effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78:169-183.
- Höfling V, Ströhle G, Micalak J, Heidenreich T. 2011. A short Version of Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Journal of Clinical Psychology*, 67:639-645.
- Kabat-Zinn J. 1990. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn J. 2003. Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practical*, 10:144-156.
- Kingston J, Chadwick P, Meron D, Skinner C. 2007. A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being and physiological activity. *Journal of Psychosomatic Research*, 62:297-300.
- Kuyken W, Byford S, Taylor R S, Watkins E, Holden E, White K, Barret B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., Teasdale, J. 2008. Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76:966-978.
- Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Rod S, Byford S, Evan A, Radford S, Teasdale J, Dalgleish T. 2010 How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48:1105-1112.
- Kvale S, Brinkmann S. 2009. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver A. 2006. *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lillis J, Hayes S, Bunting K, Masuda A. 2009. Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of theoretical model. *Annals of behavioural medicine*, 37:58-69.
- Linehan M M. 1993. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Lundh L G. 2005. The role of Acceptance and Mindfulness Treatment of Insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19:29-39.
- Ma S, Teasdale J. 2004. Mindfulness-based cognitive therapy for depression and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:31-40.
- Pena M. 2004. *Mindfulness, självkänsla och attityder till mat hos gymnasieungdomar: en korrelationsstudie*. Kandidatuppsats vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Rosenzweig S, Reibel D K, Greeson J, Brainars G, Hojat M. 2003. Mindfulnessbased stress reduction lowers psychological stress in medical students. *Teaching and Learning Medicine*, 15:88-92.

- Segal Z V, Williams J M G, Teasdale J. 2002. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Sköld M, Holmberg T. 2009. *Samtalsbehandling hos primärvårdskurator – utvärdering av behandlingseffekter vid psykisk ohälsa*. Forsknings- och utvecklingsenheten för närsjukvården i Östergötland, Landstinget i Östergötland, Rapport-FoUrnalen 2009:2, ISSN 1102-3805.
- Socialstyrelsen. 2009. (Elektronisk) Folkhälsorapport. Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär. Tillgänglig från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Attachments/8495/2009-12671_200912671.pdf (2011-05-19).
- Socialstyrelsen. 2010. (Elektronisk) Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf> (2011-05-19).
- Svanborg P, Åsberg M. 1994. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 89:21-28.
- Svanborg P, Åsberg M. 1995. *Psykiatrisk egenbedömning (CPRS-SA). En självskattningsskala för ångest- och depressionssyndrom*. DuroGrafiska: Malmö.
- Walter L, Noorlind Brage H. 2006. *Östgötens hälsa 2006*, Folkhälsovetenskapligt centrum, Rapport 2006:8, Landstinget i Östergötland.
- Zeidan F, Martucci K, Kraft R, Gordon N, Mchaffie J, Coghill R. 2011. Brain Mechanism Supporting the Modulation of Pain by Mindfulness Meditation. *Journal of Neuroscience*, 31: 5540-5548.
- Åsberg M, Sköld C, Wahlberg K, Nygren Å. 2006. Mindfulness-meditation – nygammal metod för att lindra stress. *Läkartidningen*, 42:3174-3177.

Namn..... Datum.....

Utvärdering mindfulnessgrupp

Vad har du lärt dig i gruppen/hur har det påverkat dig? Har deltagandet/övandet förändrat något din vardag?

.....

.....

.....

.....

Hur många gånger per vecka har du gjort/gör du övningarna under denna period?

..... 4-7ggr/vecka

..... 2-3 ggr/vecka

..... någon gång per vecka

..... ej övat

Tillämpar du mindfulness som förhållningssätt i din vardag? Ja Nej

Hur vill du gå vidare?

.....

.....

.....

Hur upplevde du de olika övningarna?

.....

.....

.....

Grupputvärdering:

Vad har varit bra resp. mindre bra med gruppupplägget?

.....

Förteckning över rapporter utgivna av FoU-enheten för Närsjukvården, Östergötland, ISSN 1102-3805

Kan beställas via e-post: Fragelada_NS_FoU@lio.se, enstaka exemplar skickas utan kostnad. Rapporterna finns också som PDF-filer på vår hemsida: www.lio.se/fou

Många äldre har biverkningar av simvastatin

Författare: *Fadi Chedid, 2011:2 ST*

Att upptäcka KOL i tidigt skede på en vårdcentral genom en enkät i väntrummet

Författare: *Ragnhild Tunehag, 2011:1 ST*

Smärtbedömningsinstrument vid demenssjukdom – En litteraturstudie

Författare: *Pernilla Malmfors, 2010:2*

Förekomst av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom hos medelålders östgötar – En delrapport från studien Livsvillkor, Stress och Hälsa

Författare: *Hélène Ottosson, Anna-Karin Schöld, Margareta Smedberg, 2010:1*

Modell för uppföljning av sjuklighet, medicinska resultat samt vårdkonsumtion och dess kostnader

Författare: *Ann-Britt Wiréhn, Agneta Andersson, 2009:3*

Samtalsbehandling hos primärvårdskurator – utvärdering av behandlingseffekter vid psykisk ohälsa

Författare: *Marie Sköld, Tommy Holmberg, 2009:2*

Vägledad självhjälp vid depression – En pilotstudie av internet- och telefonbaserad kognitiv beteendeterapi inom primärvården

Författare: *Jonas Almlöv, Anniqa Foldemo, 2009:1*

Zebromodellen – rehabilitering för patienter med stressrelaterade besvär

Författare: *Eleonor Sandbladh, Eva Fahlgren, 2008:4*

Hemsjukvård i samverkan för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov

Författare: *Anita Althén, Gunilla Ivarsson, Susanne Kjellberg, Susan Wilhelmsson, Agneta Andersson, 2008:3*

Klamydiapartnerparningen går snabbare med egenprovning i hemmet – en öppen klusterrandomiserad kontrollerad studie från två STD-mottagningar

Författare: *Sabina Malkoc, Daniel Wilson. 2008:2*

Förbättrad självbild efter sjukgymnastikbehandling vid långvarig smärta och stressymtom

Författare: *Ewa Busch, Lotta Ring, 2008:1*

Provtagning ur perifer venkateter (PVK) den största orsaken till hemolys – en studie vid Akutmottagningen, Närsjukvården i Östra Östergötland

Författare: *Titti Peltonen, Karin Wallin, 2007:5*

Hur upptäcker man patienten med sömnapné?

Författare: *Maud Holmgren, 2007:4*

Själens i primärvården – psykisk ohälsa hos unga vuxna och deras upplevelser av vården

Författare: *Lisbeth Börelius, Anniqa Foldemo, Tommy Holmberg, Anna-Karin Schöld, Lars-Håkan Thorell, Rita Ylikiveli, 2007:3*

Närståendes delaktighet i den psykiatriska vården – en enkätundersökning i Östergötland 2006

Författare: *Gun Johansson, Agneta Eliason, Sven Löbu, Tommy Holmberg, 2007:2*

Att införa ett interventionsprogram för barn med övervikt är lättare sagt än gjort!

Författare: *Ann-Charlotte Tunemar, Anna-Karin Schöld, 2007:1*

Astma- och KOL-vården i Östergötland – en kartläggning baserad på nationella riktlinjer

Författare: *Siw Carlfford, Malou Lindberg, 2006:4*

Vad kan Sverige lära av Fastlegeordningen i Norge?

Författare: *Lars Borgquist, Ing-Marie Hallgren, Sven Engström, 2006:3*

Goda matvanor för små barn – Intervention riktad till förstagångsföräldrar på BVC

Författare: *Britt Marie Lundstedt, 2006:2*

Riktlinjer i folkhälsoarbetet riktat mot astma-, diabetes- och hypertoni sjukdom inom primärvård – ett exempel från Östergötland

Författare: *Anna-Karin Schöld, 2006:1*

Psykisk ohälsa. Rapport från workshop med temat Psykisk ohälsa i Östergötland den 12 april 2005

Ett samarbete mellan Landstinget i Östergötland och Försäkringskassan
2005:4

”Vem bryr sig?”

Distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete – ett svärprioriterat uppdrag och en outnyttjad resurs

Författare: *Malou Lindberg, Susan Wilhelmsson 2005:3*

Distriktssköterskans syn på omvårdnad och dokumentation vid bensår

Författare: *Åsa Nordesjö, 2005:2*

Mobilt omvårdnadsteam

De anhörigas upplevelser av psykiatrisk hemsjukvård

Författare: *Kerstin Nordenfelt 2005:1*

Vad händer efter FoU-projekt eller FoU-utbildning?

En undersökning av hur projekt som resulterat i FoU-rapport påverkat personal och/eller verksamhet och hur genomgången kurs i forskningsmetodik påverkat deltagarna

Författare: *Ewa Grodzinsky, Ing-Marie Hallgren, Ethel Molnár 2004:4*

Dessutom finns ett stort antal rapporter som utkommit i tidigare rapportserier under åren 1989 och framåt. Hör gärna av dig till oss på FoU-enheten om du vill fråga om dessa.

Författare:

Karin Hulting

MSc, leg. sjukgymnast

Rörelse & Hälsa

Landstinget i Östergötland

E-post: karin.hulting@lio.se

Tommy Holmberg

MPH, Projektsekreterare

FoU-enheten för Närsjukvården i Östergötland

Landstinget i Östergötland

E-post: tommy.holmberg@lio.se

