FONDEN
MENTAL SUNDHED

VEJLEDNING OM OFFENTLIGE DIFFERENTIEREDE STRESSINDSATSER



Vejledning om Offentlige Differentierede Stressindsatser

Offentlig vejledning til fri afbenyttelse
© Fonden Mental Sundhed, 2026

Vejledningen må frit kopieres, deles, anvendes og bearbejdes, herunder i undervisning, udviklingsarbejde og organisatorisk praksis, forudsat at Fonden Mental Sundhed krediteres som udgiver og ophavsretsindehaver, og at det tydeligt angives, hvis materialet er ændret eller bearbejdet.

Ved henvisning anbefales følgende kreditering:
Fonden Mental Sundhed (2026). *Vejledning om Offentlige Differentierede Stressindsatser*. Valby: Fonden Mental Sundhed.

Vejledningen er udarbejdet af: Guldager, C., Eriksen, E. L., Pallesen, K. J. og Jensen. C. G.

Licens: Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

Finansiering af vejledningen
Vejledningens udvikling og udgivelse er støttet af Helsefonden
Bevillingsnummer: 25-A-0173.

helsefonden

Vejledningens udvikling er medfinansieret af Fonden Mental Sundhed

FONDEN MENTAL SUNDHED

Støtte til brug af vejledningen
Fonden Mental Sundhed holder en række workshops om vejledningens brug. Fonden tilbyder også støtte til etablering, optimering og evaluering af offentlige stressindsatser.

Kontakt
Fonden Mental Sundhed
Mail: info@fondenmentalsundhed.dk
Web: www.fondenmentalsundhed.dk

Version
Version: 2026.1. Udgivet 16. november 2026.

INDHOLDSFORTEGNELSE

INTRODUKTION 4

Formål og læsevejledning 5

Vejledningens centrale anbefalinger 6

Baggrund 7

Sundhedspolitisk fokus 8

Afgrænsning, målgruppe og begrebsafklaring 9
- Afgrænsning 9
- Målgruppe. Vejledningen henvender sig især til kommuner og sundhedsråd 10
- Begrebsafklaring 11
- Borgere 11
- Mental trivsel 11
- Stress 11
- Stepped care og differentierede indsatser 12
- Indsatser, tilbud og ydelser 13
- Behandling og behandlingsforløb 13

Status på stressområdet 13

Vejledningens hovedtemaer 14

KAPITEL 1. ORGANISERING 16

Rammemodeller 16
- Hovedniveauer 17

Progressivt, hierarkisk eller dynamisk? 17
- Progressiv stepped care 18
- Hierarkisk stepped care 19
- Dynamisk stepped care 20

Rammemodeller og udførlige beskrivelser 21

Udfordringer i organiseringen af stressindsatser 22
- Pres på almen praksis og behovet for differentierede indsatser 23
- Udfordringer med tværgående koordinering 24

Kortlægning og optimering **25**

Kortlægningsøvelse **28**
Øvelse. Kortlægning af stressindsatser 29

KAPITEL 2. LEDELSE OG IMPLEMENTERING **31**

Skab mening og involver medarbejderne **32**
Medarbejderinvolvering i praksis 34

Organisér forandringen **35**
1. Proaktiv Planlægning - undersøg tid, kapacitet og barrierer 36
2. Forstå praksis og forandringens omfang 37
3. Skab organisatorisk understøttelse 38
4. Vedligeholdende ledelse. Fasthold retningen, men justér praksis 40

Fem anbefalinger til ledelse af differentierede indsatser **43**

KAPITEL 3. PERSONALETS KOMPETENCER **45**

Rolleklarhed **45**

Indflydelse på arbejdsopgaverne **47**

Kompetenceudvikling **49**
Borgernes tilknytning til arbejdspladsen og arbejdsmarkedet 49

Brugen af forskellige faggrupper **51**
Visitationssamtaler i praksis 52

Kvalitetssikring i brugen af forskellige faggrupper **53**
Inddragelse af medarbejdere uden sundhedsfaglig baggrund 53

KAPITEL 4. LAV- OG MELLEMINTENSIVE INDSATSER **55**

Vigtigheden af lav- og mellemintensive indsatser **56**

Flere dimensioner af intensitet **56**

Erfaringer med lav- og mellemintensive indsatser **58**

Borgerens sundhedskompetencer **60**
Borgernes mentale sundhedskompetencer 60

Indholdet af lav- og mellemintensive indsatser **62**
Digitale lav- og mellemintensive indsatser 62
Etniske minoriteter 64

Eksempler på borgere der *ønsker* korte tilbud **66**
Ventetid og motivation 67
Motivationsunderstøttende initiativer 68
Adherence 68
Måder at styrke adhærensen i lav- og mellemintensive indsatser 70

KAPITEL 5. DOKUMENTATION, EVALUERING OG FORSKNING **73**

Eksempler på randomiserede studier af differentierede indsatssystemer **74**

Skal evidensen være den samme på alle niveauer? **75**

Fra dokumentation til evaluering og forskning **76**

Validerede effektmål og standardiserede måletidspunkter **78**

Undersøg subgrupper på sigt **78**

KONKLUSION **80**

REFERENCER **82**

OVERSIGT OVER INFORMANTER **96**

BILAG **98**

FIGUROVERSIGT

FIGUR *Side*
Figur 1. Vejledningens fem hovedtemaer, afspejlet i de fem kapitler 14
Figur 2. Tre typiske måder at illustrere rammemodeller på 18
Figur 3. Centrale principper i rammemodeller med udførlige eksempler 22
Figur 4. Kortlægningsøvelse: Hovedniveau 1–4. 29
Figur 5. Fem anbefalinger til ledelse af differentierede sundhedsindsatser 43
Figur 6. Lav- og mellemintensive indsatser placering i simpel model 55
Figur 7. Tre dimensioner af intensitet og ressourceforbrug 56
Figur 8. Fire dimensioner af intensitet i en mere dynamisk model 57
Figur 9. Faktorer der styrker mental sundhedskompetence 61
Figur 10. Seks typer af digitale lav- og mellemintensive indsatser. 63
Figur 11. Forhold der medvirker til, at borgere ikke ønsker intensive tilbud 67
Figur 12. Fem dimensioner, der påvirker borgerens adhærens 69
Figur 13. Seks brede aspekter af evalueringer af differentierede indsatser 77

OFFENTLIGE DIFFERENTIEREDE STRESSINDSATSER

INTRODUKTION

Danmark er på vej mod mere differentierede offentlige indsatser til forebyggelse og afhjælpning af stress og lette-moderate symptomer på psykisk mistrivsel hos unge og voksne. Den udvikling skaber behov for evidensbaserede anbefalinger til, hvordan indsatserne kan organiseres, kvalitetssikres og evalueres, og hvordan samarbejdet omkring dem kan tilrettelægges. Med afsæt i eksisterende litteratur samt danske og internationale erfaringer præsenterer denne vejledning anbefalinger til arbejdet med differentierede indsatser på det forebyggende område.

Stadig flere unge og voksne oplever stress, lav mental sundhed og psykiske lidelser [1]. Samtidig er kommunerne, almen praksis og psykiatrien under pres i Danmark. De økonomiske og personalemæssige ressourcer er begrænsede, samtidig med at behovet for hjælp på andre sundhedsområder, herunder ældreområdet, forventes at vokse i de kommende år [2]. Det stigende behov for hjælp og de begrænsede ressourcer gør det nødvendigt at tænke mere forebyggende og sikre en både effektiv og etisk forsvarlig anvendelse af ressourcerne. Vi skal kunne tilbyde tidligere støtte og gode rammer til flere. Samtidig skal indsatser indenfor stressområdet og begyndende symptomer på psykiske lidelser i højere grad kunne tilpasses borgernes behov og præferencer.

Sundhedsreformen, KL, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen fremhæver tydeligt dette behov for tidligere, mere sammenhængende og mere differentierede indsatser:

> ***"Parterne er enige om, at borgerne og sundhedsvæsenet skal møde hinanden på nye måder, og der skal være rum for langt mere differentierede tilbud tilpasset den enkeltes behov og ressourcer.***
>
> (Regeringen, KL og Danske Regioner, 2025, s. 2) [3]

Men hvordan kommer vi for alvor i gang med at arbejde differentieret?

På sundhedsområdet har vi i Danmark talt om at arbejde mere differentieret og behovsoptimeret i 25 år [4]. Internationalt arbejder bl.a. England [5], Tyskland [6], Holland [7], Canada og USA [8], Australien [9] og Singapore [10] med differentierede indsatser der spænder fra at fremme mental sundhed over stressindsatser til behandling af psykiske lidelser. I Danmark er der store geografiske forskelle på offentlige stressindsatser, herunder på kvalitet, organisering og evalueringsgrad [11].

Denne vejledning har til hensigt at bidrage til at afhjælpe problematikken og gøre det lettere, især for kommuner, at komme i gang med at arbejde differentieret med afsæt i de bedste erfaringer og den bedst tilgængelige evidens på området.

Formål og læsevejledning

Vejledningen er udarbejdet med et todelt formål: Dels ønsker vi at give læseren viden om arbejdet med differentierede indsatser fra national og international forskning. Dertil tilbyder vi et afsæt for arbejdet med differentierede stressindsatser baseret på mange års praksiserfaringer. Vejledningen rummer ni evidensstøttede og også konkrete praksisanbefalinger, som gør det nemt at komme i gang.

Vejledningen er udformet som et sammenhængende dokument, da mange aspekter af offentlige differentierede indsatser er tæt forbundne og i nogle tilfælde forudsætter hinanden. Samtidig har vi tilstræbt, at hvert afsnit kan læses og anvendes for sig. Således anbefaler vi en sammenhængende læsning, men har også tilstræbt, at læseren kan gå direkte til de afsnit, som rummer den største relevans på dagen.

Vejledningens vidensgrundlag. Vejledningen bygger på evidens og praksiserfaringer fra danske og internationale differentierede indsatser og stepped care til stress og psykisk mistrivsel, primært inden for det forebyggende område. Vi udførte i foråret 2026 en grundig litteraturafdækning af publicerede studier om stepped care. Dertil har vi igennem 2026 foretaget 17 interviews med i alt 21 informanter. I to interviews var der to informanter. I et interview var der tre informanter. Vi interviewede danske og udenlandske forskere, ledere og medarbejdere inden for stress, offentlige sundhedsindsatser og forebyggelse af stressrelaterede psykiske sygdomme, hvoraf nogle er verdensledende eksperter inden for stepped care. Vi har også i udviklingen af vejledningen afholdt tre workshops, i henholdsvis København, Aarhus og Aalborg, med deltagelse fra 31 danske kommuner. På de tre workshops afdækkede vi kommunernes ønsker til vejledningen og afprøvede en række øvelser fra vejledningen. Endelig har vi fra Fonden Mental Sundhed inddraget vores egne erfaringer. Vi har udviklet, implementeret, evalueret og forsket i offentlige og private differentierede stressindsatser i ti år, fra 2016-2026 (fra 2016-2020 som forskningscenter ved Københavns Universitet). Fonden har især arbejdet med Åben og Rolig-tilgangen, som i dag anvendes i ti kommuner, og som er udviklet til en samlet stepped care model i samarbejde med Københavns Kommune og Aalborg Kommune. Vi beskriver også vores egne erfaringer med de udfordringer, der kan opstå, hvordan vi sammen med kommunerne har forsøgt at løse dem, og hvordan dét relaterer sig til viden på feltet.

Vi beskriver metoden til litteraturafdækningen i Bilag 1. En oversigt over de 21 informanter, der indgik i interviews, findes efter referencerne. Informanterne er angivet med navn *eller* organisation. Vi har valgt ikke at citere de enkelte informanter med navn, når vi bringer citater. Det skyldes, at interviewene blev gennemført med en forståelse af, at informanterne kunne udtale sig frit. Deres udtalelser har desuden primært tjent til at identificere centrale temaer, udfordringer, kritikpunkter og anbefalinger, som vi kan eftervise også i litteraturen eller danske eller internationale praksiserfaringer.

Vejledningen er frit tilgængelig, men se de nærmere rettighedsbetingelser i kolofonen.

Fonden Mental Sundhed tilbyder også under almennyttigt formål sparring til kommuner, regioner og andre aktører som ønsker at arbejde med stepped care.

Tak til **Helsefonden** for donationen, der gjorde vejledningen mulig.

Vejledningens centrale anbefalinger

Arbejdet med vejledningen har ledt frem til ni anbefalinger, som vi opsummerer herunder. De enkelte anbefalinger uddybes i vejledningens fem hovedkapitler. Se indholdsoversigten for et godt overblik.

1. **Kortlæg det eksisterende system, før I bygger nyt**
   Skab først et samlet overblik over eksisterende indsatser, ydelser og ressourcer på tværs af forvaltninger og organisationer – og relevante tilbud i civilsamfundet. Kortlæg samtidig mangler, overlap, kapacitet, risici og steder, hvor borgere kan falde mellem tilbud.

2. **Skab en enkel og sammenhængende model for indsatserne**
   Organisér tilbuddene i en overskuelig rammemodel med tydelige målgrupper, niveauer, adgangsveje og muligheder for at bevæge sig mellem tilbud. Progressive, hierarkiske og dynamiske principper kan kombineres; der findes ikke én model til alle sammenhænge.

3. **Forbind tilbuddene og gør vejene gennem systemet tydelige**
   Differentiering er mere end en samling enkeltstående tilbud. Skab klare henvisnings- og overgangsveje og koordinér på tværs af sundhed, beskæftigelse, almen praksis, region og civilsamfund, så borgerne kan komme ind i systemet og videre til anden støtte, når behovet ændrer sig. Beskriv forbindelserne imellem indsatserne for både borgere og medarbejdere.

4. **Led implementeringen som en organisatorisk forandring**
   Skab fælles forståelse for formålet, og involvér medarbejderne i implementeringsprocessen. Sørg for tid, kompetencer og samarbejde på tværs, og tydeliggør medarbejdernes faglige mandat og indflydelse. Fasthold en tydelig ledelsesmæssig prioritering og retning, samtidig med at der gives plads til at afprøve, lære og tilpasse organiseringen.

5. **Brug de faglige kompetencer dér, hvor de gør størst gavn**
   Forskellige faggrupper kan varetage forskellige opgaver og indsatsniveauer. Det kræver tydelige roller, ansvar og mandat. Ligeledes er det vigtigt at sikre medarbejdernes faglige kompetencer til at støtte borgerne samt at arrangere sparring og supervision. Endelig skal specialiserede fagpersoner bruges, når borgerens problematik eller risiko kræver det.

6. **Styrk de tidlige, lav- og mellemintensive indsatser**
   Et velfungerende differentieret system giver mulighed for tidlig og hurtig støtte, før borgerne har brug for intensive forløb. Digitale tilbud, hjælp-til-selvhjælp, korte faglige kontakter og blended care er vigtige dele af en differentieret indsatsvifte. Tilbuddene skal have høj faglig kvalitet, være udviklet til målgruppen og give adgang til mere støtte ved behov.

7. **Differentier efter behov, ressourcer og præferencer – ikke kun symptomer**
   Valget af indsats bør tage højde for funktionsevne, belastninger, motivation, præferencer, arbejdssituation og sundhedskompetencer. Differentiering bør bidrage til *equity*: Borgere behøver ikke få det samme, men skal have muligheder for at få den støtte, de har behov for.

8. **Tilpas kravene til evidens og kvalitet til tilbuddets erklærede formål og ansvar**
   Lav-intense tilbud må ikke være ensbetydende med lav kvalitet. Krav til dokumenteret effekt, faglige kompetencer, monitorering og standardisering bør afspejle tilbuddets målgruppe og tilbuddets kommunikerede formål og derfor ansvar. Samtidig kan et samlet system rumme lokale og uformelle ressourcer, som ikke skal vurderes efter samme evidensstandard.

9. **Dokumentér og evaluér både indsatserne og det samlede systems funktionalitet**
   Et differentieret system bør ikke kun vurderes på, om de enkelte tilbud virker. Følg også adgang, ventetider, fordeling mellem tilbud, gennemførelse og frafald, bevægelser mellem indsatsniveauer, borgeroplevelser, implementering og ressourceforbrug. Vi anbefaler et begrænset fælles datasæt og validerede mål på tværs af beslægtede indsatser, som kan danne grundlag for løbende kvalitetsudvikling, evaluering og – når det er relevant – forskning.



Baggrund

Stress har ifølge store befolkningsundersøgelser været stigende i mange år og udgør et betydeligt folkesundhedsproblem i Danmark [12]. Andelen af borgere med et højt stressniveau er steget blandt både mænd og kvinder og på alle uddannelsesniveauer. Stigningen ses også i alle aldersgrupper op til cirka pensionsalderen [1]. Samtidig oplever stadig flere psykisk mistrivsel og en lav grad af mental sundhed [1]. Forskning viser desuden, at langvarig stress er forbundet med en øget risiko for at udvikle depression og angst, samt en øget risiko for- og forværrelse af en lang række fysiske sygdomme (Bilag 2). Fra 2012–2022 steg antallet af personer, der blev behandlet for psykisk sygdom på et sygehus, med 30% og blandt unge var stigningen 50% [13]. En ny rapport fra Det Økonomiske Råd [14] viser på baggrund af registerundersøgelser fra 1995 til 2023, at alvorlig stress medfører, at omtrent hver tiende person aldrig vender tilbage til arbejdsmarkedet. Samlet set anslår rapporten at alvorlig stress er årsag til et reduceret arbejdsudbud på 91.000 borgere, som er kommet på stressrelateret førtidspension siden 1995, end i det positive scenarie, hvor ingen fik alvorlig stress.

Økonomiske omkostninger ved stress diskuteres fortsat, men ifølge beregninger fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) koster alene *arbejdsrelateret* stress 16,4 mia. kr. årligt, svarende til 62 millioner arbejdstimer [15]. Dertil kommer omkostninger af stress, som især skyldes privatlivet, som også udgør en væsentlig andel af årsagerne til førtidspensioner [16]. Uanset, om det nøjagtige tal *kan* fastslås, da stress er et bredt fænomen, er der ingen tvivl om, at stress udgør et væsentligt samfundsproblem, hvilket Sundhedsstyrelsen allerede gjorde opmærksom på i 2007 [17].

Sundhedspolitisk fokus

De seneste årtiers negative udvikling i danskernes mentale sundhed har øget det sundhedspolitiske fokus på forebyggelse og tidlige indsatser. Det afspejler sig i 10-årsplanen *En stærkere psykiatri*, der prioriterer tidlige indsatser, øget viden om mental sundhed og hurtigere adgang til hjælp og behandling uden for sygehusene [18]. Sundhedsreformen, der træder i kraft fra 1. januar 2027, kommer til at understøtte denne udvikling med et antaget fokus på behovsbaseret differentiering og tidlige indsatser tættere på borgeren.

Det nye fokus på tidligere indsatser og mere differentierede indsatser kommer for tiden især til udtryk i kronikerpakkerne, på psykiatriområdet, ved en øget satsning på digitale sundhedstilbud og på mere behandling i hjemmet. Der mangler derimod fortsat en tilsvarende klar strategi for indsatser målrettet *stress* og lette til moderate symptomer på psykiske lidelser, særligt blandt voksne, mens unge er mere i fokus i den aktuelle sundhedspolitiske debat.

Folkesundhedsloven forventes altså at sætte øget fokus på differentierede indsatser. Kommunerne forventes at skulle prioritere og tilpasse forebyggende indsatser på baggrund af lokale behov og også på baggrund af data. Samtidig skal der antageligt samarbejdes mere på tværs af velfærdsområder og med civilsamfundet og arbejdspladserne om at fremme både fysisk sundhed og psykisk sundhed. Folkesundhedsloven vil antageligt ikke præsentere konkrete praksismodeller for differentiering af mentale sundhedsindsatser. Rammer for praksismodeller efterfølger typisk lovgivningens vedtagelse i form af eksempelvis kvalitetsstandarder eller udmøntningsanbefalinger. Der kan dog i forbindelse med lovens ikrafttræden følge principielle krav om at arbejde med kvalitetssikret differentiering.

- **Forventningen er at fremtidens sundhedsvæsen, både kommunalt og regionalt, vil have behov for mere sammenhængende og differentierede indsatser.**

Der er derfor behov for at udvikle systematiske modeller for kvalitetssikret differentiering. Særligt inden for mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom mangler der vejledning i, hvordan sådanne samlede indsatser implementeres. Der findes her et voksende forskningsfelt og mange praktiske erfaringer, som kan bidrage til udviklingen af danske modeller.

Differentierede indsatser indebærer helt essentielt, at ressourcerne fordeles efter borgernes behov. Det betyder også, at nogle borgere fremover vil modtage *andre* tilbud end dem, de får i dag. Vi anbefaler dog ikke, at borgere med flest ressourcer og færrest symptomer dermed skal stå uden hjælp eller støtte. De skal fortsat have adgang til relevante tilbud, men støtten skal have nye former og den skal tilpasses deres behov og kunne justeres undervejs. Det betyder, at flere ressourcer kan målrettes borgere med de største behov og dermed bidrage til at mindske uligheden i sundhed.

Vejledningens omdrejningspunkt er derfor, hvordan ressourcerne kan omfordeles på måder, som både er organisatorisk mere effektive, men som også bør have som mål at levere samme eller bedre hjælp og støtte til borgerne. Indførslen af differentierede indsatser ses i vejledningen ikke som en spareøvelse. Det bør være en opkvalificering af den samlede forebyggende strategi hos en kommune, region eller anden aktør. Strategien bør samtidig være etisk funderet og have som mål at mindske behovet for behandling, herunder de intensive tilbud, samt at udjævne ulighed i mental sundhed.

Afgrænsning, målgruppe og begrebsafklaring

I afsnittet her afgrænser vi vejledningens primære målgruppe og udsigelsesområde. Dernæst afklarer vi vores brug af centrale begreber såsom *stress, borgere* og *differentierede indsatser*.

Afgrænsning

Vejledningen handler om, hvordan offentlige differentierede indsatser til stress og psykisk mistrivsel kan organiseres, kortlægges, ledes, implementeres, driftes, kvalitetssikres og evalueres.

Vejledningen omfatter både tidlige, lavintensive tilbud og mere intensive forebyggende indsatser. De lavintensive tilbud kan f.eks. bestå af information, psykoedukation, fremme af sundhedskompetencer, hjælp-til-selvhjælp, digitale tilbud eller korttidsrådgivning. De mere intensive indsatser kan omfatte manualiserede gruppeforløb eller individuelle 1:1-forløb, som ledes af fagprofessionelle og strækker sig over en eller flere måneder. Formålet med tilbuddene er typisk at reducere stress, mistrivsel eller funktionsnedsættelser og at forebygge stressrelateret sygdom og funktionstab. Indsatserne varierer i forhold til, hvor meget tid de kræver af de fagprofessionelle, hvilken grad af faglig specialisering der anbefales, og hvilke ressourcer borgeren selv forventes at bidrage med.

Specialiseret psykiatrisk og medicinsk behandling er ikke vejledningens primære fokus, men kan indgå som et højere indsatsniveau i en samlet differentieret model. Det skyldes til dels relevansen af at tænke på tværs af forebyggelse og behandling, samt at en del af litteraturen om stepped care krydser grænserne fra forebyggende indsatser til mere behandlende tiltag.

Vejledningen fokuserer på *organiserede* indsatser*, hvori fagpersoner eller faglige facilitatorer indgår*. Men vejledningen rækker også ud over selve mødet mellem fagperson og borger og omfatter også den organisatoriske infrastruktur bag indsatserne. Det gælder f.eks. kortlægning og sammensætning af tilbud, optimering af adgangs- og henvisningsveje, visitation, ledelsesperspektiver, personalets roller, arbejdskoordinering, kvalitetssikring og evaluering og eventuel forskning.

Formålet med vejledningen er ikke at anbefale bestemte metoder eller konkrete stressprogrammer. Vi ønsker at kvalificere *det samlede system*, indsatserne indgår i. Vi har i vejledningen inkluderet en kort eksemplificerende og ikke-udtømmende beskrivelse af danske stresstilbud. Men det er ikke inden for vejledningens formål at udføre en effektevaluering eller vurdering af eksisterende stresstilbud.

Vejledningen omfatter heller ikke strukturel eller universel forebyggelse i bred forstand. Det gælder eksempelvis byplanlægning, etablering af grønne områder eller ændringer af fysiske og sociale miljøer, selv om sådanne forhold kan have betydning for befolkningens mentale sundhed og også det oplevede stressniveau. Vejledningen fokuserer i stedet på organiserede tilbud og indsatser som led i en differentieret forebyggelsesstrategi, hvori fagpersoner eller frivillige facilitatorer indgår.

Digitale elementer af indsatser indgår som en vigtig del af vejledningens anbefalinger, men digitale tilbud behandles ikke som et selvstændigt hovedområde. De beskrives i sammenhænge, hvor de bidrager til differentiering, eksempelvis som elementer i lav- og mellemintensive tilbud. Vi redegør

ikke specifikt for den omfattende udvikling i digitale indsatser, da vejledningen har sit hovedfokus på differentierede indsatsvifter, hvori fagpersoner og digitale elementer indgår og kombineres.

Målgruppe. Vejledningen henvender sig især til kommuner og sundhedsråd

Vejledningen henvender sig først og fremmest til kommuner og aktører i det nære sundhedsvæsen og forebyggelsesområde. Det afspejler sig både i vejledningens formål og i dens vidensgrundlag. En betydelig del af de praksiserfaringer, vejledningen bygger på, kommer fra Fonden Mental Sundheds arbejde med kommunale stressindsatser, og udviklingsarbejdet har omfattet workshops med ledere og medarbejdere fra 31 kommuner. De udenlandske stepped care forskere vi har interviewet, har alle også arbejdet med offentlige tilbud. Samtidig er vejledningen relevant for andre organisationer, som beskrevet herunder. Vejledningen lægger dog vægt på de organisatoriske og faglige forhold, der har betydning for udvikling og drift af differentierede indsatser i kommuner og regioner.

Vejledningen er også relevant på tværs af kommuner og regioner. Det gælder ikke mindst i lyset af sundhedsreformen, som fra 1. jan. 2027 ændrer opgavefordelingen mellem kommuner og regioner. Blandt andet overgår ansvaret for den patientrettede forebyggelse til regionerne, samtidig med at der skabes nye rammer for samarbejdet om nære sundhedsydelser. Vejledningen kan supplere denne udvikling med konkrete anbefalinger til, hvordan tilbud og indsatser til stress og psykisk mistrivsel kan organiseres og forbindes i praksis, for eksempel på tværs af kommuner og region.

Der er i 2026 etableret 17 nye sundhedsråd med kommunal repræsentation. De skal medvirke til udviklingen af det nære sundhedsvæsen, tilpasse indsatser til lokale behov og ikke mindst understøtte sammenhæng mellem regionale og kommunale tilbud. Sundhedsrådene kan dermed også få en vigtig rolle i udviklingen af differentierede indsatser til stress og lette til moderate symptomer på psykiske lidelser. Sundhedsrådenes konkrete rolle på stressområdet er endnu ikke fastlagt. Men vi håber, at stressproblematikken som folkesundhedsproblem finder vej ind i langsigtede, strategiske tiltag, og at vejledningens anbefalinger om kortlægning, differentiering, adgangsveje, koordinering, faglig kvalitet og organisering også kan være relevante i denne nye, vigtige samfundsstruktur.

Vejledningens anbefalinger kan også være direkte relevante i regionalt behandlingsregi. En del af det internationale vidensgrundlag stammer fra behandlingssystemer, hvor stepped care anvendes ved angst, depression, PTSD og andre psykiske lidelser. Principper om differentiering, intensitetsniveauer, adgang, visitation, monitorering, brug af forskellige faggrupper og dynamisk bevægelse mellem indsatsniveauer og indsatstyper kan derfor også være relevante i regionale tilbud.

Vejledningens anbefalinger kan også anvendes af private organisationer. Det gælder eksempelvis pensions- og forsikringsselskaber, hvor der i disse år udvikles stepped care-modeller. Vejledningen kan desuden inspirere arbejdspladser, der ønsker at organisere deres forebyggende indsatser mere differentieret. I begge sammenhænge er spørgsmål om behovstilpasning, intensitet, adgang, sammenhæng og hensigtsmæssig anvendelse af faglige ressourcer relevante. Vi opfordrer også til, at erfaringer fra stepped care eller mere dynamiske indsatser i det private erhvervsliv studeres og eventuelt tilpasses, afprøves eller videreudvikles i det offentlige. En udfordring ved differentierede indsatser er her den organisatoriske kompleksitet, og derfor kan afprøvninger i private organisationer, med en simplere struktur, være interessante som afprøvningsmodeller for større, offentlige tiltag.

Begrebsafklaring

I afsnittene her afklarer vi betydningen af nogle de mest gennemgående begreber i vejledningen.

Borgere

Vi bruger betegnelsen *borgere* om både unge og voksne fra omkring teenageårene til omtrent pensionsalderen. Vejledningens vidensgrundlag bygger dog overvejende på stepped care-forskning om voksne og i mindre grad unge. Litteratur om stepped care til børn før teenagealderen og ældre efter pensionsalderen er generelt ikke inddraget, men væsentlige danske praksiseksempler indgår.

Den internationale forskning i stepped care til unge er mindre omfattende og mere heterogen end litteraturen på voksenområdet [19]. Ungeområdet er dog under udvikling [20]. Derfor suppleres dette område også med danske praksiserfaringer, herunder Fonden Mental Sundheds arbejde med differentierede indsatser til unge. Men for at gøre vejledningen mere simpel, og fordi mange af principperne i differentierede indsatser til unge og voksne er ganske enslydende, anvender vi altså betegnelsen *borger* om både unge og voksne.

Mental trivsel

Mental trivsel betegner i vejledningen borgerens generelle mentale sundhed og omfatter både oplevet velbefindende og evnen til at fungere i hverdagen. Forståelsen bygger på *World Health Organization* (WHO)[21] og Sundhedsstyrelsens[22] definitioner af mental sundhed, der omfatter evnen til at håndtere belastninger, udfolde ressourcer, arbejde, lære nyt og indgå i sociale fællesskaber. Vi anvender primært betegnelsen *mental trivsel* frem for *mental sundhed*, selvom begreberne ofte bruges overlappende. Det gør vi, fordi mental trivsel ligger tættere på det engelske *mental well-being*, som forekommer mere hyppigt i den internationale litteratur, som vejledningen bygger på. Men der findes ikke en klar adskillelse af mental sundhed (*mental health*) og mental trivsel (*mental well-being*).

Mental trivsel er ikke nødvendigvis det modsatte af psykisk sygdom. Man kan have symptomer på en psykisk lidelse og samtidig opleve trivsel på nogle områder af livet. Omvendt kan man have lav mental trivsel uden en psykiatrisk diagnose. En udførlig redegørelse for begrebet mental trivsel ses i Bilag 2.

Stress

I vejledningen forstås *stress* som en belastningsreaktion, der opstår i samspillet mellem de krav og belastninger, et menneske møder, og de ressourcer, personen har til rådighed for at håndtere dem. Krav og belastninger kan være knyttet til arbejde, uddannelse, familie, helbred og økonomiske eller sociale forhold. Ressourcer kan være både personlige (fysisk helbred, mentalt helbred, uddannelse mv.), sociale eller materielle (f.eks. netværk, socioøkonomisk position, økonomi, kulturelle ressourcer).

Stress kan ikke defineres eller måles objektivt, selvom stress*markører* såsom blodtryk og kortisol kan måles. Derfor er *stressoplevelsen* central for vejledningens brug af begrebet. Det er også selvoplevet stress (*perceived stress*), der måles i de nationale sundhedsprofilundersøgelser, som ofte bruges til at følge udviklingen i befolkningens stressniveau. Stress er ikke i sig selv en sygdom eller psykiatrisk diagnose. I ICD-10 indgår dog diagnoser knyttet til identificerbare belastninger eller hændelser,

herunder *akut belastningsreaktion*, *tilpasningsreaktioner* og *posttraumatisk belastningsreaktion* (PTSD). Disse skal ikke sidestilles med *stress* i den bredere betydning, som begrebet anvendes i denne vejledning og i offentlig og privat praksis. Sundhedsstyrelsen beskriver tilsvarende stress som en belastningsreaktion og risikofaktor, ikke som en sygdom.

Kortvarig stress er en almindelig og ofte funktionel reaktion, en midlertidig aktivering og en mobilisering af energi, der kan hjælpe med at håndtere aktuelle krav
Langvarig stress eller omfattende belastning uden tilstrækkelig restitution kan føre til fysiske, psykiske og adfærdsmæssige symptomer samt nedsat funktionsevne

Stress kan involvere både fysiske, psykiske, sociale og adfærdsmæssige symptomer. Typiske tegn på dysfunktionel stress er søvnproblemer, hovedpine og muskelspændinger, uro, irritabilitet og bekymring, koncentrations- og hukommelsesproblemer, vanskeligheder ved selvregulering, social tilbagetrækning samt nedsat motivation og funktionsevne i arbejde, uddannelse eller hverdagsliv. Symptombilledet kan variere betydeligt fra person til person. Vedvarende stress er desuden forbundet med øget risiko for bl.a. angst [23], depression [24] og fysiske helbredsproblemer [25,26]. Stress fører dog ikke nødvendigvis til sygdom, da udviklingen bl.a. afhænger af belastningernes karakter og varighed, individuelle og sociale ressourcer, tidligere erfaringer samt mulighederne for restitution og støtte. En udførlig beskrivelse af stress, herunder årsager og mulige følgevirkninger findes i Bilag 2.

Stepped care og differentierede indsatser

Vejledningen handler om *differentierede indsatser*. Begrebet henviser kort opsummeret om indsatser, hvor støtten tilpasses borgernes behov, symptomniveau, funktionsniveau, ressourcer, motivation og præferencer med hensyn til type, intensitet, omfang og ressourcekrav.

Begrebet *stepped care* indikerer en mere specifik måde at organisere et differentieret system på. I stepped-care-modeller opdeles tilbuddene i et antal trin eller hovedniveauer med forskellig intensitet og ressourceanvendelse. Stepped care modeller kan arrangeres forskelligt ift. hvordan borgeren får adgang til de forskellige niveauer, og hvornår indsatsen kan ændres, intensiveres eller reduceres. Vejledningen her beskriver således progressive, hierarkiske og dynamiske stepped-care-modeller.

Begrebet differentierede indsatser anvendes i den danske sundhedslitteratur og praksis bredere end begrebet stepped care, da det også kan omfatte mindre tilbud eller ydelser, som ikke i sig selv udgør et egentligt trin i en model, eksempelvis en enkelt rådgivende samtale, et opfølgende telefonopkald og andre *ad hoc* støttemuligheder. En organisation kan derfor arbejde differentieret uden at have etableret en egentlig, struktureret stepped-care-model. Samtidig kan et differentieret system rumme et stepped care-scenarie indenfor det differentierede system. I den internationale forskningslitteratur

er *stepped care* et langt mere udbredt begreb end den danske betegnelse *differentierede indsatser*. Derfor udgør stepped-care-litteraturen en vigtig del af vejledningens internationale vidensgrundlag.

Vi bruger derfor begge begreber i vejledningen, og de er i praksis overlappende. Men differentierede indsatser henviser generelt til et samlet system, med eller uden stepped care modeller indbygget, mens begrebet stepped care henviser til en struktureret, trinvis model.

Indsatser, tilbud og ydelser

Vi anvender til tider, som praksis er i sundhedsvæsnet, begreberne *indsats* og *tilbud* overlappende. Samtidig henviser begrebet *indsats* til et større, organiseret tiltag til borgerne, hvorfor en indsats kan rumme flere tilbud. Et *tilbud* betegner derimod en enkeltstående, konkret aktivitet eller et forløb, som borgeren kan deltage i, såsom et femugers forløb. Skellet mellem de to begreber er ikke skarpt, da en indsats godt kan omhandle et centralt tilbud, som udrulles i et stort, komplekst format, og de to begreber overlapper altså derfor til tider. Men begrebet *tilbud* henviser til et enkeltstående forløb.

Begrebet *ydelse* henviser i vejledningen til en begrænset form for støtte, en enkeltstående ydelse, som kan leveres *ad hoc* – eller indgå i en indsats eller som et tillæg til et tilbud. Det kan være en ekstra rådgivende samtale, et opfølgende telefonopkald, hjælp til adgang til information, en ekstra SMS fra sagsbehandleren, spontant givet vejledning eller andre ydelser, som også kan være en del af det almindelige serviceniveau, som også bør tænkes ind i et samlet overblik over et differentieret system.

Behandling og behandlingsforløb

Begreberne *behandling*, *behandlingsforløb* og lignende anvender vi bredt om strukturerede, faglige og generelt mere omfangsrige forløb, der har til formål at reducere stress, psykisk mistrivsel eller funktionsnedsættelser. Begreberne henviser ikke som udgangspunkt til specialiseret medicinsk eller psykiatrisk behandling. Sådanne behandlingstilbud kan dog indgå som et højere indsatsniveau i en differentieret model eller som en mulighed for viderehenvisning fra forebyggende regi. Når vi taler om *stressbehandling*, er det blot et udtryk for, at der er tale om et stressforløb af mere struktureret, fagligt specialiseret og generelt mere omfattende karakter, end et kortere, mere uformelt stresstilbud.

Status på stressområdet

Der er store geografiske forskelle i udbredelsen af kommunale stresstilbud. Andelen af kommuner med stressindsatser varierer fra 82 % i Region Syddanmark til 29 % i Region Sjælland. De eksisterende tilbud varierer desuden i målgruppe, indhold, adgangskriterier og de faggrupper, der varetager tilbuddene [11]. Danmark har i dag ikke nationale retningslinjer eller en vedtaget kvalitetsstandard for stressbehandling, endsige for systemer af differentierede stressindsatser.

Selvom kommunerne ikke er lovgivningsmæssigt forpligtet til at have tilbud til stressramte borgere, findes og udbydes der en række standardiserede og manualiserede stressindsatser. Det gælder bl.a. *Midler mod Arbejdsrelateret Stress* (MARS), et kognitivt, gruppebaseret program til håndtering af arbejdsrelateret stress [27]; *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), der afprøves som tilbud til voksne med stress i Region Midtjylland [28]; *Mestring af Stress*, et gruppeforløb udviklet af Komiteen

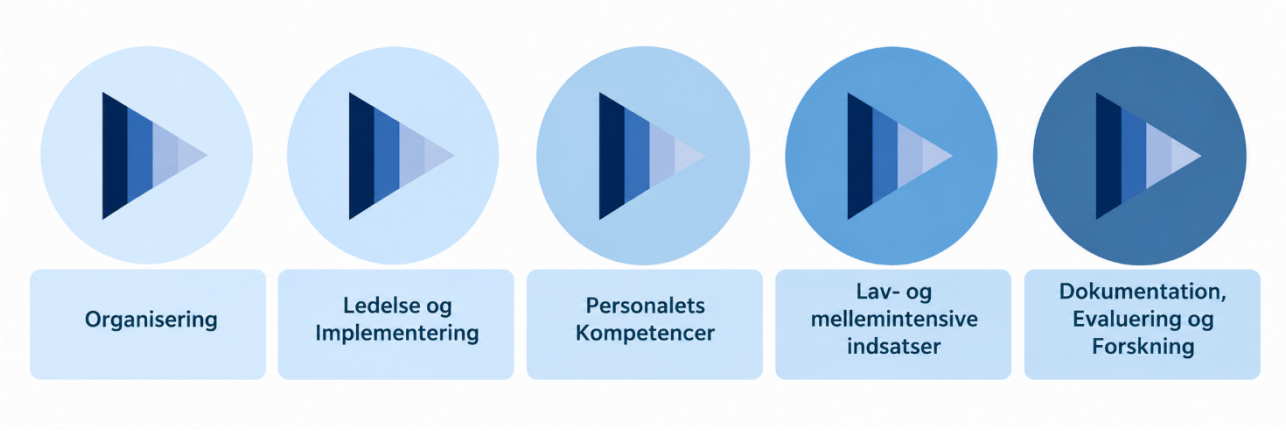
for Sundhedsoplysning og drevet af frivillige [29]; samt *Åben og Rolig*-metoden, som kommuner kan drifte selv i samarbejde med Fonden Mental Sundhed [30]. Hertil findes mange lokalt udviklede tilbud. Der udvikles også en voksende række af digitale indsatser til stress, såsom *Bedre Trivsel*, et nyt område under sundhed.dk [31], stress.rm.dk [32] og initiativet *Sammen om mental sundhed* [33], der giver adgang til gratis viden og øvelser om stress, især til voksne, uden visitation og som hjælp-til-selvhjælp.

I en afdækning af feltet viste Statens Institut for Folkesundhed i 2024, at 77% af kommuner har et tilbud inden for "mental sundhed", da de oplever "betydelig mistrivsel blandt borgerne" og et "politisk pres for at udvikle tilbud" [34] (s. 15). Men samtidig oplever flere kommuner, at de "mangler både ressourcer og kompetencer til at håndtere udviklingsopgaver" (s. 20) og især inden for mental sundhed og online tilbud (s.20). Afdækningen viser også, at det ikke altid er evidensen, der er afgørende, når kommunen udvikler nye tilbud, men at det derimod "i højere grad afhænger af, hvad der er muligt inden for kommunens rammer (s.33). Der er behov for faglig og finansiel støtte til udvikling af nye (stress)tilbud.

Der findes altså allerede tilgængelige stresstilbud med forskellig intensitet. Det betyder imidlertid ikke, at de har høj kvalitet, eller at de er kædet sammen i differentierede indsatsvifter. Det kræver både investering, strategi, faglighed, vedholdenhed og fleksibilitet, som beskrevet i resten af vejledningen.

Vejledningens hovedtemaer

Vejledningen er struktureret i fem hovedkapitler. De udfolder hvert et stort tema om organisatoriske og faglige forhold af afgørende betydning for differentierede stressindsatser. Vi vil således bevæge os igennem indsatsernes *Organisering* (Kapitel 1); *Ledelse og Implementering* (Kapitel 2); *Personalets Kompetencer* (Kapitel 3); *Lav- og mellemintensive indsatser* (Kapitel 4); samt endelig *Dokumentation, Evaluering og Forskning* (Kapitel 5). Hele vejledningen fokuserer på differentierede stressindsatser.



Figur 1. Vejledningens fem hovedtemaer, afspejlet i de fem kapitler.

FONDEN
MENTAL SUNDHED

Kapitel 1.

ORGANISERING



Kapitel 1.

ORGANISERING

God organisering er afgørende for, at differentierede indsatser kan fungere effektivt og etisk i praksis. Organiseringen af en indsatsvifte bør give overblik for både medarbejdere og borgere. Overblik er en forudsætning for at borgere bliver henvist til det bedst egnede tilbud. Det er også en forudsætning for at medarbejdere forstår deres rolle i det samlede system og kan samarbejde på tværs af fag- eller indsatsområder. Dertil er organiseringen af arbejdsopgaver indenfor den enkelte indsats vigtig både for drift og kvalitetssikring. Vigtigheden af god organisering understreges i forskningslitteraturen [10,35] samt i anbefalinger fra WHO [21] og i mange interviews bag vejledningen (Interview 2, 4, 5, 12, 16).

Rammemodeller

Organiseringen af differentierede indsatser visualiseres ofte som rammemodeller (*framework models*), som har til formål at skabe overblik over indsatsernes format og intensitet, sammenhæng og målgrupper. En *rammemodel* skal her i vejledningen forstås som en visualisering af en sammensat, differentieret indsats, og ikke som en serviceramme, som begrebet kan henvise til i social- og sundhedsvæsnet. Figur 2 nedenfor illustrerer tre typologiske måder at opstille rammemodeller på.

En rammemodel er et organiseringsværktøj, som viser hvilke indsatser borgere kan tilbydes, og hvordan indsatserne hænger sammen i et samlet økosystem.

En generel anbefaling i litteraturen er at holde rammemodellerne enkle [35]. Rammemodellens primære funktion er at give et klart overblik over *hovedniveauer* i systemet samt de *overordnede* og *vigtigste* forbindelser imellem indsatserne. De skal ikke illustrere alle de mulige borgerforløb. For at rammemodeller kan fungere som organiseringsværktøjer, bør både ledelsen og medarbejderne kende hele modellens opbygning, uanset hvilket niveau de arbejder på.

Aktører, der informerer om eller henviser til offentlige stresstilbud, kan udgøre et bredt felt. Det kan være praktiserende læger, medarbejdere i forskellige forvaltninger, studievejledere, NGO'er og frivillige med kendskab til kommunens stresstilbud.

For de henvisende aktører kan rammemodellerne skabe gennemsigtighed og overblik. Dermed kan de understøtte vurderingen af relevante tilbud eller henvisningsmuligheder [8,35,36]. Rammemodellerne kan også hjælpe borgerne med at danne sig et overblik over deres muligheder og finde vej gennem de offentlige sundhedssystemer ift. deres rettigheder, muligheder, tidsfrister og systemets øvrige krav til dem, hvilket ofte er en udfordring for borgere med stress og psykisk mistrivsel [35].

Stressramte eller belastede borgere er ofte i kontakt med flere forvaltninger, såsom sundheds-, beskæftigelsesforvaltningen eller socialforvaltningen. Rammemodeller kan her være vigtige vejvisere. Rammemodeller er dog ikke i sig selv tilstrækkelige til at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet. De skal understøttes af tydelige beskrivelser af tilbuddene, og hvordan borgerne får adgang til dem (se *Beskrivelser* herunder) [9,10,35].

Hovedniveauer

Rammemodeller indeholder en række *Hovedniveauer*. Hovedniveauer er de overordnede niveauer, en differentieret indsatsvifte kan inddeles i [6]. Hovedniveauer karakteriseres af forløbsintensitet og ressourceforbrug. Forløbsintensitet og ressourceforbrug skal vel at mærke forstås som den *samlede sum* af de ressourcer borger, personale og kommunen bruger på et hovedniveau. Ressourceforbruget kan derfor også differentieres mere dynamisk, hvilket vi folder ud i vejledningens Kapitel 4.

Hovedniveauerne afspejler som regel også det estimerede omkostningsniveau. De mindst intensive og mindst omkostningsfulde indsatser placeres nederst i rammemodellen, mens de mest intensive og omkostningsfulde placeres øverst [20]. Hovedniveauer illustreres nogle gange som progredierende firkanter, der ligner en trappe. Andre gange opstilles de som en trekant eller i en simpel tabel (Figur 2). Hovedniveauerne er også tiltænkt forskellige målgrupper. Jo højere niveau, desto mere udtalte er som udgangspunkt borgernes belastningssymptomer og behov for støtte eller hjælp. Omvendt er borgernes funktionsniveau og ressourcer til selvhjælp typisk lavere, jo højere niveauer man taler om.

Ifølge metaanalyser indeholder stepped care rammemodeller typisk fra to til ni hovedniveauer [20] hvor de fleste rammemodeller har fire [10]. Et eventuelt femte øverste niveau omfatter ofte medicinsk eller psykiatrisk behandling, som også kan inkluderes i en tværsektoriel rammemodel. En gennemgående anbefaling fra de interviewede udenlandske stepped care forskere var at undgå for mange niveauer i rammemodellen, da dens formål er at skabe overblik og gennemsigtighed (Interview 1, 4, 5, 12).

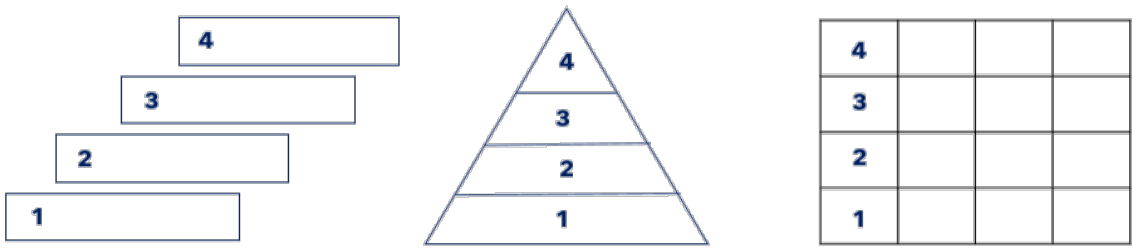
Progressivt, hierarkisk eller dynamisk?

Differentierede indsatser og stepped care kan organiseres på mange måder. I vejledningen skelner vi mellem tre overordnede organiseringslogikker: **progressive, hierarkiske og dynamiske modeller**. Opdelingen skal er en analytisk og pædagogisk måde at beskrive forskellige organiseringsprincipper på. Der findes ikke én anerkendt måde at inddele stepped care-modeller på. De tre modeltyper kan også overlappe og kombineres.

Nedenfor gennemgår vi de tre organiseringslogikker. Kort opsummeret er *progressive* modeller, at borgeren som hovedregel starter med en mindre intensiv indsats og progredierer ved behov. De *hierarkiske* modeller rummer såkaldt *stratified* eller *matched care*, og logikken er, at indsatsniveauet i højere grad vælges på baggrund af en indledende vurdering [37,38]. Endelig beskriver vi *dynamiske* modeller, som lægger større vægt på løbende tilpasning til borgerens skiftende behov, funktion, præferencer og udbytte af indsatsen [35,39]. Dynamiske modeller er blandt de nyere udviklinger i feltet.

Der findes betydelig variation inden for alle modeltyper, og i praksis kombinerer mange systemer elementer fra flere tilgange. Systematiske reviews viser tilsvarende stor variation i stepped-care-modellernes opbygning, herunder antal trin, interventioner, faggrupper og kriterier for bevægelse mellem niveauerne [35,40]. En hierarkisk rammemodel kan eksempelvis indeholde et progressivt forløb inden for ét hovedniveau, mens en progressiv rammemodel kan indeholde dynamiske muligheder for at springe et trin over eller ændre indsatsen på baggrund af borgerens situation og præferencer.

De tre organiseringslogikker beskrives nærmere nedenfor og illustreres i tre typiske *rammemodeller*.



Figur 2. Tre typiske måder at illustrere rammemodeller og deres hovedniveauer på.

Trappefiguren til venstre bruges ofte til at illustrere *progressiv stepped care*. Her starter borgerne typisk på et lavt indsatsniveau og kan bevæge sig til højere niveauer, hvis indsatsen ikke fører til positiv udvikling. I nyere tilgange kan borgerens motivation for at gå videre til næste niveau også indgå i vurderingen.

Trekanten i midten er mere typisk for *hierarkisk stepped care*, hvor fokus ligger på at henvise borger til det rette indsatsniveau fra start, hvilket stiller krav til screening og visitation. Her starter alle altså ikke på samme indsatsniveau, men borger kan stadig "steppe op" og "stepped ned afhængig af borgers udvikling

Tabellen er én ud af flere måder at illustrere *dynamiske stepped care* modeller på. De kendetegnes af et behovsorienteret system, hvor borger kan bevæge sig ad flere veje og elementer kan adapteres til en borger mere dynamisk, typisk afhængigt af især symptomniveau, funktionsniveau og motivation.

Progressiv stepped care

I en **progressiv stepped-care-model** starter borgeren som udgangspunkt med et mindre intensivt tilbud og tilbydes mere støtte, hvis det første tilbud ikke er tilstrækkeligt. Det er den klassiske stepped-care-logik, at borgeren som først tilbydes den mindst intensive indsats, der med faglig rimelighed forventes at kunne hjælpe. Støtten kan derefter intensiveres eller udbygges efter behov [40-42].

I klassiske progressive modeller, som primært blev udviklet til behandlingsregi, følges borgerens udvikling typisk gennem systematiske målinger. Beslutningen om at gå videre eller *progrediere (*deraf navnet på modeltypen) til et højere niveau træffes ofte i mere medicinsk orienterede modeller ud fra fastlagte kriterier, eksempelvis manglende symptomreduktion eller en score, der fortsat ligger over en klinisk grænseværdi. Systematisk monitorering og mulighed for at *steppe-up* ved utilstrækkelig effekt er således to centrale elementer i mange beskrivelser af progressiv stepped care, herunder retningslinjerne fra National Institute for Health and Care Excellence [40,43].

Progressive modeller kan dog organiseres forskelligt. I nogle modeller er tidspunktet og kriterierne for progression relativt standardiserede. I andre anvendes målinger som beslutningsstøtte frem for som automatiske tærskler, og faglige vurderinger og borgerens egne oplevelser og ønsker spiller en større rolle. Progressive modeller kan også give mulighed for at springe et niveau over, hvis den indledende vurdering viser, at en mere intensiv indsats er nødvendig. I de nyere tilgange kan valg og skift mellem tilbud således bygge på dialog og fælles vurdering mellem fagperson og borger, som det eksempelvis beskrives i den canadisk-amerikanske tilgang *Stepped Care 2.0* (SC2.0) [8]

Hierarkisk stepped care

I en **hierarkisk stepped-care-model** er målet i højere grad at identificere det antageligt mest relevante indsatsniveau eller tilbud fra begyndelsen. Borgerne starter derfor ikke nødvendigvis på det laveste niveau. Gennem screening, visitation eller en fælles indledende afklaring vurderes det, hvilken type og intensitet af støtte der bedst matcher borgerens behov.

Denne organiseringslogik ligger tæt på det, der i litteraturen betegnes som *matched care* eller *stratified care*. Begreberne er ikke helt synonyme, men fælles er, at der lægges større vægt på at anvende information om borgeren ved den første tildeling af indsats frem for som hovedregel at begynde med den mindst intensive intervention [37,38]. Internationale praksisanbefalinger beskriver matched care som beslægtet med stepped care, men med større vægt på borgerens aktuelle præsentation, tidligere behandlingserfaringer og præferencer ved den første tildeling af indsats[43].

Den indledende vurdering og dialog med borger kan omfatte symptomniveau, funktionsniveau, tidligere forløb, risiko, sociale og arbejdsmæssige forhold samt borgerens præferencer. I mere formaliserede stratificerede modeller kan sådanne oplysninger kombineres i beslutningsregler eller prognostiske modeller med henblik på at estimere, hvilken indsats der sandsynligvis vil være mest relevant for den enkelte borger [38].

En mulig fordel ved en hierarkisk eller stratificeret organisering er, at borgere med mere omfattende eller komplekse behov kan tilbydes en mere intensiv indsats fra begyndelsen frem for først at skulle gennemgå mindre intensive tilbud, som sandsynligvis ikke vil være tilstrækkelige. Til gengæld bliver kvaliteten af den indledende vurdering mere afgørende. Jo mere vægt der lægges på at placere borgeren "rigtigt" fra starten, desto større kan behovet blive for valide vurderingsredskaber, faglige kompetencer og administrative visitationsprocesser.

En særlig udfordring på stressområdet er at fastlægge klare kriterier for, hvilket indsatsniveau den enkelte borger skal tilbydes. Stressproblematikker kan opstå på baggrund af meget forskellige belastninger i arbejdsliv, privatliv, helbred og sociale forhold, og borgere med omtrent samme score på en stress-skala kan have meget forskellig funktionsevne, ressourcer, støttebehov og motivation.

Enkle mål, såsom en score for selvoplevet stress eller selvvurderet arbejdsevne, vil derfor sjældent i sig selv være et tilstrækkeligt grundlag for at vælge indsats. En faglig dialog med borgeren er særlig vigtig ved komplekse stressproblematikker. Vurderingen kan støttes af validerede spørgeskemaer og visitationsmanualer med vurderings-*parametre* frem for faste grænseværdier. Relevante parametre kan være symptomniveau, funktionsevne, belastningernes karakter, varighed og udvikling, tidligere erfaringer med at modtage hjælp, aktuelle ressourcer og motivation. Over tid kan lokale data desuden anvendes til at kvalificere viden om, hvilke borgere der typisk har størst gavn af forskellige tilbud.

Hierarkiske modeller er sjældent statiske. En borger kan senere få behov for mere støtte, mindre støtte eller en anden type støtte, hvis situationen ændrer sig. En overordnet hierarkisk rammemodel kan derfor sagtens indeholde progressive tilbudsforløb. Ét hovedniveau kan eksempelvis bestå af tre ydelsespakker, som tilbydes sekventielt, hvis den foregående pakke ikke har været tilstrækkelig. Det karakteristiske ved den hierarkiske organiseringslogik er således ikke, at borgeren aldrig flyttes mellem tilbud, men at indsatsniveauerne i højere grad betragtes som *parallelle*, fremfor serielle, hvor

det centrale spørgsmål ved indgangen derfor er: Hvilket tilbud passer bedst ifølge parametrene nu? I en progressiv model er spørgsmålet i højere grad: Hvad er den mindst intensive indsats, der kan være hjælpsom og fagligt forsvarlig at starte med?

Dynamisk stepped care

I en **dynamisk stepped-care-model** er der mindre fokus på en fast rækkefølge af trin eller på at placere borgeren på det "rigtige" niveau fra begyndelsen. I stedet lægges der vægt på, at indsatsen løbende kan tilpasses, efterhånden som borgerens behov, funktionsniveau, symptomer, præferencer, motivation eller livssituation udvikler sig. Den indledende vurdering bliver dermed ikke en endelig placering, men udgangspunktet for et forløb, hvor forskellige beslutninger kan træffes undervejs.

Den dynamiske organiseringslogik har ligheder med en bredere forskningslitteratur om *adaptive interventions* og *dynamic treatment regimes*. Her forstås en indsats som en række beslutninger over tid, hvor type, intensitet eller omfang af støtte kan ændres på baggrund af ny information om den enkelte person [44,45]. Adaptive forebyggende indsatser beskriver eksempelvis, hvordan forskellige personer kan modtage forskellige komponenter eller "doser" af en indsats, hvor indsatsen også kan ændres for den samme person over tid afhængigt af udviklingen i behov [44].

Dynamisk stepped care skal ikke forstås som det modsatte af systematik eller standardisering. En dynamisk model kan være meget systematisk og kan eksempelvis anvende faste tidspunkter for opfølgning, validerede spørgeskemaer og på forhånd beskrevne parametre eller beslutningsregler for, hvornår en indsats bør fortsætte, ændres eller intensiveres. I andre modeller spiller den faglige vurdering og dialogen med borgeren en større rolle. Det centrale er ikke graden af standardisering, men at *indsatsen kan ændres som funktion af ny information* [44,45]. Den nye information kan komme fra flere kilder. Det kan være ændringer i symptomer eller funktion, borgerens oplevelse af indsatsen, nye belastninger eller ressourcer i arbejds- eller privatlivet, fremmøde og engagement eller ændringer i borgerens motivation og præferencer. Det centrale spørgsmål bliver således ikke alene, om borgeren har fået det bedre, men også om *den aktuelle indsats fortsat er den mest relevante*.

Løbende outcome-monitorering og feedback kan understøtte denne organisering. *Routine outcome monitoring* (ROM) indebærer, at relevante data indsamles løbende og anvendes aktivt i den faglige dialog og beslutningstagning. Forskningen viser, at feedback kan bidrage til tidligere at identificere borgere, som ikke udvikler sig som forventet, og dermed give anledning til at overveje en ændring af indsatsen. Det fremhæves eksempelvis af et nyere review af ROM og feedback, som sammenfatter resultater fra 11 meta-analyser [46]. Data fungerer i dynamiske modeller ikke som automatiske tærskler, men som beslutningsstøtte i et mere responsivt system.

Et vigtigt kendetegn ved dynamiske modeller er, at bevægelsen ikke nødvendigvis kun foregår *opad i intensitet*. En borger kan få også få behov for *mindre* støtte, et andet format eller en anden faggruppe. En borger med stress kan eksempelvis i en periode have behov for relativt intensiv psykologisk støtte, men senere få mindre behov, hvis en central belastning reduceres, arbejdet genoptages, eller sociale ressourcer styrkes. Omvendt kan en borger, der først har behov for mindre støtte, hurtigt få brug for mere støtte, hvis situationen forværres. Ved opstart på lavintensive tilbud med borgere som muligvis

kunne få behov for mere intensiv hjælp, er det derfor også Fonden Mental Sundheds erfaring, at det er gavnligt at tale om *step-up*-muligheder indledningsvist, herunder om, hvordan adgangen fungerer, om der er særlige tidsfrister mv. Det dynamiske kan dermed handle om andet end omfanget af hjælpen. Både støttens indhold, faggruppe, format og kombinationen af ydelser kan tilpasses. En borger kan eksempelvis bevæge sig mellem selvhjælp, digitale tilbud, gruppeforløb, individuelle samtaler eller andre støtteformer uden at følge én på forhånd fastlagt vej gennem systemet. Nyere reviews af stepped care fremhæver netop mulighed for at tilpasse hjælpen til individuelle og skiftende behov som centrale træk ved udviklingen af nyere stepped-care-systemer [35],

En mulig styrke ved denne organiseringsform er derfor, at systemet i højere grad kan reagere på den kompleksitet og foranderlighed, som karakteriserer mange borgeres stressforløb, hvor både årsager, symptomer, arbejdsevne, energiniveau og motivation kan ændre sig over korte perioder. Til gengæld stiller en dynamisk organisering krav til, at systemet kan reagere fleksibelt. Hvis forskellige tilbud er organisatorisk adskilte, hvis adgangsvejene mellem dem er vanskelige, eller hvis fagpersonerne ikke har mulighed for at koordinere på tværs, bliver den dynamiske logik vanskelig at realisere. Samtidig går udviklingen i feltet mod mere fleksible, personcentrerede og kontekstafhængige modeller [35,47].

Udviklingen af kombinerede tilgange er også aktuel i en dansk sammenhæng. I de nye *lettilgængelige tilbud til børn og unge* lægges der eksempelvis vægt på både hurtig adgang, individuel afklaring, sammenhæng på tværs af indsatser og kobling til barnets hverdagsliv, herunder skole, uddannelse og familie. Hvis barnet ikke er i målgruppen for behandlingstilbuddet, skal der desuden kunne guides videre til relevante tilbud bl.a. i kommunen, skolen eller civilsamfundet [48,49].

Rammemodeller og udførlige beskrivelser

Rammemodellerne i Figur 2 illustrerer de tre overordnede organiseringslogikker. De viser ikke alle detaljer og alle de mange mulige borgerforløb i praksis. Gode rammemodeller er derfor ikke i sig selv tilstrækkelige til at skabe sammenhængende, differentierede systemer af sundhedsindsatser. De bør understøttes af *udførlige beskrivelser* af alle tilbuddene for at styrke sammenhængen [39,50].

Beskrivelserne skal gøre det nemt at forstå indsatsens indhold og den målgruppe eller typiske borger den er tiltænkt. Det bør fremgå, hvilke omstændigheder eller forhold der kan have betydning for borgerens mulighed for at deltage og få gavn af et tilbud. Beskrivelserne skal også tydeliggøre de forskellige henvisningsveje og hvordan de benyttes. Endelig bør relevante samarbejdsflader og arbejdsopgaver for det involverede personale og eventuelle eksterne samarbejdspartnere fremgå af beskrivelserne[6]. Som noget væsentligt anbefales det at lave *forskellige, udførlige beskrivelser til henholdsvist borgere og personale*, da de har brug for forskellige informationer, for at kunne arbejde godt og navigere godt i systemet [35].

RESSOURCEFORBRUG

Hovedniveau og intensitet	Målgruppe og formål	Generel indsatsbeskrivelse	Støtte der kan anbefales i og udenfor sundhedsvæsnet
4 **Høj Intensitet** *(Responsivt)*	Svær stress/belastning, ofte med symptomer på angst og depression. Altid med funktionsnedsættelse. Reducere symptomer, stabilisere kroniske tilstande, styrke mestring, social kontakt og viden om systemet.	Længerevarende, fagligt kvalitetssikrede, gruppebaserede eller individuelle forløb ved psykologer eller fagspecialister. Krav om screening, visitation, journalisering. Faglig henvisning.	Social støtte (familie/venner), peer-støtte, fællesskaber, livsstilsindsatser. Støtte-kontakt person, socialrådgiver, mentor, tværfaglig sagskoordinator mv.
3 **Moderat Intensitet** *(Responsivt)*	Moderat stress/belastningsgrad, ofte begyndende mistrivsel, fx søvnbesvær, nedsat koncentration, lavere selvregulering, ændret livsstil. Reducere symptomer, forøge funktionsevne, forebygge forværring, motivere positive cirkler og selvhjælp.	Kortere strukturerede gruppe-forløb eller korte individuelle forløb, kørt af fagpersoner, men uden krav om specialisering. Supervision af fagspecialister, krav om dokumentation, risiko-minimering og formel henvisning.	Social støtte, peer-støtte, civilsamfunds-fællesskaber, livsstilsindsatser. Hjælp til deltagelse i civilsamfund, sport, kunst, brug af naturen mv.
2 **Lav Intensitet** *(Responsivt)*	Mærkbar stress/belastning; uden væsentlig mistrivsel, men borger har henvendt sig af motiveret grund. Forebygge stress og forværring, styrke mestring, aktivt støtte brugen af værktøjer, viden og sund adfærd.	Stand-alone online forløb, webinarer, fællesarrangementer med efterfølgende monitorering. Mere borgerkontakt, aktiv opmuntring til brug af indsatser. Selvtilmelding / bred henvisning.	Social støtte, fællesskaber, livsstilsindsatser, viden om deltagelse i civilsamfund. Adgang til faciliteter, som logistisk støtter frivillige tiltag, koordinator herfor.
1 **Sundhedsfremme** *(Proaktivt)*	Ingen / lav stress og belastning, men en interesse for at forebygge stress og styrke livskvalitet. Stressforebyggelse, mental sundhedsfremme, mindske stigma af stress; viden og synlige tilbud.	Selvhjælp uden fagkontakt, edukative materialer, korte events og arrangementer. Frit tilgængeligt, promoveret via læger, hjemmesider, sociale medier mv. ingen henvisning.	Kultur, fællesskaber og samfundets bidrag til mindre stress, udover sundhedsvæsnets bidrag, fx lovgivining, arbejdspladsers indsats mod stress, mediernes, fagforeningers mv. Kommunal/regional sundhedsoplysning og kommunal-regional forebyggelse ved etablering af tværsektorielle samarbejder.

Figur 3. Centrale principper i rammemodeller [8-10]. Højere niveauer er til målgrupper med højere stressbelastning og lavere funktionsevne. De involverer mere omfangsrige eller intensive forløb, flere faglige kompetencer, flere faglige krav samt stigende omkostninger. Figuren angiver typiske eksempler på målgrupper, indsatser og støtte i- og udenfor sundhedsvæsnet. Disse varierer i praksis lokalt.

Udfordringer i organiseringen af stressindsatser

Der er stor geografisk variation i udformningen af offentlige stresstilbud i Danmark, hvorfor adgangen til stressbehandling afhænger af bopælskommune. Tilbuddene varierer dertil betydeligt med hensyn til målgruppe, indhold, fagligheden bag tilbuddet og adgangskriterierne [11]. Forskellene mellem indsatserne og de rammer, som kommuner, regioner, universiteter og andre aktører arbejder inden for, gør det dertil vanskeligt at samarbejde bredt, opbygge fælles viden og styrke kvaliteten af de differentierede, *sammenhængende* indsatssystemer, som samfundet har brug for.

Variationen mellem kommuner er dog ikke altid udelukkende et problem. Kommuner har forskellige befolkningsgrundlag, regioner har andre samfundsopgaver, og lokale tilbud kan være bæredygtige, meningsfulde, tættere på og nemmere at integrere i borgerens liv. Udfordringen opstår, når variationen ledsages af f.eks. manglende overblik hos fagpersoner og borgere, uklar arbejdsdeling, uigennemsigtig kvalitet af tilbuddene, utilstrækkelig koordinering og manglende vidensudvikling eller kvalitetsbevidsthed. Dette gør det vanskeligt at fremme stressfeltets kvalitet, selvom vi mener, det er muligt med det vidensgrundlag, der nu eksisterer *(Kap. 5. Evidensforståelse og Evaluering)*. Det gør det også vanskeligt at vurdere, om de begrænsede ressourcer i sundhedsvæsnet anvendes hensigtsmæssigt i forhold til stress. Internationale anbefalinger fremhæver sammenhæng mellem sundhedsindsatser og områder såsom beskæftigelse, uddannelse og sociale tilbud [51].

Pres på almen praksis og behovet for differentierede indsatser

Stress udgør en væsentlig folkesundhedsudfordring. I Den Nationale Sundhedsprofil 2025 havde 29,5 % af den voksne befolkning en høj score på stressskalaen mod cirka 21 % i 2010. Stigningen har været særlig tydelig blandt yngre grupper og blandt personer uden for arbejdsmarkedet [12,52]

Den øgede forekomst af langvarig stress i befolkningen afspejler sig i øget tilstrømning af borgere med stresssymptomer i almen praksis og til de arbejdsmedicinske klinikker. Praktiserende Lægers Organisation (PLO) har fremhævet, at henvendelser om stress optager betydelig tid hos praktiserende læger, og har efterspurgt kommunale forebyggelsestilbud, som lægen kan henvise tidligt til. Dansk Selskab for Almen Medicin har peget på, at stress og mistrivsel er en kerneopgave i almen praksis, men at lægen ved mere krævende forløb kan mangle relevante viderehenvisningsmuligheder, bl.a. på grund af egenbetaling, lange ventetider eller mangel på lokale tilbud [53,54]. Samlet set peger dette på et pres på almen praksis, hvor mulighederne for at hjælpe stressramte borgere bl.a. begrænses af manglen på relevante tilbud at henvise til. Denne udfordring er ligeledes fremhævet i Fonden Mental Sundheds interview med PLO (Interview 13).

I kommuner uden tilbud til stressramte borgere kan etableringen af tilbud til borgere med alvorlig stress være en forudsætning for at aflaste almen praksis og de arbejdsmedicinske klinikker (AMK). Fonden Mental Sundhed har erfaret, at der ved etableringen af et nyt stresstilbud ofte indledningsvist henvises en gruppe borgere med alvorlig stress, som har ventet i længere tid på hjælp. Det kan derfor hér være relevant at indføre de mere intensive tilbud i starten, for at undgå, at borgere henvises til for lavintensive tilbud, blot fordi der (endelig) bliver oprettet et tilbud.

I kommuner, hvor der allerede findes intensive stressindsatser, opstår der typisk et andet behov for hurtigere tilgængelige tilbud af lavere intensitet, som kan anvendes tidligere. Internationale stepped-care-modeller anvender også lavintensive interventioner som en måde at øge kapaciteten på og tilbyde støtte uden automatisk at anvende de mest ressourcekrævende interventioner [36,41].

Behovet for lavintensive indsatser hænger ifølge vores interviews med aktører fra dansk praksis bl.a. sammen med det store arbejdspres i almen praksis og på AMK, hvor der er begrænset tid til at hjælpe borgere med mindre alvorlige grader af stress. Lavintensive tilbud med høj kvalitet og hurtig adgang kan derfor både understøtte borgerne tidligere og aflaste almen praksis (Interview 9, 13). Sådanne tilbud kan også være vigtige, når der opstår ventelister til de mere intensive kommunale stresstilbud.

Litteraturen om stepped care bekræfter, at almen praksis kan spille en central rolle i differentierede indsatser. Det er derfor vigtigt, at lægen har overblik over tilbuddene eller kan hjælpe borgeren videre til faglig visitation eller anden hjælp til at finde det rette tilbud [36,55].

Ifølge to informanter med omfattende erfaring med stresspatienter kan læger og AMK bruge uforholdsmæssigt mange ressourcer på at rådgive patienter om relativt velkendte problematikker, som ikke er unikke for den enkelte borger (Interview 9, 13). Det kan eksempelvis være rådgivning om betydningen af dialog med arbejdsgiveren eller om søvnhygiejne [56]. Dén type enkel stressrådgivning kan også tilbydes online og dermed frigøre tid i konsultationen til dialog om borgerens behov og relevant henvisning.

Den begrænsede konsultationstid kan samtidig medføre, at lægens rådgivning bliver kortfattet og rent informativ, hvilket kan gøre, at den ikke i tilstrækkelig grad hjælper borgeren med at omsætte rådene til konkrete handlinger. Problemstillingen skal ses i lyset af, at Sundhedsstyrelsen allerede i

2007 pointerede, at mange praktiserende læger oplevede, at stressramte borgere optrådte hyppigt i konsultationerne, og at det kunne være vanskeligt at hjælpe denne gruppe i almen praksis [57]. Der kan desuden opstå frustration, når borgerens behov, motivation og egen vurdering ikke stemmer overens med de muligheder, lægen eller en anden fagperson har for at tilbyde hjælp.

Borgeren kan således ende med at gå hjem uden et relevant stresstilbud, selvom vedkommende var motiveret for at gøre noget ved sin situation [58]. Netop borgerens *motivation* har ofte stor betydning for borgerens mulighed for at arbejde relativt selvstændigt med lavintensive tilbud [8]. Vejledningens interviews, understøttet af forskning i lav- og mellemintensive indsatser peger på vigtigheden af at tilbyde lavintensive indsatser, som borgeren kan påbegynde allerede ved første konsultation (*Kap. 4. Lav- og Mellemintensive Indsatser*). På den måde aflastes de alment praktiserende læger samtidig med at borgerens motivation understøttes.

Der ligger en udviklingsmulighed i at lavintensive stressindsatser i kommuner kan understøtte borgerne tidligere og samtidig frigøre ressourcer i almen praksis. Det forudsætter, at tilbuddene er kvalitetssikrede, at lægerne kender til tilbuddenes kvalitet og at lægerne ved, hvordan borgerne hurtigt og let kan få adgang.

Udfordringer med tværgående koordinering

Stressproblematikker går ofte på tværs af organisatoriske strukturer. Den samme borger kan være i kontakt med almen praksis, sundhedsforvaltningen, beskæftigelsesforvaltningen, arbejdspladsen og andre aktører. For unge kan uddannelsesstedet tilsvarende være involveret.

Udfordringer kan opstå, når tilbud eller ydelser hører under hver sin forvaltning, som har forskellige arbejdsprocesser, regler og lovgivning, eller når andre organisationer ikke koordinerer med offentlige instanser [10,51]. Manglende koordinering eller forskellige regelsæt mellem forvaltninger kan gøre det vanskeligt at sikre borgeren et sammenhængende og meningsfuldt forløb

Fonden Mental Sundhed har eksempelvis oplevet, at borgeres stressforløb via en sundhedsforvaltning måtte afbrydes pga. praktikkrav fra en beskæftigelsesforvaltning. Efter dialog blev den praksis ændret i nogle kommuner, men ikke alle. På samme måde har vi oplevet, at stressramte borgere ikke kunne møde frem til individuelle, rådgivende psykologsamtaler under deres kommunale stressforløb, på grund af krav om at møde samtidigt til samtale hos en jobkonsulent. Vi har også haft stressede unge, som var inkluderet på et stressforløb via deres uddannelse, men som var nødt til at fravælge at møde op på stressforløbet, fordi uddannelsesstedet gav dem fravær for at gå på det forløb, der skulle støtte dem i at fuldføre deres uddannelse. Her har dialog også bidraget til, at uddannelsessteder ændrede deres praksis, så de stressramte unge ikke længere fik fravær for at deltage i stressforløbet. Vi har her også ved dialog med de unge selv fået den erfaring, at det er vigtigt at de enkelte kursusgange lægges på skiftende tider uge for uge, så ikke de unge går glip af det samme fag flere uger i træk, hvilket de

ikke ønsker, også selvom ikke får fravær, da det kan gøre, at de kommer bagud i det enkelte fag. Den type lavpraktisk koordinering kan være vigtig for, om de unge tilmelder sig.

Mangelfuld koordinering mellem forvaltninger, myndigheder og involverede aktører kan medføre, at de unge eller voksne borgere møder uforenelige krav eller processer, der *øger* belastningen frem for at sænke den. En vellykket koordinering kan omvendt i sig selv have en positiv betydning, alene fordi borgeren oplever, at systemet tager hensyn. Fonden Mental Sundheds klare erfaring er, at indsatserne bliver mere effektive og også på sigt mere bæredygtige, når de vedtages politisk, implementeres, delfinansieres eller som minimum anerkendes som væsentlige *på tværs af flere forvaltninger*. Det gavner indsatsen, hvis både beskæftigelseschefen og kultur- og fritidschefen støtter den, også selvom indsatsen drives primært af en sundhedsforvaltning.

Bæredygtigheden ved en tværgående implementering kan skyldes flere faktorer. For det første kan brugen af stresstilbuddet styrkes, det vil sige, flere borgere henvises, når kendskabet til tilbuddet øges på tværs af kommunen (eller organisationen). Dette giver i snit en lavere omkostning per borger, hvis tilbuddet er gruppebaseret, fordi der køres med fulde hold. For det andet bliver tilbuddet med tiden ofte knyttet tættere til kommunale tilbud i andre forvaltninger og derigennem til eksempelvis tilbud i civilsamfundet, som kan blive vigtige samarbejdspartnere. Endelig bliver indsatsen mindre afhængig af én forvaltnings budget eller ledelse, fordi det understøttes af flere ledere og personaleressourcer.

Omvendt har Fonden Mental Sundhed i flere kommuner oplevet, at stresstilbud, som det havde taget omkring et år at etablere, og som havde vist særdeles positive resultater blev lukket, i forbindelse med en besparelse, et lederskifte, eller på grund af en sygemelding af én vigtig fagperson for tilbuddet.

En tværgående implementering eller tværgående anerkendelse af et stresstilbud som væsentligt samt en veludviklet koordinering på tværs af forvaltninger eller organisatoriske enheder er typisk med til at stabilisere og optimere driften.

Kortlægning og optimering

Kortlægning af eksisterende indsatser fremhæves i stepped care-forskningen som et vigtigt grundlag for at udvikle differentierede indsatsvifter, da systemets funktion afhænger af et overblik over, hvilke tilbud der eksisterer, og hvilken rolle de har i det samlede system [8,10,35,39]. Kortlægningen forudgår således etableringen af rammemodeller og udføres også før de udførlige beskrivelser af indsatserne, som også er nødvendige for at skabe en sammenhængende indsatsvifte [33] (se *Rammemodeller og udførlige beskrivelser,* her i kapitlet).

En kortlægning skal afdække alle relevante, eksisterende indsatser, tilbud og ydelser. Indsatserne indplaceres på de relevante niveauer i rammemodellen for det differentierede system. Indplaceringen skal tydeliggøre, hvilke hovedniveauer, der er tilstrækkeligt og utilstrækkeligt dækket. De udførlige beskrivelser skal tydeliggøre, hvordan indsatser adskiller sig, er forbundne og kan styrke hinanden.

Erfaringer fra kommunale workshops. I de afholdte tre workshops om stressindsatser i København, Aarhus og Aalborg deltog som nævnt indledningsvist medarbejdere og ledere fra 31 kommuner. I workshoppen indgik en arbejdsproces, hvor medarbejdernes og ledernes opgave var at kortlægge deres kommunes indsatser, tilbud og ydelser til forebyggelse og håndtering af stress.

Kortlægningen viste betydelige forskelle mellem kommunerne. Nogle kommuner havde tilbud på adskillige indsatsniveauer, andre på kun ét indsatsniveau. Det blev også tydeligt, at medarbejdere fra én forvaltning ikke altid havde kendskab til relevante tilbud i andre forvaltninger. Det var en overraskelse for flere medarbejdere, at andre forvaltninger arbejdede med indsatser og ydelser, som kunne være relevante for deres egen forvaltnings arbejde med stress og mental mistrivsel. Når de ansatte selv mangler overblik, er det forståeligt, at borgere også kan have svært ved at finde rundt.

KOMMUNIKATION

Vigtigheden af kommunikation. De tre workshops understregede en almindelig erfaring: nemlig at kortlægningerne skal følges op af kommunikation, der sikrer kendskab til kommunens stresstilbud og ydelser af relevans for stressproblematikker. Kommunikationen skal nå ud på tværs af forvaltninger og til alle aktører, der kan henvise til eller informere om mulighederne. Her kan både rammemodellen og en udførlig beskrivelse af alle tilbud, henvisningsveje og kontaktflader være et vigtigt værktøj.

De tre workshops viste også mangler i kommunernes indsatser. Kun ni ud af de 31 kommuner angav således at have stresstilbud på det laveste hovedniveau i rammemodellen. Beskrivelserne af indholdet af disse tilbud viste, at fire ud af de ni kommuner tilbød et egentligt digitalt selvhjælpstilbud. De øvrige fem af de ni kommuner angav hjemmesider hos eksterne aktører med information og generelle råd om mental trivsel som den eneste lavintensive indsats.

Det peger på, at nogle kommuner mangler lavintensive tilbud, som kan supplere de mere intensive gruppetilbud. Det kan være problematisk, da en del borgere kan have tilstrækkelig gavn af lav- og mellemintensive indsatser, som samtidig kan understøtte almen praksis og AMK. Erfaringerne fra de tre workshops understreger derfor værdien af at kortlægge, om kommunens samlede tilbud dækker de forskellige indsatsniveauer.

MEDTAG ALT

Medtag alle tilbud og ydelser. Ved kortlægningen er det vigtigt at medtage alle eksisterende og selv *potentielt* relevante tilbud, herunder også mindre ydelser. Små ydelser kan være et opkald, et aftenarrangement, et samarbejde med en lokal forening, en psykiatrisk enhed som kommunen samarbejder med, selvom det kun bruges sjældent. Det kan være information om et vidensbaseret materiale der ligger på en hjemmeside.

Kortlægning af selv mindre ydelser kan være med til at synliggøre oversete ressourcer, muligheder for samarbejde, som er blevet glemt, eller mindre intense tilbud, der kan styrkes med enkle justeringer. Det kan også skabe fornyet dialog mellem medarbejdere. På den måde kan en kortlægning også hjælpe med at opdage, hvordan der kan skabes et mere sammenhængende system hurtigst muligt, nemlig ved først at prioritere de lettest gennemførlige forbedringer – at plukke de mest modne frugter til en start. Kortlægningen, rammemodellen og de udførlige beskrivelser, kan være et godt første skridt.

HUSK CIVILSAMFUNDET. En fyldestgørende kortlægning bør ikke begrænses til kommunens eller regionens tilbud. Relevante ressourcer ift. stress og mistrivsel kan også findes i civilsamfundet, såsom patient- og pårørendeforeninger, frivillige fællesskaber, peer-tilbud og lokale aktiviteter. I arbejdet med sammenhængende mentale sundhedssystemer fremhæves det ofte, at offentlige tilbud bør ses i relation til de ressourcer, der allerede findes i lokalsamfundet og omkring borgeren [9,51].

En kortlægning kan derfor synliggøre muligheder for bedre forbindelser mellem offentlige tilbud og civilsamfund. Det er samtidig vigtigt at beskrive civilsamfundstilbuddenes målgruppe, faglige kvalitet og borgerens oplevelse af kontinuitet i forhold til de øvrige indsatser. Civilsamfundet eller tilbud ledet af frivillige kan udgøre en vigtig del af en samlet strategi, men bør ikke ukritisk tildeles målgrupper, som kræver et sundhedsfagligt ansvar. Dette relaterer sig til at afdække risici.

KORTLÆG RISICI OG MANGLER. I kortlægninger anbefaler vi, at man samtidig identificerer risici, mangler og sårbarheder i det samlede system. Hvor mangler der muligvis faglig kvalitet? Hvor er det uklart, hvem der har hvilket ansvar for borgeren? Hvor kan borgere falde mellem tilbud? Hvor mangler der supervision, en tydelig viderehenvisningsmulighed eller mulighed for at intensivere støtten, hvis behovet viser sig? Implementeringsstudier af stepped care peger ofte på betydningen af rolleklarhed, kompetencer og organisatorisk sammenhæng [9,59]. Det beskriver vi i *Kapitel 3,* her i vejledningen.

Fonden Mental Sundheds erfaring viser, at kortlægningen af risici ikke kun bør handle om at overveje risikoen for negative udviklinger af borgerens trivsel. Det er også relevant at afdække, hvor et system af tilbud er sårbart. Det kan være pga. potentielle ventetider, uklare overgange, svær koordinering, utilstrækkelige kompetencer til at facilitere et tilbud hos ellers kompetente medarbejdere eller risici på grund af stor afhængighed af enkelte medarbejdere. Risikoafdækningen kan med fordel spørge: *Hvad er en organisatorisk risiko? Hvad kan besværliggøre borgers forløb? Hvad gør vi, hvis det sker?*

Formålet er ikke at eliminere enhver risiko, men at etablere proportionelle sikkerhedsnet og aftaler. Formatet på et sikkerhedsnet eller de aftaler, der skal træde i kraft ved uønskede hændelser, bør stå mål med indsatsens intensitet og målgruppe. I et lavintensivt tilbud kan et sikkerhedsnet bestå i tydelig information om, hvornår og hvordan man kan søge mere hjælp. I intensive stressbehandlingsforløb kan risikoanalysen vise behov for faglige procedurer ved utilfredshed, klager eller uhensigtsmæssige udviklinger, supervision til fagpersonen, klare procedurer og mulighed for hurtig viderehenvisning.

En god risikoafdækning kan bidrage til at forebygge både besvær, fejl og uklarheder eller modstridende arbejdsprocesser i et differentieret system. Den bør også sikre planlægning af konkrete tiltag, som skal iværksættes ved fejl, klager og en tydelig handlevej, når en proces eller en indsats ikke fungerer efter hensigten.

Kortlægningsøvelse

Herunder kan du prøve at lave en mini-kortlægning af de indsatser der er på tværs af forvaltninger i din kommune eller organisation. Efterfølgende kan du indplacere indsatserne i rammemodellen. Rammemodellen er illustreret som den velkendte hierarkiske trekant. Der er sat fire indsatsniveauer på, da det er det anbefalede antal trin i stepped care-litteraturen generelt (se *Rammemodeller*).

Det at lave en god kortlægning, kræver et grundigt stykke arbejde med indhentning af information fra flere forvaltninger og interview af flere informanter i en kommune eller organisation. Men det giver som beskrevet et godt overblik og tydeliggør, hvad de første skridt kunne være, og hvad der strategisk kan arbejdes med af målsætninger på sigt. Øvelsen kan give dig en fornemmelse af, hvad de vigtigste skridt i en kortlægning er.

- Start med at notere alle tilbud og også ydelser som din kommune eller organisation principielt *kunne* tilbyde uden de store ændringer, og som har relevans for stress og let-moderat psykisk mistrivsel. Tal gerne med en kollega eller indhent information. Du kan benytte det blanke område på næste side.

- Indplacér nu tilbuddene og ydelserne i rammemodellen på de fire hovedniveauer. Se den korte beskrivelse af de fire hovedniveauer under figuren nedenfor. Mangler der nogle tilbud eller ydelser på et eller flere af niveauerne?

- Påbegynd nu de vigtige, udførlige, understøttende beskrivelser af, hvordan indsatserne skal hænge strategisk sammen. Hvordan de kan adskilles og forstås i deres egen ret af både en borger, en medarbejder og en leder. Hvorfor er de berettiget hver især? Husk at flere tilbud ikke nødvendigvis er bedre end færre med en højere kvalitet. Beskriv formålet, målgruppen og henvisningsvejene. Beskriv hvordan borgeren bliver informeret om, at tilbuddene eksisterer? Hvem kan informere om et tilbud – når du også tænker civilsamfundet med? Tænk de mulige kommunikationsveje igennem.

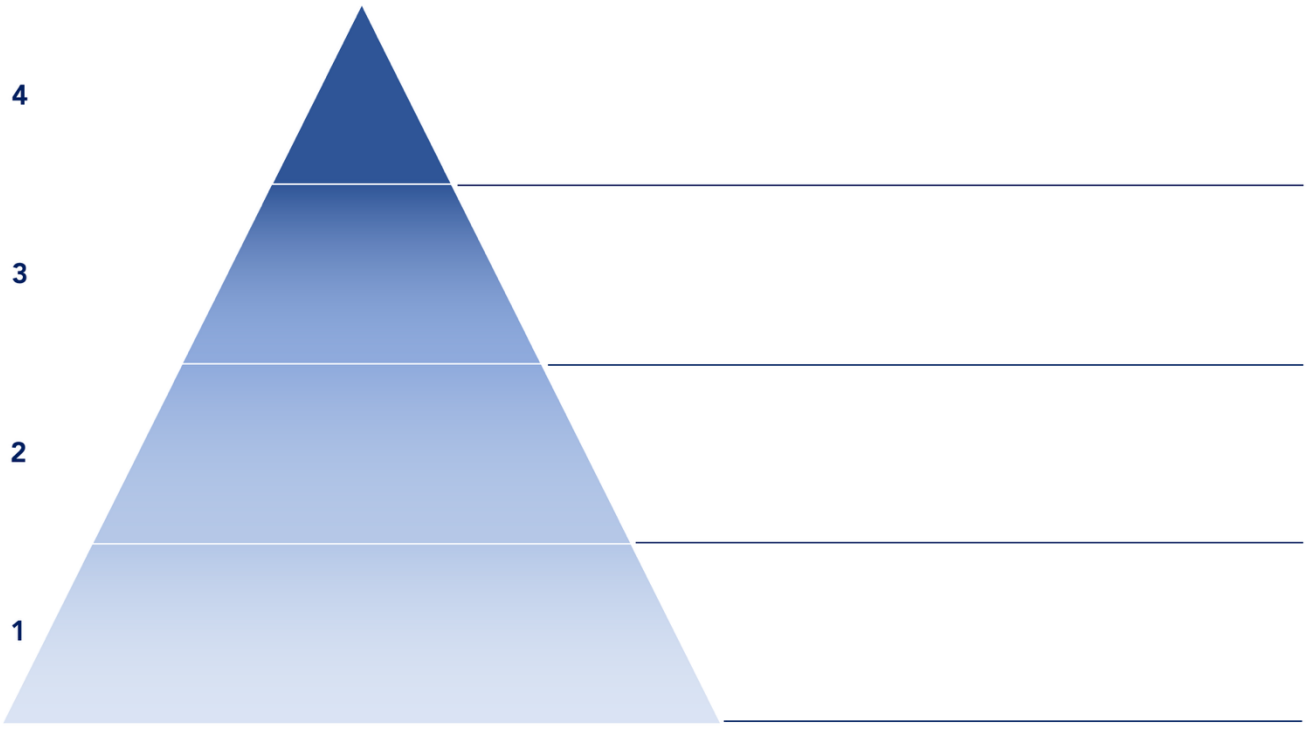
- Lav nu tre borger-cases. Beskriv deres baggrund og den borgerrejse, de kan komme på. Lav for hver borger en beskrivelse af rejsen set fra borgers perspektiv. Lav tilsvarende en anden beskrivelse set fra personalets perspektiv og en tredje fra en henvisende parts perspektiv. Hvad er der brug for? Beskriv også her, hvad mulige risici er på hvert niveau eller på forskellige tidspunkter i processen på vej igennem systemet, for hver af de tre cases.

- Skriv nu om, hvordan der kan skabes mere sammenhæng og synergi. Tænk på, hvad de mindst krævende og mest effektive justeringer kunne være, mht. at mindske risici og forøge personalets forståelse af de forskellige indsatsers funktion. Overvej også om der er brug for kompetenceløft på hovedniveau 1, 2, 3 eller 4 for at sikre systemets kvalitet på alle niveauer. Det er ikke givet, at kompetencer på hovedniveau 4 for eksempel også giver kompetencer på hovedniveau 1 (se Kapitel 3).

Øvelse. Kortlægning af stressindsatser

1. Notér alle indsatser, tilbud og ydelser af relevans for stress

2. Indplacér det noterede på et af de fire hovedniveauer



Figur 4. Kortlæg hovedniveau 1 – 4. Når du laver din rammemodel, skal hvert niveau beskrives ud fra *jeres* strategi. Din model kan have flere eller færre niveauer, og du kan strukturere indsatsen hierarkisk, progressivt eller dynamisk. Eksempler på indsatser på hvert hovedniveau (se også Figur 3) inkluderer:

4 Intensive, længere indsatser. Gruppe/individuelt v. fagspecialist. Faglige krav, faglig henvisning.
3 Strukturerede, kortere gruppebaserede eller individuelle forløb. Risikominimering. Supervision.
2 Responsive, tidlige indsatser. Begrænset støtte og evt. monitorering, ingen formel henvisning.
1 Proaktiv mental sundhedsfremme og stressforebyggelse. Ingen henvisning, ingen aktiv støtte.

FONDEN
MENTAL SUNDHED

Kapitel 2.

LEDELSE OG IMPLEMENTERING



Kapitel 2.

LEDELSE OG IMPLEMENTERING

Implementering af differentierede indsatser kan stille betydelige krav til organisering og samarbejde og indebærer derfor også en række ledelsesmæssige opgaver. Når adgangsveje, opgavefordeling, faglige roller og fordelingen af ressourcer ændres, kan det derfor være relevant at betragte overgangen til differentierede og sammenhængende indsatser som en organisationsforandring. Dette blev fremhævet af en ekspert i arbejds- og organisationspsykologi (Interview 6). Den specifikke forskning i *ledelse* af stepped care er begrænset, men nyere studier af stepped-care-*implementering* og generel forskning i implementeringsledelse og integrerede sundhedssystemer indikerer en række fælles ledelsesopgaver [60–63].

I kapitlet her giver vi først en generel indflyvning, hvor vi nævner de faktorer af ledelse, der fremhæves på dises felter. Dernæst opsummerer vi fire anbefalinger til ledelse af differentierede stressindsatser.

Vi starter ved et såkaldt *realistic review* af ledelse i integrerede sundheds- og socialsystemer i England, et forskningsarbejde ledet af professor Ruth Harris, ekspert i komplekse interventioner, organisering af sundhedsydelser og realistisk evaluering [60].

I reviewet beskriver Harris og kolleger indledningsvist, at traditionelle forestillinger om ledelse ofte tager afsæt i én organisation eller én profession. Derfor indfanger de kun delvist de udfordringer, der kan opstå, når flere fagligheder, flere enheder, forvaltninger eller sektorer skal arbejde sammen. For at belyse disse udfordringer, samlede reviewet relevant forskning fra integrerede teams i det engelske sundhedssystem og afprøvede og udviklede dernæst sine forklaringsmodeller gennem flere runder med dialoger og yderligere undersøgelser med ledere, fagpersoner, brugere og forskere.

Forfatterne identificerede endelig syv ledelsesmekanismer, som fik både empirisk og praktisk støtte indenfor feltet af integrerede sundhedsindsatser: At skabe en *fælles intention* om at arbejde sammen; at skabe *de praktiske betingelser* for samarbejdet; at *balancere forskellige perspektiver*; at arbejde bevidst med *fordeling af magt og ansvar*; at understøtte *læring og udvikling*; at fastholde *et bredt systemperspektiv*; og at *gøre kompleksiteten forståelig* [60].

Disse mekanismer er i vores erfaring og baseret på de udførte interviews relevante for differentierede stressindsatser. En fælles vision er ikke tilstrækkelig, hvis organisationen ikke samtidig etablerer de strukturer og arbejdsbetingelser, der gør samarbejdet muligt. Ledelsen må samtidig kunne håndtere forskellige faglige perspektiver og interesser frem for at forudsætte, at uenighed bør fjernes. Endelig skal ledere kunne fastholde et bredere blik end den enkelte faglige enheds eller medarbejders interesser og gøre et komplekst system klart forståeligt, så medarbejderne kan navigere i det.

Den begrænsede, men mere specifikke forskning i stepped care-implementering støtter også disse anbefalinger. Et svensk studie af stepped care i tre primærsektororganisationer fandt eksempelvis, at *tid og ressourcer* var væsentlige for implementeringen, ligesom god kommunikation, arbejdsmæssige ressourcer og tydelig ledelsesstøtte kunne fremme implementeringen [61]. Reviews fremhæver hertil betydningen af sammenhængende henvisningsveje, tværfagligt samarbejde, kompetenceudvikling og tydelig ansvarsfordeling [10,35]. Samtidig viser litteraturen betydelig variation i både stepped-care-modeller og de organisatoriske sammenhænge. Barriererne kan være forskellige afhængigt af den organisatoriske kontekst, og selv indenfor samme primærsektor, som det svenske studium viste [61].

Der kan ikke udledes én optimal ledelsestilgang for differentierede indsatser. Samtidig er det klart, at der ligger en række ledelsesopgaver i at styrke de organisatoriske og faglige betingelser, der gør det muligt for det samlede system at fungere efter hensigten. Som et væsentligt forbehold for de følgende anbefalinger fremhævede en informant med mange års erfaring fra i ledelsesforskning netop, at komplekse offentlige organisationer ikke uden videre kan forandres gennem bestemte ledelsesgreb:

> **"Der er også forskellige kulturer, som er nemmere eller vanskeligere at bedrive ledelse ind i. Så det er ikke sådan, at man bare kan reducere det til at være en ledelsesopgave. … Vi er nødt til at have en ydmyghed over for kompleksiteten i lige at sige: Bang! Så skal lederen bare sige sådan. … Det er nogle gange mere en organisatorisk beslutning frem for en ledelsesmæssig kommunikationsopgave."**
>
> Interview 8

Pointen er meget væsentlig. Den nærmeste leder af en kommunal stressindsats arbejder typisk inden for rammer, der delvist fastlægges på andre ledelsesniveauer og gennem politiske beslutninger, myndighedskrav, lovgivning og budgetter. En center- eller områdeleder kan ikke nødvendigvis selv ændre målgruppen, personalekapaciteten, dimensioneringen af tilbuddene, prioriteringen af særlige digitale tiltag i kommunen eller de kommunikationsressourcer afdelingen har, da de kan ligge mere centralt. Ledelse af offentlige differentierede indsatser må derfor forstås i sammenhæng med den offentlige, organisatoriske styring og de beslutningsrum, forskellige ledelsespositioner råder over.

De følgende anbefalinger skal på den baggrund ikke forstås som en fast ledelsestilgang eller som forhold, den enkelte leder altid kan kontrollere. Men de fremhæver fem ledelsesaspekter, som vi kan genfinde både litteraturen og på tværs af mange interviews (Interview 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 14, 16).

Vi har opdelt dem i to overordnede ledelsesområder. Det første handler om at skabe *mening og involvere medarbejderne*. De følgende fire handler alle om at *organisere forandringen*. Til disse fire anbefalinger har vi fundet inspiration i de fire oprindelige dimensioner fra *Implementation Leadership Scale* [63], et bredt anvendt instrument til at måle implementeringsledelse, også i sundhedsvæsnet. De fire anbefalinger, vi giver, er følgende: At *planlægge proaktivt*; at *forstå praksis*; at *skabe organisatorisk understøttelse*; og at udøve *vedligeholdende ledelse*. De hænger tæt sammen, men sondringen kan tydeliggøre en række empirisk og praktisk støttede aspekter af ledelsen af differentierede indsatser.

Skab mening og involver medarbejderne

I flere interviews til vejledningen blev det kraftigt anbefalet at inddrage medarbejderne aktivt i både etableringen og driften af differentierede indsatser. Det handlede både om at lytte til medarbejdernes input, spørgsmål og erfaringer, og om at give medarbejderne reel indflydelse på opgaveløsningen. Informanterne skelnede især mellem praktiske bekymringer ved den organisatoriske forandring og mere grundlæggende faglige spørgsmål om, hvad der er den bedste hjælp til borgeren. En af de

interviewede forskere pegede med afsæt i sin viden om organisatoriske forandringsprocesser på, at faglig stolthed over den eksisterende praksis kan være med til at forklare, hvad der kan gøre det vanskeligt for medarbejdere at omstille sig til eksempelvis at tilbyde mindre intensive indsatser. Som hun formulerede det: *"Vi ved, hvad vi har… vi er forhåbentlig også glade for den indsats, vi lægger her, og er stolte af det."* (Interview 6).

En central ledelsesopgave er derfor ikke alene at kommunikere, **hvad** der skal ændres, men også at skabe en fagligt troværdig og meningsfuld begrundelse for **hvorfor**. I deres review betegner Ruth Harris' forskningsgruppe[60] dette som *inspiring intent to work together*. Ledelsen skal formulere en retning og skabe mening om de nye arbejdsprocesser og forandringen. Samtidig er det at præsentere en vision ikke tilstrækkeligt. Ledelsen må have indsigt i den lokale praksis og tage de faglige perspektiver alvorligt. Hvis forandringen kun kommunikeres fra ledelsens side som forankret i en nødvendig økonomisk besparelse, kan medarbejderne opleve at den går imod deres faglige ansvar over for borgerne, og det kan skabe faglig modstand [60]. Dette fremhævedes også af en af verdens ledende forskere i implementeringen af stepped care indsatser (Interview 12).

At skabe mening betyder i forlængelse af heraf ikke, at ledelsen skal overbevise medarbejderne om en fastlagt løsning. Et andet review [60] fremhæver at ledelsen skal kunne *balancere flere perspektiver*. I integrerede systemer vil forskellige professioner og enheder ofte have forskellige erfaringer, værdier og vurderinger, som ledelsen må kunne arbejde konstruktivt med. Uenighed kan indeholde relevant information om, hvordan en ny organisering faktisk fungerer, og behøver ikke i sig selv at være et tegn på manglende opbakning. Men den skal tages alvorligt.

Ledelsen må også tydeliggøre de ressourcemæssige rammer – og samtidig inddrage medarbejderne i, hvordan rammerne omsættes til det faglige arbejde. Det kan blandt andet indebære at drøfte faglige og etiske dilemmaer og give medarbejderne mulighed for at bidrage med forslag til løsninger inden for de organisatoriske rammer.

I den forbindelse kan *psykologisk tryghed* have betydning for, hvordan medarbejderne deltager. Psykologisk tryghed betegner en opfattelse i en gruppe af, at det er sikkert at tage interpersonelle risici. Det indebærer eksempelvis, at medarbejderne tør stille kritiske spørgsmål, udtrykke uenighed, udfordre beslutninger og påpege problemer uden frygt for at blive ydmyget eller straffet. Det er derfor ikke alene muligheden for at blive inddraget, men også måden, medarbejdernes bidrag bliver mødt på, der har betydning for, om de tør bringe deres perspektiver og bekymringer frem [64,65].

Ledelsen kan i et arbejdsmiljø med højere psykologisk tryghed fastholde sit ansvar for de overordnede prioriteringer og samtidig give medarbejderne reel indflydelse på, hvordan de faglige opgaver løses. En højere grad af psykologisk tryghed støtter betingelserne for, at medarbejderne bidrager med kritiske perspektiver, udfordrer eksisterende praksis og kommer med nye idéer og løsningsforslag. Dette kendte ledelsesperspektiv er altså også relevant i etableringen af differentierede indsatser, fordi det kan skabe en forudsætning for, at medarbejderne kan få reel indflydelse på, hvordan de faglige opgaver løses. Som en forsker sagde om stepped care: "*der er noget medarbejderinvolvering i forhold til, hvordan vi altså også kan integrere det her på en måde, som giver mening for os*" (Interview 9).

En anden informant med forskningsbaggrund inden for stress og offentligt ansatte var kritisk over for indførelsen af nye organisatoriske modeller, hvis kerneopgaven er presset. Informanten fremhævede,

at medarbejdernes indflydelse også bør omfatte en vurdering af den grundkapacitet, der faktisk er nødvendig for at løse kerneopgaven forsvarligt: "*Det der så skal til derude i praksis, er, at man sætter de her fagmennesker til selv at definere, hvad der er [den nødvendige] grundkapacitet, og hvad der så er [tilbage] til noget andet"* (Interview 14). En sådan involvering kan ifølge forskeren styrke ejerskab og modvirke faglig umyndiggørelse.

Men forskeren gik videre: Nye modeller og reformtiltag kan blive problematiske, hvis de lægges oven på organisationer, hvor ressourcerne allerede er blevet udhulet, og hvis buzzwords, såsom *stepped care*, bliver brugt til at skjule, at der er tale om et forsøg på besparelser. Hvis formålet er at reducere udgifterne, bør ledelsen sige det åbent. Informanten fremhævede endelig, at et utilstrækkeligt bemandet system, som samtidig gøres mest komplekst, kan ramme socialt skævt og risikere at *forøge* uligheden i mental sundhed, fordi borgere med færre ressourcer har sværere ved at finde vej igennem systemet og gøre krav på deres rettigheder, en faktor der forværres, når systemkompleksiteten forøges. Denne mulige konsekvens er den stik modsatte af formålet med differentierede indsatser (Interview 14). Dette kritiske perspektiv er væsentligt for vejledningen her.

Differentierede indsatser forstås her i vejledningen, som vi annoncerede indledningsvist, *ikke* som en betegnelse for en spareøvelse, men som en strategi for tidligere hjælp, behovstilpasset hjælp og en hensigtsmæssig anvendelse af ressourcer, som kan udjævne ulighed i mental sundhed. Kritikken peger imidlertid på at differentiering ikke i sig selv kan kompensere for utilstrækkelig grundkapacitet. Hvis nye arbejdsgange og organisatoriske lag indføres uden tilstrækkelige ressourcer, kompetencer og medarbejderinvolvering, kan differentieringen ganske rigtigt øge kompleksiteten og belastningen på personalet, og dermed resultere i nedsat omsorg for de borgere, der ikke selv har ressourcer til at finde vej eller forklare deres behov. Derfor er det så væsentligt med god organisering og ledelse.

Medarbejderinvolvering i praksis

Et interview med ledere af danske, kommunale, differentierede stressindsatser (Interview 2) illustrerer, hvordan involvering af medarbejderne kan foregå. Lederne fortalte, at medarbejderne gradvist blev inddraget gennem bl.a. workshops, hvor de kunne stille spørgsmål og indgå i dialog med en mindre gruppe medarbejderrepræsentanter og ledelsen. Her kunne medarbejderne drøfte forløbet med implementeringen af en differentieret indsats og give input til implementeringen.

Medarbejderrepræsentanter fra samme organisation (Interview 3) havde oplevet at denne gradvise proces havde givet dem reel opgaverelateret indflydelse. De havde bl.a. været med til at kvalificere, hvordan frigjorte ressourcer fra implementeringen af stepped care, kunne anvendes til at støtte borgere, som organisationen tidligere havde begrænsede muligheder for at hjælpe. En medarbejder beskrev, hvordan differentieringen havde frigjort psykologressourcer, som nu kunne anvendes til borgere med mere komplekse behov:

> ***"Så har vi jo fået frigivet noget arbejdskraft. ... Det har vi jo for eksempel brugt til ... at nogle af de borgere, der har det allerdårligst, der kommer til visitation, som vi bare sender tilbage til egen læge, at de kan få noget mere støtte omkring, hvor de så skal hen."***
>
> Interview 3

De frigjorte ressourcer gjorde det også muligt at etablere begrænsede viderehenvisningsydelser, hvor medarbejderne kunne hjælpe borgere, de ellers plejede blot at sende retur til egen læge. Med de frigivne ressourcer havde medarbejderne nu mulighed for at tilbyde borgerne enkelte individuelle viderehenvisningssamtaler. En dansk forsker fremhævede tilsvarende, at det kan have betydning for medarbejderne, hvis differentieringen, altså vurderingen af, hvordan borgeren bedst kan hjælpes, bliver en meningsfuld del af deres faglige arbejde: "*Det tror jeg også ville give en helt anden oplevelse, hvis differentieringen faktisk bliver en del af min opgave*." (Interview 8).

Pointen er ikke kun relevant under implementeringen. Den handler også om, hvorvidt medarbejderne efterfølgende har mulighed for at anvende deres faglighed og tilpasse valget af indsats til borgerens behov. En fælles organisering og standardiserede arbejdsgange behøver ikke at udelukke et fagligt råderum. Dermed bliver differentieringen af borgerforløb ikke blot en organisatorisk eller teknisk-instrumentel beslutning, eksempelvis baseret på en cut-off-score på et spørgeskema om mistrivsel, som medarbejderne skal følge, men derimod en meningsfuld del af deres daglige, faglige arbejde.

Forskningen i stepped care-implementering støtter også vigtigheden af *læring undervejs*. Ruth Harris og kolleger [60] identificerer i deres review *commitment to learning and development* som en af de syv vigtigste ledelsesmekanismer og fremhæver fælles læring, feedback og vilje til at justere praksis i takt med, at erfaringerne kommer. En mere gradvis implementering med velovervejede prøvehandlinger, medarbejderworkshops og løbende dialog mellem ledelse og medarbejdere kan derfor anbefales.

Skab en tydelig og fagligt meningsfuld begrundelse for differentieringen, involvér medarbejderne reelt i dens praktiske udformning og implementering, og brug også driften som en løbende læringsproces.

Organisér forandringen

Det er ikke tilstrækkeligt, at medarbejderne forstår og bakker op om formålet med den differentierede indsats. Ledelsen skal også sikre rammer, der gør det muligt at arbejde efter den nye organisering. Herunder skal der skabes klarhed over ansvar og roller, etableres de nødvendige arbejdsgange og samarbejdsrelationer samt sikres de ressourcer, der er behov for. Disse ledelsesopgaver beskrives af Harris' forskningsgruppe som *creating the conditions to work together* og *clarifying complexity* [60] og de understøttes også af den bredere litteratur om ledelse af forandringsprocesser [66].

I det følgende fremhæver vi fire ledelsesopgaver, som alle handler om at organisere forandringen. Vi tager afsæt i forskning i faktorer i implementeringsledelse via *Implementation Leadership Scale* [63] (ILS), en bredt anvendt og psykometrisk valideret skala til måling af implementeringsledelse, herunder også i sundhedsvæsenet [67-69], samt i vores interviews med informanter fra stepped-care feltet samt i vores kommunale workshops med medarbejdere og ledere.

De fire ledelsesopgaver vi fremhæver, er de følgende**:** ***Proaktiv planlægning; forståelse af praksis og forandringens omfang; organisatorisk understøttelse;*** samt ***vedligeholdende ledelse***. De fire temaer skal ikke ses som en udtømmende liste eller en fast opskrift på ledelse af forandringsprocesser under etableringen af differentierede indsatser, men som en fleksibel ramme, der trådte frem i materialet.

Andre modeller fremhæver yderligere relevante forhold såsom at diagnosticere organisationens parathed[66]. ILS omfattede også oprindeligt en femte dimension om *lederen som rollemodel*, og den nyere ILS-X supplerer de oprindelige fire dimensioner med tre nye: *kommunikation*, *kobling mellem organisationens vision og kerneopgaven;* samt *lederens tilgængelighed*; og har i udviklingen påvist, at alle syv dimensioner er relateret til medarbejdernes arbejdstilfredshed og innovation i arbejdet på tværs af 68 sundhedsklinikker [70]. De fire oprindelige ILS-dimensioner udgør imidlertid fortsat den mest veletablerede ramme, og de giver samtidig en passende struktur for de ledelsesperspektiver, der er fremkommet i arbejdet med denne vejledning. Vi har her tilladt os at udvide og nuancere ILS-dimensionerne med de perspektiver, informanterne og de tre workshops har givet.

1. Proaktiv Planlægning - undersøg tid, kapacitet og barrierer

En vigtig ledelsesopgave er at skabe overblik over den eksisterende organisering og planlægge den nye organisering grundigt, før nye arbejdsformer indføres. Det kan indebære at planlægge flere faser af implementeringen, at fastlægge rammerne for ressourcer og at identificere mulige barrierer, og hvordan de kan håndteres. ILS betegner *proaktiv ledelse* som ledelse, der på forhånd planlægger implementeringen, opstiller rammer og identificerer og håndtere barrierer, før de udvikler sig [63].

I vores erfaring med etableringen af offentlige stressindsatser, såvel som litteraturen om stepped care, er den overordnede besked, at det især handler om *tid og kapacitet*. Et nyt review fra 2026 viser, at manglende tid og ressourcer er identificeret som væsentlige barrierer ved implementering af stepped care, og omvendt kan god tid til implementeringen og tilstrækkelige arbejdsmæssige ressourcer fremme implementeringen [61]. Medarbejderne kan eksempelvis have behov for tid til at sætte sig ind i nye arbejdsformer, udvikle en forståelse af rammemodellen og aftale, hvordan nye opgaver og samarbejdsrelationer skal fungere [71].

Proaktiv planlægning indebærer også at analysere den eksisterende situation og vurdere, om eller hvordan organisationen kan tilgængeliggøre den nødvendige kapacitet til over tid at gennemføre forandringen. Som beskrevet kan og bør en øget differentiering ikke kompensere for utilstrækkelige personaleressourcer, manglende kapacitet eller en presset kerneopgave. Forskning i organisatoriske forandringer anbefaler også, at ledelsen vurderer den eksisterende situation, organisationens parathed og de personalemæssige og materielle ressourcer, forandringen kræver [66].

Det betyder ikke, at alle detaljer skal være afklaret. Men inden implementeringen bør ledelsen have et realistisk billede af, hvor den nye organisering kræver tid, kompetencer, ændrede arbejdsgange eller nye samarbejdsflader, og hvor belastninger risikerer at lande, når en del af systemet ændres. Det hænger tæt sammen vores næste anbefaling.

2. Forstå praksis og forandringens omfang

Proaktiv planlægning kræver, at ledelsen har dyb viden om den eksisterende praksis. Det handler ikke kun om at kende de indsatser, der skal implementeres, men også om at forstå, hvordan den nye organisering vil ændre medarbejdernes konkrete, daglige arbejde. Dette ligger i forlængelse af ILS-dimensionen *knowledgeable leadership* [63].

Afhængigt af organisationens udgangspunkt kan implementeringen af mere differentierede indsatser spænde fra en mindre justering af eksisterende tilbud til en omfattende organisatorisk forandring. En interviewet forsker inden for organisationspsykologi fremhævede, at implementeringen bør ses som en *organisationsforandring*, hvis den medfører væsentlige ændringer i eksempelvis opgaveløsning, målgruppe, arbejdsfordeling eller det faglige indhold af medarbejdernes indsatser (Interview 6). Differentiering udgør ikke nødvendigvis en stor organisationsforandring, men ledelsen bør forstå og tage højde for omfanget af forandringer, og hvordan de spiller sammen med organisationens status.

Her er forandringsledelsens anbefalede princip om *diagnose før intervention* nyttigt [66]. Ledelsen bør undersøge de eksisterende arbejdsgange, faglige roller, samarbejdsrelationer og organisatoriske afhængigheder. Dette relaterer sig til proaktiv planlægning, men pointen, der altså går på tværs flere steder er, at ledelsen anbefales ikke bare at planlægge, men forstå den eksisterende praksis i dybden.

Medarbejdernes praksiserfaringer er derfor en vigtig kilde til viden. Flere informanter fremhævede i den forbindelse, at ledelsen bør skelne mellem forskellige typer bekymringer hos medarbejderne. Nogle handler om ændrede arbejdsgange, opgavefordeling og arbejdsvilkår, mens andre vedrører det faglige indhold og medarbejdernes vurdering af, hvad der er fagligt forsvarlig og kvalificeret hjælp. En medarbejder med erfaring fra implementering af stepped care beskrev eksempelvis de to typer bekymringer sådan:

> ***"Der er mange positive ting ved det [implementeringen af stepped care], men der kan godt komme noget usikkerhed. Jeg synes, det er en udfordring for mig, som mest går på det faglige indhold i formatet, og ikke så meget på det strukturelle."***
>
> (Interview 3)

Som beskrevet i afsnittet *Skab mening og involver medarbejderne* (i starten af nærværende kapitel) er det en ledelsesopgave at give plads til medarbejdernes faglige undren og bekymringer og at tage dem alvorligt. Bekymringerne kan netop vise, hvor den nye organisering udfordrer faglige normer, arbejdsgange eller hensyn. Ledelsen bør derfor skelne mellem usikkerhed, som skyldes forandringer generelt, og *faglige* indvendinger, der peger på problemer, som skal håndteres i opgaveløsningen.

3. Skab organisatorisk understøttelse

Den tredje anbefaling vi giver, vedrører den dimension af god implementeringsledelse, der i ILS hedder *supportive leadership*. Det handler om, at ledelsen understøtter medarbejdernes arbejde med den nye praksis ved at støtte dem ledelsesmæssigt [63]. I relation til differentierede indsatser har vi valgt at udvide det perspektiv fra den enkelte leders støtte til den bredere **organisatoriske understøttelse**, der gør det strukturelt og ressourcemæssigt muligt for medarbejderne at arbejde i det nye system.

Forskningslitteraturen om stepped care peger på betydningen af organisatoriske rammer, der støtter sammenhæng mellem indsatser og faggrupper. Et *scoping review* fremhæver her som et eksempel følgende faktorer: God kommunikation mellem faggrupper, koordinerede henvisninger, lokale samarbejdsnetværk og samarbejde mellem praktiserende læger og andre sundhedsprofessionelle [35]. Erfaringer fra implementering af én fælles, national tilgang til stepped care i Singapore fremhæver tilsvarende: Fælles retningslinjer, kompetenceudvikling, koordinering mellem aktører samt løbende faglig understøttelse og praksisfællesskaber [10]. God organisatorisk struktur og understøttelse er et gennemgående tema i implementeringsanbefalingerne til stepped care.

Faglig understøttelse. Flere informanter fremhævede for os betydningen af, at ledelsen ikke alene etablerer de organisatoriske rammer, men også aktivt faciliterer og understøtter medarbejdernes arbejde. Det kan blandt andet indebære mulighed for faglig sparring og supervision samt tydelige muligheder for at få støtte fra medarbejdere med andre eller mere specialiserede kompetencer (Interview 1, 2, 3, 4, 16).

Et konkret eksempel blev fremhævet af en Europæisk stepped care forsker, som understregede behovet for faglig supervision af ikke-sundhedsfaglige medarbejdere, der varetager lavintensive indsatser. Særligt vigtigt bliver det, hvis de møder borgere med alvorlige symptomer eller selvmordstanker. Som forskeren formulerede det:

> ***"Supervision er også vigtig, når man arbejder med borgere med et højt symptomniveau eller selvmordstanker. Derfor er det meget vigtigt at have god adgang til en autoriseret psykoterapeut [authorized psychotherapist], psykolog eller psykiater"***
>
> Interview 1

Pointen, som ofte fremhæves, er som beskrevet, at forskellige faggrupper kan varetage forskellige opgaver – men at det forudsætter *organisatoriske strukturer*, der sikrer adgang til faglig støtte, når medarbejderen eller borgerens situation kræver det. Pointen i vores anbefaling her, er at det ikke bare er et kompetencemæssigt spørgsmål, men også et *organisatorisk* spørgsmål at sikre superviserende samarbejdsstrukturer. Det kan ske ved faste supervisionsordninger, klarlagte rammer for supervision samt velbeskrevne procedurer ved behov for *ad hoc* sparring, supervision og viderehenvisning.

Organisatoriske forbindelser. Ledelsen må også være opmærksom på snitfladerne mellem indsatser, faggrupper og organisatoriske enheder. Reviews af stepped-implementering fremhæver her især *koordinerede henvisningsveje* og *tværfaglig kommunikation* som væsentlige for at skabe et mere sammenhængende system og mere sammenhængende forløb for borgeren [10,35]. Det gælder også samarbejdet på tværs af kommunale forvaltninger, og for stress især på tværs af sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet. I en national afdækning af kommunernes arbejde med §119 stk. 2, altså den borgerrettede forebyggelse, blev dette netop fremhævet som et ønske af kommunale ledere fra sundhedsområdet, interviewet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Som SIF skrev: "Der udtrykkes ønske om et bedre samarbejde med social- og beskæftigelsesområdet." (SIF, 2024, s. 6).

Organisatorisk sammenhæng opstår altså ikke alene, fordi de enkelte indsatser er fagligt kvalificerede. Relationerne og overgangene mellem dem skal understøttes. Litteraturen anbefaler her *regelmæssig tværfaglig kommunikation*, *samarbejdsnetværk* og *smidige henvisningsprocesser* som væsentlige for at understøtte dette og for at mindske risikoen for fragmentering og vanskelige overgange mellem indsatsniveauerne [10,35].

Flere informanter pegede tilsvarende på betydningen af et velfungerende tværfagligt samarbejde, særligt når borgernes behov går på tværs af kommunale områder. En leder beskrev eksempelvis betydningen af samarbejdet med beskæftigelsesområdet med disse ord:

> ***"Hvis man er sygemeldt, så har vi virkelig brug for et godt samarbejde med deres rådgivere [i beskæftigelsesforvaltningen], at de spiller sammen med holdet her. De hjælper borgeren også med at formidle tingene over for borgerens arbejdsplads."***
>
> Interview 16

Lederens udtalelse illustrerer, at medarbejdernes mulighed for at yde støtte også afhænger af rammerne for samarbejdet med andre fagområder og her også ift. borgerens arbejdsplads. Selv kvalificerede medarbejdere kan have vanskeligt ved at skabe sammenhæng i borgerens forløb, hvis et eventuelt samarbejde ikke er tilstrækkeligt understøttet.

Implementeringsstøtte. Organisatorisk understøttelse kræver udover forbindelser til andre relevante enheder eller indsatser, at der afsættes funktioner og ressourcer til at hjælpe medarbejderne med at omsætte de nye arbejdsformer til praksis. En dansk kommunal leder beskrev, hvordan organisationen igennem lang tids implementeringserfaring med stepped care i en drift med stor volumen havde fundet frem til at etablere en støttefunktion med to faglige tovholdere, som inviterede til workshops:

> ***"Vi har altså to tovholdere på det, som inviterer til ... workshops, hvor man bare kan melde sig til, og der bliver stort og småt taget op, blandt andet manualer og øvelser, og så videre."***
>
> Interview 2

Gennem disse workshops kunne kommunens medarbejdere løbende få afklaret spørgsmål og drøfte konkrete udfordringer fra praksis. Samtidig fik tovholderne indsigt i de forhold, der gav anledning til vanskeligheder under implementeringen, og kunne bringe denne viden videre til ledelsen og til den eksterne samarbejdspartner (Fonden Mental Sundhed) med henblik på løbende justeringer.

Forbindelser mellem medarbejdererfaringer og ledelsen kan sikre, at organisatoriske udfordringer identificeres og håndteres løbende. Et dansk studium af implementeringen af proaktiv sundhedsstøtte på tværs af dem fem regioner, fremhæver tilsvarende betydningen af ledelsens rolle i både at omsætte overordnede beslutninger til den lokale praksis og samtidig bringe udfordringer og erfaringer fra medarbejderne tilbage til de højere ledelsesniveauer [72]. Vi uddyber dette studium i næste anbefaling.

På tværs af litteraturen og vejledningens vidensudvikling fremstår organisatorisk understøttelse som en vedvarende ledelsesmæssig opgave, der ikke kan reduceres til kompetenceudvikling eller enkelte implementeringsaktiviteter [35,61,72] (Interview 6, 8, 14). Det handler om både at skabe og vedligeholde de faglige støttemuligheder, forbindelser mellem aktører og organisatoriske rammer, der gør det muligt for medarbejderne at anvende deres faglighed og samarbejde på tværs, for at få det samlede differentierede system til at fungere i praksis.

4. Vedligeholdende ledelse. Fasthold retningen, men justér praksis

Implementering af differentierede indsatser stiller ikke alene krav til håndteringen af potentielle organisatoriske forandringer. Det kræver også, at ledelsen tager ansvar for de prioriteringer, der følger af at tilpasse indsatsernes intensitet til borgerne og fordele organisationens ressourcer derefter. Den fjerde ILS-dimension, vi har ladet os inspirere af, er her *perseverant leadership* [57]. ILS beskriver, at dette handler om, at ledelsen fastholder ledelses- og implementeringsarbejdet gennem op- og nedture, fortsætter trods vanskeligheder, men også reagerer fleksibelt på kritiske problemer, der opstår undervejs. I relation til differentierede indsatser bruger vi her betegnelsen **vedligeholdende ledelse**, fordi opgaven ikke alene er at være vedholdende, men også i et vedligeholdende perspektiv i fortsat at understøtte og udvikle en fornyet organisering *med* medarbejderne.

Vedligeholdende ledelse forudsætter, at der er tydelige rammer for behovsvurdering, visitation og overgange mellem indsatsniveauer. Både litteratur og flere stepped care-forskere, vi har interviewet, har her beskrevet, hvordan stepped care-systemer arbejder med fælles retningslinjer for visitation, henvisning og koordinering mellem indsatsniveauer, for at tydeliggøre medarbejdernes eller aktørernes ansvar og understøtte en sammenhængende organisering [10] (Interview 4, 5).

Et meget topstyret system ville være anderledes end meget eksisterende praksis i Danmark, hvor hver kommune har væsentlig indflydelse på, hvordan de forvalter deres opgaver indenfor sundhedsloven. I Danmark arbejdes der typisk med *kvalitetsstandarder*, som specificerer, hvilke tiltag, faggrupper, dokumentationsflader, tværsektorielle samarbejdsmuligheder mv. der skal være etableret på et overordnet plan, uden at sætte detaljerede krav til kommunerne om, hvordan de forvalter disse standarder helt specifikt. Imidlertid er der fortsat ikke etableret kvalitetsstandarder på stressområdet, da det som nævnt fortsat ikke er en obligatorisk kommunal forebyggelsesopgave.

Et ledelsesdilemma. Klare ledelsesmål *vs.* respekt for faglig praksis og erfaring er et tydeligt dilemma for ledelsen. Flere informanter (Interview 4, 6, 8, 14) fremhævede, at ledelsen bør tage ansvar for at

træffe, tydeliggøre og legitimere de overordnede prioriteringer. En forsker anbefalede, at ledelsen er åben om, at organisationens ressourcer ikke er ubegrænsede (Interview 14). Forskere foreslog endda, at det kan være en vigtig dialog at tage også for frontpersonalet *direkte med borgeren*, da kommunen er nødt til at prioritere mellem forskellige borgerydelser til daginstitutioner, skoler, plejehjem mv, og det nødvendigvis indebærer en prioritering af ressourcer, som også er et borgeransvar et byde ind i.

Det kan være en svær dialog, men som forskeren formulerede det, er alle (i samfundet) nødt til at forstå, at vi kun *har* en endelig mængde af ressourcer i ethvert system. I vores erfaring er sjældent at praktikere bringer dialogen om at prioritere kommunens ressourcer op med borgere, men forskerens håb var, at en dialog om temaet også kunne opmuntre borgeren til at indtage et samfundsperspektiv. Som sagt er det et svært dilemma, som materialet bragte op.

En international forsker anbefalede i den forbindelse meget klart, at sundhedsrelateret hjælp og støtte skal reorganiseres, så selvhjælp får en større rolle. Som forskeren formulerede det:

> ***"Størstedelen af den hjælp og støtte, der handler om sundhed, bør være baseret på selvhjælp, særligt blandt den veluddannede del af befolkningen. Stepped care giver os mulighed for at overveje, hvordan vi kan gøre dette. Ellers vil vores sundhedstilbud simpelthen vokse til et nærmest ufatteligt omfang"***
>
> Interview 4

Den *vedligeholdende ledelse*, vi anbefaler, er ikke en rigid fastholdelse af den oprindelige løsning. En central anbefaling fra litteraturen om stepped care, er at skabe en balance mellem fælles standarder og mulighed for lokal tilpasning. Det indebærer at fastholde centrale principper og arbejdsgange og samtidig tilpasse organiseringen til lokale forhold. Igen kan eksempelvis barrierer variere betydeligt, selv når organisationer arbejder indenfor den samme overordnede model [10,19,61]. På samme måde advokerer ledende definitioner af evidensbaseret psykologisk praksis generelt for en balance mellem standardiserede metoder og tilpasning til for eksempel borgerens præferencer og kultur [73,74].

Temaet om en balance mellem fælles standarder og fleksibilitet blev i vores materiale også afspejlet i et interview med en forsker, der havde erfaring fra et stort offentligt implementeringsprojekt i Danmark. Her havde en for omfattende standardisering skabt frustration blandt medarbejderne: *"Det blev for standardiseret [...] Det var det eneste, dem [medarbejderne] jeg interviewede, kaldte på: Den individuelle tilgang."* (Interview 8). Samme informant fremhævede et ideal betegnet som en *"fleksibel standard"*: *"Der er noget, der er standardiseret, men det er en fleksibel standard."* (Interview 8).

Faste rammer og fleksibilitet. Et studie af ledelse af implementeringen af en kompleks sundhedsindsats i Danmark kan illustrere hvordan balancen mellem faste rammer og fleksibilitet kan se ud. Fredens et al. [72] undersøgte implementeringen af tiltaget *Aktiv Patientstøtte* gennem interview med ti ledere, observation af ledermøder, workshops samt projektdokumentation. På tværs af de fem danske regioner skulle en national ramme sikre, at standarder blev fastholdt, samtidig med at implementeringen skulle fungere regionalt.

Undersøgelsen viste, at det lykkedes lederne at tilpasse implementeringen til de lokale forhold, uden at de centrale elementer i interventionen blev ændret. Den lokale tilpasning var samtidig nødvendig for, at den fælles målsætning kunne fungere i hver region.

En af måderne dette lykkedes på, var at erfaringer fra praksis blev bragt tilbage til ledelsen, hvorefter arbejdsgange kunne justeres. Fredens et al. kalder processen dynamisk, *co-adaptiv*. Ledelsen arbejdede horisontalt med at sikre læring og koordinering mellem regioner – og vertikalt, med at sikre at nationale krav blev til lokale realiteter. Studiet viser, at fastholdelse og fleksibilitet kan ledes *samtidigt*. En national retning fastholdes, mens implementeringen kvalificeres lokalt via erfaring, feedback og justering [72].

En måde at arbejde med balancen mellem fleksibilitet og systematik er gennem prøvehandlinger. En ekspert i organisationspsykologi koblede netop vedholdenhed og systematisk tilpasning til at bruge *prøvehandlinger* (Interview 6). Prøvehandlinger kan give medarbejderne konkrete erfaringer med nye arbejdsformer og samtidig give ledelsen indsigt i, hvad der fungerer i praksis, og hvor der er behov for justeringer. Informanten fremhævede også at prøvehandlinger kan bidrage til at få og synliggøre positive erfaringer og resultater, som kan bidrage til at skabe opbakning til forandringen.

Prøvehandlinger kan kræve mod til at prøve at handle, kan man sige. Som forskeren udtrykte det: "*Nogle gange tror jeg også bare man skal træffe en beslutning om, at det er det her vi gør nu. Og så … samler vi erfaringer ind*" (Interview 6). Pointen er, at ledelsen ikke behøver at kunne forudsige, hvad de præcise konsekvenser af en ny praksisjustering vil være, før de prøver den. Det er ikke altid muligt. Nogle gange må nye arbejdsformer afprøves i praksis, før erfaringerne kan bruges til at kvalificere den videre implementering. Samtidig skal prøvehandlinger gennemtænkes med medarbejdernes input.

En gradvis implementering. Organisationen skal have muligheder for at opbygge erfaringer, skabe en fælles forståelse og justere den nye organisering. Vedholdenhed handler derfor ikke om at fastholde en beslutning, men også om at fastholde en *proces* længe nok til, at organisationen kan høste erfaringer, hvilket støttes af generel forskning i organisatorisk forandring [66]. Som nævnt i starten, er det at have *tid* til en forandring vigtigt – og det er også vigtigt at forstå, at forandringen formes igennem et længere tidsperspektiv.

Vedligeholdende ledelse involverer derfor både beslutningskraft og læring. Fleksibilitet må ikke blive til ubeslutsomhed, uklarhed eller berøringsangst med en nødvendig prioritering. Vedholdenhed må ikke blive til rigiditet. Ledelsen må fastholde retningen, og også indse, at organisationen er gået ind i en længere læringsproces, som løbende skal justeres.

Fem anbefalinger til ledelse af differentierede indsatser

På baggrund af vejledningens samlede materiale fremhæver vi fem ledelsesaspekter, som synes særligt væsentlige ved implementering af differentierede stressindsatser. De skal ikke forstås som en fast eller lineær ledelsesmodel, men som opmærksomhedspunkter, der må tilpasses den konkrete organisation og det beslutningsrum, ledelsen råder over. De fem anbefalinger er:

1. **Skab mening og involvere medarbejderne**
2. **Planlæg proaktivt**
3. **Forstå praksis og forandringens omfang**
4. **Skab organisatorisk understøttelse**
5. **Vedligeholdende ledelse.**

De fem aspekter hænger tæt sammen. Ledelse af differentierede indsatser handler både om at skabe faglig mening og indflydelse, sikre kapacitet og forståelse af den eksisterende og fremtidige praksis, etablere de nødvendige organisatoriske rammer, ressourcer og forbindelser og fastholde en retning over tid. Samtidig skal der skabes plads til læring og justering – og det kræver erfaringer og tager tid.



Figur 5. Fem anbefalinger til ledelse ved udvikling, implementering og drift af differentierede indsatser.

FONDEN
MENTAL SUNDHED

Kapitel 3.

PERSONALETS KOMPETENCER



Kapitel 3.

PERSONALETS KOMPETENCER

Personalet spiller en central rolle i implementeringen og driften af differentierede stressindsatser. Det gælder både det sundhedsfaglige personale og det administrative personale, der eksempelvis varetager koordinerende funktioner eller arbejder med dataindsamling. I dette afsnit fokuserer vi dog på det sundhedsfaglige personale, som har den direkte kontakt med borgerne og anvender deres faglige kompetencer til at støtte dem i håndteringen af deres stressproblematik.

Overgangen til differentierede indsatser kan medføre ændringer i personalets arbejdsopgaver, roller og samarbejdsformer. Herunder kan øget differentiering stille nye krav til medarbejderne, bl.a. når nye tilbud og interventionsformer introduceres. Dertil skal personalet måske vænne sig til at tilbyde flere borgere at starte med mindre omfattende stressindsatser, end de hidtil har været vant til. Som beskrevet i Kapitel 3 om ledelse, kan overgangen til differentierede indsatser involvere en større eller mindre organisationsforandring, og særligt når den indebærer indførelse af nye samarbejdsformer, arbejdsopgaver og roller til medarbejderne.

I den internationale stepped care-litteratur fremhæves inddragelsen af forskellige faggrupper som en mulighed for at understøtte gennemførelsen af differentierede indsatser. Dette har særligt været et fokus i lav- og mellem-indkomstlande, hvor mangel på specialiserede medarbejdere har skabt en basal nødvendighed for at inddrage andre faggrupper [75,76]. Men forskellige faggrupper spiller faktisk også en væsentlig rolle i differentierede indsatser i højindkomstlande. Særligt i forhold til opgaver og indsatser på lav- og mellemintensivt niveau peger forskningsoversigter, samt de vejledningens interviews (Interview 1, 4, 5, 12), på mulighederne for at inddrage sundhedsfaglige medarbejdere med mellemlange uddannelser, eksempelvis til de første samtaler, psykoedukation, opfølgning og også til visse indsatser [10,35,76]. Vejledningen beskriver dette i Kapitel 3. *Brugen af forskellige faggrupper*.

Inddragelsen af flere faggrupper og et mere bevidst samarbejde om særlige indsatsniveauer kan ændre medarbejdernes roller og ansvarsområder. Eksempelvis kan autoriserede psykologer i et differentieret system til stress og mistrivsel både fungere som behandlere, men også som faglige sparringspartnere og supervisorer, der understøtter andre faggruppers arbejde med borgerne på mindre intensive niveauer [76,77]. Når opgaver fordeles mellem medarbejdere med forskellige faglige baggrunde, bliver det vigtigt, at den enkelte medarbejder får en klar forståelse af egne opgaver, ansvarsområder og mandat. Det stiller også krav til, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage deres opgaver [35,78].

Rolleklarhed

I differentierede indsatser er det vigtigt, at medarbejderne får en klar forståelse af deres arbejdsopgaver og ansvarsområder [35]. Rolleklarhed har samtidig betydning for medarbejdernes trivsel. En metaanalyse viser, at rolleuklarhed bl.a. er forbundet med lavere jobtilfredshed, mindre

engagement og øget psykisk belastning [79]. Når medarbejderne omvendt forstår formålet med organiseringen af differentierede indsatser og deres egen rolle i det samlede system, og vel at mærke hvis de efterhånden finder det meningsfuldt og forsvarligt, kan det samtidig styrke deres opbakning til nye arbejdsformer [8,35,80]

Erfaringer med differentierede stressindsatser fra Fonden Mental Sundhed, samt de gennemførte interviews bag denne vejledning, peger på, at udviklingen og implementeringen af lav- og mellemintensive indsatser kan give anledning til faglig undren, kritiske spørgsmål eller modstand blandt fagspecialister. Det kan eksempelvis skyldes en bekymring for, om der reelt er tale om en "spareøvelse", hvilket reelt kan være en del af den politisk-økonomiske bevæggrund. Medarbejdere kan også være bekymrede for, om der er tilstrækkelige ressourcer til implementeringen, og om de nye arbejdsformer kan imødekomme borgernes behov [59].

Men hvilke faktorer påvirker medarbejdernes undren, bekymring og potentielle kritik?

Flere studier peger på tre faktorer, der kan udgøre barrierer for forståelsen og implementeringen af lav- og mellemintensive indsatser: For det første har medarbejderne i begyndelsen ofte begrænset kendskab til interventionernes konkrete indhold. Det kan give en skepsis, fordi det virker uklart, hvad metoderne egentlig er, og om indholdet er effektivt eller meningsfuldt. For det andet kan medarbejderne have begrænset eller ingen praksiserfaring med at anvende de nye tiltag. En medarbejder, der er vant til at lave borgersamtaler, kan have en sund skepsis for, om det egentlig er lige så effektivt at udsende information eller henvise til online-fora. Her kan en øget erfaring med at anvende nye tilbudsformater reducere skepsis, men netop selvfølgelig kun, hvis medarbejderen får positive erfaringer hermed. Endelig, som den tredje faktor bag medarbejderskepsis, kan der være begrænsede ressourcer til oplæring og supervision [81,82]. Det giver naturligvis igen en faglige reservation overfor nye tiltag, hvis man som fagperson grundlæggende oplever, at man ikke klædes på til opgaverne eller støttes med kompetent vejledning, når der opstår tvivlsspørgsmål.

Hos borgerne kan der tilsvarende opstå forundring, kritik eller modstand. Især hvis borgeren fra begyndelsen forventer mere intensive tilbud [58]. Erfaringer fra både danske og internationale projekter peger samtidig på, at frontlinjemedarbejdere har en tendens til at tilbyde borgerne mere intensive indsatser. Det kan have flere forståelige forklaringer. En mulig forklaring er, at valget af indsatsniveau påvirkes af faglige normer og en forventning om og opfattelse af, at mere behandling fører til bedre behandlingsresultater [83].

Rolleklarhed kan også være påvirket af organisatoriske forhold. Fagpersonernes tilbøjelighed til at anbefale højere indsatsniveauer kan i praksis være påvirket af, om selve rekrutteringen til lav- og mellemintensive indsatser er tilstrækkeligt etableret. Hvis der ikke er ændret på, hvilke borgere der henvises, er det etisk udfordrende at begynde at tildele den samme alvorligt stressramte borgergruppe mindre hjælp. Systemets rekruttering af de lettere ramte borgere, er altså vigtigt for, om indsatsviftens lavere niveauer er relevante. Hvis det samtidig er uklart, hvilke medarbejdere der har ansvar for at identificere eller henvise borgere til de lettere indsatser, risikerer de at blive anvendt i begrænset omfang. Det kan skabe et misvisende indtryk af, at behovet for lav- og mellemintensive indsatser er mindre, end det reelt er – ude i populationen. Omlægningen til differentierede indsatser handler derfor også om at sikre en bredere rekruttering.

Den faglige friktion, undren eller kritik, som implementeringsprocessen kan skabe, kan omvendt aftage, efterhånden som medarbejderne får erfaring med, at mindre intensive indsatser kan være både gavnlige og tilstrækkelige for nogle borgere. Den praksisobservation er fremkommet i flere af interviews med ledere og medarbejdere, der har erfaring med differentierede stressindsatser i Danmark (Interview, 2, 3, 16, 17). Interviewene viste, at mange af medarbejdernes indledende bekymringer ved at tilbyde mindre intensive indsatser efterhånden trådte i baggrunden, når de erfarede, at indsatserne for nogle borgere gav tilstrækkelig støtte. Erfaringerne peger dermed på betydningen af, at medarbejderne både får praktisk erfaring med indsatserne og en tydelig forståelse af deres faglige rolle og ansvar i den differentierede organisering. De mindre intensive indsatser kan samtidig frigøre tid hos personalet og spare borgeren for at deltage i et mere omfattende tilbud, end vedkommende har behov for.

For både det specialiserede personale og borgerne kan differentierede indsatser indebære en ny måde at tænke om sundhedstilbud på. Traditionelt har der været fokus på, at alle borgere skal have adgang til de samme tilbud, hvilket afspejler det såkaldte *equality*-princip [84]. Med differentierede indsatser er der i højere grad fokus på *equity*-princippet, hvor borgerne tilbydes hjælp, der er tilpasset deres individuelle behov og forudsætninger [84]. Målet er dermed ikke, at alle får det samme, men at alle får den støtte, de har brug for, og dermed mere lige muligheder i samfundet.

Denne tilgang kan samtidig ændre personalets opgaver og ansvar. Det stiller krav om tydelighed omkring de forskellige faggruppers roller, kompetencer og ansvar, herunder hvem der skal identificere borgernes behov, vurdere det relevante indsatsniveau og sikre, at borgerne henvises til de rette tilbud. Rolleklarhed handler dermed ikke alene om, at medarbejderne kender deres egne arbejdsopgaver og faglige mandat, men også om, at de forstår deres rolle i det samlede system, og hvordan de forskellige indsatser og faggrupper spiller sammen.

Indflydelse på arbejdsopgaverne

Udover at styrke rolleklarhed er det vigtigt at arbejde med medarbejdernes indflydelse og mandat i det samlede system. Forskning viser, at indflydelse i arbejdet er forbundet med bedre psykisk trivsel, lavere risiko for stress og bedre muligheder for at løse kerneopgaven [85]. Også inden for standardiserede rammer har medarbejderne behov for indflydelse på, hvordan de konkret tilrettelægger, prioriterer og løser deres arbejdsopgaver [85,86]. I forbindelse med implementeringen af differentierede stressindsatser, kan man arbejde med at tydeliggøre, hvem der træffer beslutninger om visitation, inklusion og differentiering, hvilket ansvar den enkelte medarbejder har, og hvor der inden for disse rammer er mulighed for at styrke medarbejdernes indflydelse.

I et af vejledningens interviews med en dansk forsker, henviste informanten til et stort offentligt projekt, som involverede borgere med komplekse stressproblematikker og nedsat funktionsevne. I projektet samarbejdede medarbejdere om borgerne på tværs af forvaltninger. Medarbejderne oplevede her frustration over, at visitationen foregik i en anden del af organisationen og var afkoblet fra deres eget arbejde. De modtog borgere, som allerede var visiteret til bestemte tilbud og ydelser, uden nødvendigvis at kende begrundelsen herfor eller have haft mulighed for at bringe deres egne vurderinger i spil. Eksperten fremhævede i den forbindelse betydningen af, at medarbejderne har indflydelse på, hvordan standardiserede indsatser omsættes til praksis:

*"Der er noget, der er standardiseret, men det er en **fleksibel standard**, hvor der også er noget medarbejderinvolvering i forhold til, hvordan medarbejderen også kan integrere det på en måde, der giver mening for medarbejderen. For ellers risikerer vi at slå noget af effekten ihjel, hvis det bliver overstandardiseret."*

Interview 8

Pointen fra såvel litteraturen som eksperten ovenfor er ikke at undgå standardisering, men at sikre, at der samtidig er plads til medarbejdernes faglige vurderinger og mulighed for at tilpasse indsatserne eller ydelserne til den konkrete situation.

Det betyder ikke, at alle medarbejdere skal træffe beslutninger om visitation og tildeling af ydelser. Der kan være flere hensyn at tage i betragtning her: Dels kan man opnå en mere ensartet vurdering af borgernes behov ved at nogle medarbejdere har det som en kerneopgave. Dels kan det give en bedre koordinering mellem tilbud, fordi medarbejderen, der forestår mange visitationer, lærer det differentierede systems funktioner (viderehenvisningsmuligheder, arbejdsgange, tillægsydelser) godt at kende. Endelig kan det være ønsket at samle visitationsansvaret hos nogle medarbejdere for at få en mere hensigtsmæssig anvendelse af medarbejdernes ressourcer i organisationens drift. I mange tilfælde er det vigtigt, at medarbejderne kender grundlaget for visitationsbeslutningerne og ved, hvilke faglige vurderinger og beslutninger de selv har ansvaret for. Fælles retningslinjer, faglige pejlemærker og standarder kan bidrage til denne klarhed ved at tydeliggøre kriterierne for visitation, ansvarsfordeling og rammerne for medarbejdernes råderum [9,35]. Samtidig bør medarbejderne have indflydelse til at bringe deres faglighed i spil, eksempelvis hvis de vurderer, at en borgers behov ikke svarer til den indsats, vedkommende er visiteret til.

Et virkeligt eksempel fra en kommunal stressindsats

En borger henvises til en kommunal psykolog og inkluderes på et stressforebyggende forløb. En anden psykolog, som varetager forløbet, bliver efter et par holdgange bekymret for borgeren. Da psykologen har indflydelse på løsningen af sin arbejdsopgave, inviterer psykologen borger til en second-opinion-samtale. Nu beskriver borger et væsentligt mere komplekst symptombillede end til den indledende visitation. Samlet set peger det fulde symptombillede og behov på, at det for borger vil være mere relevant med et individuelt forløb med fokus på social angst. Psykologen laver nu en intern henvisning, så borger kan opstarte det individuelle forløb. Psykologen afslutter borger på det stressforebyggende forløb og skriver en udførlig epikrise til borgers læge, så lægen også kender til det fulde symptombillede og til de faglige begrundelser for, at borgers forløb ændres.

Psykologen arbejder inden for nogle rammer som sundhedscenteret tilbyder, herunder visse forløb, arbejdsgange, krav om epikrise og intern viderehenvisning. Samtidig har psykologen indflydelse på sin arbejdsopgave. Dette muliggør, at psykologen sammen med borgeren kan afslutte det stressforebyggende forløb og inkludere borgeren i en af sundhedscenterets andre indsatser, som de sammen vurderer, er mere relevant.

Kompetenceudvikling

Differentierede indsatser kan stille nye krav og skabe behov for kompetenceudvikling [77]. Indsatser på forskellige niveauer kræver ofte forskellige kompetencer. Eksempelvis stiller længerevarende samtaleforløb andre krav til medarbejderne end gruppebaserede forløb eller digitale tilbud. Et webinar kræver i praksis, at medarbejderen kan formidle viden online på en engagerende måde der fastholder deltagernes opmærksomhed, samtidig med at medarbejderen anvender tekniske, digitale funktioner. Et individuelt samtaleforløb kræver terapeutiske kompetencer og erfaringer, såsom at kunne skabe et trygt rum til sensitive samtaler, strukturere en 50 min. samtaleproces konstruktivt eller at understøtte en borger der bliver meget følelsesmæssigt påvirket. På samme måde kræver det andre kompetencer at facilitere en større gruppe af borgere med forskellige baggrunde, ønsker og behov. Kompetenceudvikling er vigtig både for kvaliteten af indsatserne og for medarbejdernes oplevelse af at være fagligt klædt på til opgaverne [35,59].

Kompetenceudvikling kan altså omfatte mange områder. Herunder fokuserer vi på medarbejdernes kompetencer til at understøtte borgernes tilknytning til arbejdspladsen og arbejdsmarkedet. Det gør vi, da det er et aktuelt-relevant supplement til sundhedskompetencer, som flere af vores kilder belyser.

Borgernes tilknytning til arbejdspladsen og arbejdsmarkedet

Borgernes tilknytning til deres arbejdsplads eller arbejdsmarkedet er væsentlig fra flere perspektiver. For den enkelte kan fortsat tilknytning til arbejdspladsen under en sygemelding, herunder kontakt, støtte og arbejdspladsrettede tilpasninger, have betydning for borgernes trivsel og muligheder for tilbagevenden til arbejde [87]. Den positive betydning for trivsel og mental sundhed af at bevare eller genoprette tilknytningen til arbejdsmarkedet efter stressrelateret sygemelding har været anerkendt i mange år[88,89]. Et kompetenceløft, der styrker medarbejdernes evner til at arbejde med borgernes tilknytning til arbejdspladsen eller arbejdsmarkedet er relevant på både høje og lave indsatsniveauer, som vores interviews med kommunale ledere, læger og stresseksperter viste (Interview 2, 6, 8, 13, 16). Det skyldes, at mange borgere i kommunale stressforløb enten allerede er sygemeldte eller oplever nedsat arbejdsevne og overvejer at sygemelde sig.

Samtidig kan længerevarende stressrelateret fravær fra arbejdsmarkedet være forbundet med betydelige økonomiske konsekvenser for borgeren, arbejdspladserne og samfundet [16,90]. Endelig er arbejdslivet fortsat en af de faktorer, som danske lønmodtagere angiver som en af de primære årsager til stress. Dette er observeret både i nationale befolkningsundersøgelser [91] og i fire forskellige kommunale evalueringer udført af Fonden Mental Sundhed, hvor samlet set 44 % ud af 805 borgere der var inkluderet på kommunale stressforløb, rapporterede at arbejdslivet var den *primære* årsag til deres stressoplevelse, mens yderligere 49 % rapporterede at det var *både arbejdsliv og privatliv*. Kun 7% angav, at deres stressoplevelse primært skyldes privatlivet [92].

Der er således god grund til at antage, at et kompetenceløft i retning af arbejdsrelateret stress, tilknytning til arbejdspladsen under en sygemelding og faktorer for bæredygtig tilbagevenden til arbejde (TTA), ville være relevant. I praksis ses der derimod ofte en opdeling mellem indsatserne i sundhedsforvaltningen og beskæftigelsesforvaltningen, hvilket kan gøre, at borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet er i risiko for at falde i baggrunden for et mere klinisk-sundhedsmæssigt fokus. Den

udfordring kan blive udtalt, hvis kompetenceudvikling ift. stepped care-etablering fokuserer på det sundheds- og klinisk-psykologiske arbejde og overser arbejdslivet eller arbejdsmarkedstilknytning.

For at kunne understøtte borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet, kan medarbejdere f.eks. have behov for grundlæggende redskaber til at vurdere, hvornår tilbagevenden til arbejdet kan udgøre en sundhedsmæssig risiko, og hvornår det omvendt kan være gavnligt for borgerens trivsel at fastholde tilknytningen til arbejdspladsen. Hvis en sundhedsfaglig medarbejder derimod mangler kompetencer til at vurdere risikofaktorer og ressourcer på borgerens arbejdsplads, kan det føre til at medarbejderen uhensigtsmæssigt anbefaler en stressramt borger at forsøge at blive skærmet fra sin arbejdsplads. Det kan føre til, at medarbejderen utilsigtet fastholder borgeren i en sygdomsorienteret forståelse af sin situation frem for at støtte borgeren i at bevare kontakten til arbejdspladsen og, når det er fagligt forsvarligt, påbegynde en gradvis tilbagevenden til arbejdet tidligere.

For borgere med arbejdsrelateret stress ville et kompetenceløft af sundhedsmedarbejdere også sætte dem i stand til at lægge et større fokus på de *arbejdsmæssige* dimensioner af stressoplevelsen, så den støtte og rådgivning der tilbydes, tilpasses den kontekst, hvor belastningen primært findes. Det kunne øge relevansen af tilbuddet.

I et interview pegede en arbejdslivsforsker på risikoen for, at arbejdsrelaterede problemer primært bliver behandlet som en individuel problemstilling, hvis den kommunale fagperson ikke oplever at have kompetencerne til at forholde sig fagligt til de arbejdsmæssige dimensioner. Det kan lede til, at borgeren får et forløb med en mere selvterapeutisk vinkel. Forskeren udtrykte det sådan:

> ***"En af pointerne er jo også, at man som dygtig klinisk psykolog, i det øjeblik at du ikke har en tilstrækkelig forståelse for dynamikker, organisatoriske stressorer, tilstrækkelig evidensbaseret viden om tilbagevenden til arbejde-processer for eksempel – så er der jo en risiko for, at den kliniske psykolog måske misforstår sine opgaver. Og så kan det jo dreje i retning af ... et lidt mere terapeutisk forløb."***
>
> Interview 6

Det er vigtigt at være opmærksom på, at forhold på arbejdspladsen kan gøre en tidlig tilbagevenden uhensigtsmæssig. Det gælder eksempelvis, hvis borgeren har været udsat for mobning, alvorlige konflikter eller andre belastende arbejdsforhold, som fortsat er til stede. I sådanne tilfælde kan det være nødvendigt at håndtere belastningerne på arbejdspladsen, før eller som led i en gradvis tilbagevenden til arbejdet [93]. Det understreger betydningen af, at fagpersonen har kompetencer til at vurdere, hvornår tilbagevenden til arbejde kan være hensigtsmæssigt, og hvornår det kan indebære en sundhedsmæssig risiko.

Den omvendte problemstilling kan også opstå, hvor fagpersoner kan anbefale borgere at *udskyde* deres tilbagevenden til arbejdspladsen uden et tilstrækkeligt fagligt grundlag. En fagperson kan eksempelvis henvise en borger til et kommunalt stressforløb med flere måneders ventetid og samtidig anbefale, at borgeren først vender tilbage til arbejdet, når forløbet er afsluttet. Det kan ske uden, at fagpersonen har de nødvendige kompetencer til at vurdere, hvad der taler for eller imod at udskyde tilbagevenden så længe.

Med større viden om arbejdspladsens og arbejdslivets betydninger for trivsel og for tilbagevenden til arbejdet, kunne fagpersonen bedre vurdere, om borgeren med fordel kan påbegynde tilbagevenden allerede i ventetiden til stressforløbet, fremfor at udskyde tilbagevenden indtil stressforløbet er slut. Som en anden stressforsker sagde i et interview:

> ***"Det er noget psykologer rigtigt tit overser i de behandlingstilbud, de har til sygemeldte. Der tror jeg virkelig, der er noget at hente, i at få det systematiseret… så man faktisk hjælper dem, der er sygemeldt eller folk, der er stressede … til at fastholde en tilknytning til arbejdspladsen. Altså det tror jeg faktisk på er vigtigt, og der tror jeg nogle sundhedsprofessionelle i for høj grad kan komme til at tænke på arbejdspladsen som skurken."***
> Interview, 8

Vi understreger, at formålet ikke er at indikere, den sundhedsprofessionelle bør overtage specialiseret arbejds- og organisationspsykologisk rådgivning. Pointen er bare, at medarbejderen kan støttes i at kende til den grundlæggende viden, eller hvor de kan finde den, og således tage basale opgaver, såsom at identificere borgerens behov for arbejdsrettet støtte. De almindelige rammer for kommunale sundhedsindsatser giver heller ikke mulighed for, at den sundhedsprofessionelle eksempelvis kan indgå i et samarbejde med borgerens arbejdsplads. Forskeren, som vi har citeret her ovenfor, sagde det samme: *"Måske skal alle ikke vide det her [kompetencen til rådgivningsopgaver], men de skal alle sammen vide, hvor er det, de skal pege hen og sige: Her får vi viden omkring sygefravær og tilbagevenden til arbejdet."* (Interview, 8).

Der findes i dag et stort forskningsfelt og en omfattende viden om sygefravær, arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejdet. Budskabet er, at den sundhedsprofessionelle som minimum bør have kendskab til det basale og vide, hvor borgeren kan finde evidensbaseret information og rådgivning.

Brugen af forskellige faggrupper

Overgangen til differentierede indsatser handler ikke alene om at styrke den enkelte medarbejders kompetencer. Det er også relevant at se på, hvordan forskellige fagkompetencer kan bringes i spil på tværs af medarbejdergrupper, og hvilke faggrupper der varetager hvilke opgaver og indsatsniveauer. Brugen af forskellige faggrupper er et centralt tema i det internationale arbejde med stepped care.

Aktuel forskning i stepped care undersøger mulige fordele ved at inddrage faggrupper, der ikke har samme specialiserede kompetence inden for psykisk sundhed og behandling som eksempelvis psykologer og psykiatere [10,94–96]. I organiseringen bruges fagspecialiseret personale fortrinsvist til de mest intensive indsatser og hovedniveauer. Dermed målrettes mere specialiserede kompetencer til mere komplekse problemstillinger. Andre faggrupper, såsom fysioterapeuter, ergoterapeuter og sygeplejersker samt medarbejdere uden sundhedsfaglig uddannelse, inddrages særligt til at varetage lav- og mellemintensive tilbud eller mindre fagligt krævende ydelser på forskellige hovedniveauer.

De mindre specialiserede faggrupper bliver ofte oplært af specialiserede fagpersoner. De varetager typisk lav- og mellemintensive stressindsatser som online psykoedukation til større grupper, telefonisk motivationsunderstøttende opfølgning til borgere i selvadministrerede onlineindsatser, indledende og visiterende samtaler og eventuelt screening af borgere til mere intensive forløb. I forbindelse med visitation kan eksempelvis en sygeplejerske afholde en samtale med en borger, som på baggrund af henvisningsoplysninger og screeningsresultater vurderes at være inden for indsatsens målgruppe. I flere lande, herunder England [5], Tyskland ([6], Holland [7], Canada, USA [8], og Singapore [10], anvendes stepped care-modeller, hvor visitationen ikke involverer en samtale med eksempelvis en psykolog.

Visitationssamtaler i praksis

Fonden Mental Sundhed har 15 års erfaring med at visitere stresshenviste borgere til forebyggende stressforløb i danske og norske kommuner – via psykologer. En stor andel af borgerne er blevet vurderet af egen læge, inden de henvises til sådanne kommunale stresstilbud. Lægen har vurderet, at borgeren ikke har behov for akut behandling, men konsultationen har typisk været relativt kort.

Internationale erfaringer viser samtidig, at eksempelvis sygeplejersker kan varetage afgrænsede opgaver i vurderingen af borgere med psykiske helbredsproblemer [35,97]. Hollandske erfaringer viser, at medarbejdere med et kompetenceløft inden for psykisk sundhed kan supplere den praktiserende læges arbejde med patienter, der oplever psykiske helbredsproblemer. Medarbejderne kan gennem en mere uddybende samtale efter lægekonsultationen bidrage til at afdække borgerens symptomer og behov for støtte samt vurdere, om der er behov for yderligere behandling eller henvisning til andre tilbud [98]. På den måde kan de bidrage til en mere nuanceret vurdering af patientens behov, igen efter at patienten har været til konsultation hos egen læge. Med afsæt i disse erfaringer kunne det i dansk kontekst være relevant at undersøge, om visitation til kommunale stressforebyggende indsatser kan varetages af eksempelvis en sygeplejerske med relevant oplæring og supervision. Det kunne gælde borgere, som allerede er blevet vurderet af egen læge, og hvor der ved den lægefaglige konsultation og henvisning ikke er identificeret bekymringer ud over den aktuelle stressproblematik.

Et vigtigt hensyn at tage er, at kompleksiteten i borgerens problemstillinger kan variere meget. Standardiserede screeningsredskaber kan støtte visitationen, men de indfanger ikke alle relevante forhold. Der kan derfor være behov for supplerende kliniske vurderinger, eksempelvis ved særlige risikofaktorer, høj symptomgrad eller tvivl om valget af indsats. Derfor er en udbredt anbefaling at udarbejde klare procedurer for, hvornår de mere specialiserede fagpersoner skal inddrages [78].

En sådan organisering kan frigøre specialiserede kompetencer til komplekse visitationssamtaler, hvor der eksempelvis er behov for differentialdiagnostiske overvejelser, vurdering af særlige risikofaktorer eller nærmere afdækning af forhold, der kan tale imod inklusion. Det gælder også situationer, hvor borgeren ikke vurderes at være i målgruppen, og hvor der er behov for en tilbagemelding til egen læge med henblik på yderligere udredning eller henvisning til tilbud i psykiatrien. På den måde kan to borgere blive inkluderet i det samme forløb, men gennem visitationsprocesser med forskellige fagpersoner, hvorved ressourcerne i kommunen kan bruges mere optimalt.

Som en forsker fremhævede, er det afgørende, at sådanne ændringer ikke indføres som en økonomisk spareøvelse (Interview 14). Derimod bør målet være at en *differentieret visitationsproces* resulterer i en meningsfuld omfordeling af ressourcer, således at alle borgere *hurtigere* kan få den rette hjælp. For borgere med mere komplekse belastningsproblematikker og færre ressourcer, kan den hurtigere

adgang til en fagspecialiseret vurdering have relativt større betydning end for borgere med mindre komplekse problemstillinger, som kan vurderes indledningsvist uden fagspecialisering [99]. Her kan fagspecialister også inddrages senere, hvis det mod forventning skulle vise sig at være nødvendigt.

Kvalitetssikring i brugen af forskellige faggrupper

Vi anbefaler at ikke-specialiserede faggrupper arbejder under supervision fra specialister. En kvalitativ undersøgelse af differentierede indsatser inden for mental sundhed viste eksempelvis, at nogle medarbejdere oplevede ubehag og frustration, når de følte sig utilstrækkeligt klædt på til at håndtere borgernes problemstillinger. Undersøgelsen anbefalede derfor oplæring, supervision og adgang til faglig støtte fra specialister [100].

Det er vigtigt, at rammerne og rolleklarheden omkring medarbejdernes arbejds- og ansvarsområder er beskrevet klart og forståeligt. En særlig anbefaling for det mentale sundhedsområde er, at der specifikt er retningslinjer for, hvordan fagpersoner skal agere, hvis de får mistanke om for eksempel selvskade, selvmordsrisiko eller forværring af trivslen hos en borger [78,101]. Der bør være velbeskrevne måder at vurdere risici på og også velbeskrevne arbejdsgange der kan følges, inden medarbejderne påbegynder arbejdet med borgerne [78,101].

Tydelige rammer og en klar ansvarsfordeling kan sikre, at faggrupper, som ikke er specialiserede i mental sundhed, kan arbejde fagligt forsvarligt med borgere, der oplever mental mistrivsel.

Inddragelse af medarbejdere uden sundhedsfaglig baggrund

Faggrupper uden sundhedsfaglig baggrund inddrages også ofte i stepped care. Det gælder i arbejdet med sundhedsoplysning, tidlig forebyggelse og mental sundhedsfremme via fællesskaber, opsporing af mistrivsel og dét at udbrede kendskabet til eksisterende tilbud [10] (Interview 4, 11).

Et dansk eksempel er indsatsen Åben og Rolig for Unge, som vandt KL's Forebyggelsespris 2022, og hvor psykologer og forskere underviste gymnasielærere og studievejledere i at genkende tidlige tegn på stress og mistrivsel hos eleverne. Undervisningen omfattede også, hvordan medarbejderne kunne tage en indledende samtale med eleven, og hvordan de kunne henvise til psykologerne, som ledede kurserne for de unge [102]. Internationalt har man også arbejdet med at styrke læreres kompetencer til at opdage og støtte børn med begyndende mental mistrivsel. I Singapore har ambitionen ikke alene været at sikre børn og unge tidligere og mere relevant støtte, men også via lærerne at bidrage til at styrke mentale sundhedskompetencer i befolkningen [10]. Der er altså talrige eksempler på, at forskellige faggrupper kan varetage forskellige opgaver. I næste kapitel skal vi se nærmere på et særligt område, hvor det bliver vigtigt. Nemlig i arbejdet med lav- og mellemintensive indsatser.

FONDEN MENTAL SUNDHED

Kapitel 4.

LAV- OG MELLEMINTENSIVE INDSATSER



Kapitel 4.

LAV- OG MELLEMINTENSIVE INDSATSER

Lav- og mellemintensive indsatser placeres typisk på hovedniveau 2-3 i en rammemodel, som Figur 6 herunder illustrerer. Indsatserne spænder fra korte, selvadministrerede digitale forløb (*stand-alone*-programmer) og online rådgivning, til *live*-webinarer, digitale forløb med begrænset fysisk eller online kontakt med en fagperson (derfor ofte kaldet *blended care*) samt korte gruppebaserede forløb eller begrænsede, individuelle ydelser. Den primære forskel mellem lav- og mellem-intensive indsatser er ofte, at de lavintensive indsatser er selvadministrerede og gennemføres stort set uden involvering af en fagprofessionel, mens en fagperson ofte støtter mellemintensive tilbud.

Tilgængeligheden af lav- og mellemintensive indsatser har ifølge international forskning vist sig som en udfordring i sundhedssystemer, der historisk har været mere fokuseret på at levere højintensive indsatser såsom terapi eller intensive gruppeterapeutiske forløb [78].

Det blev bekræftet ved de tre workshops, Fonden Mental Sundhed afholdt med 31 kommuner som et led af vidensudviklingen til vejledningen her. Under workshoppen udarbejdede alle kommuner således en kortlægning af deres indsatser med relevans for stress. Kortlægningsøvelsen viste, at kommunerne havde færrest tilbud på de lav- og mellemintensive niveauer. Kun ni ud af de 31 kommuner angav at have lavintensive stressindsatser på det laveste hovedniveau. Det er naturligvis ikke en kortlægning af stressområdet i Danmark, men det viser samme tendens som i litteraturen.



Figur 6. Lav- og mellemintensive indsatser placeres oftest på hovedniveau 2-3 i en rammemodel. Figuren her giver nogle få eksempler på denne type indsatser. Se den mere udførlige Figur 3 for flere eksempler, samt teksten i indeværende kapitel (4).

Vigtigheden af lav- og mellemintensive indsatser

Lav- og mellemintensive indsatser opfattes nogle gange som "mindre vigtige" end de mest intensive indsatser. Det kan medføre, at betydningen af at kvalitetssikre, organisere og evaluere dem overses. Men antagelsen om, at tidligere indsatser er mindre væsentlige at kvalitetssikre, er ofte fejlagtig. Især i nyere og mere dynamiske tilgange til stepped care afhænger hele systemets effektivitet af, at også de lav- og mellemintensive indsatser fungerer, således at borgerne får kvalitetssikret hjælp hurtigt og derfor får mindre behov for de intensive indsatser [78]. Virker de lavintensive indsatser kun sjældent, eller giver de ligefrem flere frustrationer i forhold til sundhedsvæsnets tilbud hos borgerne, vil de både udgøre en arbejdsbyrde, borgere vil alligevel progrediere til de mere intensive niveauer – og nogle borgere vil opgive at søge hjælp, fordi de oplever at de ikke bliver mødt med dét, de har brug for.

Formålene med de lav- og mellemintensive indsatser er at nå flere borgere, at sikre, at borgere, som ikke har behov for- eller ikke føler sig parate til de mere intensive tilbud, også kan få hurtig adgang til relevant støtte. Dertil er formålene at forebygge forværringer af borgernes tilstand, at sikre at faglige ressourcer bliver brugt så hensigtsmæssigt som muligt og også at sikre den samlede, herunder også økonomiske, bæredygtighed af den samlede, differentierede model. Der er således mange grunde til at gøre sig umage med de lav- og mellemintensive indsatser i alle faser fra udvikling til evaluering.

Flere dimensioner af intensitet

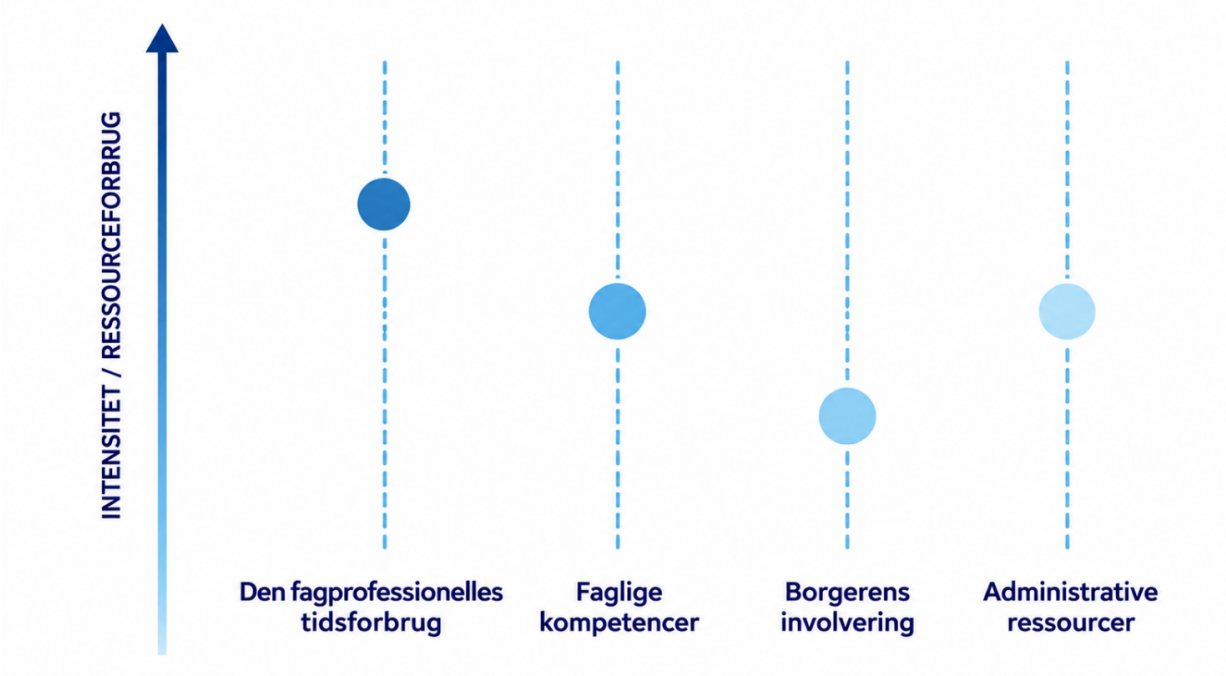
Intensiteten af et tilbud skal ikke alene forstås ud fra graden af fagprofessionel involvering eller udbyders tidsforbrug. En australsk forskningsbaseret guide i stepped care til den australske regering anbefaler her at inddele den samlede intensitet af en indsats i tre dimensioner: Den fagprofessionelles tidsforbrug; den fagprofessionelles uddannelses- og kompetenceniveau; samt den tid og de samlede ressourcer, *borgeren* skal investere i indsatsen [78]. En indsats kan være mere intensiv på én dimension, uden nødvendigvis at være det på de to øvrige. Dette giver et mere dynamisk billede af, hvordan intensiteten af en indsats skal forstås.



Figur 7. Tre dimensioner af en indsats' intensitet ifølge en austalsk forskningsbaseret guide i stepped care interventioner [78]. Se også Figur 8, hvor vi foreslår at udvide med en administrativ dimension.

Lavintensive indsatser forstås ofte som indsatser, der primært kræver mindre tid fra en fagprofessionel. I en dansk kommune fik Fonden Mental Sundhed erfaringer med at introducere en mellemintensiv indsats, som hertil også reducerede borgerens tidsforbrug. Til gengæld krævede introduktionen af den mellemintensive indsats flere administrative ressourcer, da det gav et ekstra lag til planlægning og koordinering af borgerforløb for sekretariatet. Endelig blev fagpersonens kompetencer (altså organisationens forbrug af faglige kompetencer) heller ikke reduceret, da det mellemintensive forløb blev kørt af samme fagperson som det intensive. Når man kigger på det samlede ressourceforbrug, kan man derfor anføre fire dimensioner.

Figur 8 illustrerer hvordan det at sænke ressourcerne på én af dimensionerne, kan følges med et øget forbrug af ressourcer på en anden. Vi har altså her tilføjet det administrative ressourceforbrug som en fjerde dimension til den australske guide [78]. Principielt kan man forestille sig flere dimensioner (eksempelvis ressourcer til dataindsamling, supervision mv.). Vi anbefaler derfor mere generelt, at organisationer følger det antal dimensioner, der er relevante for den lokale strategi i forhold til at forstå implementeringens ressourceforbrug for udbyder og borger.



Figur 8. Fire dimensioner af intensitet og ressourceforbrug på en indsats. Illustrationen skal tydeliggøre, at der kan opstilles flere parametre for en indsats' ressourceforbrug, både for udbyderen og borgeren. De mest relevante parametre at følge varierer lokalt.

Erfaringer med lav- og mellemintensive indsatser

For nogle borgere kan lav- og mellemintensive tilbud være tilstrækkelig hjælp [9]. Det er netop en etisk præmis for stepped care, at borgerne tilbydes indsatser, *der matcher deres behov* [10]. Det er i den sammenhæng vigtigt, som berørt ovenfor, at indsatser af lavere intensitet kan give indtryk af, at de er af lavere kvalitet, hvilket ikke er anbefalingen i vejledningen her, eller nødvendigvis tilfældet [39].

Det viser sig i forskningen, at lavintensive indsatser kan være effektive. Studier af lavintensiv selvhjælp til borgere med let-moderat depression og angst i primærsektoren har fundet sammenlignelige effekter på selvrapporterede mål relateret til mental sundhed af hjælp-til-selvhjælp (evidensbaseret støtte via mobilapps) som af psykoterapi [94]. Helt nye effektstudier af internetpsykiatrien i Danmark har tilsvarende påvist signifikant effekt af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi ved let-moderat angst og depression [105]. Andre studier har fundet sammenlignelige effekter af selvhjælp, telefonrådgivning og individuel rådgivning for medarbejdere med arbejdsrelateret stress[106]. Forskning har vist, at visse internetbaserede psykologiske interventioner kan have en effekt, der er statistisk sammenlignelig med traditionel behandling ved let til moderat angst og depression [36,78]. En metaanalyse har vist positive effekter af WHO's lavintensive psykosociale interventioner til forebyggelse af mistrivsel i befolkninger, der bl.a. har været udsat for voldsomme naturfænomener [96]. Studier af etniske minoriteter har dertil vist, at muligheden for at *begynde* med lavintensive indsatser gradvist har gjort dem mere trygge, så de kunne modtage mere intensiv støtte[100]. Studier af lettere belastningstilstande, såsom tilpasningsforstyrrelser, der ofte er forbigående, viser også at en del af disse borgere kan starte med lavintensiv støtte og senere anbefales at deltage i mere intensive støtteformater, hvis deres tilstand forværres [77]. Implementering af lav- og mellemintensive indsatser til borgere i beskæftigelse har endelig vist, at den fleksibilitet, der ofte er forbundet med onlinestøtte, kan fremme borgernes deltagelse [58]. Der er mange gode grunde til at antage, at lav- og mellemintensive formater kan være vigtige og effektive.

For at øge relevansen af lav- og mellemintensive indsatser til specifikke problemstillinger, såsom begyndende symptomer på angst eller depression, er anbefalingen fra WHO, at indsatserne målrettes borgernes problemstillinger. Indholdet bør også tage afsæt i den eksisterende evidens. Det er samtidigt ofte væsentligt, at indholdet tilrettelægges, så flest muligt borgere har forudsætninger for at forstå og anvende det[78]. Samtidig anbefales det, at lav- og mellemintensive indsatser, lige som indsatser på andre niveauer, kan tilpasses de varierende behov og kompetencer hos borgerne [39].

Der opstår umiddelbart et dilemma ud fra de første to anbefalinger: Det anbefales på én gang, at lavintensive indsatser målrettes brede borgergrupper, for at nå så vidt ud som muligt, men også at de tilpasses specifikke problemstillinger på baggrund af specifik evidens angående problemstillingen. Det mest almindelige faglige svar er, at lav- og mellemintensive indsatser kan udbredes bredt, hvis de er rettet mod stress, mental sundhedsfremme og mental mistrivsel, mens de lav- og mellemintensive indsatser skal være udviklet mere symptomspecifikt, men stadig til en bred borgergruppe, hvis deres målgruppe er borgere, som har udviklende begyndende, ikke-behandlingskrævende symptomer på mere specifikke lidelser, såsom angst og depression.

En forsker, vi interviewede til udviklingen af vejledningen (Interview 10), arbejder netop med indsatser på tværs af begyndende angst og depression. Hun sagde i den forbindelse, at hun mente, at noget af det vigtigste i forhold til at forebygge angst og depression var at sikre faglig kvalitet på alle niveauer af stepped care – samt at gå bort fra den klassiske, progressive stepped care-tilgang, hvor man skal "fejle sin vej gennem systemet" (*fail your way through the system* er et kendt engelsk udtryk inden for

stepped care). Pointe var, at der skal være fokus på at borgere med tegn på angst eller depression får den hjælp, de har brug for, så hurtigt som muligt, fremfor at de skal igennem en række ineffektive lav- og mellemindsatser, inden de når til den fagligt kvalificerede hjælp (Interview 10).

En etisk udfordring ved lav- og mellemintensive indsatser er ifølge canadadiske forskere, at en for høj vægt på ressourceeffektivitet indebærer en risiko for, at økonomiske hensyn prioriteres over borgeres behov [39]. Borgere kan blive tilbudt lavintensive indsatser ud fra hensyn til ressourceforbrug, frem for en vurdering af, hvilken indsats der bedst matcher deres behov. Etik og økonomi spiller også sammen for personalet. For at det sundhedsfaglige personale kan arbejde etisk forsvarligt med lav- og mellemintensive indsatser, hvor kontakten med borgerne kan være mere sparsom, er det netop ekstra vigtigt, at der er afsat midler til supervision og sparring, og udviklet vejledninger til, hvad borger og personale kan gøre ved forværringer af borgerens tilstand [5,99]. Igen skal lavintensive indsatser altså ikke sættes i værk, uden at afsætte midlerne til, at sikre kvaliteten af indsatsen og etikken omkring den.

I et selvadministreret lavintensivt tilbud kan det eksempelvis tydeliggøres, hvornår borgeren kan og bør kontakte sundhedscenteret, egen læge eller andre fagpersoner. I en mellemintensiv indsats kan borgeren eksempelvis få tilbud om en opringning fra en medarbejder midtvejs i forløbet med henblik på en mundtlig status. Borgeren kan også opmuntres til løbende, frivillig selvmonitorering via en hjemmeside, en kontaktmail eller i en sundhedsapp, hvor det faglige (men ikke nødvendigvis sundhedsfaglige) personale kan følge med og reagere på borgerens tilbagemeldinger. I et mere anonymt format kan selvmonitorering også anvendes i lav- og mellemintensive tilbud til borgeren selv – uden at data overgives til andre. I det store *Wellness Together Canada* (WTC)-projekt, kunne borgere f.eks. frivilligt score sig selv på en række outcomes, som mest var trivselsorienterede, og dertil *vælge* at kontakte sundhedsvæsnet, hvis de observerede en negativ udvikling og ønskede mere støtte. Ifølge lederen af WTC, professor Peter Cornish, var selvmonitoreringen i WTC-appen et af de mest brugte værktøjer i WTC-projektet, som millioner af borgere brugte (personlig kommunikation, nov. 2026). Igen er der altså ikke grund til at antage, at lavintensive, lavpraktiske værktøjer ikke vil blive brugt.

Sammenlignet med mere intensive indsatser er lav- og mellemintensive indsatser ofte kendetegnet ved tre forhold:

- De er tiltænkt borgere med mindre alvorlige symptomer og flere ressourcer
- De giver borgerne hurtigere adgang til støtte
- De kræver samlet set betydeligt færre ressourcer

- *Men de kan have en lige så høj kvalitet og etik*

Borgerens sundhedskompetencer

Borgeres sundhedskompetencer bør være et centralt hensyn når lav- og mellemintensive indsatser udvikles, implementeres og udrulles [107]. *Sundhedskompetencer* (*health literacy*) refererer ifølge WHO til *menneskers evne til at finde, forstå, vurdere og anvende information og sundhedsydelser på måder, der fremmer og vedligeholder sundhed og trivsel* [108] (egen oversættelse).

Sundhedsstyrelsen definerer på individuelt niveau sundhedskompetencer som "*en kombination af de personlige kompetencer og ressourcer i omgivelserne, der bestemmer menneskers mulighed for at finde, forstå, vurdere og bruge information til at tage beslutninger om sundhed*" [109] (s. 11). WHO har fremhævet, at sundhedskompetencer er en stærkere indikator for sundhed end uddannelse, beskæftigelsesstatus, indkomst og etnisk baggrund i USA. Selv i økonomisk stærke regioner som Europa er der store socioøkonomiske forskelle på befolkningens sundhedskompetencer, og borgeres sundhedskompetencer er stærkt forbundet med helbred og ser ud til at have en selvstændig betydning ud over andre sociale faktorer, såsom uddannelse og socioøkonomisk position [107,108].

Styrkelse af befolkningens sundhedskompetencer kan derfor spille en væsentlig rolle i arbejdet med at reducere ulighed i sundhed [110].

Et vist niveau af sundhedskompetencer er en forudsætning for at lav- og mellemintensive indsatser er brugbare og virksomme for borgerne, hvorfor borgere med en lav grad af sundhedskompetencer fordrer mere støtte fra en fagperson[95].

Borgernes mentale sundhedskompetencer

Mens *sundhedskompetencer* længe har været et etableret begreb inden for fysisk sundhed, har det fået mindre opmærksomhed inden for mental sundhed [110]. *Mentale sundhedskompetencer* (*mental health literacy*) tager udgangspunkt i, at mennesker ikke blot er modtagere af professionel hjælp, men selv spiller en aktiv rolle i at forstå og håndtere psykisk trivsel og mistrivsel [110]. Derfor er det væsentligt at styrke befolkningens viden om mental sundhed og deres handlemuligheder og også kompetencer til at handle. Det gælder både i forhold til egne udfordringer, og når familiemedlemmer, venner eller mennesker i de fællesskaber, de indgår mere perifært i, oplever stress eller psykiske vanskeligheder.

Forskning viser, at mange har begrænset viden om psykiske lidelser og vanskeligt ved at genkende symptomer og vurdere behandlingsbehov. Der er samtidig betydelige forskelle i sådanne mentale sundhedskompetencer for forskellige aldersgrupper, for mennesker med forskellige uddannelser og blandt forskellige subkulturer. Sådanne forskelle i baggrund og livssituation kan have betydning for, hvordan mennesker forstår psykiske vanskeligheder og om de søger hjælp [110]. Et af formålene med de laveste indsatsniveauer i mange internationale stepped care-udrulninger er at styrke borgernes mentale sundhedskompetencer, øge viden om handlemuligheder og reducere stigma [9,10,111].

Da stress øger risikoen for udvikling af behandlingskrævende lidelser som angst og depression [23,24] (Bilag 2), er det også i relation til stressområdet væsentligt at øge de mentale sundhedskompetencer, og fremme at stressramte handler aktivt inden udviklingen af stress-relateret psykisk sygdom. For at lav- og mellemintensive indsatser kan bidrage til dette formål, bør de bl.a. styrke borgernes evne til at genkende tegn på mental mistrivsel og forstå basale risikofaktorer, såsom alvorlige livshændelser og langvarige, alvorlige belastninger. Derudover bør indsatserne styrke borgernes evne til at kende deres handlemuligheder, lokale tilbud om hjælp, og hvor de kan finde relevant information [78,110].



Figur 9. Faktorer der styrker *mental sundhedskompetence*. Der er ikke tale om uafhængige faktorer, men tværtimod om forskellige aspekter af den mentale sundhedskompetence, som hænger sammen og influerer hinanden gensidigt.

Samlet set bør lav- og mellemintensive indsatser tilrettelægges med hensyntagen til potentielt store forskelle i borgeres mentale sundhedskompetencer. Indsatserne skal være både tilgængelige og forståelige for borgere med forskellige forudsætninger for at forstå og håndtere psykisk mistrivsel og skal kunne støtte borgere i forskellige livssituationer med forskellige handlemuligheder og med baggrund i forskellige kulturer. Der bør samtidig være en bevidst opmærksomhed på, at borgere med begrænsede sundhedskompetencer kan have behov for mere støtte fra en fagperson for at kunne anvende og få udbytte af lav- og mellemintensive indsatser [107,108].

Indholdet af lav- og mellemintensive indsatser

Når man udvikler, udvælger og sammensætter indholdet af lav- og mellemintensive indsatser, kan man overordnet skelne mellem informationsindsatser og interventionsindsatser. Grænsen mellem de to kategorier er ikke entydig, og f.eks. psykoedukation og guidet selvhjælp kan indeholde elementer af begge [69]. Indholdet af de lav- og mellemintensive indsatser kan variere, men i stepped care modeller i Singapore [10], Holland [100], Australien[78], Canada/USA [8] og England [43], benyttes der flere og flere digitale eller delvist digitale tilbud. Digitalisering er også en stor satsning i aktuel, dansk sundhedspolitik, som i de senere år har fremhævet digitale elementer af sundhedsindsatser [114].

- **Informationsrettede tilbud.** Skal øge befolkningens viden om mental sundhed og psykisk sygdom, øge tilbøjeligheden til at søge hjælp ved behov, styrke modstandskraft og reducere stigmatisering.

- **Interventionsrettede tilbud.** Har et mere aktivt intervenerende eller behandlende sigte og omfatter blandt andet digitale psykologiske interventioner med øvelser og træningsforløb, som kan anvendes ved f.eks. stress eller moderate symptomer på angst eller depression.

Informationsrettede digitale indsatser kan bidrage til at øge borgernes viden om mental sundhed og psykisk mistrivsel, fremme at borgere søger hjælp ved behov og mindske stigmatisering [110]. De mere interventionsrettede digitale indsatser giver i højere grad adgang til evidensbaserede værktøjer, forløb, faglig støtte og internetbaseret behandling, som for nogle borgere kan være tilstrækkelig uden behov for fysiske face-to-face indsatser. Det er også værd at huske, at digitale tilbud i deres omfang kan være lige så intensive (for eksempel mht. antal konsultationer) som face-to-face tilbud. Samtidig kan de være mere- eller mindre ressourcekrævende end fysiske indsatser på andre dimensioner af en indsats' intensitet (Figur 8).

Digitale lav- og mellemintensive indsatser

Digitale indsatser eller digitale elementer i indsatser, såsom videokonsultationer med en læge i behandlingsregi eller onlinemøder i forebyggelsesregi, kan være billige, geografisk let tilgængelige og ofte mere skalérbare end fysiske indsatser. Flere digitale tiltag kan samtidig reducere behovet for involvering af specialiseret personale som autoriserede psykologer og psykiatere [10,78]. Som nævnt i vejledningens afgrænsning, er digitale indsatser ikke et fokusområde her, da området er omfattende og i eksplosiv vækst. Samtidig er digitaliseringen et af de mest potente områder for lav- og mellem-intensive tiltag. Der findes allerede en række danske udgivelser, som beskriver den seneste udvikling på det digitale område [115-117]. Blandt centrale, offentlige aktører i Danmark er eksempelvis *Center for Digital Psykiatri* i Region Syd, det nye *Bedre Trivsel*-site under *Sundhed.dk* samt *Digital Sundhed Danmark*, som træder i kraft fra jan. 2027. Endelig vil den *Fælles Offentlige Behandlingsplatform* bidrage med en offentlig infrastruktur, som kan understøtte evidensbaserede digitale indsatser.

Flere typer digitale indsatser og digitale elementer er relevante i en indsatsvifte. I stepped care litteraturen har australske forskere [78] foreslået en opdeling med seks typer digitale indsatser. De seks typer indfanger mange af de indsatser der arbejdes med indenfor lav- og mellemintensive indsatser i stepped care-litteraturen [10,78]. De seks typer digitale indsatser er opstillet i Figur 10 herunder.

Seks hovedtyper af digitale lav- og mellemintensive indsatser

Type	Indhold	Formål
Information	Digital information om mental sundhed, psykisk mistrivsel og hjælpetilbud	Digital information om mental sundhed, psykisk mistrivsel og hjælpetilbud
Trivsel og resiliens	Apps og digitale værktøjer, f.eks. mindfulness, musikbaserede aktiviteter og trivselsfremmende spil til børn og unge	Fremme mental trivsel og resiliens
Onlinefællesskaber	Digitale fora, hvor borgere kan dele erfaringer med ligesindede	Understøtte dialog og peer-støtte
Screening, monitorering og feedback	Digitale målinger af symptomer og adfærd med automatisk feedback	Identificere og følge symptomer samt understøtte relevant hjælpsøgning
Behandling	Digitale behandlingsforløb, typisk kognitiv adfærdsterapi, med varierende grad af faglig støtte	Behandle psykiske symptomer og lidelser
Virtuelle klinikker (visitation og behandling)	Behandle psykiske symptomer og lidelser	Tilbyde et sammenhængende digitalt behandlingsforløb

Figur 10. Australske forskere [78] har foreslået en opdeling med seks hovedtyper digitale indsatser.

Geografiske og praktiske fordele. Digitale indsatser kan mindske geografiske og praktiske barrierer for at deltage i forebyggende tilbud, da de ofte kan anvendes mere fleksibelt end tilbud, der kræver fysisk fremmøde [118]. Det kan være særligt relevant for borgere i arbejde, som har vanskeligt ved at deltage i tilbud inden for almindelig arbejdstid [58]. Fonden Mental Sundhed har også igennem fem år arbejdet med landsdækkende online-grupper til forældre til børn med kroniske sygdomme, hvor det har været en stor fordel, at forældre fra hele landet kan mødes online og tale om nogle af de samme udfordringer, forstå hinandens hverdag og opbygge et støttende netværk.

I et af interview til vejledningen pegede en dansk læge på, at der selv i et højteknologisk udviklet land som Danmark er geografiske områder med ringe internetadgang. Informanten beskrev ligeledes en udfordring blandt patienter, der på grund af f.eks. økonomiske forhold ikke har en digital enhed, hvor de kan tilgå eksempelvis onlineinformation i eget hjem (Interview 13), eller som ikke har de basale mentale sundhedskompetencer til at finde den type information. Digitale indsatser til borgere med stressproblematikker bør derfor også tilrettelægges med blik for forskellige borgergruppers behov, forudsætninger og muligheder for at benytte dem.

På samme måde kan digitale indsatser være særligt relevante for borgere, hvor stigmatisering gør det vanskeligt at søge hjælp, fordi deltagelsen i sådanne tilbud kan gøres mere diskret, uden at forlade hjemmet [7]. Erfaringer fra stepped care-indsatser til migranter viser dog, at tilgængeligheden af sådanne tilbud også afhænger af bl.a. borgernes digitale kompetencer, sproglige forudsætninger og muligheder for privatliv, der hvor de opholder sig [100]. De etniske barrierer berøres også i næste afsnit.

Etniske minoriteter

Øget forståelse af mentale helbredsudfordringer kan påvirke, hvordan borgere vurderer deres eget behov for støtte. Samtidig kan kulturelle forskelle have betydning for, hvordan stress og mentale helbredsudfordringer forstås, og hvilke barrierer borgere oplever i forhold til at søge hjælp [110].

En væsentlig barriere kan være stigma. Et internationalt systematisk review fra 2020 har fundet et lidt højere niveau af stigma knyttet til psykiske lidelser blandt etniske minoriteter sammenlignet med majoritetsbefolkninger [119]. Frygt for negative reaktioner fra omgivelserne eller for at blive mødt med fordomme kan betyde, at borgere undlader eller udskyder at søge relevant støtte. Forskning peger samtidig på, borgere godt kan have viden om og forståelse for mentale helbredsudfordringer, men samtidig have negative forestillinger om mennesker, der oplever dem. Øget viden er derfor ikke i sig selv en garanti for, at stigma mindskes, men øget viden kan bidrage til reduktion af stigma [58,100,110].

En af mulighederne ved lav- og mellemintensive indsatser er, at de kan tilrettelægges, så borgerne kan modtage støtte mere diskret, eksempelvis digitalt eller med få fysiske fremmøder [112]. Betydningen af diskretion fremhæves bl.a. i et kvalitativt studie blandt migranter i Italien, hvor nogle deltagere undlod at fortælle deres familier, at de modtog psykologisk støtte, af frygt for stigmatisering [100]. Forskning blandt migrantarbejdere i Holland peger ligeledes på stigma som en barriere for at opsøge psykologisk hjælp [7]. Stigma er, efter mange års forskningsbaserede initiativer imod det, også almindeligt omkring arbejdsrelateret stress og udbrændthed, hvor frygt for at blive opfattet som svag eller mindre professionelt kompetent kan hæmme åbenhed og det at opsøge hjælp [120,121].

Informationsrettede lav- og mellemintensive indsatser, f.eks. psykoedukation om at være immigrant, kan styrke mentale sundhedskompetencer og bidrage til at reducere stigmatiserende holdninger og kulturer. En metaanalyse har vist, at internetbaserede indsatser til mentale sundhedskompetencer kan øge viden, forbedre holdninger til at opsøge hjælp og reducere stigma, om end de langsigtede effekter på stigma og vaner med at opsøge information og hjælp er mere usikre [122].

Lav og mellemintensive indsatser kan bidrage til at reducere stigma omkring mental mistrivsel blandt etniske minoriteter.[10]

For borgere med etnisk minoritetsbaggrund kan det at søge hjælp og støtte desuden være påvirket af sproglige barrierer, kulturelle forståelser af mestring og mental sundhed og manglende tillid til sundhedsvæsenet [100]. Det er dog vigtigt, at disse barrierer ikke alene forklares med borgernes kulturelle baggrund. Forskningen peger på, at tilgængelige og fleksible indsatser med fordel kan kombineres med kulturel sensitivitet og tillidsskabende relationer, hvor der tages højde for borgernes forståelse af mentale helbredsudfordringer, sproglige forudsætninger og eventuelle bekymringer ved at opsøge hjælp [100].

En væsentlig mulighed ved digitale indsatser er, at eksisterende tilbud kan oversættes til flere sprog og tilpasses forskellige kulturer. Det kan give borgere, som ikke kan anvende dansksprogede tilbud, adgang til information, psykoedukation og interventioner, som de ellers ville have vanskeligt ved at benytte. En metaanalyse af 32 studier fra 2022 har vist, at kulturelt tilpassede digitale psykologiske indsatser generelt er acceptable og anvendelige blandt etniske minoriteter [123].

I Tyskland undersøgte man i 2024 anvendelsen af en digital depressionsindsats, der blev oversat og kulturelt tilpasset til arabisk. Studiet viste, at de arabisktalende borgere benyttede både informationsmaterialet og det digitale selvhjælpsprogram. Samtidig var der relativt få sundheds- og socialfaglige medarbejdere, som henviste borgere til den arabiske version, og en mindre andel af de inviterede borgere gennemførte registreringen. Sproglig tilgængelighed skal altså også understøttes af en organisering og formidling, der gør at målgruppen får tilbuddene [124].

Ny forskning indikerer, at kunstig intelligens (AI) kan understøtte arbejdet med at oversætte og tilpasse psykologiske indsatser til flere sprog og målgrupper. Et eksperimentelt studie fra 2026 med deltagelse af arabisktalende flygtninge og migranter bosat i bl.a. Danmark har undersøgt brugen af AI til at oversætte *og kulturelt tilpasse* kognitive adfærdsterapeutiske teknikker. Studiet viste, at de AI-tilpassede tekster blev vurderet som sammenlignelige med tekster tilpasset af en psykolog ift. relevans og acceptabilitet. Forskerne mener derfor, at AI muligvis kan bidrage til at gøre arbejdet med både sproglig og kulturel tilpasning mindre ressourcekrævende [125]. Det kan på sigt gøre det lettere at tilbyde digitale indsatser på flere sprog og nå flere borgere.

Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, hvordan organiseringen af sundhedstilbuddene og andre barrierer kan påvirke borgernes muligheder for at opsøge og modtage støtte. Barrierer kan eksempelvis være knyttet til oplevelser af diskrimination eller tidligere negative erfaringer med sundhedsvæsenet. Arbejdet med at mindske barrierer for at opsøge støtte bør derfor ikke alene fokusere på borgernes viden og forudsætninger, men også på sundhedsvæsenets evne til at imødekomme forskellige behov [126]. Her er det interessant, at WHO netop ikke kun taler om sundhedskompetencer hos en person, men også om *organisatoriske sundhedskompetencer*, som henviser til, hvor god en organisation er til at gøre sundhedsoplysninger, tilbud og valg forståelige, tilgængelige og anvendelige for borgerne [108].

Borgere i arbejde. Den fleksibilitet, der er indbygget i lav- og mellemintensive indsatser, kan også gøre det lettere for borgere, der fortsat er i arbejde at deltage i stressindsatserne. For nogle, f.eks. timelønnede og selvstændige, kan det være en direkte omkostning af deltage i kommunale forløb.

For andre kan det være et ønske at kunne blive i arbejdet, måske fordi årsagerne til stress primært er privatlivsmæssige, eller fordi de vurderer arbejdet som en ressource til trivsel, som de ønsker at fastholde. Det at kunne få adgang til lav- og mellemintensive indsatser, enten med fremmøde eller digitalt, kan disse borgere give adgang til indsats, uden at resultere i fravær fra arbejdspladsen.

Samlet set kan lav- og mellemintensive indsatser altså spille en central rolle i et differentieret system, når de har tilstrækkelig faglig kvalitet og er tilrettelagt, så borgerne kan få udbytte af dem. Digitale tilbud eller digitale elementer af tilbud kan bidrage til at gøre støtte mere fleksibel og tilgængelig, bl.a. for borgere i arbejde og borgere, der oplever geografiske, praktiske eller sproglige barrierer. Muligheden for diskret adgang til støtte samt sproglig og kulturel tilpasning kan desuden gøre tilbuddene relevante for borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Det forudsætter dog, at der tages højde for borgernes forskellige behov og forudsætninger, og at organiseringen understøtter deres muligheder for at finde, forstå og anvende tilbuddene.

Eksempler på borgere der *ønsker* korte tilbud

Fonden Mental Sundhed afprøvede fra 2023-2024 en hierarkisk stepped care model i to kommuner, hvor stressramte frivilligt fik valget mellem enten et kortere kursus på fem uger eller et længere kursus på ni uger. Det var ikke på dét tidspunkt muligt for borgerne at få begge kurser eller at få et andet eller opfølgende kursus, hvis man først havde valgt det korte format. Borgerne blev visiteret og også fagligt vejledt af en psykolog.

Erfaringerne viste, at der altid var nogle borgere der valgte det kortere stressforløb. Det kunne være, fordi de ikke oplevede et behov for det længere forløb, eller fordi de oplevede forhindringer for at deltage i det længere forløb. Et eksempel var en moderat stresset taxachauffør, som var provisionslønnet, og som ikke ønskede at tage ni formiddage fri, da det også ville koste ham indtjening. I samråd med psykologen blev det besluttet, at det var et godt udgangspunkt at tage det kortere kursus.

En anden borger var ingeniør, og hans primære stressårsag var, at han var pårørende til en ældre borger med demens. Han trivedes i sit arbejde, var engageret i et for ham meget meningsfuldt projekt, som han ikke ønskede eller kunne se værdien i at være væk fra mere end nødvendigt. I samråd med den kommunale psykolog blev han derfor tilbudt det kortere forløb, så fravær fra arbejdet ikke skulle blive en ekstra og unødig stressfaktor.

Årsager til at borgere ikke ønsker højintensive tilbud

Der kan være mange årsager til, at borgere foretrækker kortere stresstilbud. I nedenstående figur har vi opsummeret de mest almindelige årsager fra vores praksiserfaring. Det skal ikke forstås sådan, at der ikke kan arbejdes med borgerens forbehold eller ønsker. Især den første, almindelige årsag, viser sig ofte efter nogle få holdsessioner at falde i baggrunden, da de fleste nyder gruppeforløb, når de er kommet igang. Men det kan være et indledningsvist forbehold hos både unge og voksne.

1. Borger har ikke lyst til at indgå i et gruppeforløb, måske på grund af uvanthed med at deltage i et terapeutisk rum.	**2. Borger kan ikke få det logistisk til at hænge sammen grundet arbejde og/eller privatliv.**	**3. Borger kan ikke dansk på et niveau, hvor borger kan forventes at profitere tilstrækkeligt.**	**4. Borger oplever, at det er svært at skulle møde op på et sundhedscenter, hvor borger ikke kan være anonym.**	**5. Borger er udefra set i målgruppen for forløbet, men oplever ikke at være parat til det intensive format**

Figur 11. Fem forhold, der i Fonden Mental Sundheds praksiserfaring ofte italesættes, når borgere ikke ønsker et højintensivt stresstilbud, men foretrækker at deltage i lav- og mellemintensive tilbud.

Ventetid og motivation

Ventetid og motivation er ikke en neutral faktor i arbejdet med mental mistrivsel og stress [8]. Lang ventetid kan resultere i stigende stress, forøget risiko for udvikling af stressrelateret fysisk og psykisk lidelse. Derudover kan længere ventetid betyde, at borgeren udskyder sin tilbagevenden til arbejdet. Vi har allerede omtalt, at ventetiden for borgere med arbejdsrelateret stress nogle gange resulterer i, at de udskyder deres tilbagevenden til arbejde (*Kapitel 3. Kompetenceudvikling*). Som en stressforsker formulerede det i et interview: *"der er nogle sygemeldte, der udsætter deres tilbagevenden til den her behandling [det kommunale stressforløb] er kommet i gang"* (Interview 8).

Det at udskyde tilbagevenden til arbejde kan ske, selvom der ikke er en faglig vurdering, som tilsiger behov for en længere sygemelding, men fordi borgeren venter på at påbegynde en stressindsats, som borgeren måske selv opfatter som en forudsætning for at kunne vende tilbage. Men ventetiden kan altså potentielt øge risikoen for at borgeren mister fodfæste på arbejdspladsen (Kapitel 3).

En måde at mindske ventetiden på, er her at give borgere mulighed for at påbegynde en lav- eller mellemintensiv indsats, selvom deres symptomniveau peger på behov for en mere intensiv indsats. Det kan være relevant, hvis borgeren er motiveret for- eller har bedre mulighed for at begynde en mindre intensiv indsats med det samme [8,82].

Vægtning af *hurtig adgang*, fremfor at vente på intensive tilbud, er central i den amerikansk-canadiske stepped care-model, Stepped Care 2.0 (SC2.0[8]), som i høj grad inddrager borgerens motivation og parathed til at komme i gang. SC2.0 vægter også borgerens egen forståelse af vedkommendes behov og dertil det forventede udbytte, vurderet af både borger og fagperson.

I SC2.0 lægges også vægt på, at borger kan få hjælp allerede ved første møde, og gerne samme dag (*same day access*), uden at alle potentielle problemstillinger skal være afdækket fra start. Hjælpen kan bestå af én samtale ad gangen (*one-at-a-time*-metoden, OAAT; som anvendes i SC2.0 i USA, Canada og Wales). En OAAT-samtale er ikke et såkaldt *single session*-tilbud, da hver borger kan tilbydes flere, enkeltvise samtale, hvis borger selv ønsker det. Men udgangspunktet er, at én samtale kan være effektivt og erfaringer med SC2.0 viser, at 70-80% af borgere er tilfredse med OAAT [8]. En OOAT-samtale behøver ikke være udført af en psykolog, selvom medarbejderne der udfører OOAT, generelt uddannes i OOAT af de psykologer, som også har udviklet metoden. Det vigtige er, at en åben klinik, hvor borgere kan få en samtale samme dag, som de henvender sig, kan forkorte tiden fra henvendelse til aktiv støtte meget, og dét styrker borgerens motivation og selvstændighed, hvilket er vigtigt, da borgeren i lav- og mellemintensive indsatser får mindre støtte fra fagpersoner [8]. I nogle tilfælde kan det på denne måde ifølge SC2.0 det være relevant at lade borgeren vælge en *mindre* intensiv indsats såsom OOAT, end det umiddelbart på grund af en symptomscore, ville være anbefalet. På den måde respekteres og styrkes borgerens mulighed for at komme i gang med at handle på problemet, frem for at borgeren *agency* parkeres til der er en samtaletid ledig, hvorved borgerens selvstændighed nedvurderes [8,127]. Erfaringen er også, at hurtig adgang kan forbedre borgerens møde med systemet, fordi de får hjælp, så snart de rækker ud, hvilket gør, at de føler sig set og respekteret [36].

Motivationsunderstøttende initiativer

Lav- og mellemintensive indsatser har ofte større forventninger til borgernes egen, aktive deltagelse end de mere intensive tilbud, hvor borgeren følges tættere af en fagperson. Det er derfor vigtigt, at implementeringen også har fokus på at understøtte borgerne i at komme i gang, bruge tilbuddene aktivt og fastholde deres deltagelse. Forskning peger på, at forskellige former for opmuntring, påmindelser og faglig støtte kan bidrage til at øge borgernes deltagelse og gennemførelse af særligt digitale selvhjælpsindsatser [36,81].

For at kunne arbejde systematisk med motivationsunderstøttende tiltag er det vigtigt at forstå, hvilke forhold der påvirker borgernes brug af og deltagelse i indsatserne. Her er begrebet *adherence* relevant, fordi det bidrager til en forståelse af mulige forklaringer på, hvorfor nogle borgere anvender værktøjerne og fastholder deres deltagelse i en indsats, og hvorfor andre har vanskeligere ved dét.

Adherence

I forskningslitteraturen anvendes begreberne *compliance* og *adherence* om borgeres eller patienters efterlevelse af anbefalinger og deltagelse i behandling eller tilbud. Hvor *compliance* traditionelt har været forbundet med, at patienten følger sundhedsprofessionelles anvisninger, lægger *adherence* større vægt på, at anbefalingerne er aftalt mellem borgeren og fagpersonen. *Adherence* lægger også ifølge WHO større vægt på et partnerskab mellem borger og den sundhedsprofessionelle, ligesom de aftaler der laves mellem de to, vedtages i et samspil [128].

Vi anvender det danske begreb *adhærens,* med afsæt i WHO's definition (se nedenfor). Adhærens-begrebet er ofte mere passende på stressområdet og i stepped care-feltet end compliance, da stressproblematikker ofte ligger inden for det forebyggende spektrum, og da en større grad af ligeværdighed mellem borger og den sundhedsprofessionelle er væsentligt i mange nyere stepped-care modeller fra bl.a. Nordamerika [8], Tyskland [6], Singapore [10] og Australien [9].

WHO definerer adhærens som *graden af overensstemmelse mellem en persons adfærd og de anbefalinger, der er aftalt med en sundhedsprofessionel* [129]. Inden for psykologiske indsatser kan adhærens for eksempel omfatte borgerens fremmøde, aktive deltagelse, gennemførelse af forløb og anvendelse af anbefalede øvelser og aktiviteter [130].

WHO peger samtidig på, at adhærens ikke alene afhænger af individuelle faktorer som borgerens motivation eller adfærd. Adhærens påvirkes ifølge WHO af fem dimensioner, hvor de individuelle indgår som bare én af dem [129]. Det betyder, at manglende deltagelse eller uhensigtsmæssig brug af lav- og mellemintensive indsatser ikke alene bør tilskrives forhold hos borgeren, men skal forstås i sammenhæng med de øvrige dimensioner, der påvirker borgerens muligheder for at anvende det konkrete tilbud på de måder, der er aftalt, til en start, med den sundhedsprofessionelle kontaktperson.

Fem dimensioner der kan påvirke borgerens adhærens

Faktor	Eksempler
Social og økonomiske faktorer	Fattigdom, begrænsede læsefærdigheder
Sociale og økonomiske faktorer	Korte konsultationer, højt arbejdspres blandt medarbejdere
Indsats-/behandlingsrelaterede faktorer	Tidligere mislykkede forløb, hvor hurtig en effekt opleves
Tilstandsrelaterede faktorer	Symptomernes sværhedsgrad, funktionsniveau
Borgerelaterede faktorer	Bekymring for negative konsekvenser, lav motivation

Figur 12. Fem dimensioner, der ifølge WHO kan påvirke borgerens adhærens [129].

I litteraturen fremhæves også en række borgerrelaterede faktorer, som kan påvirke adhærens. Disse omfatter bl.a. glemsomhed, psykosocial belastning, lav motivation, utilstrækkelig viden og manglende færdigheder til at håndtere egen tilstand og behandling. Andre faktorer er manglende oplevelse af behov for behandling, tvivl om behandlingens effekt, misforståelser om behandlingen samt begrænset forståelse af tilstandens alvor og mulige konsekvenser på længere sigt [129,130].

Ifølge et systematisk review om psykologiske interventioner, har adhærens betydning for, i hvilken grad borgeren kan få udbytte af et tilbud [130]. Hvis borgeren har vanskeligt ved at deltage i eller følge op på et aftalt forløb, kan det begrænse udbyttet af tilbuddet. Samtidig kan lav adhærens påvirke omkostningseffektiviteten af indsatser for mental sundhed[130]. Eksempelvis kan manglende fremmøde medføre, at afsatte tider ikke bliver udnyttet og heller ikke kommer andre borgere til gavn. Dertil kan

udfordringer med at anvende aftaler eller anbefalinger fra samtalerne i borgerens hverdag betyde, at borgeren ikke opnår det tilsigtede udbytte [130].

Det kan være en væsentlig udfordring at fastholde borgeres deltagelse også i psykologiske indsatser. Det anslås, at 20–47% afbryder behandlingen af psykoterapeutisk behandling for almindelige psykiske lidelser som angst og depression, før de har opnået den ønskede bedring [130]. Disse frafaldstal kan ikke uden videre overføres til stressindsatser, men de illustrerer, at adhærens og fastholdelse er en væsentlig problemstilling. Adhærens er igen særligt relevant at være opmærksom på i arbejdet med lav- og mellemintensive indsatser, fordi borgerne *forventes* at tage et større selvstændigt ansvar for at anvende tilbuddene [81,131]. Men det er ikke altid nok bare at forvente det. Forskning viser her, som gennemgået i næste afsnit, at borgerens adhærens kan fremmes ved en række konkrete tiltag.

Måder at styrke adhærensen i lav- og mellemintensive indsatser

Adhærens er særligt relevant i lav- og mellemintensive indsatser, hvor borgere ofte forventes at kunne tage et større selvstændigt ansvar for at anvende tilbuddenes indhold [81,131]. Forskning peger på, at motivationsunderstøttende tiltag som e-mail- og SMS-påmindelser, forventningsafstemning og faglig støtte kan styrke adhærens, f.eks. målt ved fremmøde og gennemførelse af behandlingsforløb [81,130].

Et systematisk review af digitale mentale sundhedsindsatser undersøgte eksempelvis betydningen af e-mailpåmindelser, SMS-påmindelser og telefoniske opkald [132]. I et af de gennemgåede studier i reviewet gennemførte 81% af deltagerne et digitalt behandlingsforløb, når e-mail-påmindelser blev suppleret med telefonopkald, sammenlignet med 68 % blandt deltagere, der ikke fik supplerende telefonopkald. Et andet studie gennemgået i reviewet fandt, at automatiske e-mailpåmindelser øgede gennemførelsen fra 36% til 58%. Andre studier fandt dog ingen adhærens-effekt af SMS-beskeder eller telefonopkald, når de anvendtes som supplement til *eksisterende* påmindelser. Resultaterne peger samlet på, at skriftlige påmindelser og personlig kontakt kan understøtte adhærens, men at der ikke er tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, hvilken kontaktform der generelt er mest effektiv [132].

Betydningen af menneskelig støtte understøttes desuden af en metaanalyse af 22 studier af digitale psykologiske interventioner [131]. Analysen viste, at andelen, der gennemførte deres lokale intervention i gennemsnit var 12 procentpoint højere for deltagere, der modtog menneskelig støtte, sammenlignet med deltagere, der ikke modtog menneskelig støtte [131]. Flere typer støtte ser ud til at kunne virke.

Et konkret tiltag er altså korte, regelmæssige telefonopkald. Et støttende opkald kan give borgeren mulighed for at afklare spørgsmål, få hjælp til IT-tekniske eller praktiske udfordringer og drøfte anvendelsen af tilbuddets værktøjer eller viden. Den personlige kontakt kan ikke mindst bidrage til, at borgeren oplever at blive støttet personligt. I en procesevaluering af et stepped care-forløb for sundhedsprofessionelle med psykisk mistrivsel fremhævede deltagerne netop vigtigheden af en god relation til den person, der ydede støtten, samt fleksibiliteten i tilrettelæggelsen af indsatsen [58].

Et kvalitativt, systematisk review af 14 studier blandt patienter, der havde modtaget akut psykiatrisk behandling for bl.a. depression og angst, viste ligeledes, at patienterne fremhævede betydningen af løbende kontakt, tillid og oplevelsen af, at nogen interesserede sig for deres situation. Selv enkle former for opfølgende kontakt, herunder telefonopkald og skriftlige beskeder, kunne opleves som udtryk for omsorg og bidrage til følelsesmæssig støtte [80]. Lignende erfaringer med betydningen af relationel støtte er beskrevet i en procesevaluering af et stepped care-forløb for migranter [100]. Disse

studier belyser deltagernes oplevelser og mulige mekanismer bag støttens betydning for adhærens. Samtidig er der igen ikke kontrollerede effektstudier som støtter én type støtte, såsom telefonopkald.

Den løbende kontakt kan samtidig give den sundhedsfaglige medarbejder mulighed for at opdage eventuelle forværringer i borgerens tilstand eller ændringer i borgerens behov. På den baggrund kan medarbejderen vurdere, om der er behov for at justere den eksisterende indsats eller anbefale andre eller supplerende tilbud. Telefoniske statusopkald kan dermed have flere funktioner end alene at understøtte adhærens, da de også kan bidrage til den løbende vurdering og tilpasning af indsatsen.

I internationale stepped care-udrulninger varetages motivationsunderstøttende opgaver typisk af medarbejdere uden specialiseret, sundhedsfaglig uddannelse, men som er oplært og superviseret til at yde denne type støtte [100]. Det er således ikke nødvendigvis en specialistopgave at understøtte adhærens, men det forudsætter en tydelig afgrænsning af medarbejdernes opgaver og ansvar. (Dette tema uddybes i nærværende vejlednings *Kapitel 3. Brugen af forskellige faggrupper.)*

Formålet med at understøtte adhærens er igen at styrke borgerens mulighed for at deltage aktivt og få udbytte af et konkret tilbud. En bedre adhærens eller aktiv deltagelse kan derfor også bidrage til, at de ressourcer, udbyderen anvender til at udrulle indsatsen, udnyttes bedre.



FONDEN
MENTAL SUNDHED

Kapitel 5.

DOKUMENTATION, EVALUERING OG FORSKNING



Kapitel 5.

DOKUMENTATION, EVALUERING OG FORSKNING

Differentierede indsatser handler, som beskrevet igennem hele vejledningen, ikke kun om de enkelte tilbud, men i høj grad også om, hvordan de organiseres, implementeres, kvalitetssikres og udbredes. En differentieret model omfatter fordeling af borgere, adgangsveje, fagligt samarbejde, muligheder for at op- og nedtrappe støtte samt anvendelse af ressourcer. Videnarbejdet omkring et differentieret system bør derfor ikke kun fokusere på effekten af enkelte indsatser, men også på, hvordan det samlede system fungerer. I kapitlet her skitserer vi, hvordan differentierede stressindsatser kan dokumenteres, evalueres og gøres til genstand for forskning. Målet er ikke at give en udtømmende beskrivelse, men et godt overblik, som kan være en guide til at lægge en strategi eller komme i gang med undersøgelserne.

Udvikling af viden om differentierede indsatser indebærer ofte flere typer dokumentation, evaluering og forskning. Randomiserede kontrollerede studier og eksperimentelle designs er stærke, når man vil undersøge kausale effekter og kan afgrænse en intervention eller systemændring tilstrækkeligt klart og opstille relevante kontrolgrupper eller kontrolscenarier. Men en vurdering af komplekse systemer kan samtidig nødvendiggøre viden om implementering, kontekst, mekanismer og økonomi. Internationale anbefalinger fra *Medical Research Council* (MRC) for studier af komplekse interventioner anbefaler, at sådanne dimensioner undersøges, både for sig og i sammenhæng, også med den lokale kontekst [133].

En klassisk skelnen mellem tre faktorer i evalueringsforskningen er mellem struktur, proces og outcome. Det vil sige, hvilke organisatoriske og faglige rammer systemet har, hvordan hjælpen faktisk leveres og fordeles, og hvilke resultater eller effekter der opnås [134]. *Implementerings*forskningen har udvidet dette. RE-AIM-modellen fremhæver *reach, effectiveness, adoption, implementation* og *maintenance* [135,136]. Andre anbefaler at undersøge indsatsers acceptabilitet, gennemførlighed, implementeringskvalitet, udbredelse, omkostninger og bæredygtighed [137]. I den kompleksitet kan den enkelte indsats udmærket have en international veldokumenteret gennemsnitseffekt, men alligevel fungere mindre end godt i et lokalt system, f.eks. på grund af implementeringsvanskeligheder eller lav kulturel acceptabilitet.

Reviews viser, på grund af den nødvendige, lokale tilpasning, stor heterogenitet mellem stepped-care-modeller. Det gælder organisering, målgrupper, udbredelsesstrategier, faggrupper, tilbud og valget af outcomes [35,112,138]. Der findes derfor heller ikke solid evidens for, at særlige progressive, hierarkiske eller dynamiske modeller er bedst til særlige *settings* (såsom kommuner), særlige *målgrupper* (såsom unge/voksne) eller særlige typer stress (såsom helbredsrelateret). Lovgivning, befolkning, sundhedsvæsnets struktur, samfundsøkonomi og lokalitetens muligheder for at rekruttere særlige faggrupper varierer dertil mellem lande og lokalområder. Alt dette begrænser muligheden for at generalisere konklusioner fra de eksisterende studier. Alligevel er feltet overordnet rettet imod to tæt forbundne hovedspørgsmål:

- Er de enkelte indsatser effektive, fagligt forsvarlige og meningsfulde for målgruppen?
- Virker den måde, indsatserne er organiseret, fordelt og forbundet på?

Eksempler på randomiserede studier af differentierede indsatssystemer

Selvom det er komplekst at undersøge differentierede indsatssystemer, kan tre studier illustrere, at et differentieret system godt kan undersøges i randomiserede, kontrollerede forskningsprojekter.

I England undersøgte Delgadillo og kolleger [38] selve fordelingsprincippet i *NHS Talking Therapies*. Her blev 951 borgere behandlet via progressiv stepped care, hvor de fleste begyndte med et lavintensivt tilbud og kunne trappes op, eller efter en stratificeret model, hvor en algoritme ved den indledende vurdering anbefalede lav- eller højintensiv behandling. Algoritmen tildelte flere den dyre, højintensive behandling og 7% flere opnåede en klinisk signifikant forbedring end i den progressive model. Vores pointe er her blot metodisk: Studiet viser, at *fordelingsmetoden* af borgere til forskellige indsatsniveauer kan evalueres randomiseret. Dertil viser det, her ift. depressionsscores, at bedre kliniske resultater var forbundet med AI, altså lettere administration, men samtidigt højere omkostninger.

I Hamburg undersøgte RECOVER-studiet en mere omfattende systemforandring. Her blev 891 borgere med forskellige psykiske lidelser randomiseret til enten sædvanlig behandling eller en integreret, tværfaglig stepped-care-model, som forbandt ambulante tilbud og forskellige behandlingsformer og intensitetsniveauer[6]. Modellen blev evalueret på symptomer, funktion, livskvalitet og økonomi. RECOVER-modellen var forbundet med bedre klinisk outcome og 22% lavere samlede omkostninger, 25% lavere sundheds- og socialomkostninger og omkring 50% lavere hospitalsomkostninger. Det imponerende forskningsprojekt viser, at også *organiseringen* af et differentieret system versus sædvanlig behandling kan gøres til genstand for randomiseret, kontrolleret forskning. Resultaterne kan ikke uden videre overføres til danske stressindsatser, men studiedesignet er vigtigt, som et eksempel.

Et dansk eksempel er IBBIS-projektet, gennemført i samarbejde mellem kommunale jobcentre og Region Hovedstadens Psykiatri. IBBIS-1 omfattede sygemeldte borgere med angst, depression og stressrelaterede tilstande og afprøvede både en manualiseret stepped-care-sundhedsindsats og en model, hvor denne blev integreret med den kommunale beskæftigelsesindsats. For stressgruppen omfattede den sundhedsfaglige indsats bl.a. løbende monitorering, stresscoaching og gruppebaseret MBSR [139]. Resultaterne illustrerede, hvorfor komplekse indsatser bør vurderes på flere mål. For stressgruppen gik tilbagevenden til arbejde hurtigere ved den *almindelige* kontrolindsats end ved IBBIS-modellerne, mens stepped-care-indsatsen på kortere sigt viste bedre resultater på flere psykiske symptommål, og højere borgertilfredshed [139]. Evalueringen viste samtidig, at den tværsektorielle integration var vanskelig, bl.a. på grund af forskellige faglige normer og arbejdsgange mellem psykiatri og jobcenter. IBBIS viser dermed, at spørgsmålet om, hvorvidt et differentieret system "virker", ikke kan besvares med ét outcome. Resultaterne kan se forskellige ud afhængigt af, om man undersøger symptomer, tilbagevenden til arbejde, borgertilfredshed, implementeringen eller ressourceforbruget. Det understreger værdien af at kombinere effektstudier med proces- og implementeringsevaluering.

Skal evidensen være den samme på alle niveauer?

Et differentieret system kan rumme meget forskellige indsatser, fra digitale tilbud og korte samtaler til gruppeforløb, individuel stressbehandling og specialiserede sundhedsydelser. Hertil kan komme tilbud i civilsamfundet, peer-støtte og lokale fællesskaber. Denne vejledning har fokus på indsatser, *hvor der indgår en fagperson eller facilitator*, men det bredere økosystem omkring borgeren er også relevant.

Kravene til evidens, faglige kompetencer og kvalitetssikring bør afspejle tilbuddets funktion, målgruppe og faglige ansvar. Jo mere et tilbud har karakter af behandling af betydelige eller komplekse problemer, *og jo større ansvar tilbuddet påtager sig for borgerens helbred og sikkerhed*, desto større bør kravene til evidensgrundlag, dokumenteret effekt, faglige kompetencer, monitorering og klare standarder være.

Et differentieret system kan samtidig rumme tilbud og ressourcer med andre formål, såsom fællesskaber, motionsklubber, væresteder, peer-støtte eller tilbud, der styrker sundhedskompetencer, eksempelvis gennem madlavning. Sådanne tilbud behøver ikke nødvendigvis være dokumenteret efter samme standard som en klinisk eller psykologisk intervention, fordi deres primære formål ikke er at behandle stress eller psykiske symptomer. De bør imidlertid fortsat have et tydeligt formål, være forsvarlige og have klare grænser for, hvad de kan og ikke kan tilbyde. Stepped Care 2.0-modellen fremhæver, at både professionelle, lokale og uformelle ressourcer kan indgå i et samlet støttesystem omkring borgeren [47].

Vi anbefaler, at kravene til evidens og faglighed ikke ses som direkte proportionelle med indsatsens intensitet. En lavintensiv indsats, der specifikt tilbydes som hjælp mod stress, angst eller depression, bør fortsat bygge på relevant evidens og være fagligt kvalitetssikret. Dette gælder også digitale tilbud, guidet selvhjælp eller korte professionelle gruppeforløb, selv om de kræver relativt få faglige ressourcer. Stepped-care-litteraturen understreger tilsvarende, at lavintensive psykologiske interventioner fortsat bør være evidensbaserede og leveres med relevante kompetencer og kvalitetssikring [35,140,141].

Det der bør afgøre kravene til evidensen, fagligheden og kvalitetssikringen af en indsats, er ikke alene om den er af lav eller høj intensitet. Det er hvilken funktion indsatsen tiltænkes, hvilket formål den kommunikeres at have til borgeren og hvilken grad af fagligt ansvar for borgerens helbred, indsatsen reelt får i praksis.

Et lokalt fællesskab kan være en værdifuld del af et samlet, forebyggende økosystemm, uden at være dokumenteret som behandling. Et fagligt tilbud, der derimod lover eller har som eksplicit formål at reducere betydelige stresssymptomer, bør vurderes efter strengere krav til evidens, kompetencer og kvalitet – også selv om indsatsen er kort eller lavintensiv.

Lav intensitet bør med andre ord ikke forstås som lav kvalitet. I det faglige oplæg til en 10-årsplan fra 2022 anbefalede Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen således lettilgængelige kommunale tilbud i form af *dokumenteret virksomme* indsatser til personer, der henvender sig med eksempelvis livskriser, stress, angst eller depression [22]. For børn og unge er et lettilgængeligt kommunalt behandlingstilbud siden blevet lovfæstet i sundhedslovens § 126a, og de faglige krav er også blevet fastsat i en bekendtgørelse (retsinformation.dk) og uddybet i en vejledning fra Sundhedsstyrelsen om de "lettilgængelige tilbud". Det er et eksempel på, at man i Danmark har fastsat kvalitetskrav til et lav- og mellemintensivt tilbud, om end til angst- og depressionssymptomer. Vi anbefaler med vejledningen her, at der udvikles en tilsvarende kvalitetsstandard på stressområdet.

Alle indsatser skal altså ikke belægges med samme evidens forud for igangsættelse eller dokumenteres på samme måde undervejs. Men alle tilbud som indgår direkte eller indirekte i et offentligt differentieret sundhedssystem bør have en vurderet kvalitet, et tydeligt formål, en målgruppebeskrivelse og grænser for, hvad de kan tilbyde og kommunikere til borgerne.

Fra dokumentation til evaluering og forskning

I vidensudviklingen omkring offentlige differentierede stressindsatser er det nyttigt at skelne mellem *dokumentation*, *evaluering* og *forskning*, selv om grænserne ikke altid er skarpe. MRC-anbefalingerne om komplekse interventioner beskriver her tilsvarende en række faser indsatsen går igennem, som disse tre grader af vidensudvikling kan knyttes til, nemlig: udvikling, gennemførlighed, evaluering og implementering, hvor de valgte undersøgelsesmetoder bør tilpasses interventionens udviklingstrin [133].

I en udviklings- eller pilotfase kan *dokumentation* være meget relevant. Det kan være at dokumentere, hvordan systemet fungerer: Hvem finder frem til tilbuddene? Hvordan fordeles borgerne? Hvor længe venter de? Hvor mange gennemfører? Fungerer bevægelser mellem tilbud? MRC's vejledning om procesevaluering anbefaler, at komplekse interventioner undersøges med fokus på *implementering, virkningsmekanismer og kontekst*, og at tidlige implementeringsdata med fordel kan kombineres med kvalitative undersøgelser af, hvordan tilbuddene opleves af brugerne [142].

Dokumentation beskriver systematisk, hvad der sker i praksis, eksempelvis hvem der deltager, hvilke tilbud de modtager, ventetider, gennemførelse og frafald.

Evaluering bruger sådanne data til at vurdere eksempelvis kvalitet, effekter og andre resultater, implementeringens kvalitet og ressourceanvendelse.

Forskning stiller yderligere metodiske krav og søger mere generaliserbar viden, eksempelvis om kausale effekter, mekanismer eller sammenhænge.

Når systemet og indsatserne kører mere stabilt og standardiseret, typisk efter en række justeringer, kan mere omfattende evalueringer og forskningsdesign anvendes til at undersøge kontrolleret effekt, virkningsmekanismer og eksempelvis økonomi eller generaliserbarhed af viden. Over tid kan et sådant datagrundlag også gøre det muligt at undersøge mønstre i, hvilke borgere der profiterer af hvilke tilbud, hvor systemet fungerer mindre godt, og hvor der er behov for justeringer. Dokumentation, evaluering og forskning bør derfor ikke forstås som tre adskilte trin, men som forskellige niveauer af systematisk vidensudvikling, der kan supplere hinanden gennem hele indsatsens levetid [133].

Det er i høj grad relevant for differentierede stressindsatser. For systemets kvalitet og effekt afhænger af, om lettere stressede borgere får hurtig adgang, om borgerne generelt fordeles hensigtsmæssigt mellem tilbuddene, om de kan bevæge sig mellem niveauerne, om stresstilbuddene har høj kvalitet i praksis – og om organiseringen kan opretholdes inden for de tilgængelige ressourcer. WHO og UNICEF anbefaler også, at monitorering af sundhedsydelser omfatter en sammenhængende kæde fra strukturer og ressourcer over processer og aktivitet til outputs, outcomes og samlet effekt [143]. RE-AIM-evalueringsmodellen fremhæver også en række brede evalueringsdimensioner: *reach, effectiveness, adoption, implementation* og *maintenance*. Der lægges dermed også her vægt på både borgernes oplevelser, effekter og på om en indsats fungerer i praksis [135,144]. I Figur 13 giver vi eksempler på de mest almindeligt anbefalede, brede evalueringsdimensioner.

Vi anbefaler til en start, at organisationer med begrænsede ressourcer til en start får etableret en kort, fælles minimumspakke af data, som indsamles på tværs af stresstilbud. Det gør det muligt at følge både de enkelte tilbud og det samlede system over tid. Ved at måle på nogle af de samme data i flere tilbud, opbygger kommunen efterhånden et grundlag for at sammenligne borgere, der bruger de forskellige tilbud, deres bevægelser imellem tilbud, deres brugeroplevelser og de opnåede effekter.

Område	Hvad er vigtigt at vide?	Hvad kan der måles på?
Adgang og rækkevidde	Når tilbuddene ud de borgere, de er tiltænkt?	Henvendelser, henvisningsveje, ventetid, , demografi, socioøkonomiske karakteristika
Resultater	Opnås de tilsigtede resultater?	Stress, trivsel, funktion, arbejdsevne eller andre relevante outcomes
Deltagelse	Bliver indsatserne faktisk anvendt som forventet?	Opstart, fremmøde, brug af tilbuddet, gennemførelse, frafald
Borgeroplevelse	Er tilbuddene relevante og acceptable for borgerne?	Kvalitative spørgsmål på skemaer, tilfredshed, oplevet relevans, interview
Fordeling og bevægelser	Hvordan fordeles borgerne, og fungerer bevægelser mellem tilbuddene?	Socioøkonomi og funktionsevne koblet til valg af første indsats, step-up/step-down, skift, viderehenvisninger, frafaldsanalyser
Implementeringens kvalitet	Fungerer organiseringen og har tilbuddene høj kvalitet?	Fagpersoners trofasthed mod metoden (fidelity), procedurer, medarbejdererfaringer, oplevede faglige barrierer og tilpasninger
Ressourcer og bæredygtighed	Hvad kræver systemet at drive, og kan det opretholdes?	Personaletid, kapacitet, holdstørrelser, omkostninger og bæredygtighed

Figur 13. Forslag til forskellige aspekter af en evaluering af en differentieret indsats. Figuren er inspireret af RE-AIM-modellen *(reach, effectiveness, adoption/acceptability, implementation* og *maintenance*).

Validerede effektmål og standardiserede måletidspunkter

Effekter bør måles med validerede måleredskaber og på sammenlignelige tidspunkter på tværs af tilbud. Det vil sige, at de anvendte spørgeskemaer bør være udviklet videnskabeligt og valideret statistisk i befolkningsundersøgelser eller undersøgelser af målgruppen. Har kommunen ikke kapacitet til at udvikle et videnskabeligt støttet spørgeskema, anbefaler vi at kommunen konsulterer forskere.

Vi anbefaler at vælge effektmål, som bliver brugt i sundhedsforskning allerede, for dermed at muliggøre senere sammenligninger mellem lokale interventioner og nationale data. Fonden Mental Sundhed har eksempelvis i samarbejde med danske kommuner siden 2014 undersøgt selvoplevet stress med den samme stressskala (Cohen's Perceived Stress Scale), som også anvendes i de nationale sundhedsprofilundersøgelser[145]. Det har muliggjort vidensudvikling om, hvilke borgere, der opsøger og bruger stresstilbuddene sammenlignet med den lokale befolkning, år for år, ligesom det har muliggjort forskning i tilbuddene med matchede kontrolgrupper etableret via sundhedsprofildata[146].

Det betyder ikke, at alle tilbud skal have præcis de samme outcomes. Et arbejdsrettet stressforløb kan eksempelvis have behov for mål for selvoplevet arbejdsevne, mens et forebyggende tilbud til unge kan ønske at måle tillid til egen mestring. En fælles kerne kan suppleres med tilbudsspecifikke mål.

Dataindsamling bør dertil altid begrænses til oplysninger, som har et klart formål. OECD fremhæver relevans, gennemførlighed, reliabilitet, validitet og den relevante tidshorisont som centrale hensyn [147]. Et mindre omfattende datasæt med høj datakomplethed og reel anvendelse kan være mere værdifuldt end et omfattende datasæt, som belaster borgerne og også giver store mængder manglende data, fordi borgere frafalder udfyldelsen. Især blandt unge borgere oplever Fonden Mental Sundhed i samarbejde med kommuner en træthed af at blive målt på, en modstand mod at udfylde skemaer. Generelt kan antallet af spørgsmål i et spørgeskemabatteri have stor betydning for svarprocenten.

Undersøg subgrupper på sigt

Et differentieret system har til formål at fungere for mennesker med forskellige behov. Derfor er det ikke tilstrækkeligt alene at undersøge det *gennemsnitlige* resultat blandt dem, der bruger en indsats.

MRC anbefaler at undersøge *variationen* i, hvem en intervention når ud til og virker for, herunder i forhold til socioøkonomiske forskelle [142,144]. Som et virkeligt eksempel anvendes i Englands store, offentlige, differentierede *NHS Talking Therapies*-tiltag netop demografiske og socioøkonomiske data til at identificere forskelle og udviklinger i hvem, der får adgang til indsatserne og viser resultater [5].

Når en organisation eller et tilbud har opnået tilstrækkeligt store mængde data, bliver det på den måde muligt at undersøge subgrupper. Hvem får adgang til hvilke tilbud, hvem gennemfører, hvem får udbytte, hvem falder fra, og hvem får behov for mere? Hvor datagrundlaget tillader det, kan der undersøges indenfor aldersgrupper, køn, socioøkonomisk position, arbejdsmarkedstilknytning, etnisk baggrund eller andre variable, som er relevante for kommunen eller regionen at opbygge viden om.

Analyser af subgrupper kan også gavne praksis. De detaljerede analyser kan eksempelvis bidrage til kvalificere selve differentieringen. Hvis bestemte grupper ofte må trappes op fra et lavintensivt tilbud, eller hvis andre grupper systematisk falder fra bestemte indsatser, kan det være vigtig viden om både adgangsveje, vurderingskriterier og indsatsernes udformning. Det er ultimativt et at de vigtigste formål med at indsamle data i kommunale stressindsatser. At dataindsamlingen kommer borgerne til gavn. I hvert fald er det en overvejelse værd, om grundige evalueringer og forskning i sidste ende ikke alene bør bruges til at afgøre, om et differentieret system er en "succes" eller "fiasko", men til at forstå, hvad der fungerer, hvorhenne, for hvem, under hvilke betingelser, og hvad der derfor kan justeres.

Hvis et tilbud viser mindre effekt end forventet, er det derfor også vigtigt ikke at være for hurtig til at lægge hele forklaringen over på tilbuddet. Forklaringen *kan* ligge i indsatsen i sig selv, men også i en uhensigtsmæssig rekruttering i forhold til den intenderede målgruppe, en mangelfuld implementering, en lang ventetid eller problemer i overgangen mellem tilbud. Omvendt kan gode effekter af et tilbud optræde samtidig med, at tilbuddet er ressourcekrævende at drifte, svært at udbrede til den initialt ønskede (for eksempel udsatte) borgergruppe eller svært at kæde effektivt sammen med andre tilbud.

I Kapitel 2 beskrev vi et dansk eksempel på implementeringsforskning. I et kvalitativt studie af *Aktiv Patientstøtte* i de fem regioner undersøgte Fredens og kolleger, hvordan lederne fastholdt indsatsens kerneelementer inden for en fælles national ramme og samtidig tilpassede arbejdsgangene til lokale forhold [72]. Erfaringer fra den daglige praksis blev brugt til løbende justeringer, og samarbejdet mellem regionerne gjorde det muligt at lære af hinandens erfaringer. Forskerne belyste processen ved at kombinere interviews og observationer med en analyse af 468 sider mødereferater og rapporter.

Eksemplet viser, at dokumentation kan blive til vigtige data for forskning. Den skriftlige dokumentation viste, hvad der blev ændret undervejs, hvorfor det blev ændret, og hvad organisationen lærte af det. Den dokumentation kan bruges til at forbedre organiseringen undervejs og til efterfølgende at forstå, hvordan indsatsen faktisk blev gennemført. I en effektevaluering kunne den type data bidrage til at forstå, om forskelle i organisering eller udførsel kan er relateret til forskelle i borgernes udbytte. Studiet er derfor et godt eksempel på, hvordan god dokumentation kan bruges til at forstå hvordan en implementering kan komme til at fungere, og også til løbende at forbedre organiseringen.

KONKLUSION

Differentierede indsatser rummer et vigtigt potentiale på stressområdet i Danmark. De kan gøre det muligt at hjælpe tidligere, tilbyde flere borgere relevant hjælp på det rigtige tidspunkt og anvende sundhedsvæsnets ressourcer mere hensigtsmæssigt. Men potentialet realiseres ikke blot ved at etablere flere nye tilbud, og ej eller omvendt, ved at indføre en bestemt indsats over hele landet. Differentiering er først og fremmest en måde at organisere systemets ydelser på.

Et centralt budskab i denne vejledning er derfor at begynde med det system, der allerede findes. Kommuner, regioner og andre aktører har ofte en række relevante indsatser, kompetencer og samarbejdsflader. Før nye tilbud udvikles, bør de eksisterende tilbud kortlægges, forbindelserne mellem dem undersøges, og mangler, overlap og uhensigtsmæssige adgangsveje identificeres. En enkel rammemodel kan derefter skabe overblik over, hvem de forskellige tilbud er til, hvordan borgerne får adgang, og hvordan støtten kan ændres, hvis behovet ændrer sig.

Der findes her ikke én rigtig model for differentierede indsatser. Progressive, hierarkiske og mere dynamiske principper kan kombineres, og organiseringen må tilpasses den lokale kontekst. Det afgørende er ikke modellens navn, men om borgerne møder et forståeligt og sammenhængende system, hvor hjælpen kan tilpasses deres behov, ressourcer, funktionsevne og præferencer. Differentiering bør dermed også understøtte større lighed i sundhed: Borgerne behøver ikke modtage det samme for at have en reel mulighed for at få den hjælp, de har behov for.

På stressområdet har vi i vejledningen argumenteret for, at der er et særligt potentiale i at udvikle de tidlige, lav- og mellemintensive indsatser. Mange borgere kan have gavn af lettere tilgængelig støtte, digitale muligheder, korte faglige kontakter eller andre mindre ressourcekrævende tilbud. Men lav intensitet må ikke blive ensbetydende med lav kvalitet. Kravene til evidens, faglighed og kvalitetssikring skal passe til tilbuddets formål, målgruppe og ansvar, og der skal være mulighed for mere støtte, når borgerens situation kræver det. Indsatsniveauerne skal være tæt forbundet.

Samtidig kan differentiering indebære en organisatorisk forandring. Den ændrer arbejdsgange, faglige roller, samarbejdsrelationer og i nogle tilfælde medarbejdernes forståelse af, hvad god hjælp er. Derfor kræver udviklingen også tydelig ledelse, medarbejderinddragelse, rolleklarhed, relevante kompetencer og organisatorisk understøttelse. Erfaringerne bør bruges aktivt undervejs. En velfungerende organisering udvikles ikke på tegnebrættet; den må også følges og justeres.

Det samme gælder evalueringen. Det er ikke tilstrækkeligt at vide, om et enkelt tilbud har effekt. Vi må også vide, hvem der finder frem til tilbuddene, hvor længe de venter, hvordan de fordeles, hvem der gennemfører, hvem der har behov for mere eller anden støtte. Vi må vide, om systemet fungerer inden for de ressourcer, der er til rådighed. Differentierede indsatser bør derfor udvikles som lærende systemer, hvor dokumentation og evaluering bruges til løbende kvalitetsudvikling.

Danmark står i de kommende år over for store forandringer i selve organiseringen af det nære sundhedsvæsen. Det giver en mulighed for ikke blot at etablere flere enkeltstående tilbud, men for mere systematisk at opbygge sammenhængende indsatser til stress og psykisk mistrivsel på

tværs af kommuner, regioner, almen praksis og andre aktører. Sundhedsrådene kan blive vigtige brobyggere, fordi deres medlemmer spænder over hele kæden fra forebyggelse til behandling.

Vi har allerede meget af den nødvendige viden og mange af de nødvendige indsatser. Opgaven er nu i højere grad at bygge dem sammen, men også differentiere dem og lære af, hvordan de fungerer. Samfundet, som stadig viser stigende grader af stress, har brug for, at vi gør det med faglig kvalitet for øje, på alle niveauer, med borgerne for øje, og ikke for at spare. Men hvis vi investerer i differentierede indsatser, kan det bidrage til, at ventelister forkortes, at flere får den rette støtte tidligere – og at de mest intensive ressourcer samtidig er tilgængelige for dem, der har mest brug for dem.



REFERENCER

1. Friis K, Jensen MM, Larsen FB, Trads FB, Vrublovský NG, Sørensen JB. Hvordan har du det? 2025 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1) [Sundhedsprofil] [Internet]. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2025. Tilgængelig hos: https://www.defactum.dk/siteassets/indhold---sider/forskning/befolkningsundersogelser/hhdd-ny/2025-hhdd-bind-1_web.pdf

2. Robusthedskommissionen. Robusthedskommissionens anbefalinger [Internet]. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2023 [henvist 28. oktober 2026]. Tilgængelig hos: https://cdn2.gopublic.dk/indenrigssundhedsmin/Media/638336462586551242/Robusthed-Samlet-Rapport-TILG.pdf

3. Regeringen, Danske Regioner, KL. Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen [Politisk aftale] [Internet]. Indenrigs- og Sundhedsministeriet; maj 2025 [henvist 28. oktober 2026]. Tilgængelig hos: https://cdn2.gopublic.dk/indenrigssundhedsmin/Media/638837523048057511/For%C3%A5rsaftale%20om%20sundhedsreformen_maj%202025.pdf

4. Bjerre S. »Vi har talt om det her i 20 år. Nu er det på tide at handle«. Regeringen.dk [Internet]. 2019 [henvist 28. oktober 2026]. Tilgængelig hos: https://ugeskriftet.dk/nyhed/vi-har-talt-om-det-her-i-20-ar-nu-er-det-pa-tide-handle

5. National Collaborating Centre for Mental Health. NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual [Manual] [Internet]. NHS England; marts 2024. Manual Version 7. Tilgængelig hos: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/nhs-talking-therapies-manual-v7.1-updated.pdf

6. Lambert M, König H, Karow A, König HH, Rohenkohl A, Luedecke D, m.fl. Stepped, evidence-based and integrated care service model vs. usual care for mental disorders: A randomized controlled trial (RECOVER). Psychiatry Res. 2024;339:116007. doi:10.1016/j.psychres.2024.116007

7. Roos R, Witteveen AB, Ayuso-Mateos JL, Barbui C, Bryant RA, Felez-Nobrega M, m.fl. Effectiveness of a scalable, remotely delivered stepped-care intervention to reduce symptoms of psychological distress among Polish migrant workers in the Netherlands: study protocol for the RESPOND randomised controlled trial. BMC Psychiatry. 2023;23(1):801. doi:10.1186/s12888-023-05288-5

8. Cornish P. Stepped Care 2.0: A Paradigm Shift in Mental Health [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [henvist 28. oktober 2026]. Tilgængelig hos: http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-48055-4 doi:10.1007/978-3-030-48055-4

9. Australian Government Department of Health. PHN Primary Mental Health Care Flexible Funding Pool Programme Guidance: Stepped Care [Internet]. Canberra: Australian Government Department of Health; 2019 [henvist 28. oktober 2026]. Tilgængelig hos: https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/04/primary-health-networks-phn-primary-mental-health-care-guidance-stepped-care.pdf

10. Lee CYS, Fung DSS. A stepped care approach to mental health in Singapore: challenges and opportunities. BMC Glob Public Health. 2025;3(1):73. doi:10.1186/s44263-025-00196-0

11. Nielsen AB, Bonde JPE, Eller NH, Ross L, Sejbæk CS, Willert MV, m.fl. Public stress treatment. Ugeskr Læg. 2026. doi:10.61409/V11250927

12. Jensen HAR, Davidsen M, Christensen AV, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2025 [Internet]. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2026 [henvist 28. oktober 2026]. Tilgængelig hos: https://www.regioner.dk/media/g15h5f3t/natsup_2025.pdf

13. Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; januar 2022 [henvist 28. oktober 2026]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/udgivelser/2022/fagligt-oplaeg-til-en-10-aarsplan

14. De Økonomiske Råd. Stress, arbejdsudbud og offentlige finanser [Kapitel i Dansk Økonomi, efterår 2026]. 2026.

15. Pedersen J, Graversen BK, Hansen KS, Madsen IEH. The labor market costs of work-related stress: A longitudinal study of 52 763 Danish employees using multi-state modeling. Scand J Work Environ Health. 2024;50(2):61–72. doi:10.5271/sjweh.4131

16. De Økonomiske Råds formandskab. Dansk økonomi, efterår 2026 [Internet]. De Økonomiske Råd; 2026. Tilgængelig hos: https://www.ft.dk/samling/20261/almdel/sau/bilag/22/index.htm

17. Nielsen NR, Søndergaard Kristensen T. Stress i Danmark - hvad ved vi? Version: 1.0. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2007.

18. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet [Internet]. 2025 [henvist 28. oktober 2026]. Regeringen fuldender 10-årsplan for psykiatrien med nyt udspil. Tilgængelig hos: https://www.skim.dk/nyheder/2025/april/regeringen-fuldender-10-aarsplan-for-psykiatrien-med-nyt-udspil

19. Berger M, Fernando S, Churchill A, Cornish P, Henderson J, Shah J, m.fl. Scoping review of stepped care interventions for mental health and substance use service delivery to youth and young adults. Early Interv Psychiatry. 2022;16(4):327–41. doi:10.1111/eip.13180

20. Hawks JL, Wojcieszak ZK, Kennedy SM. Transdiagnostic, Stepped-Care Approach to Treating Youth Mental Health Concerns. Psychiatr Clin North Am. 2025;48(4):665–77. doi:10.1016/j.psc.2025.06.002

21. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. 2022 [henvist 28. oktober 2026]. Tilgængelig hos: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

22. Sundhedsstyrelsen. Fremme af mental sundhed [Internet]. 2022 [henvist 2. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/vidensbase/forebyggelse/mental-sundhed/fakta-om-mental-sundhed/fremme-af-mental-sundhed

23. Seidler A, Schubert M, Freiberg A, Drössler S, Hussenoeder FS, Conrad I, m.fl. Psychosocial occupational exposures and mental illness—a systematic review with meta-analyses. Dtsch Ärztebl Int. 2022. doi:10.3238/arztebl.m2022.0295

24. Miloyan B, Joseph Bienvenu O, Brilot B, Eaton WW. Adverse life events and the onset of anxiety disorders. Psychiatry Res. 2018;259:488–92. doi:10.1016/j.psychres.2017.11.027

25. Steptoe A, Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease. Nat Rev Cardiol. 2012;9(6):360–70. doi:10.1038/nrcardio.2012.45

26. Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, m.fl. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. The Lancet. 2012;380(9852):1491–7. doi:10.1016/S0140-6736(12)60994-5

27. Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work – results from a randomized wait-list controlled trial. Scand J Work Environ Health. 2011;37(3):186–95. doi:10.5271/sjweh.3130

28. Dansk Center for Mindfulness. Mindfulness-baseret stressreduktion på recept [text/html] [Internet]. Aarhus Universitet; 2026 [henvist 2. november 2026]. Tilgængelig hos: https://mindfulness.au.dk/forskning/projekter/stressreduktion-paa-recept

29. Komiteen for Sundhedsoplysning. Mestring af stress. LÆR AT TACKLE [Internet]. [henvist 2. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.laerattackle.dk/mestring-af-stress/

30. Fonden Mental Sundhed. Stressforløb for voksne [Internet]. [henvist 2. november 2026]. Tilgængelig hos: https://fondenmentalsundhed.dk/for-voksne/

31. Sundhed.dk. Nyt tilbud på sundhed.dk hjælper voksne med psykisk mistrivsel [Internet]. 2026 [henvist 2. november 2026]. Tilgængelig hos: https://via.ritzau.dk/pressemeddelelse/15240140/nyt-tilbud-pa-sundheddk-hjaelper-voksne-med-psykisk-mistrivsel?publisherId=10524793&lang=da

32. Region Midtjylland. Alt om stress [Internet]. [henvist 2. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.regionshospitalet-goedstrup.dk/afdelinger/arbejdsmedicin/alt-om-stress/

33. Sammen om mental sundhed. Mental Sundhed [Internet]. [henvist 31. oktober 2026]. Tilgængelig hos: https://mentalsundhed.dk/

34. Klitgaard MB, Leonhardt C, Holt DH, Petersen CB. Kommunernes arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse under §119, stk. 2:En national kortlægning [National kortlægning]. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2023.

35. Mareya S, Watts MC, Zhao L, Olasoji M. Exploring the Stepped Care Model in Delivering Primary Mental Health Services—A Scoping Review. Int J Ment Health Nurs. 2024;33(6):2026–42. doi:10.1111/inm.13427

36. Herbert KL, Brennan JMM. Use of Mobile Apps & Stepped-Care Model for Treating Depression in Primary Care. Prim Care Clin Off Pract. 2023;50(1):11–9. doi:10.1016/j.pop.2022.10.005

37. Boyd L, Baker E, Reilly J. Impact of a progressive stepped care approach in an improving access to psychological therapies service: An observational study. Gentili C, redaktør. PLOS ONE. 2019;14(4):e0214715. doi:10.1371/journal.pone.0214715

38. Delgadillo J, Ali S, Fleck K, Agnew C, Southgate A, Parkhouse L, m.fl. Stratified Care vs Stepped Care for Depression: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2022;79(2):101. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.3539

39. Mughal S, Salmon A, Churchill A, Tee K, Jaouich A, Shah J. Guiding Principles for Implementing Stepped Care in Mental Health: Alignment on the Bigger Picture. Community Ment Health J. 2023;59(6):1035–42. doi:10.1007/s10597-023-01116-y

40. Van Straten A, Hill J, Richards DA, Cuijpers P. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2015;45(2):231–46. doi:10.1017/S0033291714000701

41. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: Narrative literature review. Br J Psychiatry. 2005;186(1):11–7. doi:10.1192/bjp.186.1.11

42. Haaga DAF. Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. J Consult Clin Psychol. 2000;68(4):547–8. doi:10.1037/0022-006X.68.4.547

43. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: Treatment and management [Internet]. juni 2022 [henvist 2. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

44. Collins LM, Murphy SA, Bierman KL. A Conceptual Framework for Adaptive Preventive Interventions. Prev Sci. 2004;5(3):185–96. doi:10.1023/B:PREV.0000037641.26017.00

45. Murphy SA. Optimal Dynamic Treatment Regimes. J R Stat Soc Ser B Stat Methodol. 2003;65(2):331–55. doi:10.1111/1467-9868.00389

46. Barkham M, De Jong K, Delgadillo J, Lutz W. Routine Outcome Monitoring (ROM) and Feedback: Research Review and Recommendations. Psychother Res. 2023;33(7):841–55. doi:10.1080/10503307.2023.2181114

47. Cornish P, Berry G, redaktører. Stepped Care 2.0: The Power of Conundrums [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [henvist 28. oktober 2026]. Tilgængelig hos: https://link.springer.com/10.1007/978-3-031-45206-2 doi:10.1007/978-3-031-45206-2

48. Sundhedsstyrelsen. Kommunalt behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel [Internet]. 2023 [henvist 4. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/udgivelser/2023/kommunalt-behandlingstilbud-til-boern-og-unge-i-psykisk-mistrivsel

49. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om kommunalt behandlingstilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel og symptomer på psykisk lidelse (sundhedslovens § 126 a) [Internet]. 2025 [henvist 4. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/udgivelser/2025/vejl-kommunalt-behandlingstilbud-til-boern-og-unge-m-psykisk-mistrivsel-symptomer-psykisk-lidelse

50. World Health Organization. Psychological Interventions Implementation Manual: Integrating Evidence-Based Psychological Interventions into Existing Services. Geneva: World Health Organization; 2024. 1 s.

51. World Health Organization. Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-based Approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.

52. Berg E, Ubbesen TR, Zinckernagel MG, Nielsen MB. Stress i Danmark – Med særligt fokus på unge og personer uden for arbejdsmarkedet [Internet]. 2024 [henvist 1. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/media/r5th0kl3/stress-unge-og-personer-uden-for-arbejdsmarkedet.pdf

53. Dansk Selskab for Almen Medicin. Kerneopgaverne i almen praksis – og opgaverne der kan klares andre steder [Internet]. 2025. Tilgængelig hos: https://content.dsam.dk/guides/sundhedsreformen-dsam/rapport-april-2025-kerneopgaver-og-ikke-kerneopgaver-i-almen-praksis.pdf

54. Praktiserende Lægers Organisation. PLO's idékatalog om fælles forebyggelse [Internet]. 2022 [henvist 1. november 2026]. Tilgængelig hos: https://laeger.dk/media/udcmgyhj/idekatalog_21_final_030322.pdf

55. Australian Department of Health. National PHN guidance: Initial assessment and referral for mental healthcare [National guidance] [Internet]. Australian Department of

Health; 2021. Tilgængelig hos: https://nqphn.com.au/wp-content/uploads/2023/11/national_phn_guidance.pdf

56. Chung KF, Lee CT, Yeung WF, Chan MS, Chung EWY, Lin WL. Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: a systematic review and meta-analysis. Fam Pract. 2018;35(4):365–75. doi:10.1093/fampra/cmx122

57. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse - rådgivning til almen praksis [Internet]. 2007 [henvist 3. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/udgivelser/2007/langvarig-stress-aktuel-viden-og-forslag-til-stress-forebyggelse-raadgivning-til-almen-praksis

58. Mediavilla R, García-Vázquez B, McGreevy KR, Underhill J, Bayón C, Bravo-Ortiz MF, m.fl. Beyond effectiveness in eHealth trials: Process evaluation of a stepped-care programme to support healthcare workers with psychological distress (RESPOND-HCWs). Digit Health. 2024;10:20552076241287678. doi:10.1177/20552076241287678

59. King A, Harris-Lane LM, Bérubé S, Burke K, Churchill A, Cornish P, m.fl. Provider perceptions of the anticipated benefits, barriers, and facilitators associated with implementing a stepped care model for the delivery of addiction and mental health services in New Brunswick: a mixed-methods observational implementation study. Int J Ment Health Syst. 2023;17(1):40. doi:10.1186/s13033-023-00611-9

60. Sims S, Fletcher S, Brearley S, Ross F, Manthorpe J, Harris R. What does Success Look Like for Leaders of Integrated Health and Social Care Systems? a Realist Review. Int J Integr Care. 2021;21(4):26. doi:10.5334/ijic.5936

61. Brantnell A, Fredriksson S, Simonsson A, Palm K. Why aggregated data falls short: an exploratory survey study on barriers and facilitators in implementing the stepped care model for mental health in primary care. BMC Prim Care. 2026;27(1):120. doi:10.1186/s12875-026-03238-0

62. Saxton KG, Jaouich A, Bartram M, Hood M, Dawson J, Lee H, m.fl. Stepped Care 2.0: A Framework to Facilitate Leadership in Youth Mental Health System Building. Healthc Q. 2025;28(1):30–9. doi:10.12927/hcq.2025.27633

63. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR. The implementation leadership scale (ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership. Implement Sci. 2014;9(1):45. doi:10.1186/1748-5908-9-45

64. Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. Adm Sci Q. 1999;44(2):350–83. doi:10.2307/2666999

65. Edmondson AC. The fearless organization: creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2019. 233 s.

66. Stouten J, Rousseau DM, De Cremer D. Successful Organizational Change: Integrating the Management Practice and Scholarly Literatures. Acad Manag Ann. 2018;12(2):752–88. doi:10.5465/annals.2016.0095

67. Carlson MA, Morris S, Day F, Dadich A, Ryan A, Fradgley EA, m.fl. Psychometric properties of leadership scales for health professionals: a systematic review. Implement Sci. 2021;16(1):85. doi:10.1186/s13012-021-01141-z

68. Kuha S, Miettunen J, Kanste O. Implementation Leadership in Evidence-Based Practice in Healthcare: A Systematic Review and Meta-Analysis. Worldviews Evid Based Nurs. 2026;23(4):e70163. doi:10.1111/wvn.70163

69. Harrison R, Fischer S, Walpola RL, Chauhan A, Babalola T, Mears S, m.fl. Where Do Models for Change Management, Improvement and Implementation Meet? A Systematic Review of the Applications of Change Management Models in Healthcare. J Healthc Leadersh. 2021;Volume 13:85–108. doi:10.2147/JHL.S289176

70. Ehrhart MG, Williams NJ, Sklar M, Vega NR, Kandah A, Aarons GA. Validation of the extended version of the Implementation Leadership Scale (ILS-X). Implement Sci Commun. 2025;6(1):133. doi:10.1186/s43058-025-00786-x

71. Franx G, Oud M, De Lange J, Wensing M, Grol R. Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. Implement Sci. 2012;7(1):8. doi:10.1186/1748-5908-7-8

72. Fredens M, Terkildsen MD, Grønkjær M, Toft U, Hawkins J, Nielsen CP. Balancing standardisation and flexibility in National complex intervention scale-up: a qualitative study of leadership experiences and management in the implementation of Proactive Health Support in Denmark. BMC Health Serv Res. 2026;26(1):1211. doi:10.1186/s12913-026-15030-y

73. American Psychological Association. Evidence-based practice in psychology. Am Psychol. 2006;61(4):271–85. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271

74. Dansk Psykolog Forening. Evidensbaseret psykologisk praksis. Dansk Psykolog Forening [Internet]. 2026 [henvist 8. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.dp.dk/videnscenter-for-psykologi/standarder/evidensbaseret-psykologisk-praksis/

75. Murray LK, Jordans MJD. Rethinking the service delivery system of psychological interventions in low and middle income countries. BMC Psychiatry. 2016;16(1):234. doi:10.1186/s12888-016-0938-y

76. Sørensen CW, Bæk O, Kallestrup P, Carlsson J. Integrating mental health in primary healthcare in low-income countries: changing the future for people with mental disorders. Nord J Psychiatry. 2017;71(2):151–7. doi:10.1080/08039488.2016.1245784

77. Domhardt M, Baumeister H. Psychotherapy of adjustment disorders: Current state and future directions. World J Biol Psychiatry. 2018;19(sup1):4. doi:10.1080/15622975.2018.1467041

78. Leitch E, Wright E, Harris M, Meurk C, Whiteford H. Implementing a Stepped Care approach to mental health services within Australian Primary Health Networks [Internet]. Queensland Centre for Mental Health Research, The University of Queensland; 2016. Tilgængelig hos: https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:4659b82

79. Sawhney G, McCord MA, Cunningham A, Cook P, Adjei K, Flinn T. A meta-analytic review of 60 years of role stressor research. J Vocat Behav. 2026;167:104234. doi:10.1016/j.jvb.2026.104234

80. Heath A, Lim D, Lawn S. Qualitative Systematic Review and Meta-Aggregation of Stakeholders' Perspectives on Stepped Care in Facilitating Return to Community After Hospitalization for Anxiety and Depression. Issues Ment Health Nurs. 2026;47(1):24–39. doi:10.1080/01612840.2025.2573085

81. Biagianti B, Foti G, Di Liberto A, Bressi C, Brambilla P. CBT-informed psychological interventions for adult patients with anxiety and depression symptoms: A narrative review of digital treatment options. J Affect Disord. 2023;325:682–94. doi:10.1016/j.jad.2023.01.057

82. Demarzo MMP, Cebolla A, Garcia-Campayo J. The implementation of mindfulness in healthcare systems: a theoretical analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2015;37(2):166–71. doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.11.013

83. Ooi K. The Pitfalls of Overtreatment: Why More Care is not Necessarily Beneficial. Asian Bioeth Rev. 2020;12(4):399–417. doi:10.1007/s41649-020-00145-z

84. World Health Organization. Health inequality monitoring: harnessing data to advance health equity [Internet]. 2024 [henvist 1. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.who.int/publications/i/item/9789240102606

85. Madsen IE, Svendsen PA, Clausen T, Andersen MF. Oplevelsen og betydningen af indflydelse i arbejdet mellem selv-ledelse og målstyring: Et mixed methods studie [Internet]. 2023 [henvist 1. november 2026]. Tilgængelig hos: https://nfa.elsevierpure.com/ws/portalfiles/portal/11738410/Madsen_IEH_et_al_Oplevelsen_og_betydningen_af_indflydelse_i_arbejdet_09032023.pdf

86. Andersen MF, Svendsen PA, Nielsen K, Brinkmann S, Rugulies R, Madsen IEH. Influence at work is a key factor for mental health – but what do contemporary employees in knowledge and relational work mean by "influence at work"? Int J Qual Stud Health Well-Being. 2022;17(1):2054513. doi:10.1080/17482631.2022.2054513

87. Brämberg E, Åhsberg E, Fahlström G, Furberg E, Gornitzki C, Ringborg A, m.fl. Effects of work-directed interventions on return-to-work in people on sick-leave for to common

mental disorders—a systematic review. Int Arch Occup Environ Health. 2024;97(6):597–619. doi:10.1007/s00420-024-02068-w

88. Borg V, Nexø MA, Kolte IV, Andersen MF. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2010.

89. Sterud T, Lunde LK, Berg R, Proper KI, Aanesen F. Mental health effects of unemployment and re-employment: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Occup Environ Med. 2025;oemed-2025-110194. doi:10.1136/oemed-2025-110194

90. Pedersen J, Graversen BK. Samfundsøkonomiske omkostninger ved arbejdsrelateret stress. Samfundsøkonomen. 2025;2025(1):33–42.

91. Arbejdstilsynet. National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt Lønmodtagere (NOA-L 2023) [Internet]. 2023 [henvist 1. november 2026]. Tilgængelig hos: https://at.dk/arbejdsmiljoe-i-tal/national-overvaagning-af-arbejdsmiljoeet-blandt-loenmodtagere

92. Jensen CG, Tybjerg-Jeppesen A, Petersen FF, Plougsbæk RR, Djernis D, Krogh SC, m.fl. Åben og Rolig-programmet. Forskningsbaseret stressreduktion. Samlet opgørelse af 20 evalueringer af stress, mental sundhed og beskæftigelse [Forskningsrapport] [Internet]. Fonden Mental Sundhed; 2021. Tilgængelig hos: https://fondenmentalsundhed.dk/wp-content/uploads/2021/03/Samlet-Rapport-Aben-og-Rolig-2015-2020-1.pdf

93. Arbejdstilsynet. Arbejdstilsynet [Internet]. 2026 [henvist 11. november 2026]. Få din medarbejder godt tilbage efter en sygemelding. Tilgængelig hos: https://at.dk/faa-viden/kom-godt-tilbage/faa-din-medarbejder-godt-tilbage-efter-en-sygemelding/

94. Beck A, Nadkarni A, Calam R, Naeem F, Husain N. Increasing access to Cognitive Behaviour Therapy in Low and Middle Income Countries: A strategic framework. Asian J Psychiatry. 2016;22:190–5. doi:10.1016/j.ajp.2015.10.008

95. Purgato M, Tedeschi F, Turrini G, Cadorin C, Compri B, Muriago G, m.fl. Effectiveness of a stepped-care programme of WHO psychological interventions in a population of migrants: results from the RESPOND randomized controlled trial. World Psychiatry. 2025;24(1):120–30. doi:10.1002/wps.21281

96. Schäfer SK, Thomas LM, Lindner S, Lieb K. World Health Organization's low-intensity psychosocial interventions: a systematic review and meta-analysis of the effects of Problem Management Plus and STEP-BY-STEP. World Psychiatry. 2023;22(3):449–62. doi:10.1002/wps.21129

97. Muntingh A, Van Der Feltz-Cornelis C, Van Marwijk H, Spinhoven P, Assendelft W, De Waal M, m.fl. Effectiveness of Collaborative Stepped Care for Anxiety Disorders in Primary Care: A Pragmatic Cluster Randomised Controlled Trial. Psychother Psychosom. 2014;83(1):37–44. doi:10.1159/000353682

98. Magnée T, De Beurs DP, De Bakker DH, Verhaak PF. Consultations in general practices with and without mental health nurses: an observational study from 2010 to 2014. BMJ Open. 2016;6(7):e011579. doi:10.1136/bmjopen-2016-011579

99. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 [henvist 28. oktober 2026]. Tilgængelig hos: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583074/ PubMed PMID: 35977056.

100. Compri B, Turrini G, Purgato M, Bryant R, Cristobal P, Haro JM, m.fl. Context, implementation and mechanisms of impact of a stepped-care WHO psychological intervention for migrants with psychological distress. Camb Prisms Glob Ment Health. 2025;12:e62. doi:10.1017/gmh.2025.10024

101. Kappelin C, Carlsson AC, Wachtler C. Specific content for collaborative care: a systematic review of collaborative care interventions for patients with multimorbidity involving depression and/or anxiety in primary care. Fam Pract. 2022;39(4):725–34. doi:10.1093/fampra/cmab079

102. Fransgaard L. Mental sundhed på ungdomsuddannelserne: En statusrapport på seks års udvikling og implementering af tilbuddet "Mental sundhed på ungdomsuddannelserne" [Internet]. Center for Mental Sundhed, Aalborg Kommune; 2022. Tilgængelig hos: https://fondenmentalsundhed.dk/wp-content/uploads/2023/09/Evalueringsrapport-Aaben-og-Rolig-for-Unge-Aalborg-Kommune-2022.pdf

103. Cuijpers P, Donker T, Van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. Psychol Med. 2010;40(12):1943–57. doi:10.1017/S0033291710000772

104. Wright JH, Mishkind M. Computer-Assisted CBT and Mobile Apps for Depression: Assessment and Integration Into Clinical Care. Focus. 2020;18(2):162–8. doi:10.1176/appi.focus.20190044

105. Jensen EK, Lichtenstein MB, Riper H, Mathiasen K. Effectiveness of Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Adult Anxiety and Depression in Routine Care: An Observational Study. Int J Methods Psychiatr Res. 2026;35(1):e70058. doi:10.1002/mpr.70058

106. Kilfedder C, Power K, Karatzias T, McCafferty A, Niven K, Chouliara Z, m.fl. A randomized trial of face-to-face counselling versus telephone counselling versus bibliotherapy for occupational stress. Psychol Psychother Theory Res Pract. 2010;83(3):223–42. doi:10.1348/147608309X476348

107. World Health Organization. Health literacy [Internet]. 2025 [henvist 3. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy

108. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, redaktører. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. (The solid facts).

109. Sundhedsstyrelsen. Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen [Internet]. august 2022 [henvist 4. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/udgivelser/2022/sundhedskompetence-i-det-danske-sundhedsvaesen

110. Furnham A, Swami V. Mental Health Literacy: A Review of What It Is and Why It Matters. Int Perspect Psychol. 2018;7(4):240–57. doi:10.1037/ipp0000094

111. Mental Health Commission of Canada. Stepped Care 2.0: Value and benefits [Internet]. 2021. Tilgængelig hos: https://mentalhealthcommission.ca/resource/what-is-stepped-care-2-0-two-pager/

112. Ho FYY, Yeung WF, Ng THY, Chan CS. The Efficacy and Cost-Effectiveness of Stepped Care Prevention and Treatment for Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sci Rep. 2016;6(1):29281. doi:10.1038/srep29281

113. Yan C, Rittenbach K, Souri S, Silverstone PH. Cost-effectiveness analysis of a randomized study of depression treatment options in primary care suggests stepped-care treatment may have economic benefits. BMC Psychiatry. 2019;19(1):240. doi:10.1186/s12888-019-2223-3

114. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreform [Internet]. 2024 [henvist 3. november 2026]. Tilgængelig hos: https://cdn2.gopublic.dk/indenrigssundhedsmin/Media/638743383915480390/Aftale%20om%20sundhedsreform%202024%20%20vers.%202-04.02.2025.pdf

115. Buhl-Wiggers J, Folker MP, Frederiksen HH, Merete K, Mathiasen K, Skaarnes H. Fra potentiale til praksis: Digitale tilbud for børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom [Internet]. Psykiatrifonden; 2025 [henvist 10. november 2026]. Tilgængelig hos: https://digitalpsykiatri.dk/wp-content/uploads/2026/03/PF_Rapport_Digitale_loesninger_AUG2025_Enkeltsidet_OK_WEB-1.pdf

116. Dyrlev, EK. Perspektiver på digital psykiatri: En spørgeskemaundersøgelse om patienters erfaringer med og holdning til digitale værktøjer i psykiatrien [Faglig rapport] [Internet]. Aarhus Universitet; 2024. Tilgængelig hos: https://ps.au.dk/fileadmin/Statskundskab/Dokumenter/Perspektiver_paa_digital_psykiatri.pdf

117. Klindt MW, Krogh L, Birthe D. Kortlægning af digitalt informations- og psykoedukativt materiale indenfor Børne- & Ungdomspsykiatrien & fritidstilbud til børn og unge med særlige behov i Danmark | Bedst for Os [Internet]. 2025 [henvist 4. november 2026].

Tilgængelig hos: https://bedstforos.dk/publikation/kortlaegning-af-digitalt-informations-og-psykoedukativt-materiale-indenfor-boerne

118. Efron G, Wootton BM. Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: A meta-analysis. J Anxiety Disord. 2021;79:102385. doi:10.1016/j.janxdis.2021.102385

119. Eylem O, De Wit L, Van Straten A, Steubl L, Melissourgaki Z, Danışman GT, m.fl. Stigma for common mental disorders in racial minorities and majorities a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2020;20(1):879. doi:10.1186/s12889-020-08964-3

120. Clough BA, Hill M, Delaney M, Casey LM. Development of a measure of stigma towards occupational stress for mental health professionals. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020;55(7):941–51. doi:10.1007/s00127-019-01820-9

121. Klinefelter Z, Sinclair RR, Britt TW, Sawhney G, Black KJ, Munc A. Psychosocial safety climate and stigma: Reporting stress-related concerns at work. Stress Health. 2021;37(3):488–503. doi:10.1002/smi.3010

122. Chen Q, Zhao Z, Bao J, Lin J, Li W, Zang Y. Digital empowerment in mental health: A meta-analysis of internet-based interventions for enhancing mental health literacy. Int J Clin Health Psychol. 2024;24(3):100489. doi:10.1016/j.ijchp.2024.100489

123. Ellis DM, Draheim AA, Anderson PL. Culturally adapted digital mental health interventions for ethnic/racial minorities: A systematic review and meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 2022;90(10):717–33. doi:10.1037/ccp0000759

124. Reich H, Hegerl U, Rosenthal A, Allenhof C. Arabic-language digital interventions for depression in German routine health care are acceptable, but intervention adoption remains a challenge. Sci Rep. 2024;14(1):12097. doi:10.1038/s41598-024-62196-8

125. Demetry Y, Carlbring P, Andersson G. Cultural Relevance and Acceptability of Cognitive Behavioral Therapy Techniques Adapted by AI or a Human Psychologist: Experimental Study. JMIR Form Res. 2026;10:e91056–e91056. doi:10.2196/91056

126. Kapadia D. Stigma, mental illness & ethnicity: Time to centre racism and structural stigma. Sociol Health Illn. 2023;45(4):855–71. doi:10.1111/1467-9566.13615

127. Cornish P, Berry G, redaktører. Synergy: The Healing Energy Guiding Stepped Care 2.0 [Internet]. Cham: Springer Nature Switzerland; 2025 [henvist 9. november 2026]. Tilgængelig hos: https://link.springer.com/10.1007/978-3-031-88493-1 doi:10.1007/978-3-031-88493-1

128. Behandlingsrådet. Ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser: Patientforløb, barrierer og indsatser [Internet]. 2024 [henvist 9. november 2026]. Tilgængelig hos: https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2024/02/2024-behandlingsraadets-ulighedsanalyse-for-2023.pdf

129. Sabaté E, redaktør. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.

130. Biswal B, Gandhi Y, Singla DR, Velleman R, Zhou B, Fernandes L, m.fl. Interventions for improving adherence to psychological treatments for common mental disorders: a systematic review. Camb Prisms Glob Ment Health. 2024;11:e83. doi:10.1017/gmh.2024.94

131. Musiat P, Johnson C, Atkinson M, Wilksch S, Wade T. Impact of guidance on intervention adherence in computerised interventions for mental health problems: a meta-analysis. Psychol Med. 2022;52(2):229–40. doi:10.1017/S0033291721004621

132. Gan DZQ, McGillivray L, Larsen ME, Christensen H, Torok M. Technology-supported strategies for promoting user engagement with digital mental health interventions: A systematic review. Digit Health. 2022;8:205520762210982. doi:10.1177/20552076221098268

133. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, m.fl. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021;n2061. doi:10.1136/bmj.n2061

134. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA. 1988;260(12):1743. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033

135. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. Am J Public Health. 1999;89(9):1322–7. doi:10.2105/AJPH.89.9.1322

136. Gaglio B, Shoup JA, Glasgow RE. The RE-AIM Framework: A Systematic Review of Use Over Time. Am J Public Health. 2013;103(6):e38–46. doi:10.2105/AJPH.2013.301299

137. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, m.fl. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res. 2011;38(2):65–76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7

138. Ohms R, Sveticic J, Ross MH, Hartley N, Worthy P, Russell T. Effectiveness of stepped versus usual care for mental health service delivery: a systematic review and meta-analysis. Int J Ment Health Syst. 2026;20(1):38. doi:10.1186/s13033-026-00717-w

139. Hoff A, Fisker J, Poulsen RM, Hjorthøj C, Rosenberg NK, Nordentoft M, m.fl. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with stress-related disorders: results from a randomized trial. Scand J Work Environ Health. 2022;48(5):361–71. doi:10.5271/sjweh.4021

140. Richards DA. Stepped Care: A Method to Deliver Increased Access to Psychological Therapies. Can J Psychiatry. 2012;57(4):210–5. doi:10.1177/070674371205700403

141. Shafran R, Myles-Hooton P, Bennett S, Öst LG. The concept and definition of low intensity cognitive behaviour therapy. Behav Res Ther. 2021;138:103803. doi:10.1016/j.brat.2021.103803

142. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, m.fl. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ. 2015;350(mar19 6):h1258–h1258. doi:10.1136/bmj.h1258

143. World Health Organization; UNICEF. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: World Health Organization; 2022.

144. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, m.fl. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. Front Public Health. 2019;7:64. doi:10.3389/fpubh.2019.00064

145. Cohen S, Williamson GM. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. I: Spacapan S, Stuart O, redaktører. The Social Psychology of Health. 1988.

146. Andersen MM, Nabe-Nielsen K, Christensen A, Pedersen J. Do integrative stress management interventions have differential effects depending on psychosocial working conditions? A propensity score-matched difference-in-differences study.

147. OECD. Measuring Population Mental Health [Internet]. OECD Publishing; 2023 [henvist 13. november 2026]. Tilgængelig hos: https://www.oecd.org/en/publications/measuring-population-mental-health_5171eef8-en.html doi:10.1787/5171eef8-en

Oversigt over informanter

Anke Witteveen

Lektor i klinisk psykologi ved Vrije Universiteit Amsterdam med baggrund i psykologi og epidemiologi. Forsker i forebyggelse og behandling af psykisk mistrivsel, herunder skalerbare og differentierede indsatser til sårbare befolkningsgrupper.

Center for Mental Sundhed, Aalborg Kommune

Kommunalt center, der arbejder med forebyggelse og fremme af mental sundhed gennem rådgivning og psykologfaglige indsatser til borgere med psykisk mistrivsel, herunder stress. Centeret arbejder med tidlig indsats og tilbyder støtte gennem blandt andet individuelle samtaler og gruppebaserede forløb. Fra centeret interviewedes både psykologer og ledere.

Center for Mental Sundhed, Københavns Kommune

Kommunalt center, der tilbyder forebyggende indsatser til borgere med let til moderat psykisk mistrivsel, herunder stress og angst. Har praksiserfaring med visitation, gruppeforløb, individuelle samtaler og digitale indsatser. Fra centeret interviewedes både psykologer og ledere.

Daniel Fung

Psykiater, adjungeret lektor og tidligere direktør for Institute of Mental Health i Singapore. Arbejder med udvikling af integrerede, lokalsamfundsbaserede og digitale indsatser inden for mental sundhed. Har spillet en central rolle i udviklingen af differentierede mentale sundhedsindsatser i Singapore og bidraget til det faglige grundlag for landets nationale Tiered Care Model.

Janne Skakon

Ph.d., autoriseret psykolog og ekstern lektor i arbejds- og organisationspsykologi ved Københavns Universitet. Forsker i psykisk arbejdsmiljø, ledelse, stressforebyggelse, sygefravær og tilbagevenden til arbejde

Malene Friis Andersen

Ph.d., autoriseret psykolog, selvstændig organisationspsykolog og gæsteforsker ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Har forsket i stress, ledelse, psykisk arbejdsmiljø og arbejdsfællesskaber med fokus på at omsætte forskning til praksis.

Nanna Hurwitz Eller

Overlæge og speciallæge i arbejdsmedicin ved Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling på Bispebjerg Hospital samt ansvarlig for Stressreduktionsklinikken. Har forsket i psykisk arbejdsmiljø og stressfysiologi og har omfattende erfaring med udredning, behandling og forebyggelse af arbejdsrelateret stress.

Otto Junge Ohrt

Sundhedschef i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune, og uddannet cand.scient.pol. Har omfattende erfaring med strategisk ledelse, organisering og udvikling af kommunale sundheds- og forebyggelsesindsatser samt tværsektorielt samarbejde.

Praktiserende Lægers Organisation (PLO)

Faglig organisation for praktiserende læger i Danmark. Repræsenterer almen praksis og dens perspektiver på tidlig opsporing, visitation, behandling og samarbejde om borgere med psykisk mistrivsel.

Professor Peter Cornish

Psykolog, Honorary Research Professor ved Memorial University i Canada og Director of Clinical Integration & Systems Operations v. University of California, Berkeley. Udvikler af Stepped Care 2.0 og har omfattende erfaring med implementering af differentierede modeller for mental sundhed.

Susanne Ekman

Ph.d., antropolog og lektor ved Roskilde Universitet. Forsker i arbejdsliv, organisering og konsekvenserne af organisatoriske krav og urealistiske forventninger for medarbejderes trivsel og psykiske arbejdsmiljø.

Thea Toft Amholt

Forsker ved Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse med fokus på mental sundhed, tidlig forebyggelse og familieorienterede indsatser. Arbejder særligt med udvikling, evaluering og implementering af forebyggende interventioner.

Torben Krogh Kjeldgaard

Sundheds- og forebyggelseschef i Aalborg Kommune og uddannet kandidat i politik og administration fra Aalborg Universitet. Har omfattende erfaring med strategisk ledelse, udvikling og organisering af kommunale sundheds- og forebyggelsesindsatser samt tværsektorielt samarbejde.

BILAG



BILAG 1.

LITTERATURGRUNDLAG OG LITTERATURARBEJDE

Bilaget her redegør for arbejdet med det skriftlige vidensgrundlag for vejledningen. Det omfattede igennem 2026 både en struktureret litteratursøgning og relevansvurdering af forskningsartikler, samt en løbende inddragelse af yderligere forskning, evalueringer, faglige rapporter og andre relevante publikationer gennem projektets samlede udvikling. Litteraturarbejdet foregik således i flere faser. Først gennemførte vi en struktureret søgning med særligt fokus på den internationale forskningslitteratur om stepped care og differentierede indsatser. Herefter blev litteraturgrundlaget løbende udvidet i takt med udviklingen af vejledningen og gennem dialog med forskere, praktikere og kommunale aktører. Bilaget beskriver denne proces, kriterierne for vurdering af litteraturens relevans og de væsentligste metodiske afgrænsninger ved det samlede litteraturgrundlag.

Litteratursøgning

Litteratursøgningen blev gennemført i søgedatabasen PubMed og omfattede flere søge- og screeningsrunder med fokus på forskningslitteratur om differentierede indsatser (ofte kaldet stepped care internationalt), herunder ift. organisering, implementering, effekt og anvendelighed inden for stress og psykisk mistrivsel.

Udvikling og afgrænsning af søgestreng

Den første søgning blev gennemført i februar 2026 med udgangspunkt i en på forhånd udarbejdet søgestreng, der kombinerede forskellige betegnelser for differentierede indsatser med søgeord relateret til stress. Søgestrengen blev udvidet med forskellige stavemåder for stepped care (stepped-care, step-care, stepwise care mv.), ligesom vi anvendte forskellige stavemåder for stratified care, matched care og adaptive care.

Vi undersøgte i kombination med disse søgekriterier termer for de målgrupper, vi ønskede at fokusere på, som centrerede sig om stress og mental mistrivsel. Her brugte vi variationer af stress (stress, distress). Ligeledes søgte vi på mental health, well-being, depression og anxiety i kombination med søgeordene for stepped care. Dette fordi den internationale litteratur om stepped care begrænset udelukkende til f.eks. søgetermen "stress" er begrænset, og fordi mange af principperne i stepped care-modeller fra andre områder inden for mental sundhed, kan være relevante også for stressområdet.

Vi afprøvede også andre søgetermer fra beslægtede områder (collaborative care, tiered care, tiered intervention og low-intensity intervention); ligesom vi afprøvede relaterede søgetermer ift. målgruppe og stress-relaterede termer (PTSD, burnout, exhaustion, workplace, occupational). I disse tilfælde var erfaringen, at der fremkom en omfattende, men ikke centralt relevant litteratur. Da formålet her ikke var at udføre en systematisk litteratursøgning, men en fagligt dækkende litteratursøgning, fravalgte vi disse søgetermer. Som beskrevet herunder, foretog vi alligevel en supplerende litteratursøgning efter den primære søgning. Den centrale søgestreng i forhold til stepped care var følgende:

(((((((stepped care[Title/Abstract]) OR (stepped-care[Title/Abstract])) OR (adaptive care[Title/Abstract])) OR (matched care[Title/Abstract])) OR (stratified care[Title/Abstract]))

Denne søgestreng varierede vi med de nævnte stavemåder og kombinerede med én ud af følgende termer for stress eller mental mistrivsel:

AND (stress[Title/Abstract]) // (mental health[Title/Abstract]) // (depression[Title/Abstract]) // (anxiety[Title/Abstract])

Vi afgrænsede søgning til publikationer fra de seneste ti år, da principperne for stepped care kan genfindes i denne nyere litteratur, og da de nyeste reviews også omfatter ældre studier. Vi har også inkluderet ældre studier, men ikke søgt aktivt herpå.

De identificerede publikationer blev indledningsvist gennemgået på baggrund af titel og abstract med henblik på at vurdere deres relevans for vejledningen. Vi lagde vægt på studier om differentierede indsatser, organisering, implementering og effekt inden for stress og mental mistrivsel. Potentielt relevante publikationer blev registreret i et fælles Excel-ark til videre gennemgang og kvantitativ vurdering (se metode nedenfor).

Kædesøgning (*snowballing*)

Som supplement til PubMed-søgningerne blev der gennemført kædesøgning med udgangspunkt i allerede identificerede videnskabelige artikler og forskningsoversigter. Hver deltager i litteraturgennemgangen udvalgte fem relevante forskningsoversigter eller undersøgelser som udgangspunkt for identifikation af yderligere litteratur. Her fulgte vi de citerede og citerende studier

for de centrale reviews for at identificere andre undersøgelser, som der blev referet til, eller som senere havde anvendt den centrale litteratur for vejledningen. Kædesøgningen ledte frem til mange relevante studier og ikke-peer-reviewede publikationer af internationale sundhedsaktører.

SCREENING OG VURDERING AF ARTIKLER

I alt resulterede ovenstående primære litteratursøgning i 1.642 artikler (stepped care-søgestrengen kombineret med stress: *k*=201; mental health: *k*=593; anxiety: *k*=360; depression: *k*=479). Disse artikler blev screenet i Pubmed af tre forfattere (Christian Guldager [CG], Emma Luna Eriksen [ELE], Christian Gaden Jensen [CGJ]). Herudfra blev efter første søgerunde 89 potentielt relevante artikler samlet i et Excel-ark med henblik på en struktureret vurdering af deres relevans. Efter supplerende søgninger blev hertil 47 yderligere artikler inkluderet i Excell-arket for en kvantitativ relevansbedømmelse.

Kvantitativ relevansbedømmelse

Alle forskningsartikler blev via deres titler og læsning af abstracts vurderet af de tre raters (CG, ELE, CGJ) på en skala fra 1 til 10, hvor 10 angav den højeste relevans for vejledningen. Vurderingerne tog udgangspunkt i artiklernes potentielle bidrag til vejledningen, herunder viden om organisering, implementering, målgrupper, faglige kompetencer og effekter af differentierede indsatser. De individuelle vurderinger blev registreret i Excel, hvorefter der i første omgang blot blev beregnet en gennemsnitlig relevansscore for hver artikel fra 1-10.

Fælles gennemgang og udvælgelse

Efter den individuelle vurdering blev vurderingerne gennemgået i fællesskab med henblik på at sammenligne relevansvurderingerne og afklare eventuelle uenigheder. Der blev fastsat en relevansgrænse på 7 ud af 10, hvor artikler med en gennemsnitlig score på 7 eller derover som udgangspunkt gik videre til den fulde gennemlæsning.

Ud af de 89 artikler fra den første søgning opnåede 29 artikler en relevansscore på mindst 7 og opfyldte dermed kriteriet for fuld gennemlæsning, mens 60 artikler altså havde en gennemsnitlig score under 7. Ud af de 47 artikler fra den supplerende litteratursøgning opnåede 24 artikler en relevansscore på mindst 7 og opfyldte dermed kriteriet for fuld gennemlæsning, mens 23 artikler havde en gennemsnitlig score under 7. Tallene her angiver artikler, der opfyldte kriteriet i den første vurdering og ikke antallet af studier i det endelige litteraturgrundlag. Som beskrevet nedenfor ledte

både læsningen af de udvalgte studier, interview med forskere og praktikere samt de supplerende søgninger frem til relevante rapporter, evalueringer og yderligere studier.

Overensstemmelse mellem relevans-vurderingerne

Overensstemmelsen mellem de tre raters relevansvurderinger blev undersøgt statistisk på baggrund af de registrerede scores. De tre ratere (CG, ELE, CGJ) vurderede igen relevansen af de identificerede titler og abstracts på en skala fra 1–10. Studier med en gennemsnitlig vurdering på 7–10 blev kategoriseret som relevante, mens studier med et gennemsnit på 1–6 blev kategoriseret som ikke umiddelbart relevante.

Bland de primære 89 artikler, var raternes gennemsnitsscores henholdsvis 5,79; 5,51 og 5,72. Den gennemsnitlige absolutte forskel mellem rater-parrene var 0,62–0,94 point. Den gennemsnitlige parvise *Spearman*-korrelation (*rho)* mellem de tre ratere var ρ=0,78 (de enkelte korrelationer varierede fra 0,72 til 0,84). Dette indikerer en relativt høj grad af overensstemmelse i raternes rangering af studierne. Alle tre ratere var enige om kategoriseringen som "relevant" eller "ikke relevant" i 80,9 % af vurderingerne.

For den supplerende litteratursøgning blev 47 titler og abstracts vurderet. Raternes gennemsnitsscores var her henholdsvis 6,64; 6,57; og 6,55. Den gennemsnitlige absolutte forskel mellem rater-parrene var 0,89–1,60 point. Den gennemsnitlige parvise Spearman-korrelation var ρ = 0,49 (de enkelte korrelationer varierede fra 0,29 til 0,61). Det viser, at den supplerende litteratur blev bedømt med moderat enighed mellem raterne. Alle tre ratere var her enige om kategoriseringen i 53,2 % af vurderingerne. Den største observerede forskel mellem laveste og højeste vurdering af samme abstract var seks point i begge litteratursøgninger (ét tilfælde i begge søgninger).

Resultaterne indikerer samlet set, at de tre ratere havde en god grad af enighed om, hvilke studier fra de første litteratursøgninger, der var mest relevante for vejledningen. Det gav et fælles udgangspunkt i den internationale forskningslitteratur om stepped care og differentierede indsatser. I udviklingen af vejledningen blev det samtidig tydeligt, bl.a. gennem dialog med forskere og praktikere, at den oprindelige søgning måtte suppleres med litteratur fra tilgrænsende forskningsområder og med studier af særlige problemstillinger, som opstod undervejs. Den moderate overensstemmelse i vurderingen af den supplerende litteratur kan bl.a. afspejle, at studierne var mere heterogene og ofte havde en mere indirekte relation til vejledningens hovedtema. Nogle studier omhandlede eksempelvis udelukkende statistiske analyser af differentierede indsatser, andre omhandlede udelukkende digitale indsatser, andre omhandlede en særlig etnisk gruppe. I disse tilfælde var de tre raters altså mere forskellige i deres vurdering af, hvor direkte relevante undersøgelserne var. Derfor krævede den endelige udvælgelse af litteratur også

løbende dialog, både mellem forfatterne til vejledningen og de inddragede informanter og eksperter.

Endelig udvælgelse af litteratur og skriftligt vidensgrundlag

Efter de strukturerede søge- og vurderingsrunder blev de udvalgte forskningsartikler anvendt som et første evidensgrundlag for den videre udvikling af vejledningen. Litteraturarbejdet fortsatte imidlertid gennem hele projektet og blev gradvist udvidet i takt med udviklingen af vejledningens kapitler, vores refleksioner og anbefalinger.

Denne del af arbejdet foregik mere cirkulært og i tæt samspil med projektets øvrige kilder til viden. Gennem interviews, workshops, læsning af den identificerede litteratur og intern dialog blev vi opmærksomme på yderligere artikler, evalueringer, faglige rapporter og projekter, som var relevante for vejledningen.

I dette løbende arbejde brugte vi ikke samme kvantitative relevansbedømmelse som for artiklerne i de indledende søgninger. Relevansen blev i stedet drøftet løbende mellem forfatterne i forhold til de konkrete afsnit og anbefalinger. Omkring 100 yderligere forskningsartikler, rapporter, evalueringer og andre faglige publikationer blev på denne måde inddraget og vurderet i løbet af projektets udvikling fra feb.-nov. 2026.

Ved etableringen af det samlede vidensgrundlag trak vi desuden på Fonden Mental Sundheds forudgående kendskab til stressområdet og til danske og internationale projekter, forskningsmiljøer og nøglepersoner inden for stepped care, differentierede indsatser og offentlige mental-sundhedsindsatser. Det omfattede blandt andet implementeringsevalueringer fra danske sundhedsindsatser, undersøgelser af befolkningens stressniveau, økonomiske analyser af stress samt rapporter om tidlig indsats, organisering, social ulighed og udviklingen af et mere bæredygtigt sundhedsvæsen. Her indgik publikationer fra blandt andre Sundhedsstyrelsen, KL, Danske Regioner, Robusthedskommissionen, Det Økonomiske Råd, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, danske kommuner og Fonden Mental Sundheds egne samarbejder om offentlige stressindsatser. Internationalt indgik blandt andet materiale fra WHO, NICE, MRC og NHS.

Denne iterative proces er efter vores vurdering væsentlig for vejledningens vidensgrundlag. Den strukturerede litteratursøgning gav et fælles fundament i den internationale stepped-care-litteratur, mens dialogen med forskere, praktikere og kommunale aktører gjorde det muligt at identificere problemstillinger og kilder til viden, som ikke nødvendigvis ville være blevet fundet gennem én på forhånd fastlagt søgestrategi. Udviklingen af vejledningen viste dermed også betydningen af praksiskendskab og faglig erfaring for at kunne identificere og fortolke den litteratur, der er relevant, når differentierede indsatser skal omsættes til en dansk offentlig kontekst.

Vejledningen skal af disse årsager ikke forstås som et systematisk litteraturreview, og litteraturgrundlaget kan ikke betragtes som en udtømmende kortlægning af al forskning på området. Ambitionen har i stedet været at etablere et bredt og fagligt dækkende vidensgrundlag baseret på et omfattende udsnit af relevant international og dansk forskning, faglige rapporter og implementeringserfaringer. Dette skriftlige vidensgrundlag er gennem projektet blevet sammenholdt med erfaringer og perspektiver fra ekspertinterviews, kommunale workshops og Fonden Mental Sundheds mangeårige arbejde med offentlige stressindsatser. Vejledningens anbefalinger bygger således på en samlet vurdering af forskning, faglig viden og praksiserfaring.



BILAG 2.

MENTAL SUNDHED OG STRESS

Bilaget her indeholder en mere udførlig beskrivelse af begreberne *mental sundhed* og *stress*, som vi bruger dem i vejledningen om offentlige differentierede stressindsatser. Det er ikke ønsket at argumentere for, at der findes én korrekt definition af disse begreber. Formålet er blot at belægge med yderligere nuancer, hvilken faglighed, der er på feltet, så det bliver klart, at også disse forebyggende begreber kan operationaliseres i praksis, i udmøntningen af tiltag.

Vi definerer mental sundhed indledningsvist, og dernæst stress. Til sidst i bilaget findes en referenceliste for de referencer, der er anvendt her i Bilag 2. Dette er ikke den samme liste af referencer, som er anvendt i den egentlige vejledning. Der kan være overlap mellem de to.

1. MENTAL SUNDHED

WHO definerede i 2001 mental sundhed som *"a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community"*.

I 2022 opdaterede WHO definitionen. Ordet "normal" foran "stresses of life" blev fjernet og formuleringen om produktivt arbejde blev ændret. Således lød den nye definition:

> ***"Mental health is a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, to realize their abilities, to learn well and work well, and to contribute to their communities".***

Fra 2022 taler WHO altså ikke længere om "normal" stresses of life. Derved undgås en implicit forestilling om, at der findes en entydig grænse for, hvilke belastninger mennesker forventes at kunne håndtere. EU-Rådets officielle danske gengivelse fra 2023 ligger meget tæt på den nye WHO-definition:

> ***"Mental sundhed er en tilstand af mental trivsel, hvor mennesker kan håndtere livets belastninger, udfolde deres potentiale, lære godt og arbejde godt og yde et bidrag til samfundet".***
>
> (https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/?uri=CELEX:52023XG01337&qid=1793892419866)

I dansk kontekst tager Sundhedsstyrelsen udgangspunkt i WHO's definition og beskriver mental sundhed som *"en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagens udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker".* (https://www.sst.dk/media/cfujqaat/risikofaktorer-sygdomsbyrden-2023.pdf side 255)

Sundhedsstyrelsens definition ligger tæt på både WHO's og EU-Rådets, men der er nogle forskelle i ordvalg, som har betydning for, hvordan mental sundhed forstås.

Fra hverdagens udfordringer til livets belastninger

Sundhedsstyrelsens formulering om at kunne håndtere dagligdagens udfordringer og stress adskiller sig fra WHO's og EU-Rådets bredere formulering om at kunne håndtere livets belastninger. Sidstnævnte omfatter ikke blot hverdagens krav, men også langvarige, uforudsigelige og undertiden uundgåelige belastninger. Forskellen er væsentlig, fordi menneskers muligheder for at håndtere belastninger også afhænger af belastningernes karakter, varighed og de sociale og strukturelle forhold, de lever under. Som det fremgår af moderne forståelser af stress (se nedenfor), kan gentagne eller langvarige belastninger medføre en gradvis ophobning af fysiologisk belastning og påvirke det enkelte menneskes stressfølsomhed. Tidligere belastningserfaringer kan således ændre både tærsklen for, hvornår nye belastninger udløser en stressreaktion, og kroppens evne til at regulere og restituere efterfølgende. En forståelse af mental sundhed, der primært betoner individets mestringsevne i dagligdagen, risikerer derfor at forskyde opmærksomheden fra de forhold, der skaber belastningen, til den person, der udsættes for den.

I arbejdet med stressforebyggelse er det afgørende både at styrke individuelle handlemuligheder og at reducere belastninger i menneskers omgivelser.

Fra at indgå i fællesskaber til også at kunne deltage og bidrage

Sundhedsstyrelsen fremhæver menneskets evne til at indgå i fællesskaber, mens WHO's opdaterede definition fra 2022 eksplicit fremhæver mulighederne for at *"lære, arbejde og bidrage til samfundet".*

I rapporten *Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge – Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser* (2016) står der i kapitel 2, Mental sundhed: *Sundhedsstyrelsen har blot undladt "arbejde produktivt".*

WHO's nye definition betoner dermed menneskets funktion og aktive deltagelse i samfundslivet, mens den danske Sundhedsstyrelse lægger større vægt på det sociale tilhørsforhold og udelader formuleringen om produktivt arbejde fra WHO's oprindelige

definition. Forskellen i betoning afspejler ikke nødvendigvis en forskel i den underliggende forståelse. Sundhedsstyrelsen inkluderer eksempelvis arbejde og skole i sin uddybning af mental sundheds funktionsdimension.

Alligevel er det værd at reflektere over, at Sundhedsstyrelsen anvender en dansk nuancering af en international definition, som har betydning for, hvordan mental sundhed forstås, undersøges og omsættes til sundhedspolitiske prioriteringer og konkrete indsatser.

Det er relevant i forbindelse med offentlige stressindsatser, hvor menneskets muligheder for at fungere i hverdagen, varetage et arbejde og deltage i samfundslivet er centrale, som vi også har belyst i vejledningen. Når disse arbejdslivsdimensioner ikke fremgår eksplicit af definitionen, risikerer deres betydning at blive mindre tydelig, selv om de indgår i Sundhedsstyrelsens bredere forståelse af mental sundhed. Igen skal det ikke afgøres – med reflekteres fagligt over.

Mental sundhed skal ifølge WHO forstås som et komplekst kontinuum, hvor menneskers mentale sundhed kan variere over tid. En række individuelle, familiemæssige, sociale og strukturelle faktorer kan på forskellige tidspunkter bidrage til enten at beskytte eller udfordre den mentale sundhed.

Sundhedsstyrelsen beskriver mental sundhed ved to dimensioner: en oplevelsesdimension, der handler om at have det godt, opleve trivsel og være tilfreds med livet, og en funktions-dimension, der handler om at kunne fungere i dagligdagen, herunder varetage daglige gøremål, arbejde eller uddannelse, indgå i relationer og håndtere dagligdagens udfordringer.

Sundhedsstyrelsen anvender i denne sammenhæng begreberne mental sundhed og trivsel synonymt (Sundhedsstyrelsen, 2023). I nærværende vejledning anvendes som beskrevet i Begrebsafklaringen (i Introduktionen) primært begrebet mental trivsel, da det ligger tæt op ad det engelske mental well-being, som forekommer hyppigere end mental health i den inkluderede litteratur om stepped care. Begrebet anvendes her i en bred forståelse, der omfatter både menneskets oplevede trivsel og muligheder for at fungere i hverdagen.

2. STRESS

I det følgende gennemgår vi forskningsbaserede definitioner af stressbegrebet, hvilket vi også belyser med biologiske mekanismer og sammenhænge med fysisk og psykisk sygdom. Igen er formålet ikke at nå frem til en endelig definition af begrebet, men at synliggøre, at der findes meget viden, og at stressbegrebet kan forklares og operationaliseres. Det er Fonden Mental Sundheds klare erfaring gennem mere end ti års arbejde, at det er muligt i kommunal praksis.

Stress som videnskabeligt begreb

Stress er et centralt begreb inden for psykologi, neurobiologi og sundhedsvidenskab. Der findes ikke én entydig definition, som indfanger alle aspekter af fænomenet. Belastninger[1] kan have fysisk, biologisk, psykologisk eller social karakter og omfatte alt fra infektion, vævsskade og søvnmangel til fysisk aktivitet, følelsesmæssigt engagement, sociale konflikter og positive livsforandringer. De registreres gennem forskellige signalveje, men påvirker indbyrdes forbundne neurale, autonome, hormonelle og immunologiske reguleringssystemer. Gennem forskningens historie har forskellige tilgange fremhævet kroppens fysiologiske reaktioner, individets vurdering af belastninger og samspillet mellem mennesket og dets omgivelser. Moderne neurovidenskab forbinder disse perspektiver og understreger, at kroppens og psykens reaktioner ikke er adskilte processer.

De forskellige definitioner har hver deres validitet og kan forstås som supplerende perspektiver på et komplekst biologisk og psykologisk fænomen. De fremhæver forskellige sider af stress og bidrager tilsammen til en mere nuanceret forståelse af, hvordan stress opstår, reguleres og påvirker menneskers sundhed. Fire forståelser er særligt relevante, som belyst nedenfor.

Hans Selye – stress som fysiologisk respons

Stress er kroppens uspecifikke respons på ethvert krav, der stilles til den (Selye, 1956). Selye beskrev allerede i 1936, hvordan forskellige belastninger kunne fremkalde en række fælles fysiologiske reaktioner. Hans arbejde dannede grundlag for forståelsen af stress som et biologisk tilpasningsrespons. Han understregede senere, at både positive og negative oplevelser kan fremkalde stressreaktioner, og skelnede mellem *eustress* og *distress* (Selye, 1974). Han betragtede således ikke stress som noget, vi nødvendigvis bør undgå, men som en uundgåelig og væsentlig del af livet, hvilket han udtrykte med den berømte formulering: *"Stress is the salt of life."* Det er derimod den langvarige høje grad af stress, der bliver problematisk.

Richard Lazarus og Susan Folkman – stress som relation mellem individ og omgivelser

En af de mest anvendte definitioner af psykologisk stress stammer fra Lazarus og Folkman: Stress opstår i relationen mellem individ og omgivelser, når krav vurderes som belastende eller

[1] I denne sammenhæng anvendes **belastninger** som en neutral betegnelse for forandringer eller krav i organismens indre og ydre miljø, der udfordrer dens aktuelle regulering og igangsætter fysiologiske tilpasningsreaktioner. Belastninger kan være både positive og negative og behøver hverken at være bevidst oplevede eller forbundet med ubehag. Det afgørende for deres sundhedsmæssige konsekvenser er ikke alene belastningens karakter, men også dens intensitet, varighed og samspillet med organismens reguleringskapacitet og muligheder for restitution.

overstiger de tilgængelige ressourcer og opleves som en trussel mod trivsel og velbefindende (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984).

Den transaktionelle stressforståelse fremhæver betydningen af individets vurdering af situationen (*appraisal*) og mulighederne for at håndtere den. Den primære vurdering (*primary appraisal*) handler om situationens betydning for individets velbefindende og kan også omfatte automatiske og ikke-bevidste vurderingsprocesser. Lazarus og Folkman gjorde desuden begrebet *coping* centralt i stressforskningen og beskrev det som de kognitive og adfærdsmæssige bestræbelser, mennesker anvender for at håndtere krav, der vurderes som belastende eller overstiger deres ressourcer. Den samme belastning kan derfor opleves og håndteres forskelligt afhængigt af personens erfaringer, ressourcer og livsomstændigheder.

George Chrousos – stress som udfordring af homeostasen

Stress er en tilstand, der opstår, når organismens homeostase udfordres eller opleves som truet (Chrousos, 2009). Med afsæt i den biologiske stressforskning, som blandt andre Selye grundlagde, har Chrousos bidraget til en mere detaljeret forståelse af stresssystemets organisering og regulering. Hans forskning beskriver, hvordan centrale neurale strukturer, herunder hypothalamus og hjernestammen, gennem HPA-aksen og det autonome nervesystem koordinerer organismens reaktioner på belastninger. Stresssystemet indgår samtidig i et tæt og gensidigt samspil med blandt andet immunsystemet, stofskiftet, kredsløbet og de neurale systemer, der regulerer adfærd og følelsesmæssige reaktioner.

Chrousos' forståelse omfatter både bevidst oplevede og ikke-bevidste belastninger, herunder fysiologiske udfordringer som infektion, inflammation og vævsskade. Hans forskning har desuden bidraget til at belyse, hvordan ændringer i stresssystemets aktivitet og regulering ved gentagne eller langvarige belastninger kan medvirke til udviklingen af fysiologisk dysfunktion og sygdom (Chrousos, 2009; Agorastos & Chrousos, 2022).

Stress som emotionel og kropslig uligevægt

I et samlet tværfagligt perspektiv kan stress idag beskrives som *emotionel og kropslig uligevægt* (inspireret af Daugherty, 2019). Denne forståelse kan ses i lyset af nyere neurovidenskabelig forskning, som har afdækket, hvordan hjernen kontinuerligt bearbejder og integrerer information fra kroppen og omgivelserne. Hjernen fungerer ikke alene ved at reagere på ydre stimuli, men er organiseret i intrinsiske, dynamiske netværk, som er aktive, også når vi ikke er optaget af en konkret opgave.

Blandt disse er default mode network (DMN), salience network (SN) og executive control network (ECN), som indgår i selvrefererende bearbejdning, registrering og prioritering af betydningsfuld information samt opmærksomhed og kognitiv kontrol (Raichle et al., 2001;

Menon, 2011). Netværkene fungerer ikke isoleret, men indgår i et dynamisk samspil med hinanden og med de neurale systemer, der regulerer kroppens fysiologiske tilstand.

Samtidig har forskning i interoception vist, hvordan hjernen løbende modtager, fortolker og forudsiger signaler fra kroppens indre miljø (Craig, 2002; Barrett & Simmons, 2015). Vores følelsesmæssige oplevelser og kroppens fysiologiske regulering er således tæt forbundne processer.

Stress kan i dette perspektiv forstås som en udfordring af organismens samlede regulering, hvor information fra kroppen og omgivelserne påvirker neurale netværk, fysiologiske processer og følelsesmæssige tilstande. Belastninger behøver ikke at være bevidst oplevede: eksempelvis kan en infektion aktivere immunologiske og neurale signalveje og ændre adfærd, energiforbrug og restitution. Tilsvarende kan en social trussel påvirke kredsløb, hormonregulering og immunfunktion. De forskellige belastninger er ikke biologisk identiske, men deres virkninger indgår i en fælles, tæt forbundet regulering.

De involverer ændringer i aktiviteten og samspillet mellem neurale netværk, herunder hjernens intrinsiske netværk og de centrale og perifere kredsløb, der indgår i den autonome regulering. Stress er således ikke nødvendigvis betinget af en bevidst oplevelse af belastning, men kan også komme til udtryk gennem ændringer i kroppens og hjernens løbende regulering.

Fra sund stress til usund stress – fysiologisk tilpasning og belastning

Stressreaktioner er en naturlig og nødvendig del af organismens tilpasning til skiftende krav. Ved såvel fysiske som psykiske belastninger kan kroppen mobilisere energi og ændre opmærksomhed, kredsløb, immunaktivitet og adfærd efter behov. Andre reaktionsmønstre kan indebære hæmmet aktivitet eller omprioritering af ressourcer, eksempelvis under sygdom. Ingen enkelt reaktion er i sig selv udtryk for sund eller usund stress. Det afgørende er, om reguleringen er hensigtsmæssig i situationen, kan tilpasses nye krav og efterfølgende giver mulighed for tilstrækkelig restitution.

Sund stress er midlertidig aktivering, hvor kroppen mobiliserer ressourcer efter behov og fortsat kan regulere fleksibelt og restituere bagefter.

Usund stress er vedvarende eller gentagen aktivering, hvor kroppens regulering bliver mindre fleksibel, og restitutionen utilstrækkelig.

Denne skelnen knytter an til McEwens begreber om allostase og allostatisk belastning. Allostase beskriver organismens evne til at opretholde funktionel stabilitet gennem løbende fysiologiske tilpasninger, mens allostatisk belastning betegner de fysiologiske omkostninger, der kan opstå, når tilpasningssystemerne belastes gentagne gange eller over længere tid. Overgangen fra

sund til usund stress er således ikke bestemt af en entydig grænse for belastningens intensitet eller varighed, men af samspillet mellem belastning, individuel følsomhed, reguleringskapacitet og mulighederne for restitution (McEwen, 1998a, 1998b; Chrousos, 2009).

Biologiske mekanismer ved langvarig stressbelastning

Autonom regulering og kredsløb

Gentagne eller langvarige belastninger kan ændre den autonome regulering af kredsløbet og organismens evne til at tilpasse sig skiftende krav. Dette kan blandt andet komme til udtryk ved ændringer i hjertefrekvensvariabilitet (HRV), forhøjet blodtryk og påvirket vaskulær funktion. HRV afspejler variationen i tidsintervallerne mellem hjerteslag og giver information om hjertets autonome regulering, herunder især den parasympatiske (vagale) påvirkning af hjerterytmen.

Sammenhængen mellem stressbelastning og hjerte-kar-sygdom er dokumenteret i undersøgelser af forskellige typer belastninger. Store prospektive befolkningsundersøgelser har vist øget risiko for koronar hjertesygdom ved langvarig arbejdsrelateret stress (Kivimäki et al., 2012). Studier af naturkatastrofer har desuden vist øget forekomst af akutte hjerte-kar-hændelser efter jordskælv. Efter jordskælvet i det østlige Japan i 2011 steg forekomsten af blandt andet akut koronart syndrom, hjertesvigt og apopleksi (Aoki et al., 2012). Tilsvarende fandt undersøgelser under Golfkrigen i 1991 en markant stigning i akutte hjerteinfarkter og pludselige dødsfald blandt civile i Israel under de første missilangreb (Meisel et al., 1991).

En væsentlig del af den biologiske forklaring knytter sig til samspillet mellem hjernens stressregulerende netværk, det autonome nervesystem og kredsløbet. Vedvarende sympatisk aktivering og ændret parasympatisk regulering kan påvirke hjertefrekvens, blodtryk og vaskulær funktion og dermed bidrage til øget kardiovaskulær belastning. Samtidig kan ændringer i hormonel regulering, metabolisme og inflammatoriske processer medvirke til udviklingen af hjerte-kar-sygdom (Thayer & Lane, 2007; Chrousos, 2009; Steptoe & Kivimäki, 2012).

Hormonel regulering og metabolisme

HPA-aksen indgår i kroppens løbende tilpasning til belastninger af både fysisk og psykisk karakter, herunder infektion, inflammation og oplevede trusler. Kortisol bidrager blandt andet til reguleringen af energiomsætning, metabolisme og immunfunktion og følger normalt en døgnrytme. Kortisol indgår desuden i HPA-aksens negative feedbackregulering, hvor hormonet via glukokortikoidreceptorer i blandt andet hypothalamus, hypofysen og hippocampus medvirker til at begrænse den videre aktivering af HPA-aksen. Hormonets virkninger afhænger derfor både af koncentrationen i blodet og af receptorernes funktion og følsomhed. Ved

gentagne eller langvarige belastninger kan HPA-aksens feedbackregulering og døgnrytmiske aktivitet ændres, ligesom vævenes følsomhed over for glukokortikoider kan påvirkes.

Forskning har vist, at belastninger under opvæksten, herunder omsorgssvigt, fysisk og seksuel vold, kan få langvarig betydning for HPA-aksens regulering. Michael Meaney og kolleger har gennem dyreforsøg vist, hvordan tidlige omsorgserfaringer kan påvirke ekspressionen af glukokortikoidreceptorer i hippocampus og dermed følsomheden af den negative feedback, som bidrager til at begrænse HPA-aksens aktivering (Meaney, 2001). I humane postmortem-undersøgelser fandt McGowan og kolleger tilsvarende, at personer med en historie med overgreb i barndommen havde øget DNA-methylering af et regulatorisk område af glukokortikoidreceptorgenet og reduceret ekspression af receptoren i hippocampus. Fundene peger på en mulig epigenetisk mekanisme, hvor alvorlige tidlige belastninger kan påvirke stresssystemets regulering langt ind i voksenlivet (McGowan et al., 2009).

Humane undersøgelser har desuden vist ændret hormonel stressreaktivitet hos voksne med en historie med overgreb i barndommen. Heim og kolleger fandt eksempelvis forhøjede ACTH-responser på en standardiseret psykosocial belastning hos kvinder, der havde været udsat for fysisk eller seksuel vold under opvæksten, særligt blandt kvinder med samtidig depression (Heim et al., 2000). Metaanalyser viser imidlertid, at tidlige belastninger kan være forbundet med både forhøjet og reduceret kortisolreaktivitet, afhængigt af blandt andet belastningernes karakter, tidspunktet i udviklingen og individets aktuelle tilstand. Det samlede billede peger derfor på ændret regulering snarere end én entydig hormonel reaktionsprofil.

HPA-aksens regulering har samtidig direkte betydning for immunfunktionen. Sheldon Cohen og kolleger har i humane undersøgelser vist, at længerevarende psykologisk stress er forbundet med nedsat glukokortikoidfølsomhed i immunceller. I en undersøgelse, hvor raske forsøgspersoner blev eksponeret for forkølelsesvirus, fandt forskerne, at kronisk stress var forbundet med øget risiko for at udvikle forkølelse, og at nedsat glukokortikoidfølsomhed kunne forklare en del af denne sammenhæng. Forskerne fandt desuden, at nedsat glukokortikoidfølsomhed var forbundet med en kraftigere lokal inflammatorisk respons efter virusinfektion. Resultaterne understøtter, at langvarig stress kan svække kroppens hormonelle regulering af inflammation, selv når kortisol er til stede (Cohen et al., 2012).

Disse forskningsresultater illustrerer, hvordan belastninger på forskellige tidspunkter i livet kan påvirke både HPA-aksens centrale feedbackregulering og glukokortikoidernes virkninger i perifere væv. Ændringerne kan få betydning for energiomsætning, metaboliske processer og immunfunktion og indgå i udviklingen af fysiologisk dysfunktion. HPA-aksens hormonelle regulering er samtidig tæt forbundet med den neurale regulering af immunforsvaret, som beskrives i det følgende afsnit (McEwen, 1998a; Chrousos, 2009; Agorastos & Chrousos, 2022).

Immunfunktion, inflammation og den inflammatoriske refleks

Nervesystemet, hormonsystemet og immunsystemet indgår i en løbende, gensidig kommunikation, hvor hormonelle og neurale signalveje tilsammen bidrager til at regulere immunforsvarets aktivitet. Akut stress kan påvirke immuncellers fordeling og funktion og understøtte organismens tilpasning til aktuelle belastninger, mens gentagne eller langvarige belastninger kan ændre immunreguleringen og de inflammatoriske processer. Som beskrevet ovenfor kan ændret følsomhed over for kortisols antiinflammatoriske virkninger være en del af denne udvikling. Immunreguleringen påvirkes imidlertid også direkte gennem nervesystemets autonome signalveje.

Kevin Tracey og hans kolleger har gennem omfattende forskning beskrevet den inflammatoriske refleks, hvor inflammatoriske signaler registreres af nervesystemet, som efterfølgende kan regulere immunresponsen gennem autonome nervebaner (Borovikova et al., 2000; Tracey, 2002). Et centralt element er den kolinerge antiinflammatoriske signalvej, hvor vagusrelaterede neurale kredsløb kan hæmme produktionen af proinflammatoriske cytokiner, herunder TNF-α. Mekanismen involverer blandt andet signalering via α7-nikotinerge acetylkolinreceptorer på immunceller. I de klassiske eksperimentelle modeller indgår også sympatisk signalering til milten og efterfølgende kolinerg påvirkning af immunceller (Pavlov & Tracey, 2012).

Den gensidige kommunikation indebærer samtidig, at inflammatoriske signalstoffer kan påvirke hjernens aktivitet og stressregulerende systemer. Under infektion kan immunologiske signaler eksempelvis ændre søvn, energiforbrug, motivation og adfærd som led i organismens tilpasning og restitution. Ved vedvarende inflammation kan disse mekanismer derimod bidrage til langvarig træthed, ændret følelsesmæssig regulering og depressive symptomer (Dantzer et al., 2008).

Ved længerevarende belastninger kan ændringer i både den autonome, hormonelle og immunologiske regulering bidrage til vedvarende lavgradig systemisk inflammation. Denne form for inflammation spiller en rolle i udviklingen og progressionen af flere kroniske sygdomme, herunder hjerte-kar-sygdomme, metaboliske sygdomme og depression (McEwen, 1998a; Chrousos, 2009; Cohen et al., 2012).

Den inflammatoriske refleks illustrerer således, hvordan nervesystemet aktivt bidrager til reguleringen af immunforsvaret. Sammen med HPA-aksens hormonelle signalveje indgår den i et komplekst neuroimmunologisk samspil, hvor belastninger, fysiologisk regulering og immunaktivitet gensidigt påvirker hinanden.

Hjernens funktion og plasticitet

Stress påvirker hjernens funktion gennem ændringer i aktiviteten og samspillet mellem neurale netværk, der indgår i opmærksomhed, hukommelse, følelsesregulering og beslutningstagning.

Ved akut stress kan hjernens informationsbearbejdning forskydes mod hurtigere registrering af potentielle trusler og mobilisering af hensigtsmæssige reaktioner, samtidig med at de præfrontale netværks bidrag til arbejdshukommelse, kognitiv fleksibilitet og kompleks beslutningstagning kan reduceres (Arnsten, 2009; Hermans et al., 2014).

Amygdala, hippocampus og præfrontale kortikale områder indgår i et tæt samspil, hvor tidligere erfaringer, kontekst og den aktuelle fysiologiske tilstand påvirker, hvordan nye situationer fortolkes og håndteres. Gentagne eller langvarige stressbelastninger kan ændre aktiviteten og plasticiteten i disse kredsløb. Forskningen har bl.a. vist stressrelaterede ændringer i synaptisk struktur og funktion, som kan påvirke hippocampus' betydning for hukommelse og kontekstuel bearbejdning, præfrontale netværks regulerende funktioner og amygdalas involvering i emotionel læring og trusselsbearbejdning (McEwen & Morrison, 2013; McEwen et al., 2015).

På netværksniveau kan stress desuden påvirke samspillet mellem salience network, default mode network og executive control network, som indgår i prioritering af betydningsfuld information, selvrefererende bearbejdning og kognitiv kontrol. Ændringer i disse netværks dynamik kan bidrage til øget opmærksomhed på potentielle trusler, vedvarende bekymring, koncentrationsvanskeligheder og reduceret fleksibilitet i følelsesmæssige og adfærdsmæssige reaktioner (Menon, 2011; Hermans et al., 2014).

Hjernens plasticitet betyder samtidig, at stressrelaterede forandringer ikke nødvendigvis er permanente. De neurale kredsløb formes løbende af erfaringer og påvirkes af både belastning og restitution. Det afgørende er derfor ikke alene, om stressreaktioner aktiveres, men hvordan hjernens reguleringssystemer tilpasser sig over tid, og om gentagne belastninger fører til øget fleksibilitet eller til mere vedvarende og uhensigtsmæssige reaktionsmønstre (McEwen & Morrison, 2013; McEwen et al., 2015).

Akkumuleret stress og ændret reaktionsmønster

Gentagne eller langvarige belastninger kan påvirke hjernens og kroppens reguleringssystemer, så tærsklen for at reagere på nye belastninger ændres. Hos nogle mennesker kan det medføre øget fysiologisk beredskab, større vagtsomhed og en tendens til hurtigere at registrere og reagere på potentielle trusler. Det kan samtidig øge den oplevede anstrengelse ved hverdagens krav og bidrage til træthed og udmattelse.

Stressrelaterede ændringer i samspillet mellem præfrontale kortikale netværk og systemer, der indgår i emotionel bearbejdning og trusselsvurdering, kan desuden påvirke opmærksomhed, kognitiv fleksibilitet og følelsesregulering. Det kan blive vanskeligere at bevare overblikket, nuancere situationer og regulere egne reaktioner. Sociale situationer kan i nogle tilfælde lettere fortolkes som truende eller konfliktfyldte, hvilket kan bidrage til mere defensive reaktionsmønstre.

Disse ændringer er ikke nødvendigvis permanente og forekommer ikke hos alle. De illustrerer dog, hvordan akkumuleret stress kan påvirke både fysiologisk regulering, kognition, følelsesliv og sociale relationer (Arnsten, 2009; McEwen & Morrison, 2013; Hermans et al., 2014).

Stress og fysisk sygdom

Belastninger af forskellig karakter kan påvirke sygdomsrisiko, symptomer og sygdomsforløb gennem organismens fælles reguleringssystemer. I undersøgelser af senere sygdomsudvikling er dokumentationen særlig omfattende for bestemte psykosociale belastninger, mens fysiske belastninger som infektioner og vævsskader også kan aktivere stress- og immunregulerende processer. Evidensen varierer betydeligt, og der må skelnes mellem belastning som risikofaktor for senere sygdom, som mulig udløsende eller forværrende faktor ved eksisterende sygdom og symptomer, der optræder uden en selvstændig sygdomsdiagnose.

Hjerte-kar-sygdom

Sammenhængen mellem langvarige psykosociale belastninger og hjerte-kar-sygdom er veldokumenteret i store prospektive befolkningsundersøgelser. En metaanalyse med næsten 200.000 deltagere viste, at medarbejdere med høje arbejdskrav kombineret med lav indflydelse havde 23 % højere relativ risiko for koronar hjertesygdom sammenlignet med medarbejdere uden denne belastningsprofil (Kivimäki et al., 2012). Andre undersøgelser har påvist sammenhænge mellem længerevarende psykosocial belastning, forhøjet blodtryk og øget risiko for hjerte-kar-sygdom (Steptoe & Kivimäki, 2012).

En væsentlig del af forklaringen findes i samspillet mellem hjernens stressregulerende netværk, det autonome nervesystem og kredsløbet. Gentagne belastninger kan medføre ændringer i den sympatiske og parasympatiske regulering af hjertet og blodkarrene, som blandt andet kan påvirke hjertefrekvens, blodtryk, vaskulær funktion og hjertets autonome fleksibilitet. Samtidig kan stressrelaterede ændringer i HPA-aksens aktivitet, metaboliske processer og immunregulering bidrage til inflammation og udvikling af aterosklerose (Thayer & Lane, 2007; Steptoe & Kivimäki, 2012).

Nyere forskning har desuden identificeret forbindelser mellem stressrelateret hjerneaktivitet og udvikling af hjerte-kar-sygdom. I et longitudinelt billeddannelsesstudie fandt Tawakol og kolleger, at øget metabolisk aktivitet i amygdala var forbundet med øget aktivitet i knoglemarven, inflammation i arterievæggene og højere risiko for efterfølgende kardiovaskulære hændelser. Resultaterne peger på en mulig neuroimmunologisk mekanisme, hvor stressrelaterede processer i hjernen gennem påvirkning af hæmatopoiesen og inflammatoriske signalveje kan bidrage til udviklingen af hjerte-kar-sygdom (Tawakol et al., 2017).

Disse fund understøtter, at stress ikke alene er en subjektiv oplevelse, men involverer biologiske processer med betydning for sygdomsrisiko. Hjerte-kar-studierne dokumenterer især sammenhænge med bestemte psykosociale belastninger; de kan ikke uden videre generaliseres til enhver fysisk eller psykisk belastning. Forebyggelse må derfor både rette sig mod veldokumenterede risikofaktorer og understøtte mulighederne for hensigtsmæssig fysiologisk regulering og restitution.

Smerter og mave-tarm-lidelser

Stress kan påvirke smerteoplevelsen gennem ændringer i central smertebearbejdning, muskelaktivitet, opmærksomhed og søvn (Marras et al., 2000; McEwen & Morrison, 2013). Samtidig kan vedvarende smerter selv være en betydelig stressor.

Systematiske oversigter over psykosociale arbejdsforhold og muskuloskeletale smerter finder sammenhænge for flere udfald, men resultaterne er ikke ensartede (Bezzina et al., 2023; Jahn et al., 2024). For kroniske lænderygsmerter er evidensen for bestemte arbejdsrelaterede belastninger eksempelvis usikker (Bezzina et al., 2023; Jahn et al., 2024).

Ved irritabel tyktarm (IBS) er samspillet mellem hjerne og tarm særligt relevant. Stress kan påvirke tarmens bevægelser, visceral smerteføLsomhed og oplevelsen af symptomer. Samtidig kan mave-tarm-gener påvirke den psykiske belastning. Stress betragtes derfor som en mulig symptommodulerende faktor, men ikke som en tilstrækkelig forklaring på sygdommen (Schaper & Stengel, 2022; Vasant et al., 2021).

Inflammatoriske sygdomme

Belastninger af fysisk, biologisk, psykologisk og social karakter påvirker organismen gennem et tæt samspil mellem nervesystemet, hormonsystemet og immunsystemet. En infektion, en vævsskade og en oplevet trussel registreres gennem forskellige signalveje, men kan alle ændre autonom, hormonel og immunologisk aktivitet. Under en akut infektion kan feber, træthed og reduceret aktivitet eksempelvis være hensigtsmæssige led i immunforsvarets arbejde og organismens omprioritering af ressourcer. Tilpasning er således ikke altid ensbetydende med øget mobilisering; også ændret aktivitetsniveau og restitution kan være adaptive reaktioner.

Ved gentagne eller langvarige belastninger kan denne regulering imidlertid ændres. Forskning har vist, at kronisk stress kan være forbundet med ændret inflammatorisk aktivitet, forstyrret immunregulering og nedsat følsomhed over for glukokortikoiders antiinflammatoriske virkninger. Sheldon Cohen og kollegers undersøgelser af glukokortikoidresistens illustrerer, hvordan længerevarende belastninger kan svække immunsystemets hormonelle regulering og dermed bidrage til en kraftigere inflammatorisk respons (Cohen et al., 2012). Sådanne

mekanismer kan få betydning for både modtageligheden for sygdom og forløbet af eksisterende inflammatoriske tilstande.

Ved inflammatoriske tarmsygdomme som Crohns sygdom og colitis ulcerosa viser prospektive undersøgelser, at psykologiske belastninger kan gå forud for øget sygdomsaktivitet (Black et al., 2022). Sammenhængen må samtidig forstås i lyset af den gensidige kommunikation mellem hjerne, tarm og immunsystem. Inflammatorisk aktivitet i tarmen kan påvirke hjernens funktion og organismens stressregulering, mens stressrelaterede ændringer i autonom og hormonel aktivitet kan påvirke tarmens funktion og immunologiske processer.

Også ved reumatoid artritis og psoriasis er der undersøgt sammenhænge mellem belastninger og sygdomsaktivitet. Resultaterne tyder på, at stress hos nogle patienter kan bidrage til symptomforværring, men dokumentationen varierer mellem sygdommene, og det er ikke altid muligt at skelne mellem ændringer i inflammatorisk sygdomsaktivitet og ændringer i smerte, træthed og symptomoplevelse (Snast et al., 2018).

Sammenhængen mellem stress og inflammation er således gensidig. Inflammatoriske signalstoffer kan påvirke hjernens funktion og bidrage til blandt andet træthed, ændret motivation, søvnforstyrrelser og depressive symptomer. Disse reaktioner kan være hensigtsmæssige under en akut infektion, hvor organismen omprioriterer ressourcer til immunforsvaret og restitution. Ved vedvarende inflammation kan de samme mekanismer derimod bidrage til langvarig sygdomsbelastning og nedsat funktion (Dantzer et al., 2008).

Forskningen understøtter dermed en forståelse af stress og inflammatorisk sygdom som tæt forbundne biologiske processer, hvor belastninger og sygdom kan påvirke hinanden gensidigt. Stress er ikke en generel årsag til autoimmune eller inflammatoriske sygdomme, men ændringer i organismens regulering kan være medvirkende til at påvirke sygdomsrisiko, symptomer og sygdomsforløb.

Stress og psykisk sygdom

Stress og psykisk sygdom

Langvarige belastninger er forbundet med øget risiko for udvikling, tilbagefald og forværring af flere psykiske lidelser. Prospektive befolkningsstudier, tvillingestudier og systematiske oversigter dokumenterer særligt sammenhænge med depression og angstlidelser. Traumatiske hændelser er centrale ved PTSD, mens belastninger også kan påvirke sygdomsforløb ved blandt andet bipolare og psykotiske lidelser. Sammenhængene skal forstås i et samspil mellem belastningernes karakter, tidligere erfaringer, biologisk sårbarhed og sociale forhold (Kendler et al., 1999; Hammen, 2005; Seidler et al., 2022; McLaughlin et al., 2010).

Depression

Sammenhængen mellem belastende livsbegivenheder og depression er veldokumenteret. Tvillingestudier og prospektiv forskning understøtter, at alvorlige belastninger kan øge risikoen for depressive episoder (Kendler et al., 1999; Hammen, 2005). En systematisk oversigt og metaanalyse af arbejdsrelaterede belastninger fandt et relativt mål på 1,99 (95 % konfidensinterval 1,68–2,35) for senere depression ved kombinationen af høje krav og lav indflydelse (Seidler et al., 2022). Langvarig stress kan desuden påvirke HPA-aksens regulering, inflammatoriske processer, søvn og neurale kredsløb for følelsesregulering og motivation (Arnsten, 2015; McEwen & Morrison, 2013). Depression kan omvendt øge sårbarheden over for efterfølgende belastninger, hvilket kan bidrage til tilbagevendende sygdomsforløb (Hammen, 2005).

Angstlidelser

Psykosociale belastninger er også forbundet med senere udvikling af angstlidelser. I en prospektiv befolkningsundersøgelse var belastende livsbegivenheder forbundet med øget risiko for debut af angstlidelser i en treårig opfølgningsperiode, også efter justering for centrale baggrundsfaktorer (Miloyan et al., 2018). En systematisk oversigt over arbejdsrelaterede belastninger fandt ligeledes forhøjet risiko for senere angstlidelse ved høje arbejdskrav (Seidler et al., 2022). Tidligere belastninger kan desuden øge følsomheden over for senere stressende livsbegivenheder og dermed påvirke risikoen for psykiske lidelser (McLaughlin et al., 2010).

En central neurobiologisk forbindelse er stressrelaterede ændringer i de kredsløb, der indgår i trusselsvurdering, frygtindlæring og følelsesregulering. Stress kan øge reaktiviteten i amygdalarelaterede kredsløb og samtidig svække præfrontal regulering og kognitiv fleksibilitet. Disse mekanismer kan bidrage til vedvarende vagtsomhed, forventning om fare og vanskeligheder ved at nedregulere angstreaktioner (Tovote et al., 2015; Arnsten, 2015; Mah et al., 2016). Angst kan samtidig medføre undgåelsesadfærd og yderligere belastning, hvilket kan vedligeholde symptomerne.

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

PTSD kan udvikles efter eksponering for traumatiske hændelser og er karakteriseret ved vedvarende forstyrrelser i blandt andet trusselsbearbejdning, genoplevelse, undgåelse og alarmberedskab. Metaanalyser viser, at tidligere traumer, belastninger omkring den traumatiske hændelse og manglende social støtte efterfølgende har betydning for risikoen for PTSD (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). PTSD adskiller sig dermed fra mere generelle stressreaktioner ved sin tilknytning til traumatiske hændelser og sine diagnostiske kriterier.

Tilpasningsreaktioner og belastningsrelateret udmattelse

Betydelige belastninger kan føre til følelsesmæssige og adfærdsmæssige reaktioner med funktionsnedsættelse, også uden at kriterierne for depression eller en angstlidelse er opfyldt. Tilpasningsreaktioner er diagnostiske tilstande knyttet til identificerbare belastninger. Arbejdsrelateret udbrændthed og belastningsrelateret udmattelse beskriver derimod fænomener, som ikke uden videre kan sidestilles med selvstændige psykiatriske diagnoser. Det er væsentligt at skelne mellem begreberne, samtidig med at den reelle funktionspåvirkning ved længerevarende belastning anerkendes.

Andre psykiske lidelser

Belastninger kan også have betydning for mere alvorlige psykiske lidelser. En metaanalyse fandt en tydelig sammenhæng mellem belastende og traumatiske barndomserfaringer og senere psykotiske symptomer eller lidelser (Varese et al., 2012). Ved bipolar lidelse kan belastende livsbegivenheder spille en rolle i sygdomsforløbet, selv om sammenhængen afhænger af belastningstype og episodekarakter (Hosang et al., 2012). Disse resultater understøtter, at stressbelastninger kan indgå som medvirkende faktorer på tværs af diagnostiske kategorier, uden at de udgør en fælles eller tilstrækkelig årsag til alle psykiske lidelser.

Samlet vurdering

Langvarige eller gentagne belastninger kan øge risikoen for fysisk og psykisk sygdom, når organismens tilpasning og restitution over tid bliver utilstrækkelig. Belastninger kan være fysiske, biologiske, psykologiske eller sociale og påvirker indbyrdes forbundne reguleringssystemer (McEwen, 1998a; Chrousos, 2009; Agorastos & Chrousos, 2022).

Neurobiologisk forskning viser, hvordan hjernens netværk, det autonome nervesystem, HPA-aksen og immunsystemet indgår i en løbende, gensidig regulering. En infektion kan påvirke hjernens funktion og adfærd, ligesom oplevet fare kan ændre kredsløb, hormonaktivitet og immunfunktion. Ved vedvarende eller gentagne belastninger kan ændringer i disse systemers funktion og plasticitet bidrage til sygdomsprocesser (Cohen et al., 2012; McEwen et al., 2015; Tawakol et al., 2017).

Den epidemiologiske dokumentation er særlig stærk for sammenhænge mellem bestemte psykosociale belastninger og senere depression og koronar hjertesygdom. Belastende livsbegivenheder og arbejdsmæssige belastninger er desuden forbundet med øget risiko for angstlidelser, mens stress kan bidrage til symptomforværring og sygdomsforløb ved flere andre fysiske og psykiske lidelser (Kivimäki et al., 2012; Seidler et al., 2022; Miloyan et al., 2018).

Stress er en integreret biologisk tilpasningsproces, hvor kroppens og hjernens reguleringssystemer reagerer på belastninger i organismens indre og ydre miljø. De sundhedsmæssige konsekvenser afhænger af belastningernes karakter og varighed, organismens aktuelle tilstand, tidligere erfaringer og mulighederne for regulering og restitution. Forebyggelse kræver derfor både opmærksomhed på belastninger i menneskers livsvilkår og omgivelser og på deres muligheder for handling, fleksibel regulering og restitution.

REFERENCER TIL BILAG 2

Agorastos A, Chrousos GP. (2022). The neuroendocrinology of stress: The stress-related continuum of chronic disease development. Molecular Psychiatry, 27, 502–513. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01224-9

Aoki T, et al. (2012). The Great East Japan Earthquake Disaster and cardiovascular diseases. European Heart Journal, 33(22), 2796–2803. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs288

Arnsten AFT. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. Nature Reviews Neuroscience, 10(6), 410–422. https://doi.org/10.1038/nrn2648

Arnsten AFT. (2015). Stress weakens prefrontal networks: Molecular insults to higher cognition. Nature Neuroscience, 18, 1376–1385. https://doi.org/10.1038/nn.4087

Barrett LF, Simmons WK. (2015). Interoceptive predictions in the brain. Nature Reviews Neuroscience, 16, 419–429. https://doi.org/10.1038/nrn3950

Bezzina A, et al. (2023). Workplace psychosocial factors and their association with musculoskeletal disorders: A systematic review of longitudinal studies. Workplace Health & Safety, 71, 578–588. https://doi.org/10.1177/21650799231193578

Black J, et al. (2022). Systematic review: The role of psychological stress in inflammatory bowel disease. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 56, 1235–1249. https://doi.org/10.1111/apt.17202

Borovikova LV, et al. (2000). Vagus nerve stimulation attenuates the systemic inflammatory response to endotoxin. Nature, 405, 458–462. https://doi.org/10.1038/35013070

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(5), 748–766. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748

Chrousos GP. (2009). Stress and disorders of the stress system. Nature Reviews Endocrinology, 5, 374–381. https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106

Cohen S, Janicki-Deverts D, Doyle WJ, Miller GE, Frank E, Rabin BS, Turner RB. (2012). Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. Proceedings of the National Academy of Sciences, 109(16), 5995–5999. https://doi.org/10.1073/pnas.1118355109

Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. New England Journal of Medicine, 325, 606–612. https://doi.org/10.1056/NEJM199108293250903

Craig AD. (2002). How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. Nature Reviews Neuroscience, 3, 655–666. https://doi.org/10.1038/nrn894

Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. (2008). From inflammation to sickness and depression: When the immune system subjugates the brain. Nature Reviews Neuroscience, 9, 46–56. https://doi.org/10.1038/nrn2297

Daugherty, A. K. (2019). Unstressed: How somatic awareness can transform your body's stress response and build emotional resilience. New Harbinger Publications.

Hammen C. (2005). Stress and depression. Annual Review of Clinical Psychology, 1, 293–319. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938

Heim C, Newport DJ, Heit S, et al. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. JAMA, 284(5), 592–597. https://doi.org/10.1001/jama.284.5.592

Hermans EJ, Henckens MJAG, Joëls M, Fernández G. (2014). Dynamic adaptation of large-scale brain networks in response to acute stressors. Trends in Neurosciences, 37(6), 304–314. https://doi.org/10.1016/j.tins.2014.03.006

Hosang GM, Korszun A, Jones L, Jones I, McGuffin P, Farmer AE. (2012). Life-event specificity: Bipolar disorder compared with unipolar depression. British Journal of Psychiatry, 201(6), 458–465. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.111047

Jahn A, Andersen JH, Seidler A, Christiansen DH, Dalbøge A. (2024). Occupational psychosocial exposures and chronic low-back pain: A systematic review and meta-analysis. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 50, 329–340. https://doi.org/10.5271/sjweh.4165

Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. American Journal of Psychiatry, 156(6), 837–841. https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.837

Kivimäki M, et al. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data. The Lancet, 380, 1491–1497. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60994-5

Lazarus RS. (1966). Psychological Stress and the Coping Process. McGraw-Hill.

Lazarus RS, Folkman S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. Springer.

Mah L, Szabuniewicz C, Fiocco AJ. (2016). Can anxiety damage the brain? Current Opinion in Psychiatry, 29(1), 56–63. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000223

Marras WS, Davis KG, Heaney CA, Maronitis AB, Allread WG. (2000). The influence of psychosocial stress, gender, and personality on mechanical loading of the lumbar spine. Spine, 25(23), 3045–3054. https://doi.org/10.1097/00007632-200012010-00012

McEwen BS. (1998a). Protective and damaging effects of stress mediators. New England Journal of Medicine, 338, 171–179. https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307

McEwen BS. (1998b). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. Annals of the New York Academy of Sciences, 840, 33–44. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x

McEwen BS, Morrison JH. (2013). The brain on stress: Vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. Neuron, 79(1), 16–29. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.06.028

McEwen BS, Bowles NP, Gray JD, Hill MN, Hunter RG, Karatsoreos IN, Nasca C. (2015). Mechanisms of stress in the brain. Nature Neuroscience, 18, 1353–1363. https://doi.org/10.1038/nn.4086

McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. Nature Neuroscience, 12, 342–348. https://doi.org/10.1038/nn.2270

McLaughlin KA, Conron KJ, Koenen KC, Gilman SE. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: A test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. Psychological Medicine, 40(10), 1647–1658. https://doi.org/10.1017/S0033291709992121

Meaney MJ. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. Annual Review of Neuroscience, 24, 1161–1192. https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.1161

Meisel SR, Kutz I, Dayan KI, et al. (1991). Effect of Iraqi missile war on incidence of acute myocardial infarction and sudden death in Israeli civilians. The Lancet, 338(8768), 660–661.

Menon V. (2011). Large-scale brain networks and psychopathology: A unifying triple network model. Trends in Cognitive Sciences, 15, 483–506. https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.08.003

Miloyan B, Bienvenu OJ, Brilot B, Eaton WW. (2018). Adverse life events and the onset of anxiety disorders. Psychiatry Research, 259, 488–492. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.027

Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 129(1), 52–73. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52

Pavlov VA, Tracey KJ. (2012). The vagus nerve and the inflammatory reflex—linking immunity and metabolism. Nature Reviews Endocrinology, 8, 743–754. https://doi.org/10.1038/nrendo.2012.189

Pena-Gralle APB, et al. (2022). Job strain and effort-reward imbalance as risk factors for type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 48, 5–20. https://doi.org/10.5271/sjweh.3987

Raichle ME, et al. (2001). A default mode of brain function. Proceedings of the National Academy of Sciences, 98, 676–682. https://doi.org/10.1073/pnas.98.2.676

Rådet for Den Europæiske Union. (2023). Rådets konklusioner om mental sundhed. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/?uri=CELEX:52023XG01337

Schaper SJ, Stengel A. (2022). Emotional stress responsivity of patients with IBS – A systematic review. Journal of Psychosomatic Research, 153, 110694. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110694

Seidler A, et al. (2022). Psychosocial occupational exposures and mental illness: A systematic review with meta-analyses. Deutsches Ärzteblatt International, 119, 709–715. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0295

Selye H. (1956). The Stress of Life. McGraw-Hill.

Selye H. (1974). Stress Without Distress. J. B. Lippincott.

Snast I, et al. (2018). Psychological stress and psoriasis: A systematic review and meta-analysis. British Journal of Dermatology, 178, 1044–1055. https://doi.org/10.1111/bjd.16116

Steptoe A, Kivimäki M. (2012). Stress and cardiovascular disease. Nature Reviews Cardiology, 9, 360–370. https://doi.org/10.1038/nrcardio.2012.45

Sundhedsstyrelsen. (2023). Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer (s. 255). https://www.sst.dk/media/cfujqaat/risikofaktorer-sygdomsbyrden-2023.pdf

Tawakol A, et al. (2017). Relation between resting amygdalar activity and cardiovascular events: A longitudinal and cohort study. The Lancet, 389(10071), 834–845. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31714-7

Thayer JF, Lane RD. (2007). The role of vagal function in the risk for cardiovascular disease and mortality. Biological Psychology, 74(2), 224–242. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2005.11.013

Tol CHM, et al. (2026). Psychosocial factors as predictors of headache chronification: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Headache, 66, 755–767. https://doi.org/10.1111/head.15096

Tovote P, Fadok JP, Lüthi A. (2015). Neuronal circuits for fear and anxiety. Nature Reviews Neuroscience, 16, 317–331. https://doi.org/10.1038/nrn3945

Tracey KJ. (2002). The inflammatory reflex. Nature, 420, 853–859. https://doi.org/10.1038/nature01321

Varese F, et al. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophrenia Bulletin, 38(4), 661–671. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050

Vasant DH, et al. (2021). British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. Gut, 70, 1214–1240. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-324598

Vinstrup J, Jakobsen MD, Andersen LL. (2020). Perceived stress and low-back pain among healthcare workers: A multi-center prospective cohort study. Frontiers in Public Health, 8, 297. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00297

WHO. (2022). Mental health: Strengthening our response. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Yang B, et al. (2018). Association between insomnia and job stress: A meta-analysis. Sleep and Breathing, 22, 1221–1231. https://doi.org/10.1007/s11325-018-1682-y

Tabel 1. Stress-relaterede somatiske symtomer og sygdom

Område	Sammenhæng og evidens	Referencer
Sund/usund stress og allostase	Stressreaktioner er adaptive tilpasninger til skiftende krav. Sund stress indebærer fleksibel regulering og restitution; ved gentagne eller langvarige belastninger kan allostatisk belastning opstå. Grænsen afhænger af belastning, følsomhed og restitutionsmuligheder.	McEwen, 1998a, 1998b; Chrousos, 2009
Autonom regulering og kredsløb	Gentagne eller langvarige belastninger kan ændre hjerterytmeregulering, HRV, blodtryk og vaskulær funktion. HRV beskriver variationen mellem hjerteslag og giver især information om vagal påvirkning af hjertet. Prospektive studier af arbejdsbelastning samt undersøgelser efter jordskælv og under missilangreb viser sammenhænge med hjerte-kar-hændelser; studiernes belastningstyper og udfald varierer.	Thayer & Lane, 2007; Chrousos, 2009; Kivimäki et al., 2012; Aoki et al., 2012; Meisel et al., 1991; Steptoe & Kivimäki, 2012
HPA-akse og metabolisme	Kortisol regulerer blandt andet energiomsætning og immunfunktion og begrænser HPA-aksens aktivering gennem negativ feedback. Tidlige belastninger, herunder omsorgssvigt og overgreb, er forbundet med ændret HPA-reaktivitet; dyreforsøg og humane postmortem-fund peger på ændret ekspression og epigenetisk regulering af glukokortikoidreceptorer. Langvarig stress kan også være forbundet med nedsat glukokortikoidfølsomhed i immunceller, kraftigere inflammation og øget forkølelsesrisiko. Reaktionsmønstrene varierer mellem personer.	Meaney, 2001; McGowan et al., 2009; Heim et al., 2000; Cohen et al., 2012; McEwen, 1998a; Chrousos, 2009; Agorastos & Chrousos, 2022
Immunfunktion og inflammatorisk refleks	Hormonelle, neurale og immunologiske signalveje indgår i gensidig regulering. Kortisols påvirkning af immunceller overlapper med autonom immunregulering. Den inflammatoriske refleks omfatter	Borovikova et al., 2000; Tracey, 2002; Pavlov &

Område	Sammenhæng og evidens	Referencer
	vagusrelaterede kredsløb og kolinerg hæmning af cytokiner; i klassiske modeller indgår sympatisk signalering til milten. Inflammatoriske signaler kan omvendt påvirke hjernen, sygdomsadfærd og humør. Langvarig belastning kan bidrage til ændret immunregulering og lavgradig inflammation.	Tracey, 2012; Dantzer et al., 2008; McEwen, 1998a; Chrousos, 2009; Cohen et al., 2012
Hjerne, netværk og plasticitet	Akut stress kan ændre opmærksomhed, præfrontal funktion og samspillet mellem store hjernenetværk. Gentagen stress kan påvirke plasticitet i amygdala-, hippocampus- og præfrontale kredsløb; forandringerne er ikke nødvendigvis permanente.	Arnsten, 2009; Hermans et al., 2014; McEwen & Morrison, 2013; McEwen et al., 2015; Menon, 2011
Akkumuleret stress og reaktionsmønstre	Gentagne belastninger kan ændre reaktionstærskler, vagtsomhed, kognitiv fleksibilitet og følelsesregulering. Effekterne varierer mellem personer og kan være reversible.	Arnsten, 2009; McEwen & Morrison, 2013; Hermans et al., 2014
Hjerte-kar-sygdom	Langvarig arbejdsrelateret belastning er i store prospektive studier forbundet med øget risiko for koronar hjertesygdom (23 % højere relativ risiko ved høje krav og lav indflydelse). Akutte stigninger i hjerte-kar-hændelser er også observeret efter jordskælv og under missilangreb. Mulige mekanismer omfatter autonom, hormonel og inflammatorisk regulering; et longitudinelt billeddannelsesstudie knytter amygdalaaktivitet til knoglemarvsaktivitet, arterieinflammation og senere hændelser.	Kivimäki et al., 2012; Aoki et al., 2012; Meisel et al., 1991; Steptoe & Kivimäki, 2012; Thayer & Lane, 2007; Tawakol et al., 2017
Muskuloskeletale smerter	Stress kan modulere smerte via central smertebearbejdning, muskelaktivitet, opmærksomhed og søvn; smerter kan omvendt være en stressor. Evidensen for bestemte arbejdsrelaterede belastninger	Marras et al., 2000; McEwen & Morrison, 2013; Bezzina

Område	Sammenhæng og evidens	Referencer
	og kroniske lænderygsmerter er usikker og ikke ensartet.	et al., 2023; Jahn et al., 2024
Irritabel tyktarm (IBS)	Stress kan påvirke tarmmotilitet, visceral smertefølsomhed og symptomer gennem hjerne–tarm-samspillet; mave-tarm-gener kan omvendt være belastende. Stress er en mulig symptommodulator ved IBS, ikke en tilstrækkelig sygdomsforklaring.	Schaper & Stengel, 2022; Vasant et al., 2021
Inflammatoriske sygdomme	Inflammation, nervesystem og hormonsystem påvirker hinanden gensidigt. Kronisk belastning kan være forbundet med ændret glukokortikoidfølsomhed og inflammatorisk aktivitet. Ved inflammatorisk tarmsygdom kan psykologiske belastninger gå forud for øget sygdomsaktivitet; ved psoriasis er sammenhængen med symptomer og aktivitet undersøgt med varierende resultater. Inflammatoriske signaler påvirker også hjernen og adfærd. Stress er ikke en generel årsag til autoimmune sygdomme.	Cohen et al., 2012; Black et al., 2022; Snast et al., 2018; Dantzer et al., 2008

Tabel 2. Stress-relaterede psykiske symptomer og sygdom

Område	Sammenhæng og evidens	Referencer
Overordnet sammenhæng	Langvarige belastninger kan øge risikoen for eller forværre psykiske lidelser, men sammenhænge afhænger af belastningstype, tidligere erfaringer, biologisk sårbarhed og sociale forhold.	Kendler et al., 1999; Hammen, 2005; Seidler et al., 2022; McLaughlin et al., 2010
Depression	Belastende livsbegivenheder og visse arbejdsforhold er forbundet med senere depression. En metaanalyse fandt et relativt mål på 1,99 (95 % KI 1,68–2,35) ved høje krav og lav indflydelse. HPA-regulering, inflammation, søvn og neurale netværk er mulige mekanismer; relationen er gensidig.	Kendler et al., 1999; Hammen, 2005; Seidler et al., 2022; Arnsten, 2015; McEwen & Morrison, 2013
Angstlidelser	Belastende livsbegivenheder og visse arbejdskrav er forbundet med senere angstlidelser. Tidligere belastning kan øge stressfølsomhed. Trussels-, frygt- og præfrontale kredsløb kan påvirkes, og angst kan vedligeholdes af undgåelse.	Miloyan et al., 2018; Seidler et al., 2022; McLaughlin et al., 2010; Tovote et al., 2015; Arnsten, 2015; Mah et al., 2016
PTSD	Kan udvikles efter traumatiske hændelser. Tidligere traumer, forhold omkring hændelsen og manglende social støtte er risikofaktorer. PTSD har særskilte diagnostiske kriterier og må ikke sidestilles med generel stress.	Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003

Område	Sammenhæng og evidens	Referencer
Tilpasningsreaktioner og udmattelse	Betydelige belastninger kan medføre funktionsnedsættelse uden depression eller angstdiagnose. Tilpasningsreaktion er en diagnostisk tilstand; udbrændthed og belastningsrelateret udmattelse er ikke automatisk selvstændige psykiatriske diagnoser.	Beskrivende diagnostisk afgrænsning i afsnit 2.4 (ingen særskilt kilde angivet)
Psykotiske og bipolare lidelser	Belastende barndomserfaringer er forbundet med senere psykotiske symptomer/lidelser. Livsbegivenheder kan påvirke forløbet ved bipolar lidelse. Stress er hverken fælles eller tilstrækkelig årsag til disse sygdomme.	Varese et al., 2012; Hosang et al., 2012

Nyheder om mental sundhed i din indbakke

Fonden Mental Sundhed faciliterer et fagligt netværk om mental sundhed og stress og udsender løbende nyheder om feltet. **Tilmeld dig nyhedsbrevet** fra Fonden Mental Sundhed for at følge med i vores arbejde med at hjælpe kommuner, regioner og andre organisationer med at etablere, drifte eller evaluere kvalitetssikrede stressindsatser i et sammenhængende system.

Tilmeld dig nyhedsbrevet

FONDEN
MENTAL SUNDHED

Projektet er støttet af
helsefonden

