

HVAD KAN ARBEJDSPLADSER GØRE VED STRESS - OG HVILKE INDSATSER VIRKER?

- En forskningsbaseret vejledning til ledere og HR med konkrete anbefalinger

Stress er ikke kun et individuelt problem. Bestemte forhold i arbejdet øger risikoen for stressrelaterede lidelser, depression og sygefravær - især høje krav, lav indflydelse, ubalance mellem indsats og belønning, lav organisatorisk retfærdighed, høje emotionelle krav og manglende social støtte. Sammenhængene er veldokumenterede, når det gælder risikofaktorerne. Til gengæld er billedet mere blandet, når det gælder effekten af de konkrete indsatser, arbejdspladser kan sætte i værk. Alle arbejdspladsindsatser virker desværre ikke automatisk. Forebyggelse bør begynde med arbejdet frem for med den enkelte person - altså med forhold som arbejdsomfang, prioritering, rolleklarhed, indflydelse, ledelse, støtte, arbejdstid og restitution.

Denne vejledning er skrevet til ledere og HR. Den supplerer vejledningen "Hvad kan du selv gøre ved stress - og hvilken behandling virker?", som henvender sig til den enkelte ansatte. De to perspektiver hører sammen: Individrettede tilbud kan reducere symptomer, men ændringer i arbejdet er nødvendige, når belastningerne ligger i arbejdet. Ved udmattelse, sygemelding og tilbagevenden tyder forskning på, at indsatser med flere tiltag og inddragelse af arbejdspladser kan være mere relevante end enkeltstående tiltag i forhold til individer.

LÆS DETTE FØRST

Behandling hører til i sundhedsvæsenet. Ledere og HR skal ikke behandle stress, angst eller depression. Ansatte med moderate til svære symptomer bør opfordres til at kontakte deres egen læge. Ved tanker om selvskaade eller selvmord skal den ansatte søge hjælp med det samme ved egen læge, lægevakten eller regionens akuttelefon, 112 ved akut fare, eller Livslinien på 70 201 201.

Vær præcis om, hvad der menes med "virker". En indsats kan virke på fire forskellige niveauer:

1. Arbejdsmiljøet - f.eks. lavere krav, mere indflydelse og bedre støtte.
2. Selvoplevede symptomer og trivsel - f.eks. mindre stress og bedre søvn.
3. Kliniske lidelser - f.eks. depression og angst.
4. Arbejdsudfald - f.eks. sygefravær, fastholdelse og tilbagevenden.

En indsats kan forbedre arbejdsmiljøet uden straks at flytte sygefraværet; og reducere symptomer uden at ændre de forhold, der skabte problemet. Mål derfor både på arbejdsvilkår, symptomer, fravær og gennemførelse; ellers ved I ikke, hvad der faktisk har ændret sig.

1. BRUG DEN DANSKE RAMME: APV, AMO, MED/SU OG PSYKISK ARBEJDSMILJØ

I Danmark er arbejdet med stress ikke kun et HR-valg. Arbejdsgiveren har ansvar for, at arbejdet planlægges, tilrettelægges og udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt - også psykisk. Bekendtgørelsen om psykisk arbejdsmiljø omfatter blandt andet stor arbejdsmængde og tidspres, uklare og modstridende krav, høje følelsesmæssige krav og krænkende handlinger. Det er relevante stressbelastninger - ikke perifere trivselstemaer.

Alle arbejdspladser med ansatte skal gennemføre en skriftlig arbejdspladsvurdering (APV), som også omfatter det psykiske arbejdsmiljø. APV'en skal ajourføres ved væsentlige ændringer og mindst hvert tredje år, og der skal desuden gennemføres en årlig arbejdsmiljødrøftelse. Ved ti eller flere ansatte skal der være en arbejdsmiljøorganisation (AMO), som skal inddrages i hele APV-processen. I kommuner og regioner er arbejdsmiljøarbejdet ofte integreret i MED-systemet, men arbejdsmiljøopgaven forsvinder ikke af den grund. På private arbejdspladser bør samarbejdsudvalg (SU), tillidsrepræsentanter (TR), arbejdsmiljørepræsentanter (AMR) og ledelse kobles tydeligt til processen, hvor det er relevant. Råder arbejdspladsen ikke selv over den nødvendige sagkundskab, skal der indhentes ekstern bistand.

1. Brug APV-logikken: kortlægning, vurdering, prioritering, handlingsplan, ansvar, frist og opfølgning.
2. Beslut, hvor stressindsatsen forankres: ledelse, HR, AMO, MED/SU eller en styregruppe.
3. Skriv ned, hvem der kan ændre opgaver, deadlines, ressourcer, møder, bemanning og prioriteringer - og på hvilket niveau beslutningen ligger.
4. Undgå parallelle HR-projekter uden kobling til arbejdsmiljøsystemet.

2. KEND OG KORTLÆG BELASTNINGERNE

Forskningen giver et ret klart billede af, hvilke arbejdsforhold der øger risikoen for stressrelaterede lidelser og mentale helbredsproblemer. Særligt veldokumenterede risikofaktorer er høje krav, ubalance mellem indsats og belønning, lav organisatorisk retfærdighed, høje emotionelle krav, lav indflydelse og lav social støtte. De samme forhold hænger også sammen med sygefravær.

Her er en skelnen vigtig: At risikofaktorerne er veldokumenterede betyder ikke, at en konkret indsats mod dem uden videre forbedrer helbred eller fravær. Den sammenhæng er svagere og mere afhængig af konteksten. Kortlægningen er derfor ikke løsningen i sig selv. Den viser blot, hvor I bør handle.

5. Kortlæg det psykosociale arbejdsmiljø med anerkendte spørgeskemaer, der eksempelvis spørger ind til krav, indflydelse, støtte, retfærdighed, rolleklarhed og emotionelle krav.
6. Supplér en eller flere målinger med dialog i de enkelte enheder. Tal viser mønstre. Dialog forklarer, hvad mønstrene betyder i arbejdet.
7. Skeln mellem belastninger, enheden selv kan ændre, belastninger der kræver højere ledelsesbeslutninger, og belastninger der kræver strukturelle eller politiske valg.
8. Prioritéér én til to belastninger pr. enhed. Lange handlingsplaner uden fravalg bliver sjældent gennemført.
9. Meld tilbage til de ansatte: Hvad viste kortlægningen? Hvad gør vi? Hvad gør vi ikke - og hvorfor?

3. ÆNDR ARBEJDET: ARBEJDSMÆNGDE, PRIORITERING OG ARBEJDSSTID

Den bedst dokumenterede vej går gennem ændringer i selve arbejdet. Forskningen peger især på arbejdstidens tilrettelæggelse, mere indflydelse på egne opgaver og arbejdsorganisering samt en lettelse af arbejdsmængden. Indsatser, der kombinerer flere greb, ser ud til at virke bedre end enkeltstående tiltag. Effekterne på f.eks. sygefravær er dog typisk beskedne, og det, der virker ét sted, virker ikke nødvendigvis et andet.

Arbejdstid skal forstås bredt: vagtplanlægning, fleksibilitet, restitution, overarbejde, mødebelastning, tilgængelighed og i nogle tilfælde egentlig arbejdstidsreduktion. Firedagesuge med fuld løn er et lovende, men ikke afklaret greb. Nyere studier finder forbedringer i udbrændthed, jobtilfredshed og mental og fysisk sundhed, men mange deltagende organisationer har selv valgt at være med. Kontrolgrupperne er begrænsede, og effekterne kan afhænge af, at arbejdet er reorganiseret på forhånd. Brug derfor firedagesuge som eksperimentelt udviklingsgreb - ikke som en generel standard.

10. Start med arbejdsmængde og prioritering. Det er ofte nemmere at gå til end store arbejdstidsmodeller.
11. Lav en opgaveportefølje pr. enhed: Hvad fylder? Hvad er kritisk? Hvad kan stoppes, udskydes, reduceres eller gøres mindre grundigt?
12. Indfør en regel: Nye opgaver kræver enten nye ressourcer, lavere kvalitet, længere frist eller fravalg af andet arbejde.
13. Skriv i teamets kommissorium eller mødestruktur, hvem der kan omprioritere og afvise opgaver. Den enkelte medarbejder skal ikke alene bære konflikten mellem for mange opgaver og for lidt tid.

14. Afprøv ændringer i mindre skala i to til tre måneder, før I ruller dem bredt ud.
15. Mål, om belastningen faktisk ændres - ikke kun om de ansatte er tilfredse med initiativet.

4. GIV MEDARBEJDERNE REEL INDFLYDELSE - MEN OVERSÆLG IKKE DELTAGELSE

Indflydelse i arbejdet er en veldokumenteret beskyttende faktor. Indsatser, der giver ansatte mere kontrol og indflydelse på egne opgaver og arbejdets organisering, er derfor fagligt velbegrundede. Men det virker ikke af sig selv: Forskningen viser, at deltagelse kun gør en forskel, når den er struktureret, knytter an til de ansattes reelle behov og fører til faktiske ændringer i arbejdet. Deltagelse uden efterfølgende ændringer virker ikke.

16. Lad de ansatte identificere belastningerne i arbejdet, men lad ikke ansvaret forblive hos dem.
17. Brug deltagelse til diagnose og kvalificering af løsninger - ikke som erstatning for ledelsesbeslutninger.
18. Giv processen mandat: tid, besluthedsrum og adgang til ledere, der kan ændre vilkår.
19. Brug AMO, MED/SU, TR og lokale arbejdsmiljørepræsentanter aktivt, især hvis hele medarbejdergruppen ikke kan involveres.
20. Afslut hver inddragelsesproces med tre spørgsmål: Hvilken belastning ændres? Hvem har mandat? Hvornår kan de ansatte mærke forskellen?
21. Stop deltagelsesprocesser, der kun producerer lister. De skaber kynisme.

5. KLÆD LEDERNE PÅ - MEN GØR IKKE LEDERTRÆNING TIL HELE INDSATSEN

Ledere med personaleansvar er et centralt bindeled mellem den enkelte organisations beslutninger og medarbejdernes konkrete arbejdsvilkår. Forskning viser, at ledertræning kan styrke ledernes viden, holdninger og støttende adfærd, og der er tegn på, at det kan reducere sygefravær. Til gengæld er der svagere belæg for, at ledertræning alene ændrer medarbejdernes symptomer. Klæd derfor lederne på som en del af en samlet indsats - ikke som hele indsatsen.

22. Træn lederne i at opdage tidlige tegn på overbelastning og tage samtalen tidligt.
23. Træn lederne i prioritering - ikke kun empati. En god samtale uden ændring af opgaverne ændrer ikke belastningen.
24. Giv lederne mandat til at fjerne eller udskyde opgaver, ændre deadlines, justere kvalitetsniveau og eskalere strukturelle belastninger.
25. Træn lederne i sygefraværssamtaler og tilbagevendingsplaner.

26. Sørg for, at lederne selv har rimelige vilkår. Pressede ledere har ringere mulighed for at aflaste andre.
27. Mål ikke blot, om lederne var tilfredse med træningen, men om de faktisk ændrer ledelsesadfærd og prioriteringspraksis.

6. TAG HØJDE FOR VIDENARBEJDETS SÆRLIGE BELASTNINGER

I videnorganisationer er belastningerne ofte mindre synlige end i produktion og omsorgsarbejde. Arbejdet er typisk kendetegnet ved høj kompleksitet, mange samtidige projekter, uklare grænser, mødebelastning, digital tilgængelighed og høj autonomi uden tilsvarende ret til at prioritere. Mange ansatte har frihed til selv at løse opgaver, men ikke frihed til at fjerne opgaver. Det skaber en særlig risiko: Belastninger individualiseres som selvledelse, selv når problemer er organisatoriske. Forskning i de konkrete greb nedenfor er tyndere end for kategorierne i afsnit 3-5. De er praksisnære oversættelser af mere etablerede principper om krav, indflydelse, rolleklarhed og restitution.

28. Lav porteføljestyring på teamniveau: Alle større opgaver, projekter, deadlines og tilbagevendende møder samles ét sted.
29. Indfør stop-doing-lister. Når noget nyt starter, skal noget andet stoppes eller sænkes i ambitionsniveau.
30. Beslut kvalitetsniveauer: Hvad skal være fremragende? Hvad skal være godt nok? Hvad kan leveres som minimumsløsninger?
31. Afklar prioriteringsret skriftligt: Hvem må sige nej, hvem kan flytte deadlines, og hvem tager konflikten udad mod kunder, ledelse, styrelse eller direktion?
32. Reducér kognitiv fragmentering: færre statusmøder, færre ad hoc-afbrydelser, faste fokusblokke og færre parallelle projekter pr. medarbejder.
33. Aftal digitale normer: hvornår man forventes at svare, hvilke kanaler der bruges til hvad, hvornår noget er akut, og hvornår man helt legitimt er utilgængelig.
34. Gør usynligt arbejde synligt: koordinering, følelsesarbejde, rådgivning, dokumentation, kvalitetssikring og intern hjælp.

7. BRUG INDIVIDRETTEDE TILBUD SOM SUPPLEMENT

Individrettede indsatser kan reducere symptomer. Det gælder især kognitivt adfærdsbaserede stresshåndteringsforløb; også mindfulness og afspænding kan hjælpe. Forskning viser, at effekten er tydeligst på symptomer her og nu og svagere, når det gælder sygefravær og mere varige forandringer. Individrettede tilbud skal derfor ikke afvises, men bruges rigtigt: som støtte til den enkelte, især ved symptomer - ikke som erstatning for ændringer i arbejdet.

35. Tilbyd dokumenterede forløb frem for enkeltstående foredrag og inspirationsdage.
36. Brug individrettede tilbud som supplement til ændringer i arbejdsvilkår.
37. Sig eksplicit, at stress ikke kun er den enkeltes ansvar.
38. Giv de ansatte adgang til vejledningen "Hvad kan du selv gøre ved stress - og hvilken behandling virker?".
39. Opfordr ansatte med moderate til svære symptomer til at kontakte egen læge.
40. Undgå at bruge mindfulness, robusthed eller personlig effektivitet som løsning på vedvarende overbelastning.

8. HÅNDTÉR SYGEMELDING OG TILBAGEVENDEN SYSTEMATISK

Ved sygdommelding hjælper det mest, når arbejdspladserne inddrages, når flere greb kombineres, og når tilbagevenden planlægges konkret. Forskning viser, at forløb med kontakt til den enkelte arbejdsplads ser mere lovende ud end rent individrettede forløb, men effekterne er typisk beskedne. At inddrage arbejdspladsen er stadig relevant, fordi lange sygdommeldinger er belastende og dyre; men forvent ikke store effekter.

41. Tag tidlig og omsorgsfuld kontakt til den sygemeldte. Aftal, hvem der holder kontakten og hvor ofte.
42. Afklar med den ansatte, hvad der må deles med vedkommendes leder, HR og team. Beskyt fortroligheden.
43. Lav en skriftlig tilbagevendingsplan: startdato eller mulig startperiode, arbejdstid, opgavetyper, opgaver der venter, mødebelastning, kontaktperson og opfølgningsdato.
44. Fjern eller ændr de belastninger, der bidrog til sygdommeldingen, før den ansatte vender tilbage.
45. Optrap enten arbejdstid eller ansvar - ikke nødvendigvis begge dele samtidig.
46. Justér planen efter den ansattes faktiske funktionsniveau og belastning - ikke kun efter kalenderen.
47. Afklar teamets rolle, så den sygemeldte hverken isoleres eller overeksponeres ved tilbagevenden.
48. Undgå at gøre tilbagevenden til en test af den ansattes robusthed. Det er en fælles arbejdspladsproces.

9. UNDGÅ SEKS FÆLDER, DER UNDERMINERER INDSATSEN

Kun individrettede tilbud. Kurser, mindfulness og lignende ændrer ikke krav, tidspres, rolleklarhed eller prioritering. Brug dem som supplement - ikke som hovedstrategi.

Enkeltstående tiltag uden ledelsesopbakning. Temadage, kampagner og korte workshops virker sjældent, hvis de ikke ledsages af ledelsesbeslutninger, ressourcer og opfølgning. Kræv en ansvarlig leder, et klart mandat, ressourcer og en dato for opfølgning.

Handling uden måling. Uden en måling før og efter ved I ikke, om belastningerne faktisk er blevet lavere. Trivsel alene er ikke nok.

Indsats oven i omstrukturering eller spidsbelastning. Timing er en del af interventioner. Deltagelsesprocesser oven i fyringsrunder, store omstruktureringer eller akut spidsbelastning kan gøre en indsats til endnu en belastning og i nogle studier forværre helbredet. Udskyd, reducér eller integrér indsatser i den aktuelle belastningshåndtering.

Kopiering uden konteksttilpasning. Den samme indsats kan virke forskelligt i forskellige organisationer - og i forskellige afdelinger i samme organisation. Spørg derfor, hvad mekanismen er, hvilken kontekst den kræver, og om de betingelser er til stede hos jer - frem for at kopiere en løsning direkte.

Måling uden handling - og måletræthed. Gentagne målinger uden synlig opfølgning kan svække tillid og svarvillighed, og frafaldet er ofte skævt, så billedet bliver for pænt. Mål sjældnere, mål bedre, og handl synligt hver gang.

HVAD KAN I REALISTISK SET FORVENTE?

- Effekterne er typisk små til moderate på gruppeniveau. Fordelt på mange ansatte og målt mod omkostningerne ved sygefravær og opsigelser kan det meget vel stadig være en god investering.
- Forbedringer i arbejdsmiljøet kommer typisk før forbedringer i symptomer, sygefravær og fastholdelse. Forvent derfor at se ændringer i arbejdsvilkårene, før I ser effekter på helbred og fravær. Organisatoriske ændringer kræver måneder - ikke uger.
- Mål både på arbejdsvilkår, symptomer, fravær og gennemførelse - ikke kun på tilfredshed med indsatser.
- Manglende effekter kan skyldes forkerte problemforståelse, for små ændringer i belastninger, manglende mandat, dårlig timing, utilstrækkelig implementering, uegnede mål eller samtidige organisatoriske forandringer. Undersøg det, før I konkluderer.

JERES PLAN FOR DE NÆSTE TRE MÅNEDER

I den ideelle verden gennemfører I denne plan:

1. Forankr indsatsen. Beslut i ledelsen, at stress håndteres som et arbejdsmiljøspørgsmål, og udpeg en ansvarlig med mandat.
2. Kortlæg belastningerne. Brug APV, trivselsdata, fraværstal og lokal dialog, og prioritéér én til to belastninger pr. enhed.

3. Vælg konkrete arbejdsændringer - f.eks. færre samtidige projekter, færre møder, tydeligere prioriteringsret, ændrede deadlines eller reduceret tilgængelighed.
4. Gør fravalg synlige. Hvad stopper, udskydes eller sænkes i kvalitet?
5. Klæd lederne på med fokus på tidlig dialog, prioritering, belastningsjustering og tilbagevenden efter sygemelding.
6. Lav faste rammer for sygemelding og tilbagevenden: tidlig kontakt, en skriftlig plan, gradvis optrapning, en navngiven ansvarlig person samt opfølgning.
7. Mål gennemførelse og effekt. Efter tre måneder: Hvad blev faktisk ændret? Er belastningerne lavere? Hvad skal justeres?

Kan I ikke nå det hele på én gang, så prioritér ændringer i selve arbejdet (mindre arbejdsomængde, tydeligere prioritering og bedre tilrettelæggelse af arbejdstiderne). Det er dér, effekterne er størst. Kan I gøre mere, så giv de ansatte reel indflydelse på ændringerne, og lær lederne at opdage overbelastning tidligt.

Princippet er enkelt, men gennemførelsen kræver reelle fravalg, mandat og opfølgning: Arbejdet skal ændres, når arbejdet er en væsentlig del af problemet.

FORSKNINGEN BAG ANBEFALINGERNE

Anbefalingerne bygger blandt andet på følgende systematiske forskningsoversigter, metaanalyser og centrale studier:

Aust m.fl. (2023). How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. [Link](#)

Bes m.fl. (2023). Organizational interventions and occupational burnout: a meta-analysis with focus on exhaustion. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. [Link](#)

Brämberg m.fl. (2024). Effects of work-directed interventions on return-to-work in people on sick-leave due to common mental disorders. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. [Link](#)

Dannheim m.fl. (2025). Effectiveness of leader-targeted stress management interventions. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. [Link](#)

Duchaine m.fl. (2020). Psychosocial stressors at work and the risk of sickness absence due to a diagnosed mental disorder. *JAMA Psychiatry*. [Link](#)

Egan m.fl. (2007). A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology & Community Health*. [Link](#)

- Fan m.fl. (2025). Work time reduction via a 4-day workweek finds improvements in workers' well-being. *Nature Human Behaviour*. [Link](#)
- Fox m.fl. (2021). Organisational- and group-level workplace interventions and their effect on multiple domains of worker well-being. *Work & Stress*. [Link](#)
- Gayed m.fl. (2018). Effectiveness of training workplace managers to understand and support the mental health needs of employees. *Occupational and Environmental Medicine*. [Link](#)
- Gupta m.fl. (2017). Effectiveness of a participatory physical and psychosocial intervention to balance the demands and resources of industrial workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. [Link](#)
- Huebner & Zacher (2021). Following up on employee surveys: A conceptual framework and systematic review. *Frontiers in Psychology*. [Link](#)
- Joyce m.fl. (2015). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine*. [Link](#)
- Kröll m.fl. (2017). Meta-analytic evidence of the effectiveness of stress management at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. [Link](#)
- Madsen m.fl. (2017). Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. [Link](#)
- Miguel m.fl. (2023). Universal, selective and indicated interventions for supporting mental health at the workplace: an umbrella review of meta-analyses. *Occupational and Environmental Medicine*. [Link](#)
- Mikkelsen & Rosholm (2018). Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work. *Occupational and Environmental Medicine*. [Link](#)
- Milligan-Saville m.fl. (2017). Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees. *The Lancet Psychiatry*. [Link](#)
- Montano m.fl. (2014). Effects of organisational-level interventions at work on employees' health. *BMC Public Health*. [Link](#)
- Niedhammer m.fl. (2021). Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. [Link](#)
- Nielsen & Miraglia (2017). What works for whom in which circumstances? On the need to move beyond the "what works?" question in organizational intervention research. *Human Relations*. [Link](#)
- Paterson m.fl. (2024). Barriers and facilitators to implementing workplace interventions to promote mental health. *Systematic Reviews*. [Link](#)
- Richardson & Rothstein (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*. [Link](#)
- Rogelberg m.fl. (2000). Employee attitude surveys: examining the attitudes of noncompliant employees. *Journal of Applied Psychology*. [Link](#)

Roodbari m.fl. (2021). Organisational interventions to improve employees' health and wellbeing: A realist synthesis. *Applied Psychology*. [Link](#)

Sakuraya m.fl. (2026). Effects of participatory organizational interventions on mental health and work performance. *Journal of Occupational Health*. [Link](#)

van der Molen m.fl. (2020). Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. [Link](#)

Voglino m.fl. (2022). How the reduction of working hours could influence health outcomes: a systematic review. *BMJ Open*. [Link](#)