

ACT vid stress
- en randomiserad kontrollerad studie
av en gruppintervention för socialsekreterare.

Hillevi Brinkborg
Josefin Michanek

Handledare: Gunilla Berglund

PSYKOLOGEXAMENSUPPSATS, 30 HP, 2009

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN



Innehållsförteckning

Inledning	2
Stress, coping och psykisk ohälsa	3
ACT som preventiv åtgärd	4
Socialsekreterare	8
Syfte och frågeställningar	9
Metod	9
Undersökningdeltagare	10
Procedur	11
Oberoende variabler	11
Beroende variabler	13
Databearbetning	15
Etiska överväganden	16
Resultat	16
Effekt av interventionen för samtliga deltagare	16
Effekt av interventionen för deltagare med hög respektive låg stress	18
Gruppledarnas påverkan på effekt av interventionen	20
Deltagarnas utvärdering av interventionen	20
Diskussion	21
Resultatdiskussion	21
Metoddiskussion	23
Resultaten relaterade till tidigare forskning	24
Framtida tillämpning av interventionen	25
Vidare forskning	26
Referenslista	26
Bilaga 1	30
Bilaga 2	33
Bilaga 3	35

ACT VID STRESS
– EN RANDOMISERAD KONTROLLERAD STUDIE
AV EN GRUPPINTERVENTION FÖR SOCIALSEKRETERARE¹

Hillevi Brinkborg och Josefin Michanek

Långvarig stress ökar risk för ohälsa och sjukfrånvaro, med negativa konsekvenser för individ, organisation och samhälle. En preventiv metod för stresshantering är Acceptance and Commitment Training (ACT). Syftet var att med en randomiserad, kontrollerad studie undersöka huruvida en kortvarig ACT-intervention påverkar stress och generell psykisk hälsa hos socialsekreterare inom Stockholms stad ($n=106$). Bortfall hanterades med intent-to-treat-analys. Vid förmätning rapporterade två tredjedelar av deltagarna hög stressnivå ($PSS \geq 25$). Resultaten visade att de som genomgått interventionen ($n=70$) hade signifikant lägre skattningar av stress, generell psykisk ohälsa och utbrändhet jämfört med kontrollgrupp ($n=36$). Separata analyser visade att dessa skillnader fanns även för deltagare med hög stress vid förmätning, men inte för de med låg. Effektstorlekarna var små till måttliga. Ingen signifikant skillnad fanns för prestationsbaserad självkänsla, psykologisk flexibilitet eller krav och kontroll i arbetet. Genom randomisering kontrollerades även för gruppledarinflytande. Slutsatsen var att interventionen kan användas för att minska symtom på stress, utbrändhet och psykisk ohälsa hos socialsekreterare. Vidare forskning bör undersöka effekten över tid.

Det moderna arbetslivet kännetecknas av höga krav, effektivitet, snabbt tempo och konkurrens (Lundberg, 2005). Arbetsrelaterad stress med psykisk ohälsa som konsekvens är idag ett stort samhällsproblem (Socialstyrelsen, 2003). Långvariga och kroniska stressreaktioner ökar risk för ohälsa. Några exempel på detta är utmattning (Socialstyrelsen, 2003), depression (Wang, Schmitz, Dewa & Stanfeld, 2009), hjärt- och kärlsjukdomar som stroke, akut hjärtinfarkt och högt blodtryck (McEwen, 2002) samt nedsatt immunförsvar (Cohen et al., 1998). Stressrelaterad ohälsa medför, utöver lidande för individen, negativa konsekvenser för organisation och samhälle. Sverige har de sista tio åren uppvisat en kraftig ökning när det gäller arbetsfrånvaro på grund av hälsoproblem, speciellt bland kvinnor (Lundberg, 2005). Vanliga anledningar till frånvaron är bland annat utbrändhet, depression, muskel- och huvudvärk. De flesta av dessa har ansetts vara stressrelaterade.

¹ Tack till handledare Gunilla Berglund, Stockholms universitet, för engagerande handledning. Tack också till sektionschef Charlotte Skawonius samt psykologerna Maria Lalouni och Erik Hellman vid Stockholms stad. Studien hade inte blivit av utan Fredrik Livheim på FORUM som erbjudit utbildning och stöd under projektets gång.

Var femte sysselsatt individ i Sverige har det senaste året haft någon form av arbetsorsakade besvär, där stress och psykiska påfrestningar var en av de vanligaste orsakerna (Arbetsmiljöverket, 2008). Av de svenska långtidssjukskrivningarna (mer än 28 dagar) beräknas minst hälften vara arbetsrelaterade och omkring en tredjedel av dessa anses vara relaterade till stress (Ds 2001:28). De samhällsekonomiska kostnaderna för stressrelaterad ohälsa under ett år, kopplade till faktorer i arbetslivet, uppskattades till åtta miljarder kronor i form av produktionsbortfall.

Stress, coping och psykisk ohälsa

Arbetsrelaterad stress är svår att skilja från annan stress, då samma kroppsliga reaktion uppstår oavsett orsak. Stress utlöses i situationer som individen uppfattar som hotande, obekanta eller utmanande (McEwen, 2002). Stressreaktioner kan öka förmågan att hantera svåra situationer och upplevas såväl positivt som negativt (Selye, 1958). Grundprincipen är att kroppens resurser mobiliseras till delar som i stunden behöver dem mest, för att optimera beteenden som till exempel kamp eller flykt (McEwen, 2002). Olika fysiologiska förändringar leder till exempelvis ökad hjärtfrekvens, ökat blodflöde till muskler och organ och ökat blodtryck.

I många situationer då en stressreaktion uppstår är varken kamp eller flykt ett alternativ, till exempel vid en konflikt på arbetsplatsen där individen inte upplever sig ha möjlighet att påverka eller lämna situationen. Systemet som är tänkt att skydda individen orsakar då istället nedbrytning och kan leda till ohälsa. Det kan inträffa vid upprepad och ihållande stress. Alternativt inträffar det då kroppen inte på ett adekvat sätt anpassar sig till en stressande situation eller fortsätter att aktivera stressreaktionen även långt efter att den stressande situationen är över. Överaktivering av stressreaktionen gör att kroppen inte längre kan fungera normalt.

När en situation upplevs som ohanterbar kan individen reagera med frustration (Folkow, 2005). Denna reaktion präglas av känslor som maktlöshet, uppgivenhet och sorg, och leder till minskad motorik, tillbakadragenhet och minskad konkurrens. Reaktionen kan bli kronisk.

Kroppen är i stor utsträckning motståndskraftig för kortvariga krav och stressorer, men på lång sikt är det avgörande med perioder av vila (Lundberg, 2005). Avgörande för att aktivera återuppbyggande processer är också motion och sömn. Lundberg menar att det är sannolikt att bristen på återhämtning och vila är ett större hälsoproblem än den totala stressnivån.

Arbetsrelaterad stress kan förstås utifrån flera modeller. Karasek och Theorell (1990) sammanfattar i Krav-Kontrollmodellen hur individen i arbetslivet påverkas av psykologiska krav, beslutsutrymme och stöd. Modellen är indelad i fyra dimensioner. Höga krav kombinerat med låg kontroll kan ge långvarig uppvarvning och riskerar att leda till trötthet, ångest och fysisk sjukdom. Höga krav kombinerat med hög kontroll kan ses som en utmaning. Risken är dock att individen bortprioriterar andra områden i livet, som motion och vila, vilket kan leda till utbrändhet (Levi, 2005). Låga krav och hög kontroll minskar risken för stress och sjukdom (Karasek & Theorell, 1990). Låga krav och låg kontroll kan leda till minskad motivation och produktivitet.

Begreppet coping syftar på bemästring eller hantering av stressituationer (Lazarus & Folkman, 1984). Coping kan avse dels specifika strategier för att hantera stressituationer, dels tro på den egna förmågan att hantera situationen (Eriksen & Ursin, 2005). Vilken strategi individen använder sig av har visat sig ha mindre inverkan på hälsa än tillit till den egna förmågan, enligt Eriksen och Ursin. Visserligen kan en fungerande strategi för coping minska stressreaktionen, men man har även sett att övertygelse om att situationen går att bemästra i sig minskar reaktionen.

Icke-fungerande strategier för stresshantering kan få negativa konsekvenser för individen då stressreaktionen kvarstår (Lazarus & Folkman, 1984). Detta kan uppstå då individen upplever att hans/hennes handlingar inte får önskad effekt på stressande stimuli, så kallad inlärd hjälplöshet eller hopplöshet. Detta kan generaliseras till andra situationer och väcka känslor som rädsla, nedstämdhet och skuld. Långvarig stress kan på så vis leda till psykisk ohälsa. Exempelvis har forskning visat att hög långvarig arbetsrelaterad stress fördubblar risken för depression (Wang et al., 2009).

Långvarig stress kan också leda till utbrändhet, som präglas av fysisk, mental och emotionell utmattning samt olust och empatibortfall (Maslach & Jackson, 1981). Utbrändhet korrelerar med bland annat sömnstörning, ökat användande av alkohol och droger samt äktenskapsproblem. Det kan dessutom påverka personalomsättning, jobbfrånvaro och moral. En riskfaktor för att utveckla utbrändhet antas vara hög prestationsbaserad självkänsla (Hallsten, Josephson & Torgén, 2005). Prestationsbaserad självkänsla bidrar till stort engagemang i arbetet men även oro över den egna insatsen, vilket kan öka sårbarhet och risk för stressrelaterade problem. Den svenska diagnosen utmattningssyndrom (Socialstyrelsen, 2003) uppkom utifrån ett behov av en tydligare definierad term för stressrelaterad utmattning och en tydligare gränsdragning mot depression. Symtomen tilltar successivt och kan utgöras av trötthet, spändhet, smärta, sömnproblem, hjärtklappning samt ökande fysisk och psykisk utmattning. Nedstämdhet, ångest och depression är vanligt. Vid utmattningstillstånd upplevs arbetet ofta vara den viktigaste orsaken (Åsberg, Nygren, Herlofson, Rylander & Rydmark, 2005). Utmattningssyndrom har ofta ett långdraget förlopp (Socialstyrelsen, 2003).

ACT som preventiv åtgärd

Interventioner utformade för att reducera arbetsrelaterad stress kan fokusera på att öka individens psykologiska resurser (till exempel förbättra copingstrategier) eller riktas mot förändring av den arbetsrelaterade miljön (Ds 2001:28; van der Klink, Blonk & Schene, 2001). Individfokuserade interventioner för stresshantering (stress management interventions; SMI) syftar till att hjälpa anställda att hantera arbetsrelaterad stress och utformas ofta som psykoedukativa träningsprogram (Flaxman & Bond, opublicerad). Det är vanligt att stresshanteringsprogram innehåller en kombination av tekniker från kognitiv beteendeterapi (KBT), som problemlösning, kognitiv omstrukturering och avslappning. Dessa interventioner är ofta fokuserade på att, utifrån traditionella KBT-modeller, förändra dysfunktionella och/eller stressande tankar och reducera obehagliga känslor. Studier har visat att sådana stresshanteringsprogram generellt är effektiva för att öka psykisk hälsa på arbetsplatsen (Saunders et al, 1996; van der Klink et al., 2001).

En metaanalys undersökte effekten av interventioner för att minska arbetsrelaterad stress (van der Klink et al., 2001). I studien ingick 48 experimentella studier med över 3500 deltagare. Fyra interventioner inkluderades: KBT, avslappning, multimodala program och organisationsfokuserade interventioner. Samtliga hade små men signifikanta effekter. KBT-interventionerna hade större effekt än andra program ($d=0,68$).

Den preventiva interventionen ACT-SMI (Acceptance and Commitment Training Stress Management Intervention) har utformats med ett fokus på acceptans snarare än förändring av svåra tankar och känslor (Bond, 2004; Bond & Hayes, 2002). Interventionen baseras på Acceptance and Commitment Therapy (ACT) även om den i detta sammanhang benämns som Training, då det inte är en terapi (S. C. Hayes, personlig kommunikation, 28 april 2009). ACT kan anses vara relevant vid prevention eftersom fokus ligger på att hantera svårigheter snarare än att eliminera patologi (Biglan, Hayes & Pistorello, 2008).

ACT - forskning och teoretisk bakgrund

ACT växte fram i USA under tidigt 1980-tal (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Utifrån ett teoretiskt och filosofiskt ramverk har psykoterapimetoden utvecklats och empiriskt prövats. ACT har ibland beskrivits som en så kallad tredje vågens beteendeterapi (BT; Hayes, 2004). BT baserat på ett inlärningsteoretiskt perspektiv ansågs utgöra den första vågen av vetenskapligt baserade psykoterapier (Öst, 2008). I den andra vågen adderades kognitiv terapi (KT) utvecklad av Aaron Beck. Hayes (2004) menar att den tredje vågens psykoterapier har bibehållit den empiriska grunden och samtidigt ökat fokus på kontext och funktion av psykologiska fenomen.

Empirisk forskning har visat på lovande resultat av ACT för en rad olika psykiska problem, men ännu finns bara enstaka studier inom varje enskilt område eller diagnos (Hayes, Masuda, Bisset, Luoma & Guerrero, 2004a). I en forskningsöversikt ingick åtta randomiserade kontrollerade studier, två studier med annan design och 15 fallstudier med en eller flera deltagare. Studierna visade på effekt för bland annat depression, psykos, beroende, social ångest och arbetsrelaterad stress. En senare forskningsgenomgång fann 13 randomiserade, kontrollerade studier där ACT jämfördes med kontrollgrupp eller en annan aktiv behandling (Öst, 2008). Studierna undersökte förutom tidigare nämnd problematik exempelvis smärta och diabetes. I genomsnitt var effektstorlekarna för ACT måttliga. Forskningen kritiserades för att hålla lägre metodologisk kvalitet än motsvarande KBT-forskning, vilket kan innebära att resultaten behöver tolkas med viss försiktighet.

ACT bygger på funktionell kontextualism, inlärningsteori och Relational Frame Theory (RFT). Det funktionella, kontextualistiska perspektivet innebär att sammanhanget anses vara avgörande för beteendet (Hayes et al., 1999). En viktig utgångspunkt är det pragmatiska sanningskriteriet, som medför att en analys av ett beteende är sann om den hjälper individen nå sina mål. Utifrån ett inlärningsteoretiskt perspektiv görs en skillnad mellan kontingensstyrt och regelstyrt beteende. Kontingensstyrt beteende är inlärt genom direkt kontakt med situationella konsekvenser till skillnad från beteende styrt av

verbalt formulerade regler. Regelstyrt beteende är i vissa sammanhang funktionellt men blir i andra kontexter inflexibelt och okänsligt för situationella förändringar. RFT bygger på en vetenskaplig analys av mänskligt språk och kognitioner (Hayes, 2004). Utgångspunkten i ACT är att verbala beteenden leder till både för- och nackdelar (Hayes et al., 1999), men fokus ligger på hur språket bidrar till mänskligt lidande. Enligt Hayes med flera kan normalpsykologiska processer ligga till grund för psykopatologi i många fall, vilket kallas antagandet om destruktiv normalitet. Inom ACT används sex nyckelbegrepp: kognitiv frikoppling, kontakten med här och nu, acceptans, värderingar, värderade handlingar och självet som utgångspunkt. Genom att utveckla dessa psykologiska färdigheter antas individen öka sin psykologiska flexibilitet (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Psykologisk flexibilitet definieras som förmågan till medveten närvaro i nuet och förmågan att förändra eller vidmakthålla beteenden som leder i värderad riktning.

Språket möjliggör en ständig kontakt med smärtsamma tankar och känslor. Detta innebär att stressande tankar kan leda till en kroppslig stressreaktion, då dåtid eller nutid blir närvarande i nuet genom språket. Hayes med flera beskriver detta som en kognitiv sammanblandning. Övningar i kognitiv frikoppling syftar till att möjliggöra distans till tankar. Ett annat sätt att minska kognitiv sammanblandning är att använda medveten närvaro (Hayes, 2004). Medveten närvaro innebär att träna på att vara närvarande i nuet. Detta ökar kontakten med här och nu och kan skapa distans till tidigare upplevelser.

För att minska kontakt med smärtsamma tankar och känslor använder människor sig av ett inre undvikande (Hayes et al., 1999). Undvikandet av tankar och känslor har visat sig ge önskvärd effekt på kort sikt, men det som undviks har en tendens att öka i frekvens och intensitet över tid (Clark, Ball & Pape, 1991; Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). Ett alternativt förhållningssätt är att utöva acceptans. Acceptans definieras som villighet att uppleva svåra inre upplevelser, som till exempel tankar och känslor. Acceptans är ett aktivt förhållningssätt och ska inte likställas med tolerans eller resignation.

Det är en mänsklig tendens att låta yttre beteenden styras av tankar och känslor (Hayes et al., 1999). Utifrån ACT-modellen riskerar livet således att präglas av undvikanden vilket kan hindra individen från att leva i enlighet med sina värderingar. Tydligt formulerade värderingar kan ge individen en riktning vilket kan öka stabilitet och därmed psykisk hälsa. Genom att formulera värderingar, samt bryta ner dem i konkreta mål och handlingar ökar sannolikheten att önskade beteenden vidmakthålls över tid. Handlingar i enlighet med individens värderingar kallas värderade handlingar.

En människa utgår alltid från sitt eget perspektiv här och nu (Hayes, 2004). Allt hon upplever utgår från henne själv. Insikten om detta kan ge en känsla av kontinuitet och trygghet, en upplevelse av ett stabilt jag. Detta kan i sin tur öka villigheten att uppleva svåra tankar och känslor. Inom ACT kallas detta för självet som utgångspunkt.

Implementering av ACT-SMI

ACT-SMI är anpassad för att genomföras inom organisationer och företag som en preventiv intervention för stresshantering (Bond, 2004). Då en kostnadsmissig

begränsning ofta föreligger är interventionen kortvarig (Bond & Hayes, 2002). Den består av tre sessioner om tre timmar, där de första två ges med en veckas mellanrum och den sista tre månader senare (Bond, 2004). Tidsupplägget gör det möjligt för deltagarna att öva ACT-tekniker på arbetsplatsen. Interventionen ges i gruppformat, men kan även genomföras med enskilda individer.

Interventionens mål under första träffen är att motivera deltagarna till förändring genom att ifrågasätta utfallet av tidigare copingstrategier och presentera alternativa förhållningssätt. En vanlig copingstrategi är försök till kontroll av problem, vilket enligt ACT-modellen ofta förvärrar situationen. Alternativa copingstrategier som kognitiv frikoppling och acceptans presenteras. Vidare får deltagarna under andra träffen enskilt formulera värderingar, mål och handlingar i enlighet med dessa. Mål under tredje träffen är att försvaga hinder för att handla i värderad riktning. Villighet att uppleva obehag kan då i sig vara en värderad handling.

Forskning av ACT-SMI

Den första kontrollerade studien av en ACT-SMI gjordes i en brittisk medieorganisation (Bond & Bunce, 2000). Nittio deltagare fördelades slumpmässigt till tre grupper: ACT-SMI, en intervention som främjade förändring av arbetsrelaterade stressorer och en kontrollgrupp i form av väntelista. Båda interventionerna, men inte väntelista, ledde till förbättring vad gäller depression (BDI) och arbetsrelaterade faktorer (benägenhet till nytänkande). Endast ACT-SMI gav förbättring vad gäller generell psykisk hälsa (GHQ). Förändringen vid ACT-SMI hade medierats av psykologisk flexibilitet (AAQ), medan förändringen av den andra interventionen hade medierats av försök att förändra stressorer.

Interventionen undersöktes senare på drygt 400 kundtjänstanställda på ett brittiskt finansbolag (Bond & Bunce, 2003). Studien undersökte hur förmåga till psykologisk flexibilitet på lång sikt påverkar psykisk hälsa, arbetstillfredsställelse och arbetsprestation. Högre nivå av psykologisk flexibilitet (AAQ) predicerade bättre generell psykisk hälsa (GHQ) och arbetsprestation vid ett års uppföljning. Inget stöd fanns för att psykologisk flexibilitet predicerade arbetstillfredsställelse.

Flaxman och Bond (opublicerad) genomförde en kontrollerad studie av ACT-SMI bland 87 anställda inom offentlig sektor i England. Deltagarna randomiserades till ACT-SMI eller väntelista. Båda grupperna uppvisade förbättrad generell psykisk hälsa (GHQ), minskade dysfunktionella tankar (DAS) och ökat lärande på arbetet, men skillnaderna var tydligare vid ACT-SMI än i kontrollgruppen. Endast ACT-SMI gav förbättring vad gäller psykologisk flexibilitet (AAQ). Förbättrad generell psykisk hälsa medierades av ökad psykologisk flexibilitet.

ACT-SMI låg till grund för en randomiserad, kontrollerad studie på 230 svenska gymnasieungdomar (Livheim, 2004). Eftermätning visade att ACT-SMI minskade ångest (DASS) och förbättrade funktion inom det område som eleverna upplevde som sitt största problemområde (PQ) jämfört med kontrollgrupp. Uppföljning efter två år visade att gruppen som genomgått ACT-SMI hade förbättrats vad gäller psykologisk flexibilitet (AAQ), kognitivt processande, stress och ångest (delskalor ur GHQ) jämfört

med kontrollgrupp (Jakobsson & Wellin, 2006).

En mindre svensk studie undersökte ACT-SMI för lärare vid grund- och gymnasieskolor (Altbo & Nordin, 2007). Resultaten visade på signifikant ökad psykologisk flexibilitet (AAQ), förbättrad generell psykisk hälsa (GHQ), minskad stress (PSS, Vardagslivets stress) och minskade symtom på utbrändhet (MBI) fyra veckor efter att interventionen avslutats. Ingen skillnad påvisades vad gäller depression (BDI) eller arbetsrelaterade faktorer (delskalor ur QPS Nordic). Jämförelse mellan intervention ($n=15$) och aktiv placebo i form av kortare föreläsning om stress ($n=7$) visade endast på signifikant skillnad vad gäller psykologisk flexibilitet.

Eftersom ACT-SMI har visat positiva resultat inom privata organisationer vore det intressant att i större skala studera effekten hos anställda inom svensk offentlig sektor. ACT-SMI har inte utvärderats för vuxna i Sverige i någon större studie.

Socialsekreterare

Socialsekreterare är en yrkesgrupp anställda inom den svenska socialtjänsten. De arbetar med myndighetsutövning, förebyggande arbete, råd och stöd (Björling & Hägglund, 2004). Internationellt betecknas de som socialarbetare (social workers). Bland socialarbetare har höga nivåer av stress och emotionell utmattning samt låga nivåer av arbetstillfredsställelse observerats (Evans et al., 2006). Detta har kopplats till en upplevelse av att vara undervärderad på arbetet, höga arbetskrav och låg kontroll. Skattningar har indikerat att 47 procent hade hög generell psykisk ohälsa. Psykologisk stress har visats vara högre för socialarbetare anställda inom offentlig sektor jämfört med andra områden, mätt med symtom av utbrändhet, ångest, depression och irritation (Himle, Jayaratne & Thyness, 1993). Socialarbetare inom offentlig sektor uppvisade även signifikant större problem med fysisk hälsa såsom trötthet, yrsel, muskelspänningar. Ett samband mellan utbrändhet och att arbetet upplevdes som besvärligt och betungande har observerats bland japanska socialarbetare (Takeda, Ibaraki, Yokoyama, Miyake & Ohida, 2005).

Akademikerförbundet SSR (2008-11-20) genomförde en medlemsundersökning bland socialsekreterare i Stockholms stad. Resultaten visade att 72 procent ansåg att de hade en tung arbetsbelastning, varav 23 procent upplevde arbetsbelastningen som mycket tung. Ungefär 30 procent var missnöjda med sin arbetssituation och de vanligaste orsakerna var arbetsbelastning och lön. Majoriteten (65 procent) hade de senaste två åren övervägt att söka jobb utanför socialtjänsten.

Tecken på hög personalomsättning har även observerats i en annan svensk studie. Bland socialsekreterare inom Stockholms län hade drygt hälften arbetat på sin arbetsplats högst två år samtidigt som 48 procent hade planer på att söka nytt arbete (Tham, 2007). Att vilja byta arbete var kopplat till en upplevelse av brist på belöning för väl utfört arbete och en upplevelse av att ledningen inte visade intresse för de anställdas hälsa och välbefinnande. Varken kön, ålder eller faktorer relaterade till arbetsuppgifter var kopplade till vilja att byta arbete.

Kvinnliga socialsekreterare och kuratorer hade högst antal sjukskrivningar (minst fem veckor) på grund av arbetsorsakade besvär ej kopplade till arbetsolycka i en undersökning av olika yrkesgrupper (Arbetsmiljöverket, 2008). Andelen sjukskrivningar var så hög som 9 procent och den vanligaste orsaken var stressrelaterade besvär. 23 procent uppgav besvär till följd av stress och psykiska påfrestningar. 31 procent hade varje vecka sömnsvårigheter orsakade av tankar på arbetet (Arbetsmiljöverket, 2001). Bland socialsekreterare och psykologer upplevde 91 procent arbetet som psykiskt påfrestande.

Då socialsekreterare i hög grad rapporterat upplevelse av stress och stressrelaterade besvär kan detta antas vara en yrkesgrupp som kan ha nytta av en intervention för stresshantering.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att med en randomiserad, kontrollerad studie undersöka om ACT-SMI påverkar stressnivå och generell psykisk hälsa hos socialsekreterare, jämfört med en kontrollgrupp. Övriga beroende variabler var utbrändhet, prestationsbaserad självkänsla, psykologisk flexibilitet samt krav och kontroll i arbetet.

Upplevd stressnivå kan tänkas påverka individens behov av en förbättrad stresshantering. Därför undersöktes den initiala stressnivåns betydelse för effekten. För att minska sammanblandning mellan intervention och gruppleddare genomfördes kontroll för gruppleddarnas betydelse. Deltagarnas utvärdering kan ge kompletterande information om interventionens användbarhet inom arbetslivet.

Följande frågeställningar undersöktes:

1. Vilken effekt har interventionen jämfört med kontrollgrupp?
2. Har deltagarnas stressnivå vid förmätning betydelse för interventionens effekt?
3. Har gruppleddare betydelse för interventionens effekt?
4. Hur utvärderades interventionen av deltagarna?

Metod

Stockholms stads 1 228 socialsekreterare erbjöds interventionen centralt via enhetschefer inom stadsdelsförvaltningarna (se bilaga 1). Enhetscheferna ansvarade för att inbjudan vidarebefordrades till anställda socialsekreterare via e-post (se bilaga 2). Socialsekreterarna hade möjligheten att anmäla sig till ett informationsmöte, då bakgrund och innehåll i interventionen beskrevs kortfattat. De informerades även om frivilligt deltagande. Socialsekreterarna gavs möjlighet att anmäla deltagande genom att fylla i informerat samtycke och självskattningsformulär. Under mötet framkom att många intresserade socialsekreterare inte kunnat närvara då inbjudan nått dem med kort varsel, varför ett extra möte sattes in. Av de totalt 108 personer som närvarade vid mötena anmälde sig 106 personer.

Undersökningsdeltagare

De 106 deltagarna var i genomsnitt 44 år, vilket motsvarar åldern för socialsekreterare inom Stockholms stad (2009-01-31). Fördelningen av kvinnor var något högre i föreliggande studie (89 procent) än i Stockholms stad och i Sverige generellt (82 procent; Sveriges Kommuner och Landsting, 2007). Socialsekreterare från 10 av 14 stadsdelsförvaltningar deltog, med en relativt representativ fördelning mellan de tio stadsdelsförvaltningarna (Stockholms stad, 2009-01-31). Deltagarna hade i genomsnitt arbetat tio år hos nuvarande arbetsgivare, vilket är fem år mindre än socialsekreterare generellt inom Stockholms stad (2009-01-31). Tillsvidareanställning innehades av 95 procent medan övriga hade tillfällig eller annan tidsbegränsad anställningsform, vilket är jämförbart med Stockholms stad. I genomsnitt arbetade socialsekreterarna 38 timmar per vecka.

Alla deltagare utom en arbetade inom området individ- och familjeomsorg, vilket motsvarar fördelningen inom Stockholms stad. Inom detta verksamhetsområde arbetade deltagarna främst med barn och ungdomar, enskilt bistånd samt vuxna och missbruk. Alla de vanligare arbetsområdena för socialsekreterare inom Stockholms stad fanns således representerade bland deltagarna. Viss överrepresentation fanns bland socialsekreterare som arbetar med barn och ungdomar samt socialpsykiatri. 17 av de som anmälde sig uppgav en annan titel än socialsekreterare, exempelvis biståndshandläggare eller familjerättssekreterare. Efterforskningar visade att arbetsförhållanden och arbetsuppgifter var jämförbara varför de inkluderades i studien.

De flesta hade socionomutbildning (89 procent) medan övriga hade examen från högskola eller universitet såsom beteendevetare, program för socialomsorg eller socialpedagog. Deltagarna var främst sambo/gifta (61 procent) eller ensamstående (21 procent), medan övriga var särbo, skilda och änkor. 67 av deltagarna hade barn, 39 hade inga barn.

En tredjedel ($n=35$) hade någon gång varit sjukskrivna under en längre period under arbetslivet (mer specifik information saknas). De orsaker deltagarna uppgav skulle i drygt hälften av fallen kunna anses vara stressrelaterade (Lundberg, 2005; McEwen, 2002; Socialstyrelsen 2003), såsom utmattningssyndrom, stress, ångest eller depression (16 procent) och eventuellt stressrelaterad fysisk sjukdom (4 procent). Majoriteten genomgick ingen pågående behandling under studiens gång, medan 9 procent uppgav att de deltog i psykologisk/medicinsk behandling för psykologiska problem. 12 procent genomgick medicinsk eller sjukgymnastisk behandling för fysisk sjukdom/tillstånd.

I eftermätning deltog 94 personer och bortfallet var således tolv personer. Fem av dessa påbörjade aldrig interventionen, två avslutade i förtid och fem genomförde interventionen men fyllde inte i eftermätning. Samtliga av de som föll bort tillhörde experimentgrupp, med representativ fördelning över olika experimentgrupper (se figur 1). De var i högre utsträckning gifta/sambo än övriga deltagare. Hälften arbetade på två av stadsdelsförvaltningarna. De hade i mindre utsträckning varit sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa. Ingen hade en pågående behandling av psykologiska skäl. I övrigt skilde de sig inte från andra deltagare. Oberoende t-test visade inte på några signifikanta skillnader i skattningar vid förmätning på någon av skalorna. Av de tolv som avbröt sitt deltagande i studien uppgav nio personer skäl till detta. Orsaken var

främst tidsbrist på grund av arbetet. Några andra skäl var att träffarna inte passade med schemat, sjukskrivning och privata skäl.

Deltagare som genomgått interventionen ombads även att genomföra en utvärdering. Denna genomfördes av 51 personer av de 70 som erbjöds interventionen. Då utvärderingen genomfördes anonymt kan ingen beskrivning av bortfallet ges för dessa.

Procedur

Utifrån skattningar på skalan Percieved Stress Scale (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) delades deltagarna in i grupper med hög stress ($n=68$) respektive låg stress ($n=38$). Som gränsvärde användes medelvärdet vid en svensk normering (24,4 poäng; Eskin & Parr, 1996). Låg stress definierades som ≤ 24 poäng, medan hög stress definierades som ≥ 25 poäng.

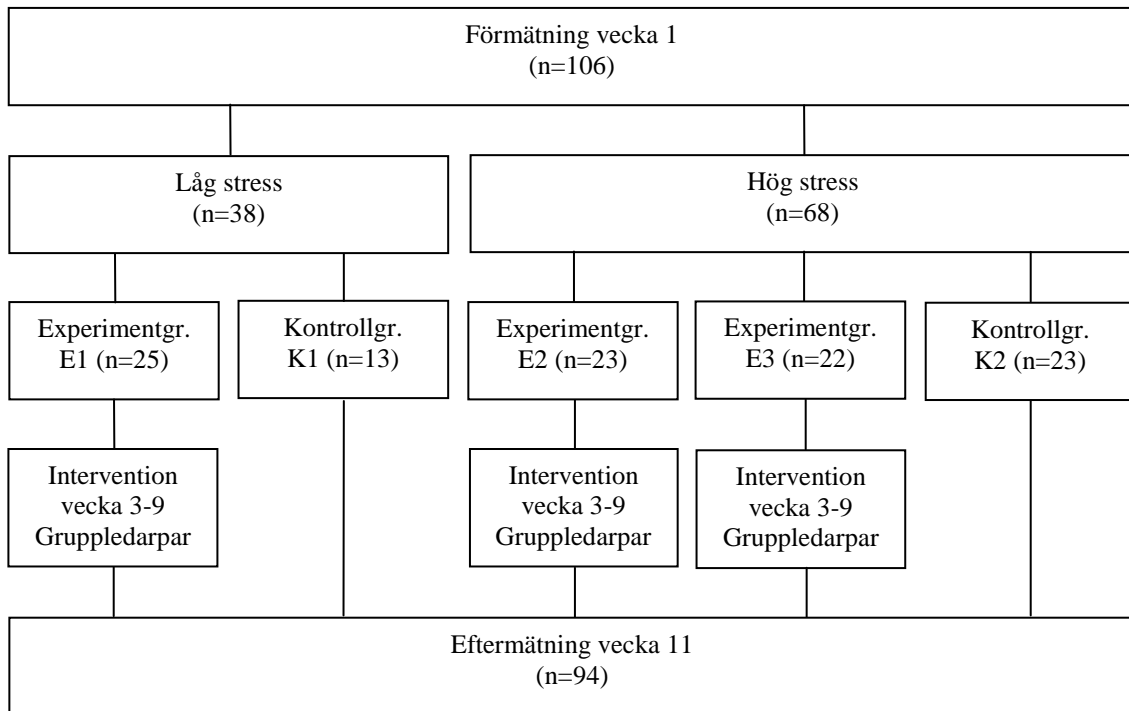
Deltagarna i respektive grupp randomiserades till experimentgrupper och kontrollgrupper, med fördelning 2:1 (se figur 1). Randomiseringen genomfördes med hjälp av det internetbaserade verktyget Urbaniak och Plous Research Randomizer 2009. Interventionen påbörjades två veckor efter förmätning. Den genomfördes av fyra gruppleddare som arbetade i par (se nedan). De två gruppleddarna randomiserades till att hålla i varsin experimentgrupp med hög stress. Deltagarna med låg stress var färre till antal och därför randomiserades de inte till olika gruppleddare utan formade en grupp, för att hålla i gruppstorlekarna så jämna som möjligt. Kontrollgrupperna stod på väntelista.

De deltagare som genomgått interventionen ombads att fylla i en utvärdering i samband med interventionens avslutande. Eftermätning skedde för samtliga deltagare två veckor efter att experimentgruppen avslutat interventionen. Deltagarna erbjöds att fylla i eftermätning i Stockholms stads lokaler alternativt att skicka in eftermätning via post. Kontrollgruppen erbjöds interventionen i anslutning till studiens avslutande.

Oberoende variabler

Oberoende variabler utgjordes av en modifierad version av ACT-SMI, samt kontrollbetingelse i form av väntelista. Stratifieringsvariabel var skattning av stress (PSS) vid frågeställning två. Gruppleddarpar användes som oberoende variabel vid frågeställning tre.

Utifrån ACT-SMI (Bond, 2004; Bond & Hayes, 2002) har en svensk, något modifierad version utvecklats (Livheim, 2008, opublicerad). Manualen var ursprungligen anpassad till gymnasieelever (Livheim, 2004). I denna svenska version används fler metaforer och interaktiva övningar. Dessutom finns ett ökat fokus på att ge och följa upp hemuppgifter, vilket medför att antalet träffar utökats till fyra. Hemuppgifter tillkommer i form av motion samt en CD-skiva med övningar i medveten närvaro som deltagarna får kostnadsfritt.



Figur 1. Flödesschema över förmätning, eftermätning, gruppindelning och deltagarantal.

Den modifierade versionen av ACT-SMI består av fyra träffar om tre timmar varannan vecka. Två gruppledare genomför varje intervention. Gruppstorleken varierar mellan sju och trettio deltagare, med rekommenderat antal 15-20. Varje träff har ett specifikt tema och följer samma struktur (se bilaga 3). Mellan varje träff genomför deltagarna hemuppgifter som följs upp i början av nästkommande träff. För att öka genomförande av hemuppgifter används belöningsystem, där samtliga deltagare får en belöning och de deltagare med högst poäng får en extra belöning. Den första träffen handlar om stress, acceptans och språk. Under andra träffen arbetar man med värderingar och den så kallade livskompassen. Tredje träffen ägnas åt arbete kring hinder och flexibilitet. Den sista och fjärde träffen fokuserar på medkänsla och kommunikation, samt vidmakthållande av förändring. Mindre modifieringar gjordes av gruppledarna för att anpassa manualen till vuxna, såsom att exempel och rollspel utspelar sig på arbetsplats istället för i skolmiljö.

Samtliga gruppledare i studien hade genomgått samma gruppledarutbildning under hösten 2008 och hållit i varsin grupp tidigare. Gruppledarepar A var leg. psykologer med inriktningen KBT. Gruppledarepar B var författarna till studien och gick således sista terminen på psykologprogrammet med inriktningen KBT. Fredrik Livheim som utformat manualen (2008) stod till förfogande som extern handledare för gruppledarna under studien. Följsamhet till manual kontrollerades efter varje träff med en checklista. Inga avsteg från manualen noterades. Interventionen gavs i Stockholms stads lokaler och var inte arbetsplats för någon av deltagarna. Samtliga deltagare genomförde interventionen på arbetstid.

Beroende variabler

Huvudsakliga beroende variabler var självskattad stress och generell psykisk hälsa. Övriga beroende variabler var utbrändhet, prestationsbaserad självkänsla, psykologisk flexibilitet och krav och kontroll i arbetet.

Stress

Perceived Stress Scale (PSS) är en skattningsskala för att mäta upplevd stress (Cohen et al., 1983). PSS består av 14 frågor som syftar till att undersöka i vilken utsträckning situationer i individens liv uppfattas som oförutsägbara, okontrollerbara och överbelastande. Skalan täcker även in stress som härrör från långvariga, pågående stressorer samt från förväntan inför kommande stressorer. Svaren anges på en femgradig likertskala (0=aldrig, 4=mycket ofta). Den svenska versionen av PSS har visat på goda psykometriska egenskaper, med en intern konsistens på 0,82 och split-half-reliabilitet på 0,84 (Eskin & Parr, 1996). PSS korrelerade med självskattning av symtom på depression, socialt stöd och viktiga negativa livshändelser. Det svenska normvärdet för PSS var $m=24,4$ ($sd=8,0$). Högre poäng innebär högre upplevd stress. I föreliggande studie beräknades Cronbachs alfa till 0,85-0,87.

Generell psykisk hälsa

General Health Questionnaire (GHQ) är en skattningsskala för att mäta generell psykisk hälsa (Goldberg, 1972, refererad i Banks et al., 1980). Skalan finns även i kortare versioner och GHQ-12 anses vara mest relevant vid arbetsrelaterade studier (Banks et al., 1980). GHQ-12 berör exempelvis stämningssläge, ångest och sömn. Skalan har goda psykometriska egenskaper. Den uppvisar god validitet och god split-half-reliabilitet (0,87; Bhui, Bhudra & Goldberg, 2000). Cronbachs alfa har i olika stickprov varierat mellan 0,82 och 0,90 (Banks et al., 1980; Bhui, Bhudra & Goldberg, 2000). Skattningar på GHQ-12 påverkas inte av ålder, nivå på arbetsuppgifter, civilstånd (Banks et al., 1980). Arbetslösa och kvinnor har visat sig ge något högre skattningar. Svaren anges på en fyrgradig skala (0=aldrig, 3=alltid). Poängsättning kan genomföras med olika metoder (Banks et al., 1980). Enligt likertmetoden, som användes i föreliggande studie, sker poängsättning på en skala med 0-3 poäng. Högre poäng innebär högre psykisk ohälsa (min 0 poäng, max 36 poäng). I föreliggande studie beräknades Cronbachs alfa till 0,80-0,83.

Utbrändhet

Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach & Jackson, 1981) är en skattningsskala som utformats för att mäta arbetsrelaterad utbrändhet. Instrumentet består av 22 frågor gällande personliga känslor och attityder. Varje påstående skattas på en sjugradig likertskala (0=aldrig, 6=varje dag). MBI är indelat i tre delskalor: emotionell utmattning (EE), cynism (DE) och professionell effektivitet (PA). Enligt Maslach och Jackson har skattningsskalan hög reliabilitet och validitet. MBI:s inre homogenitet mättes med Cronbachs alfa, med en reliabilitetskoefficient på 0,83-0,84. För de olika delskalorna varierade reliabilitetskoefficienterna mellan 0,60 och 0,89. I föreliggande studie beräknades Cronbachs alfa till 0,83-0,84 för MBI. Vid både för- och eftermätning uppstod flera frågor kring en viss fråga. Beräkning av intern konsistens visade dock att

exklusion av denna fråga gav en mycket liten skillnad i Cronbachs alfa. Höga poäng innebär fler symtom (min 0 poäng, max 132 poäng).

Prestationsbaserad självkänsla

Skalan för prestationsbaserad självkänsla (Pbs-skalan; Hallsten et al., 2005) mäter individens självkänsla baserad på prestationer. Skalan ses som ett komplement till test som mäter utbrändhet. Pbs-skalan består av fyra frågor och besvaras genom en femgradig likertskala (1=stämmer inte alls, 5=stämmer helt). Högre poäng innebär högre prestationsbaserad självkänsla (min 4 poäng, max 20 poäng). Pbs-skalans psykometriska egenskaper bedöms som tillfredställande med en intern konsistens på 0,67-0,85. Stabilitet över ett år beräknades till $r=0,68$. I föreliggande studie beräknades Cronbachs alfa till 0,80-0,84.

Psykologisk flexibilitet

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ; Hayes, 1996) mäter olika aspekter av inre undvikande (Hayes et al., 2004b). Skalan är framtagen för att mäta förändringsprocesser relaterade till ACT-interventioner. Frågorna berör inre undvikanden, kognitiv sammanblandning och oförmåga att agera i närvaro av svåra inre upplevelser. Tidigare versioner av AAQ har visat på god validitet (Bond & Bunce, 2003) och varit kopplade till generell psykopatologi, depression, ångest, olika specifika rädslor, trauma och lägre livskvalitet (Hayes et al., 2004b). Det övergripande fenomenet som skalan mäter har senare kommit att kallas för psykologisk flexibilitet (Hayes et al., 2006). En ej validerad, förkortad, svensk version av AAQ (Lundgren & Parling, 2009, opublicerad) användes i föreliggande studie. Denna består av sex frågor som mäts på en sjugradig likertskala (1=aldrig sant, 7=alltid sant). Kodningen har genomförts så att höga poäng innebär hög psykologisk flexibilitet (min 6 poäng, max 42 poäng). Cronbachs alfa i föreliggande studie beräknades till 0,87-0,88 för denna modifierade version av AAQ.

Krav och kontroll i arbetet

Frågeformuläret Job Content Questionnaire bygger på krav-kontrollmodellen, och mäter psykologiska och sociala faktorer på arbetet (Karasek, Kawakami, Brisson, Houtman & Bongers, 1998). Instrumentet består av 26 frågor och tre delskalor: socialt stöd, beslutsutrymme och psykologiska krav. Swedish Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ; Sanne, Torp, Mykletun & Dahl, 2005) är en modifierad och förkortad version som använts framför allt i de skandinaviska länderna (se till exempel Theorell, 2000, refererad i Sanne et al., 2005). DCSQ innehåller 17 frågor. Frågorna kring socialt stöd i DCSQ är mer orienterade mot atmosfären på arbetsplatsen, medan de i JCQ är mer objektivt och instrumentellt inriktade. DCSQ:s psykometriska egenskaper bedöms som tillfredställande med en intern konsistens, mätt med Cronbachs alfa, 0,67-0,85 (Sanne et al., 2005). Svaren anges med en fyrgradig likertskala (1=nej, så gott som aldrig, 4=ja, ofta). I studien användes delskalorna beslutsutrymme (kontroll) och psykologiska krav (krav), vilka bestod av totalt elva frågor. Högre poäng innebär högre upplevelse av krav (min 5 poäng, max 20 poäng) och kontroll (min 6 poäng, max 24 poäng). I föreliggande studie beräknades Cronbachs alfa till 0,72-0,75 för delskalan krav och 0,51-0,55 för delskalan kontroll.

Utvärdering av interventionen

Enligt manualen rekommenderas att deltagarna fyller i en utvärdering i samband med interventionens avslutande (Livheim, 2008, opublicerad). För att undersöka upplevelse av interventionen som helhet valdes tre frågor från denna utvärdering ut. Svaren anges på en femgradig likertskala (1=mycket dåligt/litet, 5=mycket bra/mycket). Frågorna berörde (1) betyg på kursen som helhet, (2) nyttan deltagaren haft av innehållet i interventionen, och (3) fortsatt tillämpande av innehållet. Detta kompletterades med ytterligare två frågor specifika för deltagare i föreliggande studie: (4) om interventionen skulle rekommenderas till kollegor, och (5) om interventionen är bra för socialsekreterare. Svaren anges på en fyrgradig likertskala (1=stämmer inte alls, 4=stämmer mycket bra).

Databearbetning

Då enstaka frågor ej besvarats (totalt 24 saknade värden) lades medelvärdet in för individens skattningar för den specifika delskalan alternativt för hela skattningsskalan. I de fall en deltagare ej fyllt i en hel skattningsskala exkluderades denna från analysen (totalt tre skalor fördelade på tre deltagare). Individbortfall uppstod då deltagare inte fullföljde interventionen (vilket krävde närvaro vid minst tre av fyra träffar) eller inte genomförde eftermätning. Bortfall hanterades med en intent-to-treat-analys (Öst, 2008). Samtliga deltagare genomförde förmätning och vid senare bortfall gällde dessa skattningar även som eftermätning.

Vid all statistisk analys användes SPSS Statistics 17.0. Reliabilitet kontrollerades med beräkning av Cronbachs alfa för mindre använda skalor (Pbs samt ny version av AAQ) samt skalan för utbrändhet eftersom deltagarna ställde upprepade frågor kring en fråga. En deskriptiv analys genomfördes för att beräkna frekvenser, proportioner, medelvärden och standardavvikelser för de olika grupperna. Oberoende t-test genomfördes för att kontrollera medelvärdesskillnader vid förmätning för de olika grupperna. För att svara på frågeställningar användes 2x2 ANOVA för varje enskilt mätinstrument. Då variansanalys visade signifikant skillnad mellan grupper beräknades effektstyrka (Cohens d) med Watkins Effect size calculator 2003.

Deltagarna delades upp i hög respektive låg stressnivå vid förmätning för att kunna besvara frågeställning två. Eftersom interventionen syftar till att öka förmåga att hantera stress är stressnivå en viktig beroende variabel. Skattning av stress var således både ett kriterium för gruppindelning och ett utfallsmått. För att hantera detta genomfördes analys separat för deltagare med hög respektive låg stressnivå. Analys av frågeställning tre gällande eventuell gruppleddareffekt baserades på data från experimentgrupper med hög stress vid baslinjemätning (E2 och E3), då dessa var de enda grupperna som randomiserats till olika gruppleddare.

Analys av frågeställning fyra gällande deltagarnas upplevelse av interventionen baserades på anonym utvärdering och kunde därför inte kopplas till utfall på övriga beroende variabler. En beräkning av frekvensfördelning genomfördes. Eftersom utvärdering bara genomfördes vid ett tillfälle kunde inte en intent-to-treat-analys

genomföras. De individer som inte fyllde i utvärderingen exkluderades således från analysen.

Etiska överväganden

Alla deltagare garanterades konfidentialitet. De informerades om frivillighet och möjlighet att avbryta sitt deltagande när som helst under studien. Under informationsmötet fick deltagarna skriva på ett informerat samtycke. All data aidentifierades och förvarades inlåst. En etikansökan bedömdes inte vara nödvändig.

Resultat

Effekt av interventionen för samtliga deltagare

Statistisk analys visade inte på några signifikanta gruppskillnader vid förmätningen för experiment- och kontrollgrupp för de använda skalorna, gällande samtliga deltagare. Data var normalfördelat för samtliga skalor vid både för- och eftermätning.

För att undersöka skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp vid för- och eftermätning genomfördes beräkning med 2x2 ANOVA (se tabell 1). Interaktionseffekter fanns av grupp x tid för de huvudsakliga beroende variablerna stressnivå (PSS, se figur 2) och generell psykisk hälsa (GHQ, se figur 3). Interaktionseffekter grupp x tid fanns även för den beroende variabeln utbrändhet (MBI, se figur 4), samt dess delskalor emotionell utmattning (EE), cynism (DE) och professionell effektivitet (PA). Interaktionseffekter grupp x tid för övriga variabler var inte signifikanta, det vill säga för prestationsbaserad självkänsla (Pbs), psykologisk flexibilitet (AAQ) eller krav och kontroll i arbetet (DCSQ).

Effektstyrka för interventionen beräknades med Cohens d för de interaktionseffekter som var signifikanta. Stress och utbrändhet hade måttliga effektstorlekar (måttlig effektstorlek $d=0,50-0,80$; Borg & Westerlund, 2006). Generell psykisk hälsa, samt delskalorna emotionell utmattning, cynism och professionell effektivitet hade små effektstorlekar (liten effektstorlek $d=0,20-0,50$; Borg & Westerlund, 2006).

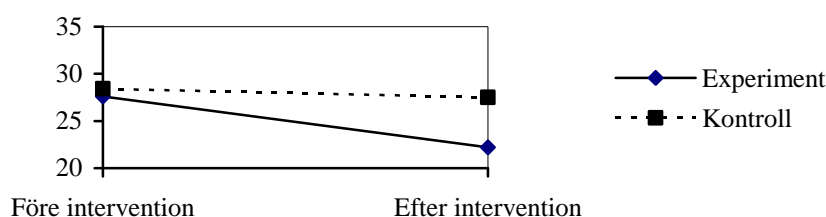
Tabell 1. Resultat för samtliga deltagare på beroende variabler vid för- och eftermätning. Antal, medelvärden och standardavvikelser. ANOVA 2x2 med huvudeffekt av tid och grupp samt interaktionseffekt av tid x grupp. Effektstyrka för interventionen (Cohens *d*).

	G (n)	Före m(sd)	Efter m(sd)	Tid F ¹	Grupp F ¹	Tid x grupp F ¹	d
PSS	E(70) K (36)	27,6 (7,2) 28,4 (7,5)	22,2 (7,5) 27,5 (7,1)	15,69***	5,64*	7,86**	0,72
GHQ	E(70) K (36)	12,8 (4,4) 12,4 (3,9)	10,6 (4,6) 12,3 (4,1)	6,25*	N.S.	5,10*	0,38
MBI	E(70) K (36)	44,6 (15,7) 43,1 (11,3)	37,4 (14,6) 44,4 (12,4)	6,63*	N.S.	14,30***	0,50
MBI - EE	E(70) K (36)	23,7 (9,7) 23,6 (7,9)	20,1 (9,2) 22,9 (7,7)	8,44**	N.S.	4,28*	0,32
MBI - DE	E(70) K (36)	6,3 (5,2) 5,7 (4,2)	4,8 (3,9) 6,1 (4,1)	N.S.	N.S.	7,26**	0,33
MBI - PA	E(70) K (36)	14,5 (6,0) 13,8 (6,3)	12,5 (5,6) 15,4 (6,8)	N.S.	N.S.	10,66***	0,48
Pbs	E(70) K (35)	12,5 (3,9) 12,1 (3,5)	11,9 (4,0) 11,8 (3,7)	N.S.	N.S.	N.S.	
AAQ	E(70) K (36)	30,0 (6,4) 30,0 (6,3)	32,2 (6,4) 31,6 (5,7)	12,03***	N.S.	N.S.	
DCSQ krav	E(68) K (36)	15,8 (2,5) 16,6 (2,6)	16,0 (2,4) 16,7 (2,7)	N.S.	N.S.	N.S.	
DCSQ kontr	E(68) K (36)	18,9 (2,1) 18,7 (2,0)	19,2 (2,2) 19,0 (1,9)	N.S.	N.S.	N.S.	

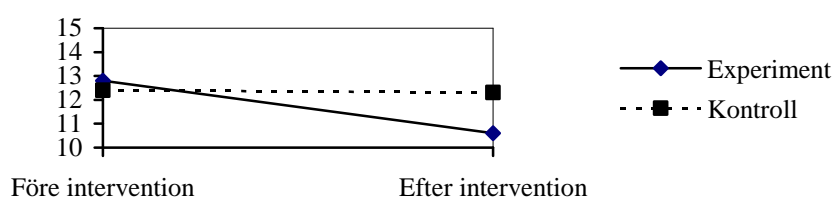
G: grupp, E: experimentgrupp, K: kontrollgrupp.

F¹: F_{1,104} för PSS, GHQ, MBI, AAQ. F_{1,103} för Pbs. F_{1,102} för DCSQ.

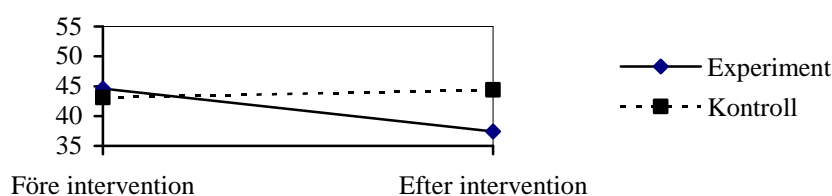
*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, N.S: ej statistiskt signifikant.



Figur 2. Interaktionseffekt tid x grupp för stress (PSS) hos samtliga deltagare.



Figur 3. Interaktionseffekt tid x grupp för generell psykisk hälsa (GHQ) hos samtliga deltagare.



Figur 4. Interaktionseffekt tid x grupp för utbrändhet (MBI) hos samtliga deltagare.

Effekt av interventionen för deltagare med hög respektive låg stress

Statistisk analys visade inte på några signifikanta gruppskillnader vid förmätningen för experiment- och kontrollgrupp för de använda skalorna, gällande deltagare med hög respektive låg stressnivå. Data var normalfördelat för alla skalor vid för- och eftermätning.

För att undersöka skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp för deltagare med hög stressnivå vid för- och eftermätning genomfördes beräkning med 2x2 ANOVA (se tabell 2). Interaktionseffekter fanns av grupp x tid för de huvudsakliga beroende variablerna stressnivå (PSS, se figur 5) och generell psykisk hälsa (GHQ, se figur 6). Interaktionseffekter grupp x tid fanns även för den beroende variabeln utbrändhet (MBI, se figur 7), samt dess delskalor emotionell utmattning (EE), cynism (DE) och professionell effektivitet (PA). Interaktionseffekter grupp x tid för övriga variabler var inte signifikanta, det vill säga för prestationsbaserad självkänsla (Pbs), psykologisk flexibilitet (AAQ) eller krav och kontroll i arbetet (DCSQ).

Effektstyrka för interventionen hos deltagare med hög stress beräknades med Cohens d för de interaktionseffekter som var signifikanta. Stress hade måttlig effektstorlek.

Generell psykisk hälsa, utbrändhet samt delskalorna emotionell utmattning och professionell effektivitet hade små effektstorlekar.

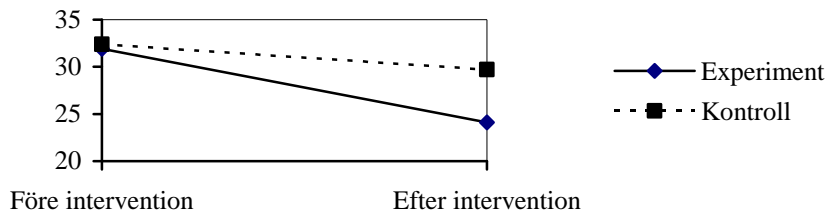
Tabell 2. Resultat för deltagare med hög stress på beroende variabler vid för- och eftermätning. Antal, medelvärden och standardavvikelser. ANOVA 2x2 med huvudeffekt av tid och grupp samt interaktionseffekt av tid x grupp. Effektstyrka för interventionen (Cohens *d*).

	G (n)	Före m(sd)	Efter m(sd)	Tid F ¹	Grupp F ¹	Tid x grupp F ¹	d
PSS	E(45) K (23)	31,9 (4,6) 32,4 (6,4)	24,1 (7,9) 29,7 (6,4)	27,39***	5,31*	6,29*	0,75
GHQ	E(45) K (23)	14,8 (3,6) 14,1 (3,5)	11,7 (5,0) 13,4 (4,0)	12,00***	N.S.	4,30*	0,36
MBI	E(45) K (23)	50,6 (14,5) 46,0 (10,4)	40,8 (16,2) 47,6 (11,7)	7,60**	N.S.	14,51***	0,46
MBI - EE	E(45) K (23)	27,6 (8,5) 25,8 (7,0)	22,1 (9,9) 25,4 (7,7)	9,04**	N.S.	6,81*	0,36
MBI - DE	E(45) K (23)	7,6 (5,6) 5,6 (4,4)	5,4 (4,4) 6,2 (4,0)	N.S.	N.S.	9,27**	0,19
MBI - PA	E(45) K (23)	15,3 (6,2) 14,6 (6,1)	13,3 (6,0) 16,0 (6,7)	N.S.	N.S.	5,70*	0,43
Pbs	E(45) K (22)	12,8 (4,1) 12,1 (3,4)	12,2 (4,3) 11,9 (3,6)	N.S.	N.S.	N.S.	
AAQ	E(45) K (23)	27,5 (5,7) 28,4 (6,3)	30,6 (6,7) 31,1 (6,2)	14,87***	N.S.	N.S.	
DCSQ krav	E(44) K (23)	16,11 (2,6) 17,0 (2,7)	16,4 (2,2) 17,1 (2,8)	N.S.	N.S.	N.S.	
DCSQ kontr	E(44) K (23)	18,5 (2,2) 19,0 (1,7)	18,9 (2,4) 18,7 (1,9)	N.S.	N.S.	N.S.	

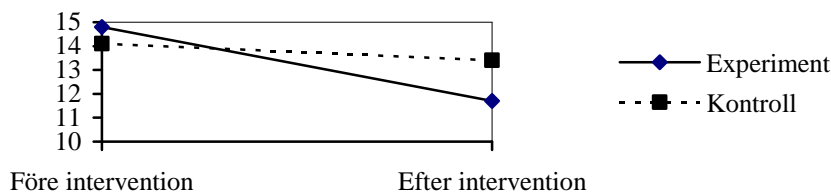
G: grupp, E: experimentgrupp, K: kontrollgrupp.

F¹: F_{1,66} för PSS, GHQ, MBI och AAQ. F_{1,165} för Pbs och DCSQ.

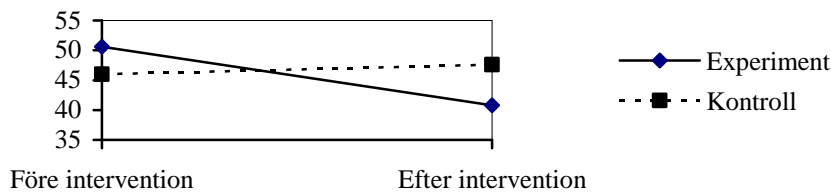
*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, N.S: ej statistiskt signifikant.



Figur 5. Interaktionseffekt tid x grupp för stress (PSS) hos deltagare med hög stress.



Figur 6. Interaktionseffekt tid x grupp för generell psykisk hälsa (GHQ) hos deltagare med hög stress.



Figur 7. Interaktionseffekt tid x grupp för utbrändhet (MBI) hos deltagare med hög stress.

För att undersöka skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp för deltagare med låg stressnivå vid för- och eftermätning genomfördes beräkning med 2x2 ANOVA. Analysen visade inga signifikanta interaktionseffekter av grupp x tid.

Gruppledarnas påverkan på effekt av interventionen

För att undersöka eventuell skillnad i effekt med olika gruppledare genomfördes beräkning med 2x2 ANOVA. Analysen visade inga signifikanta interaktionseffekter av grupp x tid.

Deltagarnas utvärdering av interventionen

För att undersöka deltagarnas utvärdering av interventionen genomfördes en deskriptiv analys (se tabell 3). Deltagarna gav i genomsnitt interventionen betyget 4,5 ($sd=0,7$) av fem möjliga. Nyttan av interventionens innehåll skattades i genomsnitt till 4,0 ($sd=0,8$) och fortsatt tillämpande av innehållet till 3,5 ($sd=0,9$) av fem möjliga. I genomsnitt

skattade deltagarna 3,7 ($sd=0,5$) av fyra möjliga på frågorna om de skulle rekommendera interventionen till kollegor och om de ansåg att interventionen är bra för socialsekreterare. Frekvensfördelning visar att majoriteten av deltagarna gav högsta eller näst högsta poäng på samtliga frågor.

Tabell 3. Resultat av utvärdering av interventionen. Antal, medelvärden, standardavvikelser och frekvensfördelning.

	n	m (sd)	1	2	3	4	5
Betyg på kursen som helhet	51	4,5 (0,7)	0	0	5	18	28
Nytta av innehållet i interventionen	51	4,0 (0,8)	0	2	11	24	14
Fortsatt tillämpande av innehållet	51	3,5 (0,9)	1	6	16	25	3
Interventionen rekommenderas till kollegor	50	3,7 (0,5)	0	1	14	35	/
Interventionen är bra för socialsekreterare	50	3,7 (0,5)	0	1	14	35	/

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka huruvida ACT-SMI påverkar stress och generell psykisk hälsa hos socialsekreterare, jämfört med en kontrollgrupp. Övriga beroende variabler var utbrändhet, prestationsbaserad självkänsla, psykologisk flexibilitet och krav och kontroll i arbetet. Studien visar att interventionen hade effekt på stress, generell psykisk hälsa, utbrändhet samt delskalorna emotionell utmattning, cynism och professionell effektivitet. Effektstorlekarna var måttliga för stress och utbrändhet samt små för övriga. Då stratifierat urval användes visade det sig att interventionen hade effekt för deltagare med hög stress, men ingen signifikant effekt för de med låg stress. För deltagare med hög stress var effektstorleken måttlig för stress och liten för utbrändhet, generell psykisk hälsa, emotionell utmattning samt professionell effektivitet. Interventionen hade samma effekt oberoende av gruppledare på samtliga beroende variabler. Deltagarna gav interventionen ett mycket högt betyg samt skulle rekommendera den till kollegor.

Resultatdiskussion

Då interventionens syfte är att öka förmågan till stresshantering och främja psykisk hälsa är det önskvärt att få resultat på skalor som mäter detta. Resultaten tyder på att interventionen minskade nivåer av stress och ökade den generella psykiska hälsan, vilket innebar att förbättringar fanns på båda de huvudsakliga beroende variablerna. Dessutom minskade symtom av utbrändhet såväl som förbättringar vad gäller de enskilda delskalorna emotionell utmattning, cynism och professionell effektivitet för deltagarna. Interventionen tycks således ha haft positiva konsekvenser för deltagarna. Rimligen har interventionen medfört minskat lidande och ökat det psykiska välbefinnandet för socialsekreterarna. Då stressrelaterad ohälsa var den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro bland socialsekreterare (Arbetsmiljöverket, 2008) är det sannolikt att minskade symtom av stress och utbrändhet på sikt får positiva konsekvenser även för arbetsgivaren. Dock kan vi inte förutsätta att det bland deltagarna finns ett samband mellan självskattad stress och faktisk stressrelaterad sjukfrånvaro.

Resultaten visar även att interventionen haft effekt för personer med hög stress, men inte för de med mindre stress. Interventionen gav förbättringar på samma variabler för samtliga deltagare som för de med hög initial stressnivå. Således har interventionen haft effekt för de individer som varit i störst behov av den. Vid låg initial stress fanns inga signifikanta förändringar vilket kan förklaras med att lägre skattningar ger mindre utrymme för förbättring (golfeffekt). Kanske kan interventionen på sikt tänkas ha effekt även för individer med låg stress, genom en eventuell förbättrad förmåga att hantera framtida stressande omständigheter. Ett annat alternativ är att individer med låg stress generellt har god förmåga att hantera stress och därför inte behöver en intervention för att öka denna. Våra resultat visar att personer med olika initial stressnivå svarade olika på interventionen.

Inga skillnader i effekt fanns mellan olika gruppleddare. Detta tyder på att gruppleddarutbildningen och manualen var avgörande för utfallet av interventionen, snarare än gruppleddarna i sig. Inte heller verkade utfallet påverkas av skillnaden i arbetslivserfarenhet mellan gruppleddarparen. Slutsatsen blir att utfallet är kopplat till interventionen och inte är beroende av gruppleddare. Dock kan inga slutsatser dras vad gäller andra än psykologer med inriktningen KBT som gruppleddare.

Interventionen gav inga förändringar vad gäller prestationsbaserad självkänsla, psykologisk flexibilitet samt krav och kontroll i arbetet. En psykologisk intervention skulle kunna påverka upplevelse av krav och kontroll i arbetet, men kanske är det så att förändringar inom dessa områden i högre grad påverkas av interventioner på organisatorisk nivå. Siegrist (1996) har riktat kritik mot Krav-Kontrollmodellen som han menar begränsar kontroll till att handla om mer objektiva arbetsförhållanden. Därmed tas ingen hänsyn till individuella olikheter vad gäller stressreaktioner. Detta skulle kunna förklara varför denna psykologiska intervention inte gav förändringar på krav och kontroll. Dock bör påpekas att Cronbachs alfa i föreliggande studie var lägst för dessa två skalor vilket kan ha påverkat bristen på signifikanta effekter.

Då interventionen syftar till att öka psykologisk flexibilitet och innehåller övningar kring prestationsbaserad självkänsla förväntades resultat inom dessa områden. Brist på resultat kan bero på att interventionen inte fokuserade på dessa fenomen tillräckligt. Tidigare studier har dock visat att ACT-SMI ökar psykologisk flexibilitet över längre tid (Jakobsson & Wellin, 2006; Flaxman & Bond, opublicerad). Även prestationsbaserad självkänsla skulle möjligen kunna vara ett fenomen som förändras över längre tid. Det talar i så fall för att en senare uppföljning skulle kunna visa på skillnader. Ytterligare en möjlig förklaring är att skalorna inte är tillräckligt känsliga för att visa på eventuella förändringar. Skalan Pbs och den förkortade versionen av AAQ vilka användes i föreliggande studie har inte tidigare använts i forskning av ACT-SMI.

Utvärderingen visade att tillfredsställelsen med interventionen var hög. Deltagarnas upplevelse är viktig av flera skäl. Det kan tänkas att tillfredsställelse ökar deltagarnas engagemang, tillämpande av innehållet och vidmakthållande efter avslut. Det kan också tänkas att högre tillfredsställelse är kopplad till en upplevelse av att interventionen haft önskvärda konsekvenser. Dock kan tillfredsställelsen i stor utsträckning vara relaterad till faktorer som inte påverkar utfall, utan snarare till att träffarna varit trevliga eller

fungerat som ett avbrott i en annars hektisk arbetsvecka. Tillfredsställelsen måste därför ses som ett komplement till övriga analyser. Det är positivt att deltagarna uppskattat en intervention som gav effekt.

Metoddiskussion

Syftet var att utvärdera interventionens effekt på socialsekreterare. Gränsdragningen mellan socialsekreterare och andra yrkesgrupper var i vissa fall oklar. Eventuellt finns därför en risk att studien inkluderar även andra yrkesgrupper. Det finns också en risk att alla socialsekreterare inte fick inbjudan då denna gick ut centralt inom Stockholms stad. Ingen möjlighet fanns att kontrollera att den nådde samtliga socialsekreterare. Vid databearbetning framkom att socialsekreterare från 10 av 14 stadsdelsförvaltningar fanns representerade i stickprovet. De resterande fyra stadsdelsförvaltningarna nåddes eventuellt inte av inbjudan. Interventionen erbjöds kostnadsfritt och under arbetstid så att alla skulle ha möjlighet att delta. Dock framkom att minst en person inte tilläts delta av sin chef, vilket kan ha gällt även andra. Vid generalisering av resultaten till andra socialsekreterare bör man beakta att deltagande i interventionen var frivilligt och anmälan gjordes utifrån intresse. Kanske kan utfallet bli annorlunda om deltagande är obligatoriskt.

Författarna till studien närvarade vid informationsmötet och höll även i en av experimentgrupperna. Detta kan ha påverkat deltagarnas inställning till studien och deras skattningar (Hayes, 2000). Psykisk hälsa kan vara känsligt att skatta för vissa individer och det finns en risk att deltagare besvarar frågor utifrån social önskvärdhet (Hayes, 2000). För att minska detta informerades deltagarna om att resultaten skulle aidentifieras vid databearbetning samt att resultaten skulle redovisas på gruppnivå. Olika faktorer riskerar att påverka utfallet, som exempelvis bortfall och pågående behandling för psykologiska problem. Analys av bakgrundsvariablers och bortfalllets fördelning på de olika grupperna gav inga tecken på sådan systematisk påverkan.

Då ACT-SMI fokuserar på flera olika områden kan utfallet mätas med olika beroende variabler. I första hand valdes dessa utifrån interventionens syfte att öka stresshantering och främja psykisk hälsa. Utbrändhet valdes då området är kopplat till arbetsrelaterad stress och prestationsbaserad självkänsla eftersom detta kan anses vara en riskfaktor för utbrändhet (Hallsten et al., 2005). Enligt ACT-modellen är psykologisk flexibilitet avgörande för god psykisk hälsa (Hayes et al., 1999) varför detta ansågs vara en viktig variabel. Krav och kontroll i arbetet användes eftersom detta är en vanlig modell för att beskriva arbetsrelaterad stress (Karasek & Theorell, 1990). De specifika skalorna valdes till stor del utifrån tidigare studier av ACT-SMI för att möjliggöra jämförelse av resultat (till exempel Bond & Bunce, 2000; Altbo & Nordin, 2007). Övervägande och jämförelse med annan psykologisk forskning ledde till att Perceived Stress Scale, General Health Questionnaire, Maslach Burnout Inventory, skalan för prestationsbaserad självkänsla, Acceptance and Action Questionnaire och Demand-Control-Support Questionnaire valdes. Pbs sågs som ett komplement till tidigare forskning, men resultaten visar att den framöver eventuellt kan utelämnas. Detsamma kan gälla delskalor för krav och kontroll i arbetet.

De ändringar som gjordes för att anpassa interventionen (Livheim, 2008, opublicerad) till vuxna var så små att de inte kan anses påverka innehållet. Således utvärderades interventionen i enlighet med manualen. Då denna version är baserad på ACT-SMI, översatt från engelska och något modifierad påverkar detta generaliserbarheten till den ursprungliga versionen (Bond, 2004; Bond & Hayes, 2002). Mycket tyder ändå på att interventionen är jämförbar med den ursprungliga versionen.

För att undersöka eventuell sammanblandning av metod och gruppleddare genomfördes interventionen av olika gruppleddare. Endast deltagare med hög stress randomiserades till olika gruppleddare, detta hade varit önskvärt även för de med låg stress. Både deltagare och gruppleddare A var ovetandes om gruppindelning i form av hög och låg stress. Författarna till studien, gruppleddare B, var dock medvetna om detta vilket kan ha påverkat förhållningssättet till deltagarna och således resultaten.

Det hade varit intressant att undersöka om resultaten kvarstod vid en uppföljning. Översikt av forskning har visat att effektstorlekar av ACT-interventioner varit lika stora eller större vid senare uppföljning jämfört med eftermätning (Hayes et al., 2006). Dessa preliminära resultat tyder på att effektstorlekarna i föreliggande studie skulle kvarstå eller öka vid en senare mätning. Då studien genomfördes inom ramen för en psykologexamensuppsats fanns varken ekonomiska eller tidsmässiga förutsättningar för en uppföljning. Av etiska skäl erbjöds interventionen även till kontrollgruppen efter studiens avslutande, vilket omöjliggör senare uppföljning av denna studie. Det hade varit bättre att ge en aktiv placebo eller annan verksam intervention (Öst, 2008). Aktiv placebo såsom föreläsning omfattande tolv timmar hade varit svår att göra trovärdig och att ge en kortare placebo hade medfört andra begränsningar. Att jämföra ACT-SMI med annan verksam intervention hade möjliggjort senare uppföljning, men kunde inte genomföras i föreliggande studie.

Att genomföra en randomiserad, kontrollerad studie i en organisation medförde vissa svårigheter såsom rekrytering, schemaläggning och etiska betänkligheter kring kontrollgrupp. Studien kunde dock genomföras till en relativt låg kostnad med högt deltagarantal, lågt bortfall och effekt av interventionen. Slutsatsen blir att randomiserade, kontrollerade studier av preventiva insatser är genomförbara inom organisationer.

Resultaten relaterade till tidigare forskning

Att interventionen ökade generell psykisk hälsa går i linje med tidigare forskning av ACT-SMI (Bond & Bunce, 2000; Bond & Bunce, 2003; Flaxman & Bond, opublicerad). Stress och utbrändhet i samband med ACT-SMI för vuxna har oss veterligen tidigare bara studerats i en mindre svensk studie med preliminärt positiva resultat, dock ej med signifikanta skillnader mellan intervention och kontrollgrupp (Altbo & Nordin, 2007). Resultaten av den föreliggande studien visar att ACT-SMI kan minska stress och utbrändhet. Tidigare studier av ACT-SMI har inte undersökt effekten för personer med olika stressnivå innan interventionen. Detta upplägg har visat att initial stressnivå påverkar hur man svarar på interventionen vilket är intressant för framtida forskning och implementering.

Interventionen gav inte resultat på ökad psykologisk flexibilitet vilket skiljer sig från tidigare studier av ACT-SMI (Altbo & Nordin, 2007; Bond & Bunce, 2000; Bond & Bunce, 2003; Flaxman & Bond, opublicerad). Det kan vara så att resultaten i föreliggande studie inte är kopplade till psykologisk flexibilitet vilket i så fall strider mot resultat i tidigare studier där detta var en mediator (Bond & Bunce, 2000; Flaxman och Bond, opublicerad). I denna studie användes en förkortad och ännu ej validerad version av skalan AAQ för att mäta psykologisk flexibilitet, vilket kan ha påverkat resultatet. Som tidigare nämnts skulle psykologisk flexibilitet kunna vara ett fenomen som förändras över längre tid (Jakobsson & Wellin, 2006).

ACT är en relativt ny metod under utveckling med lovande resultat, men ännu behövs ytterligare forskning. Liksom tidigare studier av ACT-SMI och ACT vid annan problematik, har interventionen haft önskvärda effekter. Detta kan således ses som stöd för att ACT-modellen är ett relevant perspektiv på psykisk ohälsa.

Framtida tillämpning av interventionen

Socialsekreterare i Stockholm har i tidigare undersökningar rapporterat tung arbetsbelastning, missnöje med sin arbetssituation (Akademikerförbundet SSR, 2008-11-20) och hög personalomsättning (Tham, 2007). Hög omsättning var bland annat kopplat till en upplevelse av att ledningen inte visade intresse för anställdas hälsa och välbefinnande.

Två tredjedelar av deltagarna upplevde innan studien hög stress ($PSS \geq 25$). Det kan således antas att de levt under upprepad och ihållande stress. Då sjukfrånvaro ofta är stressrelaterad (Arbetsmiljöverket, 2008; Ds 2001:28) kan personer med hög stress ligga i riskzonen för försämrad hälsa. Det kan tänkas att många av deltagarna låg i riskzonen för att utveckla stressrelaterad ohälsa, såsom utbrändhet. Stressrelaterad ohälsa leder till höga kostnader i arbetslivet (Ds 2001:28). Resultaten pekar på att innehållet i interventionen fungerat som copingstrategi och minskat stress, utbrändhet och psykisk ohälsa. Då interventionen omfattar endast tolv timmar, kräver lite arbetsmaterial och hålls i grupp kan den genomföras till en relativt låg kostnad. Den fungerade som en effektiv åtgärd för att minska stress och psykiska besvär.

Den modifierade versionen av ACT-SMI har visats vara lämplig att använda för socialsekreterare inom Stockholms stad, framför allt vad gäller de med hög stress. I dagsläget går det inte att uttala sig om huruvida personer med låg stress haft nytta av interventionen på lång sikt. Vid framtida implementering bör organisationer åtminstone i ett kortsiktigt perspektiv överväga att genomföra screening för att kunna erbjuda interventionen främst till deltagare med hög stress.

Interventionen får anses ha ett brett fokus snarare än att rikta sig till en specifik målgrupp. Det är därför rimligt att interventionen kan genomföras även för socialsekreterare i övriga delar av landet med samma effekt. Utvärderingen visade dessutom att satsningen uppskattades av socialsekreterarna. De ansåg att interventionen var lämplig för sin yrkesgrupp och ställde sig positiva till att rekommendera den till kollegor.

Då deltagarna i studien, liksom socialsekreterare generellt, främst var kvinnor kan resultaten inte generaliseras till grupper med jämnare könsfördelning eller manlig dominans. Då kvinnors stressrelaterade sjukfrånvaro ökar (Lundberg, 2005) och kvinnors stressnivåer ligger på fortsatt hög nivå efter arbetsdagens slut (Frankenhaeuser et al., 1989) kan det antas att kvinnor är i stort behov av preventiva åtgärder.

Studien visar att denna version av ACT-SMI kan användas för vuxna med arbetsrelaterad stress. Då ACT-SMI nu haft effekt inom svensk offentlig sektor och tidigare internationella studier visat effekt inom näringslivet, kan det antas att interventionen skulle vara verksam för olika yrkesgrupper inom arbetslivet.

Arbetsrelaterad stress kan åtgärdas på flera nivåer. Ansvar för hur arbetet organiseras ligger ofta hos ledning, snarare än anställda. Det är därför av stor vikt att inrikta sig på förändringar både av organisation och hos individen (Bond, 2004; Ds 2001:28; van der Klink et al., 2001). En ACT-intervention är begränsad till förändring av individens förhållningssätt till stress, snarare än förändring av organisationen (Bond, 2004). Det är således viktigt att ACT-SMI inte ges utan att beakta behov av förändring på andra nivåer.

Vidare forskning

Detta är oss veterligen första gången ACT-SMI utvärderas utifrån en indelning av deltagare med hög respektive låg stress. Då detta visade på skillnader i resultat vore det intressant att replikera samt att se huruvida skillnader kvarstår över tid. I nuläget är det omöjligt att säga huruvida deltagarna med låg stress kommer att ha nytta av interventionen på lång sikt. Detta kan mätas med en studie där senare uppföljning ingår.

Det råder ingen tvekan om att interventionen har vissa positiva effekter. Dock har den hittills endast utvärderats i sin helhet. Det vore önskvärt att med processforskning undersöka vilka komponenter i interventionen som är verksamma. Ett förslag skulle kunna vara att undersöka de olika teknikerna som används, såsom psykoedukation, metaforer, diskussion, övningar, rollspel och hemuppgifter. Ett annat alternativ är att separat studera de olika nyckelbegreppen kognitiv frikoppling, kontakten med här och nu, acceptans, värderingar, värderade handlingar och självet som utgångspunkt. Detta kan försvåras av att många övningar samtidigt berör flera olika komponenterna.

Studien har undersökt effekten av interventionen för socialsekreterare och då främst kvinnor. Vidare forskning bör fokusera på även andra yrkeskategorier, grupper med olika utbildningsnivå och jämnare könsfördelning. Intressant vore också att studera utfallet hos individer med svenska som andra språk.

Referenslista

Akademikerförbundet SSR (2008-11-20). Undersökning bland socialsekreterare i Stockholms stad. <http://www.akademssr.se/portal/page/portal/akademssr/press/rapporter/Stockholmprocent20verprocent202procent20novprocent202008.pdf>

Altbo, S & Nordin, L (2007). ACTa våra stressade lärare. En randomiserad studie om Acceptance & Commitment Therapy (ACT) för stressade lärare. (Opublicerad psykologexamensuppsats.) Lunds universitet: Institutionen för psykologi.

Arbetsmiljöverket (2001). Negativ stress och ohälsa. Inverkan av höga krav, låg egenkontroll och bristande socialt stöd i arbetet. Information om utbildning och arbetsmarknad 2001:2.

Arbetsmiljöverket (2008). Arbetsorsakade besvär 2008. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2008:5.

Banks, M. H., Clegg, C. W., Jackson, P. R., Kemp, N. J., Stafford, E. M. & Wall, T. D. (1980). The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 187-194

Bhui, K., Bhudra, D. & Goldberg, D. (2000). Cross-cultural validity of the Amritsar Depression Inventory and the General Health Questionnaire amongst English and Punjabi primary care attenders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 248-254.

Biglan, A., Hayes, S. C. & Pistorello, J. (2008). Acceptance and Commitment: Implications for Prevention Science. *Society for Prevention Research*, 9, 132-152.

Björling, L. & Hägglund, B (2004). Socialsekreterarens arbetsmiljö. En enkätundersökning i Sundsvalls kommun. Rapport nr: 2004:6. Kommunförbundet Västernorrland: FoU Västernorrland.

Bond, F. W. (2004). ACT for Stress. I Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (red.). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, 275-294. New York, USA: Springer.

Bond, F. W. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.

Bond, F. W. & Bunce, D. (2003). The Role of Acceptance and Job Control in Mental Health, Job Satisfaction, and Work Performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.

Bond, F. W. & Hayes, S. C. (2002). ACT at work. I F. W. Bond & W. Dryden (red.) *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.

Borg, E. & Westerlund, J. (2006). Statistik för beteendevetare. Stockholm: Liber AB.

Clark, D. M., Ball, S. & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 253-257.

Cohen, S., Frank, E. Doyle, W. J., Sconer, D. P., Rabin, B. S. & Gwaltney, J. M. Jr. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology*, 17, 214-223.

Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983) A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Ds 2001:28. *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv*. Regeringskansliet, Näringsdepartementet, Departementsserien.

Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., & Pajak, S., et al. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 18, 75-80.

Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2005). Kognitiv stressteori. I Ekman, R. & Arnetz, B. (Red.). *Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna*. Stockholm: Liber.

Eskin, M., & Parr, D. (1996). Introducing a Swedish version of an instrument measuring mental stress.

Stockholms universitet: Psykologiska institutionen.

Flaxman, P. E & Bond, F. W (opublicerad). Cognitive-Behavioural Therapy (CBT)-Based Stress Management Interventions (SMIs): Investigating the Mechanisms of Change.

Folkow, B. (2005). Evolution och fysiologi. I Ekman, R. & Arnetz, B. (Red.). *Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna*. Stockholm: Liber.

Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Fredrickson, M., Melin, B., Tuomisto, M., Myrsten, A.-L. et al. (1989). Stress On and Off the Job as Related to Sex and Occupational Status in White-Collar Workers. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 321-346.

Hayes, N. (2000). *Doing Psychological Research*. Buckingham: Open University Press.

Hayes, S.C. (1996). Acceptance and action questionnaire. (Opublikerat test, tillgängligt från Steven C. Hayes) University of Nevada, Reno, USA.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

Hayes, S. C., Masuda, A., Bisset, R., Luoma, J. & Guerrero, L. F. (2004a). DBT, FAP, and ACT: How Empirically Oriented Are the New Behavior Therapy Technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., PiStorello, J., Toarmino, D. et al. (2004b). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.

Hallsten, L., Josephson, M. & Torgén, M. (2005). Prestationsbaserad självkänsla: En drivkraft i utbränningsprocesser och dess mätning. *Arbete och Hälsa*, 2005:4, 1-35.

Himle, D. P., Jayaratne, S. & Thyness, P. A. (1993). The impact of setting on work-related stress and performance among Norwegian social Workers. *International Social Work*, 36, 221-231.

Jakobsson, C. & Wellin, J. (2006). ACT Stress i skolan. En tvåårsuppföljning av interventionsbehandlingen. (Opublikerat psykologexamensuppsats.) Uppsala universitet: Institutionen för psykologi.

Karasek, R., Kawakami, N., Brisson, C., Houtman, I. & Bongers, P. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessment of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 322-355.

Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

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

Levi, L. (2005). Stress – en översikt. Internationella och folkhälsoperspektiv. I Ekman, R. & Arnetz, B. (Red.). *Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna*. Stockholm: Liber.

Livheim, F. (2004). Acceptance and Commitment Therapy i skolan – Att hantera stress. En randomiserad, kontrollerad studie. (Opublikerat psykologexamensuppsats.) Uppsala universitet: Institutionen för

psykologi.

Livheim, F. (2008). ACT – Att hantera stress och främja hälsa. (Opublicerad manual.) Forskningscentrum för ungdomars psykosociala hälsa, Maria Ungdom och Karolinska institutet (FORUM).

Lundberg, U. (2005). Stress hormones in health and illness: The roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1017-1021.

Lundgren, T. & Parling, T. (2009). Acceptance and action questionnaire, AAQ-II. (Manuskript under förberedelse, tillgängligt från Tobias Lundgren) Uppsala universitet: Institutionen för psykologi.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.

McEwen, B. (2002). *The End of Stress as We Know It*. Washington: National Academies Press.

Sanne, B., Torp, S., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2005). The Swedish Demand–Control–Support Questionnaire (DCSQ): Factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 166–174.

Saunders, T., Driskell, J. E., Salas, E. & Johnston, H. J. (1996). The Effect of Stress Inoculation Training on Anxiety and Performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 170-186.

Selye, H. (1958). *Stress*. Stockholm: Natur och kultur.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.

Socialstyrelsen (2003). *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad ohälsa*. Artikel nr: 2003-123-18 ISBN 91-7201-786-4.

Stockholms stad (2009-01-31). Statistik avseende socialsekreterare inom Stockholms stad. (Opublicerad, erhålles via personalstrategiska avdelningen, Stockholms stad.)

Sveriges Kommuner och Landsting (2007). *Kommunal personal 2007*.

Tham, P. (2007). Why Are They Leaving? Factors Affecting Intention to Leave among Social Workers in Child Welfare. *British Journal of Social Work*, 37, 1225-1246.

Takeda, F., Ibaraki, N., Yokoyama, E., Miyake, T. & Ohida, T. (2005). The Relationship of Jobtype to Burnout in Social Workers at Social Welfare Offices. *Journal of Occupational Health*, 47, 119-125.

van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B & Schene, A. H. (2001). The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276.

Wang, J.-L., Schmitz, N., Dewa, C. & Stanfeld, S. (2009). Changes in Perceived Job Strain and the Risk of Major Depression: Results From a Population-based Longitudinal Study. *American Journal of Epidemiology*, 169, 1085-1091.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. & White, T. L. (1987). Paradoxical Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

Åsberg, M., Nygren, Å., Herlofson, J., Rylander, G. & Rydmark, I. (2005). Utmattningssyndrom. I Ekman, R. & Arnetz, B. (Red.). *Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna*. Stockholm: Liber.

Öst, L-G. (2008) Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321.



SOCIALTJÄNSTFÖRVALTNINGEN
CHARLOTTE SKAWONIUS

SID 30 (38)
2008-12-15

pm

ERBJUDANDE OM KURS I STRESSHANTERING FÖR SOCIALTJÄNSTENS SOCIALSEKRETERARE

Under våren 2009 erbjuds socialsekreterare inom Stockholms stad att delta i en kostnadsfri kurs i stresshantering. Både internationella och svenska studier har tidigare visat att kursen minskar stress, psykisk ohälsa, sjukskrivning och risk för utmattningsproblematik för anställda inom arbetslivet. Kursen ges inom ramen för en studie i samarbete mellan Stockholms universitet, Socialtjänstförvaltningen och FORUM. Detta PM går ut till chefer inom Stockholm stad, vilka sedan vidarebefordrar bifogad inbjudan till anställda socialsekreterare.

ACT- Att hantera stress och främja hälsa

ACT- Att hantera stress och främja hälsa är en kurs med fokus på strategier för att hantera stress. Acceptance and Commitment Training (ACT) är en KBT-metod med syftet att lära individer förhålla sig till påfrestningar på ett mer flexibelt sätt, genom bland annat acceptans och närvaro. Kursen ges vid fyra tillfällen om tre timmar (totalt 12 timmar). Innehållet består av teori varvat med upplevelsebaserat lärande.

Kursen bygger på förlagan ACT at work som i studier visat ge goda resultat. Brittisk forskning inom arbetslivet visade att deltagarna fick sänkt arbetsrelaterad stress och förbättrad psykisk hälsa (Bond & Bunce 2000; Bond & Bunce 2003). Metoden har även undersökts i en mindre studie av svenska lärare med preliminärt goda resultat (Altbo & Nordin, 2007).

En svensk randomiserad studie på 230 ungdomar visade att kursen gav signifikant lägre ångest. Uppföljning visade att resultaten blev ännu bättre på sikt med mindre stress, lägre ångest, bättre psykisk hälsa och större psykologisk flexibilitet (Livheim, 2004; Jacobsson & Wellin, 2006).

Socialsekreterare som målgrupp

Många socialsekreterare inom Stockholm stad anser att de har en tung arbetsbelastning (72 %) och flera är missnöjda med sin arbetssituation (39 %; Akademikerförbundet SSR, 2008). Stressen bland socialsekreterare ökar, samtidigt som begränsade resurser gör det svårt att erbjuda avlastning. Detta skulle kunna medföra att allt fler socialsekreterare befinner sig i riskzonen för ökad psykisk ohälsa och i vissa fall utmattningsproblematik. Riskerna kan minskas genom att ge socialsekreterarna verktyg för att hantera stress och öka generell hälsa.

Därför erbjuder vi nu denna kurs kostnadsfritt till socialsekreterare anställda inom Stockholm stad. Syftet är att kursen ska ge socialsekreterarna strategier för att hantera stress samt förhålla sig till svåra situationer och livsöden som de möter inom ramen för sitt arbete.

Stockholm stad planerar även att på sikt använda metoden i arbete med unga vuxna med diffus psykisk ohälsa på gymnasieskolor och via socialtjänsten. Att kursen nu erbjuds stadens socialsekreterare kan underlätta en långsiktig implementering av metoden. Kursen kan även ses som ett tillfälle till kompetensutveckling i KBT för Socialsekreterarna.

Information till anställda

Inbjudan till anställda att delta i kursen (se bifogad fil) skickas ut av chefer i samtliga stadsdelar. Cheferna ombeds skicka ut inbjudan till samtliga socialsekreterare per mail och publicerar denna på intranäten för Socialtjänsten och Stockholm stad.

ANSVARIGA FÖR STUDIEN

Studien är en examensuppsats vid Stockholms universitet och utförs av psykologkandidaterna Hillevi Brinkborg och Josefin Michanek.Handledare är Gunilla Berglund, leg. psykolog, Fil dr.

Studien genomförs i nära samarbete med Charlotte Skawonius samt leg. psykologer Erik Hellman och Maria Lalouni vid Socialtjänstförvaltningen.

Extern handledare är leg. psykolog Fredrik Livheim vid FORUM (Karolinska institutet och Stockholms Läns Landsting). Fredrik Livheim har utformat manualen för kursen och forskar nu kring förebyggande av psykisk ohälsa och stress.

Studiens upplägg

Syftet med studien är att undersöka hur man kan förbättra den psykiska hälsan bland socialsekreterare och minska eventuella stressrelaterade problem. Studien kommer att genomföras under våren 2009. De socialsekreterare som är intresserade av att delta inbjuds till ett informationsmöte den 21 januari 2009 kl. 9.00 på Fatburen. Mötet beräknas ta 20 minuter, därefter får intresserade möjlighet att ställa frågor och eventuellt göra första mätningen. Deltagarna delas slumpmässigt in i fyra olika grupper. Kursen ges på arbetstid i två omgångar med start i februari respektive april (se tidsschema nedan). Mätningar görs med självskattningsformulär vid informationsmötet samt vecka 12 för samtliga grupper.

Grupp	Tid	Träff 1	Träff 2	Träff 3	Träff 4
Grupp 1		vecka 6	vecka 8	vecka 10	vecka12
Grupp 2		vecka 6	vecka 8	vecka 10	vecka12
Grupp 3	Onsdagar 13-16	vecka 14: 1/4	vecka 16: 15/4	vecka 18: 29/4	vecka 20: 13/5
Grupp 4	Torsdagar 9-12	vecka 14: 2/4	vecka 16: 16/4	vecka 18: 30/4	vecka 20: 14/5

(Grupp 1-2 ges av Erik Hellman och Maria Lalouni. Grupp 3-4 ges av Hillevi Brinkborg och Josefin Michanek.)

Sekretess och återkoppling av resultat

Alla uppgifter behandlas konfidentiellt och deltagarna förblir anonyma. Såväl gruppleddare som deltagare har tystnadsplikt. Individuella resultat kan inte identifieras. Resultat på gruppnivå återkopplas till chefer och deltagare på begäran. Studien beräknas vara färdig i maj 2009.

Vill du lära dig att hantera stress och få hjälp med att skapa det liv du vill leva?



Kursinnehåll

Följande frågor tas upp under kursen:

- Hur kan vi förhålla oss till den stress som är ofrånkomlig i vårt dagliga liv?
- Vad bör vi acceptera och vad kan vi förändra?
- Vad är stress och vad händer i kroppen när vi är stressade?
- Hur kan vi förhindra depression eller utmattningsdepression?
- Vad tycker jag är viktigt och vad ska mitt liv stå för?
- Att identifiera vad jag vill ska finnas med inom livets olika områden.

ACT – Att hantera stress och främja hälsa är en kurs som baseras på Acceptance and Commitment Training (ACT) som är en KBT-metod. Vi lär oss undersöka strategier och möjligheter för att konkret börja ta steg i riktning mot det liv vi vill leva.

Kursupplägg

Kursen ges vid fyra tillfällen à tre timmar (totalt 12 timmar) till socialsekreterare inom Stockholm stad. Träffarna ges varannan vecka. Gruppens storlek är begränsad till max 25 personer. Innehållet är en blandning av teori och upplevelsebaserade moment.

Vad säger forskningen?

Denna kurs är en svensk omarbetning av *ACT at work* som fått goda forskningsresultat inom arbetslivet. De som genomgått kursen har minskad arbetsrelaterad stress och förbättrad psykisk hälsa (Bond & Bunce 2000; Bond & Bunce 2003). En svensk studie på 230 gymnasieungdomar visade att kursen gav signifikant lägre ångest, samt minskad stress och depression (Livheim, 2004). Uppföljning visade att resultaten blev ännu bättre på sikt (Jacobsson & Wellin, 2006). Ytterligare forskning har visat goda resultat (för mer information se www.livskompass.se).

Om kursledarna

Kursledare är leg. psykologer Erik Hellman och Maria Lalouni, samt psykologkandidater Hillevi Brinkborg och Josefin Michanek.

Informationsmöte

Ett informationsmöte ges 21 januari 2009 kl. 9.00 i Fatburen (vi återkommer med ny lokal om intresset kräver en större). Informationen beräknas ta 20 minuter och därefter ges du tillfälle att ställa frågor. Om du väljer att delta i kursen så kommer du att på plats få besvara ett antal frågor i självskattningsformulär. Anmäl dig till informationsmötet till actkurs@gmail.com.

Vad kostar det?

Kursen är helt kostnadsfri eftersom den ges inom ramen för en forskningsstudie. I kurspaketet ingår bland annat en CD innehållande övningar i medveten närvaro.

Kursens upplägg

Kurserna kommer att ges under två perioder. Två grupper startar i början av februari, och två grupper i början av april. Deltagarna delas slumpmässigt in i olika grupper. Om du tackat ja till att medverka är det viktigt att du prioriterar att delta vid samtliga fyra utbildningstillfällen för att kursen ska ha förutsättning att kunna fungera för dig. Om du av någon anledning helt vill avbryta din medverkan vid någon punkt går detta givetvis bra. Även utifrån forskningsskäl är det av stor vikt att närvaron är så hög som möjligt. Självskattningsformulär ifylles före och efter kurs.

Grupp	Tid	Träff 1	Träff 2	Träff 3	Träff 4
Grupp 1		vecka 6	vecka 8	vecka 10	vecka12
Grupp 2		vecka 6	vecka 8	vecka 10	vecka12
Grupp 3	Onsdagar 13-16	vecka 14: 1 april	vecka 16: 15 april	vecka 18: 29 april	vecka 20: 13 maj
Grupp 4	Torsdagar 9-12	vecka 14: 2 april	vecka 16: 16 april	vecka 18: 30 april	vecka 20: 14 maj

Alla uppgifter behandlas konfidentiellt och deltagarna förblir anonyma. Såväl gruppleadare som deltagare har tystnadsplikt. Individuella resultat kommer inte att kunna identifieras. Resultat på gruppnivå återkopplas till deltagare på begäran.

För anmälan eller ytterligare information

Vänligen kontakta Hillevi Brinkborg och Josefin Michanek på actkurs@gmail.com för anmälan till informationsmötet eller ytterligare information. Ring oss på 0703-22 06 81 alternativt 0704-85 40 29.

Sista anmälningsdag

Anmäl dig till informationsmötet senast onsdag 14 januari 2009 till actkurs@gmail.com.

Kursarrangör

Detta är ett samarbete mellan Stockholms universitet, Socialtjänstförvaltningen och FORUM. Studien är en examensuppsats vid psykologprogrammet, Stockholms universitet.

*Översikt innehåll i interventionen**Innehåll träff 1*

Presentation av gruppledare

Dagordning

Vad är stress?

Vad stressar oss människor?

Two sätt att angripa stress

Saker vi kan och bör påverka

Övning: Att hålla andan

Saker vi behöver öva på att acceptera

Deltagare och kursledare

Rätt kurs för dig?

Övning: Tecken på stress

Genomgång av olika tecken stress (tankar, humör, beteende osv)

Vad är effektivt vid stress

Återhämtning

Hjärnan är inte alltid vår vän

Hjärnan är en bli-inte-uppäten-eller-dödad-maskin

Stressreaktionen (kamp-flykt)

Varför medveten närvaro? Forskning

Övning: Världen inom och utom oss

Regeln om yttervärlden

Regeln om världen inom oss

Metafor: Lögnedektorn

Övning: Tänk inte på numren

Olika saker kan väcka smärta

Rent eller skitigt obehag

Metafor: Idol

Vad är alternativen?

Acceptans och villighet som ett alternativ

Metafor: Kvicksand

Veckans tanke

Metafor: Två skalor

Varför det kan vara svårt att acceptera

Hemuppgifter

Sammanfattning

Innehåll träff 2

Repetition träff 1

Övning: Acceptans

Uppföljning hemuppgifter

Introduktion till dagens träff

Genomgång: Språkets inverkan (orden ”men”, ”och”, ”måste”)

Veckans tanke

Livskompassen - genomgång och ifyllande av värderingar

Metafor: Fyren

Övning: Möt dig själv som 90-åring

Rollspel: Funktionell analys av strategier, skattning av livskompass

Diskussion: Livskompass

Livskompass – skattning

Övning och rollspel: Bussmetaforen

Diskussion: Bussmetaforen

Metafor: Såpbubbla

Metafor: Träsket

Hemuppgifter

Sammanfattning

Innehåll träff 3

Kort repetition av tidigare träffar

Övning: Acceptans

Uppföljning hemuppgifter

Introduktion till dagens träff

Metafor: Skidåkaren (målet och vägen dit)

Bryta ner livsriktningar till mål, handlingar och hinder

Metafor: Schackbrädet

Övning: Det observerande jaget

Medveten närvaro (definition)

Övning: Russin (medveten närvaro)

Metafor: Mannen med plankan (medveten närvaro)

Frikoppling från språket: RFT med relaterande-övningar

Metafor: Bonden och hästen

Övning: Mjölk, mjölk, mjölk och Dum, dum, dum

Genomgång: Slå av autopiloten

Hemuppgifter

Sammanfattning

Innehåll träff 4

Övning: Acceptans
Uppföljning hemuppgifter
Introduktion till dagens träff
Övning: Medkänsla
Genomgång och rollspel: jag-budskap
Genomgång och rollspel: säga nej
Genomgång: Att säga ja
Genomgång och rollspel: validering/bekräftelse
Metafor: Joe the Bum
Övning: Att hålla andan
Genomgång: Näring, tillfredsställelse, ta kraft
Sammanfattning av kursen
Vidmakthållande