

# Manglende systematik af stresstiltag, men dokumenteret effekt af mindfulnessbaseret stressreduktion

Emilie Hasager Bonde, Lone Overby Fjorback & Lise Juul

## STATUSARTIKEL

Dansk Center for Mindfulness, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger  
2019;181:VI2180882

Stress er et væsentligt og stadigt stigende folkesundhedsproblem [1, 2]. Stress har store samfundsøkonomiske konsekvenser, og der er en betydelig samfundsinteresse for lidelsen [3]. Stress er kroppens naturlige, modificerbare reaktion på enhver oplevet udfordring eller belastning. Sundhedsskadelig stress opstår under vedvarende stress uden mental og fysisk restitution [4].

Der er set en sammenhæng imellem et højt oplevet stressniveau og udviklingen af hjerte-kar-sygdomme og depression [1]. I et stort dansk studie af *Prior et al* fra 2016 har man endvidere påvist en dosis-respons-sammenhæng mellem oplevet stress målt med spørgeskemaet *perceived stress scale* og dødelighed [5].

Det er i dag kommunerne, der skal udbyde forebyggende tilbud, og behandlingen af arbejdsrelateret stress varetages af arbejdsmedicinske klinikker i regionerne. Derudover tilbyder private aktører såsom psykologer og coaches stressbehandling. Beslutningstagere, læger, private behandlere og borgere bør have kendskab til de enkelte tilbuds evidensgrad.

Ifølge Sundhedsstyrelsen skal sundhedsfremmende og forebyggende indsætter i højere grad evidensbaseres, således at den behandling, borgerne tilbydes, er bygget på den bedst tilgængelige viden [6]. Regionerne anbefaler ligeledes, at behandlingen af personer med psykisk sygdom sker på et evidensbaseret grundlag af høj kvalitet [7], og i kommunerne blev der i efteråret 2013 etableret temadage, for at man i fremtiden i højere grad kunne udbyde evidensbaserede tilbud [8]. Der er dermed bred enighed blandt sundhedsfaglige instanser om at tilbyde borgere evidensbaseret behandling. Derfor undrer vi os over Sundhedsstyrelsens anbefalinger:

»Fravær af videnskabelig (positiv eller negativ) dokumentation i traditionel forstand er således ikke nødvendigvis et udtryk for, at en given indsats er effektiv eller ineffektiv, men blot at den ikke er tilstrækkeligt undersøgt« [9].

Når Sundhedsstyrelsen således vurderer praktisk erfaring højere end metaanalyser, er der behov for status om evidens og manglende systematik og dokumentation for stressreducerende interventioner i Danmark.

## EVIDENS OG DOKUMENTERET EFFEKT AF BEHANDLINGER

Forskningsinstitutionen Cochrane arbejder for, at beslutninger på sundhedsområdet træffes på et evidensbaseret grundlag af høj kvalitet [10]. Cochrane arbejder med et evidenshierarki, hvori metaanalyser og systematiske review over randomiserede kontrollerede studier (RCT), hvor den samme behandling undersøges, udgør den højeste grad af evidens, når der er tale om at vurdere effekten af en given behandling. For at kunne basere behandlingstilbud på den bedst tilgængelige viden er det derfor væsentligt at orientere sig i metaanalyser og systematiske review over RCT'er, hvis sådanne studier er tilgængelige.

Når det skal besluttes, hvilke behandlingstilbud der bør udbydes til stressramte borgere, bør man medtage i overvejelserne, hvorvidt der er tale om dokumenteret effekt af en given behandling eller ej. For at der er tale om dokumenteret effekt af en behandling må denne være fundet effektiv i mindst to RCT'er, som er udført af uafhængige forskningsgrupper [11].

For at sundhedsfremmende og forebyggende behandlinger skal kunne evidensbaseres og udbydes på baggrund af den bedste viden, er der behov for at arbejde systematisk for at finde ud af, hvilken behandling der har den bedste effekt.

## STRESSREDUCERENDE INTERVENTIONER UNDERSØGT I ET RANDOMISERET KONTROLLERET STUDIEDESIGN I DANMARK

I efteråret 2018 blev der udført en systematisk litteratursøgning på de videnskabelige databaser PubMed og PsycINFO for at klarlægge, hvilke stressreducerende in-

## HOVEDBUDSKABER

- ▶ Sundhedsstyrelsen, regionerne og kommunerne ytrer alle ønske om at sundhedstilbud, herunder tilbud til stressramte borgere, bør være evidensbaserede.
- ▶ Med den nuværende tilgang til effektvurdering af stressreducerende interventioner i Danmark er det vanskeligt at sikre evidensbaserede tilbud til stressramte borgere.
- ▶ Der er et behov for i højere grad at arbejde professionelt folkesundhedsfagligt med forskning i stressreducerende interventioner.

terventioner der er blevet undersøgt i et RCT-design i Danmark. I **Tabel 1** vises en oversigt over de fundne studier.

Litteraturgennemgangen viste, at der var udført ni studier, og i alt var otte forskellige stressreducerende interventioner undersøgt. I **Tabel 2** illustreres komponenterne i de undersøgte interventioner. Som det fremgår, går flere af komponenterne igen i de enkelte stressreducerende interventioner, men der er stor variation i, hvordan de forskellige komponenter er kombineret på tværs af interventionerne. Det er ikke blot indholdet, der varierer, men også målpopulationen, hvilken behandling kontrolgruppen modtager såvel som effektmålene.

I hovedparten af studierne fokuseres der på sygemeldte personer med arbejdsrelateret stress, og derfor er oplevet stress og tilbagevenden til arbejdet (TTA) nogle af de hyppigst brugte effektmål. Derudover måles der hovedsageligt på søvnkvalitet, depressive symptomer, angst, fjendtlighed og tvangstanker samt biologiske markører for stress og mentalt helbred.

På tværs af studierne ses der en tendens til, at interventionsgruppens oplevede stressniveau forbedrede sig mere end kontrolgruppens [12-17]. Denne tendens er fundet statistisk signifikant i nogle studier, mens tendensen ikke er fundet signifikant i andre. På tværs af studierne sås der også en tendens til, at både interventionsgruppen og kontrolgruppen/-grupperne forbedrede deres oplevede stressniveau internt i grupperne. Dette tyder på en naturlig forbedring af det oplevede stressniveau over tid, om end ændringen skete hurtigere for interventionsgruppen end for kontrolgruppen/-grupperne. De samme tendenser sås for effekten målt på bl.a. søvnkvalitet, depressive symptomer, angst, det mentale helbred og biologiske markører for stress herunder kortisol- og melatoninniveau. Derudover viste studiet af *Corazon et al.*, at både den aktive kontrolgruppe, som fik kognitiv adfærdsterapi, og interventionsgruppen havde signifikant færre henvendelser til deres alment praktiserende læge ved 12-månedersfollowup [18].

For TTA ses et mere broget billede på tværs af studierne. Resultaterne af nogle studier tyder på, at interventionsgruppen vender hurtigere tilbage til arbejdet end kontrolgruppen [19-22], mens andre studier tyder på, at kontrolgruppen vender hurtigere tilbage til arbejde [14, 23]. De øvrige resultater kan nærlæses i **Tabel 1**.

Resultaterne indikerer, at stressreducerende interventioner udbudt til stressramte borgere kan have en større effekt end vanlig behandling på især psykologiske markører for stress. Særligt interessant er det dog, at blot to interventioner er blevet undersøgt to gange, men af den samme forskningsgruppe [13, 14, 16, 20, 24]. Den ene er undersøgt én gang i en amerikansk

kontekst og repliceret i en dansk kontekst, dog af den samme forskningsgruppe [16], mens den anden er undersøgt to gange i Danmark af den samme forskningsgruppe [13, 14, 19, 20]. Dermed er det ikke muligt at sige, at én eller flere af de identificerede stressreducerende interventioner har dokumenteret effekt [11]. Ydermere er det ikke muligt at lave metaanalyser og systematiske review baseret på disse studier, da interventionerne varierer afhængigt af, hvilke komponenter der indgår.

At der blot er én intervention, hvor man har vendt blikket mod udlandet for at replicere en intervention i dansk kontekst, vidner om, at den internationale litteratur ikke undersøges i tilstrækkelig grad, inden der udvikles nye interventioner, der undersøges enkelte gange. Denne tendens er ikke i overensstemmelse med professionel folkesundhedsfaglig praksis, da dokumenterede effektive interventioner derved risikerer at blive overset til fordel for at udvikle og teste egne interventioner. Selv om Danmark er et lille land, kan vi godt undersøge den eksisterende evidens og bidrage til udvikling af evidens ved at undersøge eksisterende veldefinerede internationalt undersøgte interventioner i en dansk kontekst.

For at kunne imødekomme Sundhedsstyrelsens, regionernes og kommunernes målsætning om, at behandlingstilbud skal være evidensbaserede, må den nuværende arbejdsgang derfor revideres. Der er ved litteraturgennemgangen fundet et behov for, at den samme intervention undersøges i et RCT-design gentagne gange af uafhængige forskningsgrupper, således at vi opnår et evidensbaseret grundlag for at træffe beslutninger om, hvilke eller hvilket stressreducerende tilbud stressramte borgere skal kunne henvises til.

## MINDFULNESSBASERET STRESSREDUKTION

Et internationalt eksempel på opbygning af evidens for en stressreducerende intervention er forskningen i mindfulnessbaseret stressreduktion (MBSR). Udviklingen af MBSR blev påbegyndt af *Jon Kabat-Zinn* for ca. 40 år siden. MBSR er et manualiseret program, der indeholder faste rammer og veldefinerede standarder for den MBSR-læreruddannelse, der er påkrævet for at kunne undervise i MBSR [25-27]. I modsætning til ovenstående tendens i forskning af stressreducerende interventioner i Danmark er der dokumenteret effekt af MBSR baseret på mere end 100 RCT'er foretaget af flere uafhængige forskningsgrupper med både raske og syge målpopulationer [11, 25-27].

I både systematiske review og metaanalyser har man undersøgt effekten af MBSR og mindfulnessbaseret kognitiv terapi (MBKT). MBKT er et manualiseret program, der er udviklet fra MBSR, men som fokuserer på at forebygge tilbagevendende depressioner [27]. I de systematiske review og metaanalyser konkluderes,

TABEL 1

Oversigt over de identificerede studier.

Reference	Deltagere, n	Intervention	Kontrol	Population	Design	Resultater	Risk of bias-score <sup>a</sup>
Beck et al, 2015 [12]	I: 13 K: 7	Guided imagery music Varighed: 9 uger Gruppesessioner: 6 × 2 h	Venteliste og TAU	Personer sygemeldt med arbejdsrelateret stress	RCT, followup-post intervention	I forbedrede det mentale helbred signifikant mere end K målt på oplevet stress, humørforstyrrelser, søvn, fysiske stresssymptomer, velbefindende IS reduktion i depressive symptomer Kortisol reduceredes signifikant mere i I Testosteron og melatonin reduceredes IS mere i I I var IS mere arbejdsparat end K	Lav risiko
Corazon et al, 2018 [18]	I: 43 K: 41	NNBT Varighed: 10 uger Individuelle sessioner om ugen: 3 × 3 h	STreSS En variant af TAU KAT med fokus på TTA Varighed: 10 uger	Personer med stressrelaterede sygdomme	RCT, 12-mdr.-followup	NNBT og STreSS var lige effektive målt på mentalt helbred og <i>burnout</i> , men der var større retentionsrate i NNBT ift. STreSS I I var 77% af personer sygemeldt 1 md. inden NNBT-behandling ikke sygemeldt efter 12 mdr., i K var tallet 60% Begge grupper havde signifikant færre henvendelser til egen læge efter 12 mdr.	Nogle bekymringer
Dalgaard et al, 2014 [19]	I: 57 K: 80	KAT-program og arbejdspladsintervention Varighed: 16 uger Individuelle sessioner: 6 × 1 h	TAU	Personer sygemeldt med arbejdsrelateret stress	RCT, 10-mdr.-followup	Signifikante forbedringer i søvn, hukommelse og evne til ikke at blive distraheret i begge grupper IS forskel mellem grupperne Tendens til større forbedring i I end K efter endt intervention Signifikante forbedringer i oplevet stress og det generelle helbred i begge grupper ved followup Forbedringerne skete hurtigere for I end for K IS forskel i ændringer mellem grupperne efter 10 mdr. HR for TTA var 0,81 × mindre for I end for K efter 10 mdr.: IS	Nogle bekymringer
Dalgaard et al, 2017 [13]	I: 58 K <sup>A</sup> : 56 K <sup>B</sup> : 49	KAT-program og arbejdspladsintervention Varighed: 16 uger Individuelle sessioner: 6 × 1 h	2 kontrol-grupper A: modtager klinisk vurdering og TAU B: modtager TAU	Personer sygemeldt med arbejdsrelateret stress	RCT, 10-mdr.-followup	Signifikante forbedringer for alle grupper i oplevet stress, generelt helbred, søvn, hukommelse efter 10 mdr. I og K <sup>A</sup> forbedredes evnen til ikke at blive distraheret signifikant efter 10 mdr. IS tendens til større forbedringer i I end K <sup>A</sup> og K <sup>B</sup> på alle <i>outcomes</i> efter 10 mdr. på nær hukommelse, hvor I forbedrede sig signifikant mere end K <sup>B</sup> IS tendens til hurtigere forbedringer i I end K <sup>A</sup> og K <sup>B</sup> på nær oplevet stress og hukommelse, hvor I forbedrede sig signifikant mere end K <sup>B</sup> efter 4 mdr. I vendte i gennemsnit 4 uger tidligere tilbage til arbejdet ift. K <sup>A</sup> og 17 uger tidligere ift. K <sup>B</sup> HR for TTA var 1,57 (spændvidde: 1,01-2,44) × større for I end for K <sup>A</sup> , når K <sup>B</sup> udelukkendes af analysen Ellers IS forskel i HR mellem grupperne	Nogle bekymringer
Jensen et al, 2015 [15]	OC-I: 24 OC-G: 24 K: 24	OC 2 interventionsgrupper: OC-I og OC-G	TAU	Stressede personer men ellers raske	RCT, 3-mdr.-followup	IS forskel mellem OC-I og OC-G Grupperne var slået sammen i analysen Signifikant større forbedringer i oplevet stress i den samlede I end K Signifikant større forbedringer i mentalt helbred, depressive symptomer, livskvalitet og søvn i den samlede I end K IS forskel i kortisolniveau mellem OC-grupperne eller OC-grupperne og K Signifikant større reduktion og AUC for de personer i OC-grupperne, der ved <i>baseline</i> havde en ikkeaffladet CAR Denne reduktion var signifikant større for personer i OC-grupperne end for personer i K med en ikkeaffladet CAR ved <i>baseline</i>	Nogle bekymringer

FORTSÆTTES &gt;&gt;

TABEL 1 FORTSAT

Reference	Deltagere, n	Intervention	Kontrol	Population	Design	Resultater	Risk of bias-score <sup>a</sup>
Klatt et al, 2017 [16]	I: 41 K: 40	MIM, arbejdsplads-intervention Varighed: 8 uger Gruppesessioner: 8 × 1 h	Venteliste	Personer med et stressende arbejde	RCT, 9-ugersfollowup, kun foretaget for I	Signifikant større forbedring i oplevet stress og søvn i I end i K IS tendens til en lidt større forbedring i arbejdsmoral i I end i K efter endt behandling Ved 9-ugersfollowup var der sket en lille IS stigning i oplevet stress og en lille forværring i søvn i I Ingen rapportering om arbejdsmoral ved followup	Høj risiko
Netterstrøm et al, 2013 [21]	I: 69 K <sup>a</sup> : 71 K <sup>b</sup> : 58	Hillerødkonceptet Varighed: 3 mdr. Individuel stressbehandling: 8 × 1 h Dialog med arbejdspladsen MBSR-gruppesessioner: 8 × 2 h	2 kontrolgrupper: A: TAU B: venteliste	Personer sygemeldt med arbejdsrelateret stress	RCT, followup-post intervention	IS forskelle i psykologiske symptomer mellem I og K <sup>a</sup> efter 3 mdr. Signifikant mindre forbedringer på angst, depressive symptomer, fjendtlighed, tvangstanker, psykotisme og interpersonel sensitivitet i K <sup>b</sup> end i I efter 3 mdr. OR for TTA var 8,15 (spændvidde: 3,2-20,7) × større for I end for K <sup>b</sup> og 3,53 (spændvidde: 1,6-7,9) × større for K <sup>a</sup> end for K <sup>b</sup> OR for øget mængde arbejdstimer var 21,27 (spændvidde: 4,3-104,5) × større for I end for K <sup>a</sup> og 10,67 (spændvidde: 2,2-50,9) × større for K <sup>a</sup> ift. KB Arbejdsdygtigheden var signifikant større for I end for K <sup>b</sup> og IS for I ift. K <sup>a</sup> efter 3 mdr.	Nogle bekymringer
Pedersen et al, 2015 [23]	I: 200 K: 200	Psykoedukation Varighed: 6 uger Gruppesessioner: 6 × 2 h	TAU	Sygemeldte personer, der er i risiko for at have en mental lidelse	RCT, 6 mdr-followup	IS forskelle i ændringer i psykologiske symptomer og mentalt relateret livskvalitet mellem grupperne Signifikant større grad af intern lokus af kontrol i I end i K RR for fuld TTA efter 3 mdr. var 0,68 (spændvidde: 0,47-0,98) × mindre for I end for K RR for fuld TTA efter 6 mdr. var 0,97 (spændvidde: 0,78-1,21) × mindre for I end for K RR for første TTA efter 3 mdr. var 0,83 (spændvidde: 0,63-1,09) × mindre for I end for K RR for første TTA efter 6 mdr. var 0,94 (spændvidde: 0,77-1,14) × mindre for I end for K	Nogle bekymringer
Willert et al, 2011 [22]	I: 51 K: 51	Gruppebaseret kognitiv terapi. Varighed: 3 mdr.	Venteliste	Personer med symptomer på arbejdsrelateret stress	RCT, followup-post intervention	Signifikant forbedring i oplevet stress i I IS forbedring i oplevet stress i K Signifikant større forbedring i oplevet stress i I end i K efter endt behandling Kun signifikante ændringer på positiv tænkning i mestringsevne før og efter behandling Signifikant forbedring i positiv tænkning i I, IS forbedring i K IS forskel mellem grupperne Selvrapporteret sygefravær var signifikant mindre i I end i K efter intervention: 27 dage (spændvidde: 18-37) mod 44 dage (spændvidde: 33-54) Sygefravær fra DREAM var IS lavere for I end for K efter intervention: 7 uger (spændvidde: 5-9) mod 10 uger (spændvidde: 8-11) HR for vedvarende TTA med data fra DREAM var 1,58 (0,89; 2,81) × større for I ift. K efter endt intervention	Nogle bekymringer
Willert et al, 2009 [17]		Gruppesessioner: 8 × 3 h					

AUC = area under the curve; CAR = cortisol awakening response; HR = hazard ratio; I = interventionsgruppen; IS = ikke-signifikant; K = kontrolgruppen; KAT = kognitiv adfærdsterapi; MBSR = mindfulnessbaseret stressreduktion; MIM = mindfulness in motion; NNBT = Nacardia nature-based therapy; OC = åben og rolig; OC-G = OC-gruppe; OC-I = OC-individuelt; OR = oddsratio; RCT = randomiseret kontrolleret undersøgelse; RR = relativ risiko; STreSS = specialised treatment for severe bodily distress syndromes; TAU = vanlig behandling; TTA = tilbagevenden til arbejdet.

a) Cochrane's Risk of Bias Assessment Tool indeholder spørgsmål vedrørende 1) tilstrækkelig randomiseringsteknik, 2) forudsigtelse af gruppetildeling, 3) blinding af deltagere, personale og dem, der indsamler mål ved followup, 4) håndtering af manglende data, 5) rapportering kun af udvalgte *outcomes*, 6) andre potentielle trusler mod validiteten af studiet. Ved hvert spørgsmål vurderedes, om validiteten var truet. Hvis der under  $\geq 1$  af spørgsmålene var grund til bekymringer, blev studiet vurderet til »nogle bekymringer«, hvis der under  $\geq 1$  af spørgsmålene var grund til at mistænke høj risiko for bias, blev studiet vurderet til »høj risiko«, hvis der ikke var nogen grund til bekymring, blev studiet vurderet til »lav risiko«.

TABEL 2

Elementer i de enkelte interventioner undersøgt i et randomiseret kontrolleret undersøgelse-design.

Reference	Musik- element	Natur- element	KAT-element	Fokus på TTA eller vedlige- holdelse af arbejde	Mindfulness- element	Hjemme- arbejde	Individuelt	Gruppe	Meditation	Yoga	Psyko- edukation
<i>Beck et al,</i> 2015 [12]	+					+		+			
<i>Corazon et al,</i> 2018 [18]		+	+	+	+		+	+	+	+	
<i>Dalgaard et al,</i> 2014 [19]			+	+		+	+				
<i>Glasscock et al,</i> 2018 [14]											
<i>Dalgaard et al,</i> 2017 [13]			+	+		+	+				
<i>Dalgaard et al,</i> 2017 [20]											
<i>Jensen et al,</i> 2015 [15]						+	+	+	+		
<i>Klatt et al,</i> 2017 [16]	+			+	+	+		+	+	+	
<i>Netterstrøm et al,</i> 2013 [21]				+	+	+	+	+	+	+	
<i>Pedersen et al,</i> 2015 [23]				+				+			+
<i>Willert et al,</i> 2011 [22]			+	+		+		+			+
<i>Willert et al,</i> 2009 [17]											

KAT = kognitiv adfærdsterapi; TTA = tilbagevenden til arbejde.

at MBSR har effekt på stress, symptomer på angst, depression, livskvalitet, blodtryk, smertereduktion m.m. [25-27]. Ud over dokumentationen af MBSR's effekt på psykologiske mål, har RCT-studier vist, at MBSR har effekt på kroppens immunsystem [28, 29].

I Storbritannien udkom der i 2015 en rapport fra Mindfulness All-Party Parliamentary Group (MAPPG), hvori arbejdsgruppen anbefaler, at MBSR og MBKT bliver implementeret i sundhedsvæsenet, kriminalforsorgen, skolesystemet og på arbejdspladser [30].

Vi beskriver i denne artikel MBSR som et internationalt eksempel på en stressreducerende intervention, som har dokumenteret effekt og bør inddrages i beslutninger vedr. håndtering af folkesundhedsproblemet stress i Danmark. Fordelen er, at det er en veldefineret intervention med indbygget individuel tilpasning. MBSR er ikke terapi, men en gruppebaseret sundhedsfremmende og forebyggende intervention, der giver færdigheder til bedst muligt at tage vare på sig selv og

andre. Der er gode erfaringer med at implementere MBSR i Danmark, bl.a. på Bispebjerg Hospital og i Aarhus Kommune, men MBSR er ikke et etableret tilbud i det danske sundhedsvæsen. Vi kan ikke udelukke, at der internationalt findes andre veldefinerede stressreducerende interventioner, som har vist dokumenteret effekt og med fordel kunne afprøves i dansk kontekst. Med veldefinerede mener vi, at interventionskomponenterne er beskrevet i en grad, så interventionen kan repliceres. Det kan MBSR.

## KONKLUSION

Der er set en tendens til, at der i Danmark arbejdes u hensigtsmæssigt med forskning inden for stressreducerende interventioner. Denne tendens giver sig udslag i to underkategorier: 1) Der udvikles stressreducerende interventioner, der undersøges i et RCT-design én eller to gange af den samme forskningsgruppe, og der er dermed ikke mulighed for at dokumentere effekterne

af disse interventioner, og 2) der arbejdes ikke professionelt folkesundhedsfagligt på feltet, da international viden om stressreducerende interventioner ikke inddrages for enten at blive undersøgt i en dansk kontekst eller blive implementeret i kommunerne. Der er et behov for at ændre dette for at sikre evidensbaseret praksis i forhold til offentlige stressreducerende indsatser.

MBSR er et eksempel på en stressreducerende intervention, der er velundersøgt, og hvis effekter er dokumenteret i mere end 100 RCT'er. MAPPG har på baggrund af evidensen på området indstillet til, at parlamentet i Storbritannien undersøger mulighederne for at implementere mindfulnessbaserede interventioner i sundhedstilbuddene. Ligesom i Storbritannien bør vi arbejde med evidensbaseret sundhedsfremme og forebyggelse i Danmark.

## SUMMARY

Emilie Hasager Bonde, Lone Overby Fjorback & Lise Juul:

A lack of systematic in stress-reducing measures but documented effect of mindfulness-based stress reduction  
Ugeskr Læger 2019;181:V12180882

Long-term stress is a major and still rising public health problem, which is associated with increased risk of disease and mortality. In this review, we find that a systematic literature search of stress-reducing interventions tested in a randomised controlled trial (RCT)-design in Denmark showed, that interventions are only tested one or two times and only by the same research group. Furthermore, the international literature is not reviewed sufficiently before developing new interventions. Mindfulness-based stress reduction is a well-tested stress-reducing intervention, which is tested in more than 100 RCTs. In Great Britain, Mindfulness All-Party Parliamentary Group has used this information to make recommendations to Parliament.

**KORRESPONDANCE:** Lone Overby Fjorback.

E-mail: lone.overby.fjorback@clin.au.dk

**ANTAGET:** 11. juni 2019

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 19. august 2019

**INTERESSEKONFLIKTER:** Aarhus Universitet udbyder MBSR-læreruddannelsen og MBSR-kurser og har indtægter på disse. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

- Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O et al. Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2017. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- Nielsen NR, Kristensen TS. Stress i Danmark – hvad ved vi? Sundhedsstyrelsen, 2007.
- Stress og statistik 2018. www.stressforeningen.dk/stress-og-statistik (1. nov 2018).
- McEwen BS, Lasley EN. The end of stress as we know it. Dana Press, 2002.
- Prior A, Fenger-Grøn M, Larsen KK et al. The association between perceived stress and mortality among people with multimorbidity: a prospective population-based cohort study. *Am J Epidemiol* 2016;184:199-210.
- Skovgaard T, Nielsen MB, Aro AR. Evidens i forebyggelsen. Sundhedsstyrelsen, 2007.
- Danske Regioner. Psykiatri. <https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-socialpsykiatri> (8. jul 2019).
- Kommunernes Landsforening. Temadag for evidensbaserede programmer. <https://www.kl.dk/nyhed/2013/juni/program-temadag-om-evidensbaserede-programmer> (8. jul 2019).
- Kommunens arbejde med forebyggelsespakkerne. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- Cochrane. About us 2018. <https://www.cochrane.org/about-us> (26. okt 2018).
- Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:7-18.
- Beck BD, Hansen AM, Gold C. Coping with work-related stress through guided imagery and music (GIM): randomized controlled trial. *J Music Ther* 2015;52:323-52.
- Dalgaard VL, Andersen LPS, Andersen JH et al. Work-focused cognitive behavioral intervention for psychological complaints in patients on sick leave due to work-related stress: results from a randomized controlled trial. *J Negat Results Biomed* 2017;16:13.
- Glasscock DJ, Carstensen O, Dalgaard VL. Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample. *Int Arch Occup Environ Health* 2018;91:675-87.
- Jensen CG, Lansner J, Petersen A et al. Open and calm – a randomized controlled trial evaluating a public stress reduction program in Denmark. *BMC Public Health* 2015;15:1245.
- Klatt M, Norre C, Reader B et al. Mindfulness in motion: a mindfulness-based intervention to reduce stress and enhance quality of sleep in Scandinavian employees. *Mindfulness* 2017;8:481-8.
- Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand J Work Environ Health* 2009;35:145-52.
- Corazon SS, Nyed PK, Sidenius U et al. A long-term follow-up of the efficacy of nature-based therapy for adults suffering from stress-related illnesses on levels of healthcare consumption and sick-leave absence: a randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(1):E137.
- Dalgaard L, Eskildsen A, Carstensen O et al. Changes in self-reported sleep and cognitive failures: a randomized controlled trial of a stress management intervention. *Scand J Work Environ Health* 2014;40:569-81.
- Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH et al. Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scand J Work Environ Health* 2017;43:436-46.
- Netterstrøm B, Friebel L, Ladegaard Y. Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013;82:177-86.
- Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work – results from a randomized wait-list controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2011;37:186-95.
- Pedersen P, Søgaard HJ, Labriola M et al. Effectiveness of psychoeducation in reducing sickness absence and improving mental health in individuals at risk of having a mental disorder: a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2015;15:763.
- Dalgaard L, Eskildsen A, Carstensen O et al. Changes in self-reported sleep and cognitive failures: a randomized controlled trial of a stress management intervention. *Scand J Work Environ Health* 2014;40:569-81.
- Khouri B, Sharma M, Rush SE et al. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. *J Psychosom Res* 2015;78:519-28.
- Janssen M, Heerkens Y, Kuijjer W et al. Effects of mindfulness-based stress reduction on employees' mental health: a systematic review. *PLoS One* 2018;13:e0191332.
- Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2018;59:52-60.
- Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med* 2003;65:564-70.
- Rosenkranz MA, Davidson RJ, Maccocoon DG et al. A comparison of mindfulness-based stress reduction and an active control in modulation of neurogenic inflammation. *Brain Behav Immun* 2013;27:174-84.
- Mindfulness All-Party Parliamentary Group (MAPPG). Mindful Nation UK, 2015.