

Henrik Lindegaard Andersen og Helle Bendix Lauritzen

Implementering og effekter af Raskijob



Publikationen *Implementering og effekter af Raskijob* kan downloades fra hjemmesiden www.akf.dk

AKF, Anvendt KommunalForskning
Købmagergade 22
1150 København K
Telefon: 43 33 34 00
Fax: 43 33 34 01
E-mail: akf@akf.dk

© 2010 AKF og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til AKF.

© Omslag: Phonowerk, Lars Degnbol

Forlag: AKF
ISBN: 978-87-7509-959-7
i:\08 sekretariat\forlaget\hla\2840\2840_raskijob.docx
September 2010(11)

AKF, Anvendt KommunalForskning

AKF's formål er at levere ny viden om væsentlige samfundsforhold. Hovedvægten ligger på forskning i velfærds- og myndighedsopgaver i kommuner og regioner. Det overordnede mål er at kvalificere beslutninger og praksis i det offentlige.

Henrik Lindegaard Andersen og Helle Bendix Lauritzen

Implementering og effekter af Raskijob

Forord

Regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet (Beskæftigelsesministeriet, 2008) slår fast, at 150.000 personer hver dag er sygemeldt fra jobbet, og at det medfører samlede udgifter til sygedagpenge og løn under sygdom for ca. 37 milliarder kroner om året. Nærværende rapport har udgangspunkt i et konkret initiativ, Raskijob, der via øget fokus på motion og trivsel har til formål at sænke sygefraværet og fastholde medarbejdere i ældreplejen. Raskijob er iværksat af et konsortium på 11 kommuner med økonomisk støtte på 22 millioner kroner fra Forebyggelsesfonden. Fonden blev oprettet i 2007 med det konkrete formål at yde støtte til at forebygge og forhindre fysisk og psykisk nedslidning ved bl.a. at yde støtte til projekter med henblik på at forebygge nedslidende rutiner og arbejds gange, at styrke genoptræning og rehabilitering af syge og handicappede og at støtte utraditionelle initiativer, der styrker bevidstheden om risiko ved rygning, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet (Lov om Forebyggelsesfonden, 2007). I projekt Raskijob har man søgt at nå disse mål bl.a. ved at uddanne helsepiloter, som skal bidrage til at skabe øget trivsel og sundhedsfremme i ældreplejen og ved at indføre individuelle samtaler til støtte af syge eller sygdomstruede medarbejdere samt hurtig udredning og diagnosticering af sygemeldte medarbejdere for at sikre hurtig og korrekt behandling. AKF har forestået evalueringen af projektet, og rapporten er udarbejdet i foråret 2010 af forskningsassistent Helle Bendix Lauritzen og forsker Henrik Lindegaard Andersen.

Henrik Lindegaard Andersen

August 2010

Indhold

Sammenfatning og konklusion	7	
1	Introduktion til Raskijob	13
1.1	Organisering	13
1.2	Formål, indhold og aktører	13
1.3	Tidsplan	16
2	Evalueringsmetoder og empiri	17
2.1	Kvantitativ effektevaluering	17
2.2	Kvalitativ procesevaluering	17
2.2.1	Fokusgrupper med helsepiloter	18
2.2.2	Individuelle interview med projektledere	18
2.2.3	Fokusgruppe med ledere fra udvalgte ældreenheder	19
3	Implementering af Raskijob	20
3.1	Rekruttering	20
3.2	Uddannelsen til helsepilot	21
3.3	Test og kategorisering	22
3.3.1	Test	22
3.3.2	Kategorisering.....	23
3.3.3	Hæmmer	24
3.3.4	Fremmer	25
3.4	Aktiviteter	25
3.4.1	Økonomiske udfordringer.....	25
3.4.2	Iværksatte aktiviteter	26
3.4.3	Ledelsens opbakning.....	30
3.4.4	Planlægning	31
3.4.5	Motion uden for arbejdstiden	31
3.4.6	Hæmmer	32
3.4.7	Fremmer	32
3.5	Deltagelse	33
3.5.1	Behovet for en indsparker.....	33
3.5.2	Frafald hen over perioden.....	34
3.5.3	Selvkørende grupper	35
3.5.4	Steder med flere helsepiloter	35
3.5.5	Motivationsarbejde	36
3.5.6	Projektlederen som motivator	37
3.5.7	Hæmmer	38
3.5.8	Fremmer	38
4	Projektets betydning for trivslen	40
4.1	Fra trivsels- til motionsprojekt	40
4.2	Udvælgelsesproceduren	42
4.3	Trivsel blandt sygdomstruede medarbejdere	43
4.3.1	Grønne trivselstiltag – for alle	44

5	Effekt på fravær	46
5.1	Introduktion til den kvantitative analyse	46
5.2	Data.....	48
5.3	Kvantitativ metode	51
5.4	Resultater	53
5.4.1	Fravær	54
	Litteratur	60
	English Summary.....	61
	Bilag 1: Uddannelsesoversigt.....	63
	Bilag 2: Helseprofilen.....	64
	Bilag 3: Komponenter og virkemåder.....	65
	Bilag 4: Helsepiloten	66
	Bilag 5: Referat fra partnerskabsmøde.....	68
	Bilag 6: Dataopsætning til projekt <i>Raskijob</i>.	72

Sammenfatning og konklusion

I det følgende opridses kort ideen bag projektet Raskijob, der overordnet har som mål at nedbringe sygefraværet og fastholde medarbejderne på ældreområdet ved hjælp af bedre trivsel på arbejdspladsen. Projektet, der omfatter ca. 7.000 medarbejdere, er gennemført af et konsortium bestående af 11 kommuner på tværs af landet med økonomisk støtte på 22 millioner kroner fra Forebyggelsesfonden.

Blandt projektets hovedaktiviteter har været uddannelse af 270 helsepiloter, som skulle varetage trivsels- og sundhedsfremmende foranstaltninger blandt de syge og sygdomstruede ansatte og dermed reducere fraværet. Helsepiloterne er ansatte på de deltagende arbejdspladser og har varetaget funktionen ved siden af deres normale medarbejderfunktioner. Helsepiloterne har alle gennemført og bestået en seksdages uddannelse med undervisning i fysiologisk viden om kroppens funktion, sund ernæring, samtaleteknikker, netværksdannelse og motion.

Helsepiloternes ansvarsområde har været at iværksætte individuelle samtaler, motions-tiltag samt netværk blandt ansatte der – ud fra en række objektive og selvvaluerede kriterier – vurderes at ligge i risikogruppen for sygefravær. Ideen har været, at der via foranstaltninger rettet mod syge og sygdomstruede medarbejdere kunne *skabes en arbejdsplads, som medarbejderne er stolte af, og som understøtter den enkelte medarbejders evne til at leve et sundt liv*. Medarbejdere i risiko for sygefravær identificeres ud fra helsepilots målinger af medarbejderens kondital, BMI, blodsukker og blodtryk samt selvvaluerede mentale helbred.

Til alle kommunens ansatte inden for ældreområdet og ikke kun deltagere i Raskijob har projektet derudover indeholdt en række grønne trivselsfremmende tilbud. De grønne tilbud er blevet fastlagt lokalt i hver kommune og omfatter frugtordninger, gratis adgang til svømmehal mv.

Endelig har projektet givet mulighed for hurtig diagnoseudredning til sygdomsramte medarbejdere og medarbejdere i risiko for sygefravær. Hensigten har været at fremme en hel eller delvis genoptagelse af jobbet, hvilket skulle ske ved at afkorte ventetiden fra sygemelding til diagnosticering. Diagnoseudredninger er varetaget af Falck Healthcare. Tilbuddet evalueres ikke i rapporten.

Projektet indebærer, at helsepiloter og medarbejdere bruger arbejdstid til aktiviteter, hvorfor helsepiloter og medarbejdere frikøbes til deltagelse i projektet. Omkostningen for den enkelte arbejdsplads er dækket inden for projektet – dog med udgangspunkt i 30% selvfinansiering af timeforbruget.

AKF's rolle har været at evaluere den samlede effekt af Raskijob på forhold som medarbejdernes fravær, deres fastholdelse i jobbet og deres trivsel. Det har været et krav fra Forebyggelsesfonden, at projektet blev udført som et "eksperimentelt design", hvilket indebærer, at udvælgelsen af team i den enkelte kommune til deltagelse er sket ved lodtrækning. I effekt-evalueringen undersøger vi, om det samlede fravær er lavere i de deltagende team (interventionsgruppen) sammenlignet med de team, der ikke er udtrukket til at deltage (kontrolgruppen). Kriteriet for, at Raskijob på baggrund af effekt-evalueringen kan anbefales som koncept

til andre ældreenheder, vil være, at projektets *økonomiske* nytteværdi overstiger omkostningen. I procesevalueringen beskrives, hvilke forhold der har været fremmende eller hæmmende for, at helsepiloternes aktiviteter er blevet implementeret, samt hvilken betydning projektet har haft for den individuelle og kollektive trivsel på de deltagende arbejdspladser.

Rapporten er opbygget således, at vi i kapitel 1 giver en grundig introduktion til Raskijob, projektets indhold, aktører og tidsplan. I kapitel 2 omtales de kvalitative evalueringemetoder og den indsamlede empiri. Kapitel 3 giver en generel beskrivelse af, hvordan de forskellige dele af Raskijob i praksis er implementeret i interventionsgruppen, og der søges forklaringer på de opståede udfordringer ved iværksættelsen af indsatsen, samt hvilke forhold der har været hæmmende og fremmende i forhold til at opnå det ønskede resultat. I kapitel 4 beskrives projektets betydning for trivslen i de medvirkende team, mens den kvantitative analyse i kapitel 5 gennemgår fraværet og fastholdelsen af medarbejdere.

Nedenfor sammenfatter vi vores konklusioner.

Implementeringen af Raskijob

På baggrund af kapitel 3 kan der drages en række konklusioner om, hvorledes Raskijob er gennemført på tværs af de deltagende kommuner. Der findes blandt andet variation blandt de medvirkende kommuner med hensyn til omfanget af aktiviteter, som er iværksat, og med hensyn til, hvorvidt aktiviteterne er iværksat inden for eller uden for arbejdstiden. Den implementering, procesevalueringen beskriver, omfatter elementerne: *rekruttering, uddannelsesforløb, test og kategorisering, aktiviteter samt deltagelse*. Efterfølgende opsummeres hvad der generelt set har hæmmet og fremmet gennemførelsen af projektet.

Raskijob har indledningsvist betydet, at der i hvert af de deltagende team er rekrutteret en helsepilot blandt medarbejderne til at iværksætte projektets kerneaktiviteter bestående af individuelle samtaler, netværksdannelsen samt motionsaktiviteter. Projektets kerneindsats har været rettet mod syge og sygdomstruede medarbejdere i teamet. Procesevalueringen viser, at den kommende helsepilots egen motivation for projektet og projektets aktiviteter har været vigtig i forhold til ligeledes at kunne motivere de syge og sygdomstruede medarbejdere til at deltage i projektet. Dette er lykkedes bedst i tilfælde, hvor rekruttering af helsepiloter er foregået frivilligt.

De kommende helsepiloter har herefter alle deltaget på et seksdages uddannelsesforløb, hvor de har modtaget undervisning i fysiologi, sund ernæring, samtaleteknik, netværksdannelse og motion. Evalueringen viser, at helsepiloterne har fået en række relevante redskaber med fra de seks uddannelsesdage i forhold til både at gennemføre testforløbet, udarbejde helseprofiler og iværksætte de efterfølgende aktiviteter.

Inden iværksættelse af de ovennævnte aktiviteter har helsepilotens første opgave bestået i at teste og kategorisere medarbejdere for at afgøre, hvilke medarbejdere der kunne modtage tilbud om aktiviteter i arbejdstiden. Medarbejderne er således kategoriseret: dem som på baggrund af test viste sig at være sygdomstruede, samt dem der viste sig at være uden for risiko for sygefravær. Testperioden har vist sig ofte at have en varighed på op til to måneder, hvilket dels skyldes udfordringer ved at finde tid i arbejdsdagen til at teste medarbejdere og dels, at flere medarbejdere end forventet viste sig at være sygdomstruede. Det langvarige

testforløb har hæmmet den motivation og opbakning for projektet, som eksisterede blandt helsepiloter og medarbejdere umiddelbart efter uddannelsesforløbet og helsepilots præsentation af projektet på arbejdspladsen.

Evalueringen viser endvidere, at kategoriseringen af, hvem der fik, og hvem der ikke fik tilbud om deltagelse i aktiviteter flere steder, har hæmmet implementeringen, da projektet generelt har haft vanskeligt ved at skabe forståelse for, at nogle ansatte kan deltage, mens andre ikke modtager et tilbud. En konsekvens har eksempelvis været, at kategoriseringen er blevet ophævet, og at alle ansatte i det enkelte team har fået mulighed for at deltage i aktiviteter iværksat af helsepilotsen.

I testperioden blev projektet som sagt ramt af økonomiske udfordringer, der betød, at antallet af deltagende medarbejdere, som først var blevet inkluderet som "sygdomstruede", blev reduceret i flere team. De økonomiske udfordringer har ligeledes flere steder betydet en reduktion af den tid, helsepilotsen havde på projektet. Begge dele har hæmmet såvel helsepilotsernes og medarbejdernes indstilling og opbakning til den videre gennemførelse af projektet.

I forhold til de enkelte aktiviteter viser evalueringen, at rollen som samtalepartner har været en udfordring for helsepilotsene. Uklare forventninger til, hvad den individuelle samtale skulle indeholde og bruges til, har betydet, at helsepilotsen enten har afholdt sig fra at gennemføre de individuelle samtaler, eller at samtalerne er benyttet som opfølgning på det indledningsvise testforløb og afsat for at udarbejde konkrete målsætninger for den enkelte medarbejder. I forhold til at oprette netværk blandt kollegerne har der hverken været oplevet behov eller opbakning, og netværk har således stort set ikke været etableret. Motionsaktiviteter er derimod iværksat i større eller mindre grad i næsten alle team, men har været udfordret af arbejdsplanlægning og problemer med at afvikle aktiviteterne inden for arbejdstiden. Flere steder har motionsaktiviteter således været gennemført før eller efter arbejdstid, og konsekvensen har været et frafald blandt de deltagende medarbejdere.

Teamlederen har ikke været tildelt en egentlig rolle i projektet. Evalueringen viser i forlængelse heraf, at teamlederens indstilling til projektet både har kunnet hæmme og fremme projektets gennemførelse. I team, hvor motion i arbejdstiden er gennemført, har der således typisk været opbakning fra teamlederen og derudover et godt samarbejde mellem helsepilots og planlægger. At tildele teamlederen en mere central rolle i projektet kunne formodentlig have medført en mere positiv indstilling til projektet og fremmet muligheden for at benytte arbejdstiden til aktiviteter. På arbejdspladser, hvor teamlederen på eget initiativ har involveret sig i projektet, har denne desuden udgjort en betydningsfuld støtte for helsepilotsen.

Evalueringen viser endelig, at implementeringen af Raskijob er fremmet på arbejdspladser med mere end én helsepilots. Flere helsepilots på samme arbejdsplads har således givet mulighed for at planlægge flere aktiviteter og på flere forskellige tidspunkter af dagen. Dette har øget muligheden for, at flere kolleger kunne deltage. Desuden har netværk mellem helsepilots – arrangeret af den kommunale projektleder – udgjort et centralt forum for helsepilotsene, hvor de har haft mulighed for at dele erfaringer og frustrationer.

Projektets betydning for trivslen

Ud over at beskrive implementeringen af Raskijob undersøger procesevalueringen, hvilken betydning projektet har haft for trivslen blandt de deltagende medarbejdere. Raskijob har således haft en ambition om både at højne den individuelle og den generelle trivsel på de medvirkende arbejdspladser.

Når der udelukkende fokuseres på de sygdomstruede medarbejdere, som er udvalgt til og har valgt at deltage i projektet, viser procesevalueringen, at de iværksatte motionsaktiviteter har skabt en bedre kommunikation blandt medarbejdere på tværs af arbejdspladsen, et bedre kendskab til hinanden og et bedre samarbejde. Samlet set kan et arbejdsmiljø præget af god kommunikation og samarbejde betegnes som en del af det at trives i arbejdslivet, og i forhold til disse elementer opleves trivslen at være øget for de sygdomstruede medarbejdere, som har deltaget i projektet.

Analysen af projektets betydning for trivslen viser imidlertid opsummerende, at det fokus, der i praksis har været på motion og fysiske test af vægt, kondition mv., generelt kan have spændt ben for en øget individuel såvel som kollektiv trivsel. Den gruppe af medarbejdere, som har ladet sig teste, som har været i målgruppen for sygdomstruede, og som har deltaget i aktiviteter, er således en (selekeret) gruppe af individer, som netop har været motiveret for at deltage i den type (motions)aktiviteter, som har været tilbudt i forbindelse med Raskijob.

Analysen viser desuden, at den valgte udvælgelsesprocedure fremhæves som uhensigtsmæssig i forhold til et mål om øget trivsel, fordi den, ved at udvælge nogle medarbejdere frem for andre, skaber grobund for misundelse blandt medarbejdere uden for risiko og dårlig samvittighed blandt sygdomstruede medarbejdere. Evalueringen viser, at der i stedet kunne drages nytte af de medarbejdere, som på de fysiske test har gode resultater og dermed betegnes som værende uden for risiko. De kunne have været tænkt aktivt ind i projektet i forhold til at få gang i aktiviteter og i forhold til at fastholde aktiviteterne.

Den betydning, som indsatsen har haft for de sygdomstruede medarbejdere, der har deltaget aktivt i motion inden eller uden for arbejdstiden, er dog relevant at fremhæve, da trivsel – blandt andet i form af de nævnte aspekter – generelt viser sig afgørende i forhold til at fastholde offentligt ansatte inden for ældreområdet (Jensen, Larsen & Lauritzen 2010; Jensen et al. 2010).

Effekten på sygefravær

Den kvantitative analyse viser entydigt, at ansatte i de team, der har deltaget i Raskijob, har et *højere* fravær end ansatte i kontrolenheder – også efter at vi justerede for forskellen i stilling, køn, alder etc., der ellers kan tænkes at forårsage forskellen. Raskijob-deltagelse ser ud til at have en positiv effekt på både det lange og det korte fravær. Konkret viser resultaterne, at en gennemsnitsmedarbejder, der deltog i Raskijob, har et ca. 15% højere fravær end medarbejdere i kontrolgruppen. Vi fandt ingen effekt af Raskijob på medarbejderfastholdelsen.

En del af forklaringen på, at en intervention som Raskijob, der fokuserer på motion, kost og hurtig udredning etc., faktisk *øger* det samlede fravær, er, at resultatet skal tolkes som nettoeffekten på det samlede fravær, dvs. reduktionen i *sygefraværet*, som programmet ge-

nererer, fratrukket det øgede fravær i forbindelse med de aktiviteter, der knytter sig til programmet (fx motion i arbejdstiden).

En anden faktor, der kan tænkes at medvire til resultatet, er, at en stor gruppe medarbejdere i interventionsgruppen har fået testet deres helbred og er blevet kategoriseret som værende i farezonen for højt sygefravær. Et sådant prædikat kan upåagtet tænkes at legitimere sygefravær hos denne gruppe af medarbejdere. Interventionens fokus på at sænke sygefraværet kan også tænkes at have utilsigtede effekter, hvis syge medarbejdere møder på arbejde på trods af fx smitsom sygdom, eller hvis medarbejderens egen sygdom forværres ved for hurtigt at genoptage arbejdet. Forhold i kontrolgruppen kan også bidrage til resultatet. I udgangspunktet var også kontrolgruppen tiltænkt at skulle deltage i Raskijob, men den blev udelukket fra interventionen pga. krav fra Forebyggelsesfonden om et eksperimentelt design. I kontrolgruppen kan udelukkelsen fra forsøget tænkes at have ført til, at man selv har iværksat initiativer, der sænker fraværet, eller – alternativt – udelukkelsen kan have forårsaget en negativ reaktion over for kolleger, der melder sig syge, og derigennem bidraget til en reduktion i kontrolgruppens sygefravær.

Konklusion

Evalueringen består af to analytiske tilgange. En effektevaluering, som behandler den samlede effekt af Raskijob på fravær og fastholdelsen af medarbejdere, og en procesevaluering, som behandler implementeringen af helsepiloter og aktiviteter iværksat på arbejdspladsen for syge og sygdomstruede medarbejdere, samt hvilken betydning aktiviteterne har haft for medarbejdernes trivsel.

På baggrund af procesevalueringen kan vi konkludere, at implementeringen ikke er forløbet som formodet i projektbeskrivelsen. I den indledende fase, som bestod i at gennemføre test og kategorisere medarbejdere, viser procesevalueringen, at testperioden dels har været meget langvarig, og dels at helsepiloterne er stødt på manglende forståelse for kategoriseringen af medarbejdere, der har betydning for, hvorvidt man kan deltage i tilbud om aktiviteter i arbejdstiden. Desuden har mange helsepiloter manglet opbakning fra den daglige leder, hvilket har fået betydning for, hvorvidt aktiviteter er blevet iværksat inden eller uden for arbejdstiden. I forhold til de iværksatte aktiviteter har helsepiloterne primært iværksat motionsaktiviteter på de medvirkende arbejdspladser. Helsepiloterne har været usikre på at benytte den individuelle samtale og har kun få steder iværksat netværk blandt syge og sygdomstruede medarbejdere. Procesevalueringen viser således, at aktiviteter på arbejdspladsen har været domineret af en række forskellige motionstilbud.

Opsummerende i forhold til projektets betydning for trivslen viser procesevalueringen, at sygdomstruede medarbejdere, som har ladet sig teste, kategorisere og derefter har deltaget i de iværksatte (motions)aktiviteter, har oplevet en ændring i trivslen til det bedre. I målgruppen af sygdomstruede opleves aktiviteterne at skabe et bedre kendskab blandt medarbejdere på tværs af arbejdspladsen, en bedre kommunikation og et bedre samarbejde. Dette er relevant at fremhæve, da trivsel – blandt andet i form af de nævnte aspekter – generelt viser sig afgørende i forhold til at fastholde offentligt ansatte inden for ældreområdet.

Effektevalueringen viser, at Raskijob – i den form som projektet har været implementeret i praksis – ikke får den ventede effekt på det samlede fravær. Effektevalueringen viser, at implementeringen af Raskijob i interventionsgrupperne – dvs. arbejdspladserne som har gennemført projektet – derimod har medført et *øget* fravær både med hensyn til det langvarige og det kortvarige fravær. For at en samlet implementering af Raskijob skal give mening i en *cost-benefit*-sammenhæng, bør det have en reducerende effekt på det samlede fravær. Det er ikke tilfældet med Raskijob, og omkostningen ved projektet overstiger dermed nytten.

1 Introduktion til Raskijob

I 2007 bevilgede Forebyggelsesfonden 22 millioner kroner til projektet Raskijob, der er gennemført af et konsortium bestående af 11 kommuner på tværs af landet og omfatter ca. 7.000 medarbejdere.

Projektet har som overordnet mål at nedbringe sygefraværet og fastholde medarbejderne på ældreområdet ved hjælp af bedre trivsel på arbejdspladsen. I det følgende gives en kort beskrivelse af projektets organisering, formål og indhold, herunder hvilke aktiviteter der har været gennemført for hvilke målgrupper, samt hvilke aktører der har været på projektet i de deltagende kommuner.

1.1 Organisering

Raskijob er organiseret ved en projektledelse, som bestod af den daværende (ved projektstart) leder af hjemmeplejen i Ballerup Kommune samt to konsulenter. Indledningsvist blev der nedsat en partnerskabsgruppe, hvor hver deltagerkommune har haft en repræsentant med beslutningskompetence. Repræsentanten for den enkelte kommune har typisk været placeret inden for social- og sundhedsområdet på leder- eller chefniveau. Partnerskabsgruppen har haft til opgave at træffe endelige beslutninger om projektets gennemførelse, eventuelle afvigelser fra det oprindelige projektdesign samt om projektets økonomi og budget.

Projektledelsen nedsatte derudover en projektledergruppe ligeledes med en repræsentant fra hver kommune. I enkelte tilfælde har repræsentanten i partnerskabs- og projektledergruppen været sammenfaldende. Ellers har projektlederne været medarbejdere i kommunen placeret på forskellige niveauer. Projektledergruppens primære fokus har været erfaringsudveksling kommunerne imellem, diskussion af eventuelle udfordringer i projektet undervejs, ligesom der er brugt tid på at diskutere den praktiske drift af projektet i kommunerne. Det har vist sig, at opsplittningen i partnerskabs- og projektledermøder har været mere formel end reel, at der hyppigst har været afholdt projektledermøder, og at projektlederne ofte er sendt af sted som kommunens repræsentant til partnerskabsmøde. Dette har fungeret, hvor projektlederen reelt også har haft beslutningskompetencen med sig.

1.2 Formål, indhold og aktører

Formålet med den samlede indsats af Raskijob er kort sagt, at:

- syge og sygdomstruede medarbejdere opnår et mindre sygefravær,
- syge medarbejdere opnår en hurtig tilbagevenden til arbejdspladsen,
- syge og sygdomstruede medarbejdere opnår en bedre trivsel, hvorved trivslen bliver bedre for hele arbejdspladsen.

I Raskijob-projektet arbejdes der ud fra en række formodninger om virkninger og sammenhænge. En central formodning drejer sig om, at trivsel og sygefravær på arbejdspladsen kan påvirkes i positiv retning ved at uddanne såkaldte helsepiloter, som har til opgave at iværksætte aktiviteter på arbejdspladsen for syge og sygdomstruede medarbejdere.

Blandt projektets hovedaktiviteter har været en indledningsvis rekruttering og uddannelse af 270 helsepiloter, som har varetaget trivsels- og sundhedsfremmende foranstaltninger blandt syge og sygdomstruede ansatte. Ved at skabe øget trivsel i arbejdslivet skulle foranstaltningerne medvirke til et reduceret fravær og en mindre udskiftning blandt personalet. Helsepiloterne har alle deltaget i et seksdages uddannelsesforløb, der, gennem undervisning og aktiv deltagelse, har haft til hensigt at bibringe dem relevante kompetencer i forhold til deres ansvarsområde. Helsepiloterne er uddannet i perioden september 2008 til februar 2009 (jf. bilag 1). Uddannelsen indeholdt undervisning og praktiske øvelser inden for:

- kroppen og dens funktioner,
- ernæring og dens virkning,
- træning og kroppens forandring ved forskellige træningsformer,
- samtaleværktøjer,
- metoder til at drive netværk.

Helsepiloterne er alle ansatte i de deltagende team og har varetaget funktionen ved siden af deres normale medarbejderfunktioner. At helsepiloten er "en af kollegerne", formodes, ifølge projektbeskrivelsen, at gøre det vanskeligere for kolleger at afvise at deltage.

Helsepilotens første opgave har været at varetage test af kollegernes fysiske form og mentale helbred ved brug af en såkaldt helseprofil (jf. bilag 2). I projektbeskrivelsen fremsættes en formodning om, at den enkelte medarbejder ved at formulere egne mål og ønsker i en helseprofil "*bliver i stand til at reagere og agere på egen fysiske og psykiske situation*". Formålet med test og udarbejdelse af helseprofiler har været at afgøre, hvilke kolleger der kunne deltage i de aktiviteter, som efterfølgende kunne iværksættes i teamet. Medarbejderne er således på baggrund af test af kondital, BMI, blodsukker og blodtryk samt selv vurderet mentalt helbred placeret i en gruppe i risiko for sygefravær (sygdomstruede) og en gruppe uden for risiko¹. Kun sygdomstruede medarbejdere har fået tilbud om at deltage i aktiviteter på arbejdspladsen iværksat af helsepiloten.

Helsepiloternes ansvarsområde på projektet har derefter været at gennemføre individuelle samtaler med og iværksætte motionstiltag samt netværk blandt sygdomstruede medarbejdere. Ideen har været, at man via foranstaltninger rettet mod syge og sygdomstruede medarbejdere kunne "*skabe en arbejdsplads, som medarbejderne er stolte af, og som understøtter den enkelte medarbejders evne til at leve et sundt liv*". I projektbeskrivelsen for

¹ Medarbejderen placeres i risiko for sygefravær og tilbydes at deltage i aktiviteter, hvis: selv vurderet mentalt helbred vurderes at være "meget dårligt" eller "dårligt", hvis stress opleves "meget ofte" eller "ofte", og stress-test på FTF-A's hjemmeside viser et gult eller rødt testresultat, hvis en eller flere af de biologiske data overskrides: Glucose > 5,8 mmol/l, Kondital < 30, Sys. BT > 140-150, Dia. BT > 90-95, BMI > 30. (*Inspirationsmateriale til helsepiloten*. Kan rekvireres fra Jesper Thornemann Rasmussen efter ønske).

Raskijob ligger en formodning om, at den enkelte medarbejder gennem deltagelse i samtaler, netværk og motionsaktiviteter *"bliver i stand til at reagere og agere på egen fysiske og psykiske situation"*. Derved formodes det, at medarbejderen i sidste ende bliver i stand til at nedbringe sit sygefravær og/eller nedbringe et potentielt fremtidigt sygefravær.

Ud over disse ansvarsområder har helsepiloten i praksis desuden løst opgaver som omfatter administration og registrering af forbrugt tid på projektet (for helsepilot og medarbejdere), deltagelse i netværksmøder med andre helsepiloter i kommunen, løbende motivationsarbejde med sygdomstruede medarbejdere samt håndtering af dialog om projektet med teamlederen. I udgangspunktet fik helsepiloten syv timer ugentligt til projektarbejde, hvilket på grund af økonomiske udfordringer undervejs blev reduceret i flere kommuner.

Til alle kommunens ansatte inden for ældreområdet – og ikke kun syge og sygdomstruede medarbejdere – har projektet indeholdt en række såkaldt "grønne trivselsfremmende tiltag". De grønne tiltag er blevet fastlagt lokalt, typisk i et samarbejde mellem projektlederen, kommunens repræsentant i partnerskabsgruppen samt en kommunal styregruppe bestående af eksempelvis sikkerheds- og tillidsrepræsentanter samt ledere inden for kommunens social- og sundhedsområde. De grønne tiltag omfatter frugtordninger, gratis adgang til svømmehal, foredrag mv.

I forhold til projektlederen har dennes primære opgave været at fungere som sparringspartner for helsepiloterne i hverdagen ved direkte tilstedeværelse og besøg på helsepilotens arbejdsplads og/eller gennem løbende mailkorrespondance. I kraft af projektledernes daglige jobfunktion i kommunen har denne haft et fra kommune til kommune varierende antal timer på Raskijob. Kun i få tilfælde har projektlederen været ansat fuld tid på projektet. Projektlederen har med jævne mellemrum arrangeret netværksmøder mellem helsepiloterne i kommunen og har generelt været den, der har skabt opmærksomhed omkring projektet i nyhedsbreve, artikler i lokalavisen mv. Desuden har projektlederen som nævnt deltaget i projektleder- og partnerskabsmøder og har ofte ageret mellemlid mellem helsepiloten og dennes teamleder.

Teamlederen i det enkelte deltagende team har ikke været tiltænkt en egentlig rolle i projektet, og teamlederens opbakning til aktiviteter i arbejdstiden har manglet i flere tilfælde. Projektlederen har i disse tilfælde søgt at danne grundlag for opbakning til projektet hos teamlederen, så helsepiloten har kunnet udføre sit arbejde.

Ud over de grønne trivselsfremmende tiltag samt aktiviteter iværksat af helsepiloten har projektet indeholdt mulighed for hurtig diagnoseudredning til sygdomsramte medarbejdere og medarbejdere i risiko for sygefravær. Hensigten har været at fremme en hel eller delvis genoptagelse af jobbet, hvilket skulle ske ved at afkorte ventetiden fra sygemelding til diagnosticering. Diagnoseudredninger er varetaget af Falck Healthcare og behandles ikke nærmere i denne rapport.

Projektet indebærer, at helsepiloter og medarbejdere bruger arbejdstid til aktiviteter, hvorfor helsepiloter og medarbejdere frikøbes til deltagelse i projektet. Omkostningen for den enkelte arbejdsplads er dækket inden for projektet – dog med udgangspunkt i 30% selvfinansiering af timeforbruget.

1.3 Tidsplan

I projektdesignet var intentionen oprindelig at gennemføre en pilottest på tre kommuner og derefter basere den fulde implementering i samtlige kommuner på erfaringerne herfra. Pilot-testen blev annulleret efter en vurdering af, hvor megen tid der ville gå, førend de resterende otte kommuner kunne komme i gang. Derfor gennemførtes uddannelse af samtlige helsepiloter i perioden september 2008 – februar 2009. Herefter har der været en testperiode, som blev længere end ventet af forskellige årsager. For det første har det vist sig at være en udfordring for medarbejderne at afsætte tid i arbejdsdagen til at gå fra til test, og for det andet opstod der økonomiske udfordringer undervejs i testperioden, da det viste sig, at der var flere sygdomstruede medarbejdere, end der indledningsvis var budgetteret med. I Raskijob har der været budgetteret med, at 10% af medarbejderne i de medvirkende team ville være i risiko for sygefravær. I praksis viste andelen sig at være større, hvilket betød, at tilbuddet skulle gives til flere end beregnet. Flere kommuner har således været gennem en testperiode på op til to måneder og har først herefter kunnet iværksætte aktiviteter for medarbejderne. Reelt har dette betydet, at flere kommuner først er kommet i gang med aktiviteter i foråret 2009, mens projektet forventedes afsluttet med udgangen af 2010. Særligt for effektevalueringen kan en periode på under et år, hvor aktiviteter reelt har været i gang og haft mulighed for at virke på sygefravær og udskiftning, være af betydning for tolkningen af resultaterne.

2 Evalueringsmetoder og empiri

Evalueringen består af en kvantitativ effektevaluering, hvor fokus er på at undersøge, om projektet medfører et fald i fraværet og antallet af fratrædelser samt en procesevaluering. Procesevalueringen komplementerer effektevalueringen ved at beskrive, hvilke forhold der har været fremmende eller hæmmende for, at helsepiloterne og de øvrige aktiviteter er implementeret, og projektet har opnået de ønskede effekter. Desuden beskriver procesevalueringen projektets betydning for trivslen på de medvirkende arbejdspladser.

2.1 Kvantitativ effektevaluering

I den kvantitative effektevaluering analyserer vi, hvordan Raskijob påvirker fraværet og fastholdelsen af medarbejdere. Effektevalueringen er udført som et eksperimentelt design, hvor nogle ældreenheder/team er udtrukket til at deltage ved lodtrækning. Det er således udelukkende en tilfældigt udvalgt gruppe ældreenheder, som deltager i Raskijob. Effektevalueringen baserer sig på sammenligninger af fravær og antal fratrædelser for medarbejdere, der deltager i forsøget – interventionsgruppen – og ansatte, der ikke deltager i forsøget – kontrolgruppen – under hensyntagen til forskelle i personalesammensætningen mellem de to grupper. Information om fravær og fratrædelser er indhentet fra de deltagende kommunernes administrative lønsystemer. Vi præsenterer data for 11 kommuner og over 10.000 medarbejdere fordelt på 519 ældreenheder, hvoraf 210 har deltaget i Raskijob i løbet af 2008 og 2009. I kapitel 5 beskrives effektevalueringens præmisser, data, metoder og resultater i detaljen.

2.2 Kvalitativ procesevaluering

Formålet med den kvalitative procesevaluering er at bidrage med viden om, hvordan projektet er implementeret i de medvirkende ældreenheder/team, samt hvilken betydning aktiviteterne har haft for medarbejdernes trivsel.

Som første led i procesevalueringen er der opstillet virkningskæder på baggrund af de formodninger om sammenhænge mellem projektets forskellige elementer og effekter, som udtrykkes i projektbeskrivelsen (jf. <http://www.raskpaajob.dk/index.html>). I opstillingen af virkningskæder er der søgt inspiration i en programteoretisk tilgang, hvor evaluator kortlægger, *hvad der virker, for hvem, hvornår, under hvilke betingelser og med hvilke forventede effekter* (Krogstrup 2003). At den samme indsats er søgt implementeret i 11 kommuner i en række team bestående af medarbejdere inden for ældreområdet, gør det muligt at se på kontekstens betydning for at opnå de forventede effekter. Evalueringen af, *hvad der virker, hvornår og under hvilke betingelser*, søger således at pege på, hvad der i den enkelte kontekst (i det enkelte team) hæmmer og fremmer implementeringen af de aktiviteter, indsatsen består af og dermed også den/de endelige effekter af indsatsen. I procesevalueringen skelnes derimod ikke mellem forskellige medarbejdergrupper, uanset at gruppen af deltagende med-

arbejdere er bredt sammensat af hjemmehjælpere, assistenter, køkkenpersonale, fysioterapeuter mv. Således fokuseres der mindre på spørgsmål om, hvad der virker *for hvem*, da *hvem* i dette tilfælde bliver til fællesnævneren "medarbejdere på ældreområdet".

I procesevalueringen evalueres den samlede indsats og de forskellige elementer som indsatsen består af (jf. bilag 3). Indledningsvist er der *rekrutteret* et antal helsepiloter i hver af de 11 deltagerkommuner. De forventes at deltage i et *seksdages uddannelsesforløb*. Tilbage på arbejdspladsen forventes helsepiloterne at gennemføre *test og kategorisering* af kolleger og at iværksætte en række *aktiviteter* såsom kostvejledning, motion, netværksdannelse og individuel vejledning. Kolleger forventes at *deltage*, og de *forventede effekter* er således et nedbragt sygefravær, en lavere udskiftning blandt personalet og en øget trivsel for den enkelte og arbejdspladsen. Figuren i bilag 3 dækker de elementer, som vi beskæftiger os med i procesevalueringen.

For at gennemføre procesevalueringen er der indhentet empiri fra flere forskellige kilder.

2.2.1 Fokusgrupper med helsepiloter

Der er gennemført fokusgruppeinterview i hver kommune (i alt 11 fokusgruppeinterview) med helsepiloter fra team, som har medvirket i interventionsgruppen. Samtlige helsepiloter i hver kommune har modtaget en invitation til fokusgruppeinterview, og heraf har de første 10-15 helsepiloter, som har ønsket at deltage, fået mulighed herfor. I ingen kommune har det været nødvendigt at udelukke nogen fra deltagelse. Ved frivillig deltagelse blev det vurderet, at fokusgrupperne ville ende med at bestå dels af helsepiloter, som har haft gode erfaringer med projektet og ønsker at give deres mening til kende på den baggrund, og dels af helsepiloter, som har haft mindre gode erfaringer med projektet/elementer i projektet, og som vedkommende ønsker at bidrage med viden om. Denne spredning i erfaringer om, hvad der henholdsvis hæmmer og fremmer implementeringen af projektet, er opnået i de gennemførte fokusgruppeinterview.

Formålet med fokusgrupper bestående af helsepiloter har været at blive i stand til at analysere deres arbejde med og erfaringer fra implementeringen af projektets forskellige elementer, og hvilken betydning indsatsen vurderes at have haft for udviklingen i sygefraværet og for medarbejdernes trivsel. Derudover er det sigtet med de 11 fokusgruppeinterview med helsepiloter at få deres observationer og indsigt fra de daglige aktiviteter tæt på kollegerne.

Fokusgruppeinterview med helsepiloter er alle gennemført i perioden september-oktober 2009.

2.2.2 Individuelle interview med projektledere

I hver kommune er det søgt at gennemføre interview med projektlederen, der har haft til opgave at sikre koordineringen og fremdriften i projektet i kommunens deltagende ældreenheder. Projektlederen har udgjort helsepiloternes nærmeste sparringspartner i projektet. Formålet med de individuelle projektlederinterview har i princippet været det samme som med de 11 fokusgruppeinterview, altså at blive i stand til at analysere, hvordan projektet er im-

plementeret, hvad der kan være forklaring på variationer i effekter, samt hvorledes projektet kunne videreføres (evt. under hvilken form og med hvilke ressourcer) efter projektperioden.

Interview med projektledere er alle gennemført i perioden september-oktober 2009.

2.2.3 Fokusgruppe med ledere fra udvalgte ældreenheder

Endelig er der gennemført et enkelt fokusgruppeinterview med ledere fra udvalgte ældreenheder i interventionsgruppen. De daglige ledere forventes at have indsigt og viden om udviklingen specifikt i deres team, herunder viden om implementeringen af aktiviteterne blandt teamets medarbejdere og de effekter, der måtte have vist sig på interviewtidspunktet. Lederne repræsenterer team med gode såvel som mindre gode erfaringer fra projektet, hvilket forventes at kunne pege på forhold, der fremmer henholdsvis hæmmer, at projektet når de formodede effekter. Viden fra et enkelt fokusgruppeinterview med i alt ni daglige ledere repræsenterer dog ikke et generelt billede.

Fokusgruppeinterview med daglige ledere er gennemført i marts 2010.

Alle interview er optaget på diktafon og gennemført semistruktureret ud fra en på forhånd opstillet spørgeguide. Den semistrukturerede spørgeguide har været anvendt for at sikre, at de samme spørgsmål blev stillet ved alle interview, uden at spørgsmålene nødvendigvis er afdækket i den samme rækkefølge (Kvale 2004). Herunder fremgår deltagerantallet fordelt på kommune og typen af interviewperson.

Tabel 2.1 Gennemførte interview fordelt på deltagerkommuner

Kommune	Helsepiloter	Projektledere	Ledere	I alt
Ballerup	8	1		9
Billund	8	1	4	13
Brøndby	7	1		8
Bornholm	11	1		12
Guldborgsund	12	1		13
Holstebro	12	0	5	17
Høje-Taastrup	8	1		9
Kolding	11	1		12
Køge	9	1		10
Randers	4	1		5
Aabenraa	9	1		10
I alt	99	10	9	118

Når der i de kvalitative analyser refereres til "flere", henviser det til, at flere end fem individer/kommuner er repræsenteret af udsagnet/konklusionen.

3 Implementering af Raskijob

Som nævnt i afsnit 2.2 evalueres den samlede implementering af Raskijob og de forskellige elementer, som implementeringen består af. I dette kapitel analyseres implementeringen under overskrifterne: *rekruttering, uddannelsesforløb, test og kategorisering, aktiviteter, deltagelse* samt *forventede effekter: indsatsens betydning for trivslen*. Procesevalueringen sætter således primært fokus på helsepilotfunktionen og de ansvarsområder, som ligger heri. Tilbuddet om hurtig udredning og diagnosticering via Falck Healthcare² indgår ikke som en del af procesevalueringen, ligesom de sundhedsfremmende "grønne trivselstiltag" for alle medarbejdere kun behandles i mindre omfang i kapitlet.

Kapitlet giver en generel beskrivelse af, hvordan de nævnte elementer i praksis er implementeret i de medvirkende team (interventionsgrupperne). Der søges forklaringer på eventuelle udfordringer ved at iværksætte projektet, hvilke forhold der har været hæmmende og fremmende for implementeringen, samt hvilke konsekvenser udfordringerne kan have haft i forhold til at opnå de ønskede effekter. I procesevalueringen ses der særligt på, hvilken betydning projektet har haft for trivsel, mens effekten på sygefraværet analyseres i den efterfølgende effektevaluering i kapitel 3. I forhold til sygefravær giver kapitel 2 primært viden om, hvordan implementeringen og gennemførelsen af Raskijob, som formodes at få effekt på sygefraværet, er forløbet.

Kilderne til fremstillingen er interview med helsepiloter og projektledere samt teamledere på udvalgte ældrecentre (jf. kapitel 2 for en redegørelse for empiri og metode).

3.1 Rekruttering

Den første information til medarbejderne om projektet er, ifølge helsepiloterne, typisk videregivet fra teamlederne på gruppemøder, fællesmøder, i nyhedsopslag eller i form af pjecer/brochurer. I forhold til rekrutteringsforløbet fremhæver teamlederne, at de generelt har oplevet at være grundigt informeret om projektet, og at de har søgt at videregive en grundig information om projektet til de kommende helsepiloter.

Heroverfor giver helsepiloterne generelt udtryk for, at information og tilgængelig viden om projektet har været begrænset i rekrutteringsforløbet. De peger på at have manglet viden om indholdet i funktionen som helsepilot, hvad der blev forventet, hvad opgaverne bestod i, samt hvor mange timer der blev stillet til rådighed til opgaverne. Størstedelen af helsepiloterne beretter om, at de meldte sig til opgaven uden at vide, hvad de gik ind til.

Uoverensstemmelsen mellem teamledernes og helsepiloternes oplevelse af informationsniveauet i rekrutteringsforløbet kan være en konsekvens af, at de interviewede teamledere kommer fra to af de tre kommuner, som var med fra projektets opstart, i det der skulle have

² I alt er 76 pladser hos Falck Healthcare fordelt mellem de 11 medvirkende kommuner. Tilbuddet har givet kommunerne mulighed for at sende syge og sygdomstruede medarbejdere til hurtig diagnosticering. Pr. 11 marts 2009 var der brugt 6 af de aftalte 76 pladser. Ved projektets afslutning var alle pladser brugt.

været en indledende pilottest. De interviewede teamledere repræsenterer således ledere, der generelt har været grundigt informeret om projektet. Disse teamledere peger på, at det gode informationsniveau har været en kerne til projektets succes i deres kommuner: *"Jeg tænker meget, at hvis man skal føle ejerskab ved noget, så er man nødt til at vide, hvad det handler om"* (Teamleder).

I forhold til rekrutteringen af helsepiloter peger teamlederne på, at projektet blev fremlagt som et tilbud – at medarbejderne selv afgjorde, om de havde lyst til at påtage sig opgaven som helsepilot. Flere teamledere peger på, at de aktivt opfordrede nogle af de medarbejdere, "som i forvejen var aktive inden for sport", og lagde vægt på, at de ville egne sig godt til opgaven og være gode til at skabe motivation blandt kollegerne: *"Det gælder om at få nogle, der sprudler i forvejen. Det gør en forskel, om der sidder nogle entusiaster. Nogen som følger med. Nogen som har gejst"* (Teamleder)³.

I interview med helsepiloterne er der både eksempler på medarbejdere, som har meldt sig frivilligt på baggrund af information om projektet, og medarbejdere, som har meldt sig på baggrund af en opfordring fra deres teamleder. Enkelte steder har interessen været så stor, at der har været kampvalg blandt de interesserede. På enkelte arbejdspladser har der været en direkte forventning om og opfordring til, at sikkerhedsrepræsentanten påtog sig opgaven som helsepilot.

De medarbejdere, der har meldt sig frivilligt og/eller på baggrund af en positiv opfordring fra teamlederen, fremhæver en række forskellige motivationsfaktorer, herunder at:

- projektet faldt sammen med egne interesser, fx dyrkede motion i forvejen,
- personen var frisk på at prøve noget nyt/det lød spændende,
- personen fik mulighed for at gøre noget for sine kolleger/jeg kunne give noget til min gruppe,
- personen fik lov at dyrke motion i arbejdstiden.

Opsummerende fremhæver helsepiloterne et manglende informationsniveau i rekrutteringsforløbet og en uklarhed om, hvad der lå i rollen som helsepilot. Trods et manglende informationsniveau meldte flere sig af blandt andet de ovenstående grunde. Sammen med vurderingen af, at helsepilotens personlige egenskaber – i tilbageblik – har vist sig afgørende for den videre implementering, kunne der have været skelet mere til at få opfyldt sådanne egenskaber i den indledningsvise rekruttering.

3.2 Uddannelsen til helsepilot

I kraft af det manglende informationsniveau under rekrutteringen mødte mange af de kommende helsepiloter op til uddannelsen med behov for afklaring omkring funktionen som helsepilot. Mange nævner, at der gik en dag eller to af uddannelsen, før de blev klar over, hvad rollen og ansvaret som helsepilot indebar, og at omfanget var overvældende. Flere blev over-

³ I bilag 4 beskrives, hvilke egenskaber der vurderes som centrale i forhold til at gøre en god helsepilot.

rasket over mængden af opgaver i helsepilotfunktionen, som omfatter en række administrative og praktiske opgaver ved siden af deres funktion som almindelig ansat på arbejdspladsen.

Flere fremhæver en uklar sammenhæng mellem uddannelse og "virkelighed" og en oplevelse af, at indholdet på uddannelsen, og det der blev forventet af helsepiloten, var urealistisk i forhold til hverdagen på arbejdspladsen – både hvad angår helsepilotens personlige kompetencer, tiden til at løfte opgaven og de rammer og begrænsninger, arbejdspladsen sætter for aktiviteter (hvilket vil fremgå af de senere afsnit).

Uddannelsesforløbet modtager generelt ros fra helsepiloterne for undervisernes evne til at motivere deltagerne, for et godt og fagligt relevant indhold i undervisningen, for at give redskaber at arbejde videre med på arbejdspladsen, for at de kommende helsepiloter selv var igennem test og udarbejdelse af helseprofil samt for den høje grad af aktivitet, som var indlagt på uddannelsen.

Alle helsepiloter har således gennemført et seksdages uddannelsesforløb, og på mange af de medvirkende arbejdspladser har teamlederen deltaget på uddannelsens sidste dag. Enkelte steder har projektlederen deltaget på det fulde kursus. Opsummerende er indtrykket, at uddannelsens første dage kunne have været udnyttet optimalt, hvis helsepiloterne havde været bedre informeret om funktionen og ansvarsområderne fra begyndelsen.

3.3 Test og kategorisering

For at skabe opmærksomhed omkring projektet har mange helsepiloter indledningsvist, for størstedelens vedkommende i begyndelsen af 2009, præsenteret projektet i forbindelse med et personalemøde eller lignende. Andre har afholdt et større kick-off-arrangement for medarbejdere i kommunen med information om sund kost, konkurrencer, kommende aktiviteter, boder mv. Uanset præsentationens karakter har alle helsepiloter lagt vægt på, at det var et tilbud, og at deltagelse var frivillig.

3.3.1 Test

Helsepiloterne oplever generelt, at uddannelsesforløbet har givet dem en klar "køreplan" for de test, som skulle finde sted blandt kolleger på arbejdspladsen, og som skulle ende med en sondring mellem kolleger i risiko for sygefravær og kolleger uden for risiko. Størstedelen af helsepiloterne melder om stor opbakning, tilslutning, nysgerrighed og interesse fra deres kolleger i den indledende fase og i forbindelse med test.

Det generelle indtryk fra interview med helsepiloter er imidlertid, at der gik lang tid med de fysiske test og udfyldning af helseprofiler, og at rækken af test, som forudsatte kontakt til hver enkelt medarbejder, var vanskelige at indarbejde i arbejdsdagen. På flere arbejdspladser varede testperioden i op til to måneder og opleves at have været en stopklods i forhold til at udnytte den umiddelbare motivation for projektet, som herskede blandt helsepiloter såvel som blandt kolleger i begyndelsen af testperioden. Helsepiloterne beskriver ofte testperioden som "*lang og sej*", "*et puslespil at få samlet folk*" og "*mere tidskrævende end forventet*", mens det også nævnes, at "*testperioden blev gjort til noget hyggeligt*" i form af morgenmadshygge efter endt test. På enkelte arbejdspladser blev alle test gennemført i løbet af 14

dage, hvorefter det hurtigt var muligt at igangsætte aktiviteter for kolleger i risiko for sygefravær. I de tilfælde er det dog karakteristisk, at helsepiloten kommer fra et team (fx et fysioterapiteam), der ikke kan siges at repræsentere en gennemsnitlig arbejdsplads for de medvirkende helsepiloter.

3.3.2 Kategorisering

Som basis for at finde frem til målgruppen for aktiviteter i arbejdstiden var testperiodens formål som sagt at gruppere kolleger i dem, som var i risiko for sygefravær, og dem, som var uden for risiko. I Raskijob har der været budgetteret med, at 10% af medarbejderne i de medvirkende team ville være i risiko for sygefravær (jf. bilag 5). I praksis har gruppen af medarbejdere vist sig at være større, og gruppen blev i marts 2009 i stedet udregnet til at ligge mellem 30 og 50% (jf. bilag 5).

Overskridelsen af de 10% har betydet økonomiske udfordringer for projektet, da flere medarbejdere end forventet skulle tilbydes aktiviteter i arbejdstiden, og at den tid, medarbejderne brugte på aktiviteter, fortsat skulle refunderes inden for projektets budgetramme⁴. Udfordringerne blev diskuteret på et partnerskabsmøde i marts 2009, hvor der ikke blev fastlagt en fælles strategi for, hvordan kommunerne skulle forholde sig til overskridelsen.

At der ikke blev fastlagt en fælles strategi har betydet, at overskridelsen i nogle kommuner er håndteret ved at forholde sig restriktivt og reducere gruppen i risiko ved at vedtage, at medarbejdere skulle være i risiko på to eller flere parametre frem for et enkelt:

Vi måtte jo kigge på dem, der faktisk var gule medarbejdere, og sammen med projektledelsen skære lidt i dem, fordi vi var for mange. Man valgte på dette sted at sætte fokus på de biologiske parametre og fravælgelivsstilsparametre m.m., hvilket sikrede en nedgang i gule til ca. 50%. (Projektleder).

Andre kommuner har forholdt sig afventende til overskridelsen og tilbudt aktiviteter til alle, som i første omgang viste sig at være i risiko. At give tilbuddet til den store målgruppe uden skærpelse af kriterier har dog mange steder betydet, at tiden til aktiviteter blev reduceret fra 2 timers aktivitet pr. uge pr. medarbejder til 1 eller ½ times aktivitet:

Det, at der var så mange (i risikogruppen, red.), det gjorde jo, at vi måtte nøjes med at gå i 1 time. Hvis vi nu havde været færre, så kunne vi måske have gjort noget mere og på flere timer. Man kunne have rykket lidt mere. Men sådan blev det ikke (Helsepilot).

Konsekvensen af overskridelsen, og de ændringer den har medført flere steder for definitionen af at være i risiko for sygefravær, har været, at testperioden dels blev længere end forven-

⁴ De medvirkende kommuner har selv stået for at finansiere 30% af medarbejdernes og helsepiloternes timeforbrug i forbindelse med afholdte aktiviteter (jf. <http://www.raskpaajob.dk/index.html>).

tet, og at kategoriseringen flere steder blev forbundet med utilfredshed blandt de medarbejdere, som alligevel ikke kunne modtage et tilbud om aktiviteter i arbejdstiden.

Betydning af kategorisering

Uanset hvordan den enkelte kommune, og de medvirkende team inden for kommunen, har forholdt sig til overskridelsen, har alle gennemført test og kategorisering af medarbejdere.

For medarbejdere uden for risiko viser interviewmaterialet, at kategoriseringen har medført forskellige grader af jalousi, irritation og skuffelse, men også opbakning og støtte til kolleger, som har vist sig at være i risiko for sygefravær:

Jeg synes, at de kolleger, som ikke kunne være med, fordi de nu var gode nok (uden for risiko, red.), generelt har været gode til at sige: "Ej hvor er det stærkt, at der er nogen, der kan få noget hjælp, og så må vi andre måske løbe lidt stærkere" (Helsepilot).

En konsekvens af reaktionen blandt medarbejdere uden for risiko har ligeledes været, at kategoriseringen på flere arbejdspladser er ophævet, således at aktiviteterne er blevet tilbudt alle og er lavet i fællesskab:

Vi startede med, at vi kun havde medarbejdere i risiko med ud. Det syntes medarbejderne uden for risiko var rigtig øv, for de ville gerne være med. Så vi blev enige om at holde det fælles. Vi har et kvarter hver dag, hvor vi laver noget, og det er både gule og grønne. Og alle er med. De grønne, de trækker rigtig meget. De hjælper rigtig meget til (Helsepilot).

Opsummerende kan der peges på forskellige aspekter af *test og kategorisering*, som har fået betydning for den videre implementering og projektets samlede effekt.

3.3.3 Hæmmer

- Testperioden er gennemført i alle deltagende team, men har været hæmmet af vanskeligheder ved i dagligdagen at finde tiden blandt kollegerne til at gå fra til test. Konsekvensen har været testforløb på op til to måneders varighed i størstedelen af de medvirkende team. Den lange testperiode opleves at have forhindret udnyttelse af den umiddelbare motivation for projektet, som herskede blandt helsepiloter såvel som blandt kolleger i begyndelsen af testperioden.
- Kategoriseringen har været hæmmet af, at medarbejdere undervejs er blevet udelukket fra projektet efter at være inkluderet. Årsagen har været nedskæringer i projektet som følge af, at de estimerede 10% ansatte i risiko i stedet viste sig at ligge mellem 30 og 50%.
- Desuden har kategoriseringen været hæmmet af, at det i flere team har været vanskeligt at skabe en generel forståelse for, at nogle ansatte er med i projektet, og andre ikke modtager tilbuddet. En konsekvens har eksempelvis været at ophæve

kategoriseringen, således at alle ansatte har fået mulighed for at deltage i aktiviteter på arbejdspladsen.

3.3.4 Fremmer

- Implementeringen af test og kategorisering har været fremmet af en generel opbakning og nysgerrighed for projektet blandt kolleger på de medvirkende ældre-enheder.
- Desuden er test og kategorisering blevet fremmet i kraft af, at uddannelsesforløbet har givet helsepiloterne en "køreplan" i forhold til at gennemføre de fysiske test og udarbejde helseprofiler.

3.4 Aktiviteter

De aktiviteter, som helsepiloten har været ansvarlig for at iværksætte for medarbejdere i risiko for sygefravær, er som sagt netværksdannelse på arbejdspladsen, individuelle samtaler med sygdomstruede kolleger samt motionsaktiviteter.

3.4.1 Økonomiske udfordringer

Som udgangspunkt var der til helsepiloten afsat 5-7 timer ugentligt til aktiviteter og ca. 2 timer pr. uge til hver deltagende medarbejder (beregnet på baggrund af de estimerede 10%). På grund af overskridelsen blev helsepilotens timetal reduceret indledningsvist i 2009. Fire helsepiloter beskriver forløbet således:

Der var 7 timer om ugen til motion fra start. Der blev strammet op undervejs de fleste steder, da lederne blev informeret om, at der var færre penge end beregnet.

Vi fik jo 3,5 timer som helsepilot, da der var skåret ind til benet.

Det lød så flot og godt og wauv. Nu skulle vi virkelig... og alt muligt. Og så blev tingene lige så stille, jamen "det er der ikke penge til", "der har været en regnefejl" osv. Stille og roligt blev der pillet fra.

Jeg synes, vi har trukket meget tilbage. Så var der to timers motion, så kom man og sagde, at "nu er der kun en halv time". Sådan er det hele tiden blevet mindre og mindre. Så jeg synes faktisk kun, at vi har undskyldt over for kollegerne, siden det blev præsenteret, og sagt, "nej, det er ikke helt rigtigt alligevel."

Af interviewmaterialet fremgår det, at det er forskelligt, hvor orienterede helsepiloterne har været om de økonomiske udfordringer i projektet. Det er således forskelligt fra kommune til kommune, i hvilket omfang projektlederne har valgt at involvere helsepiloterne i økonomien. Mens flere projektledere har meldt den økonomiske situation detaljeret ud til helsepiloterne

og foretaget stramninger i indsatsen, har andre projektledere holdt inde med informationen og kørt projektet videre uden store konsekvenser for indsatsen og aktiviteterne:

Vi fortalte dem, "go for it", og hvis vi lige pludselig ikke har nogen penge, så må vi diskutere det. Men de vidste ikke konkret, hvad det var for noget. Jeg er ikke gået i detaljen med konsekvenserne – det har været noget, at min chef og jeg har diskuteret – og hvad vi gør i tilfælde af, at der lige pludselig ikke er flere penge (Projektleder).

Størstedelen af projektlederne udtrykker frustration omkring projektets initiativtagere og måden, hvorpå situationen omkring de økonomiske udfordringer er håndteret. Frustrationen handler primært om, at der ikke har været en fælles opfølgning, hvorledes man som kommune og projektleder skulle/kunne agere i situationen:

Når der fx har været et problem med en regnefejl, så har man ikke fulgt op og sagt, nu får I et nyt budget, så I kan se, hvordan det hænger sammen. Så har folk selv måttet sidde og få det til at hænge sammen på en eller anden måde (Projektleder).

Som nævnt har dette medført, at nogle kommuner har forholdt sig restriktivt og strammende, mens andre kommuner har valgt at se tiden an i forhold til, hvilke konsekvenser regnefejlen ville resultere i. Særligt i kommuner, hvor helsepiloten har været informeret om de økonomiske udfordringer, er projektet stødt på udfordringer i forhold til at fastholde motivationen for projektet blandt helsepiloterne. Helsepiloten har haft den videre kontakt til teamets medarbejdere og har, som de ovenstående citater illustrerer, oplevet at skulle trække i land med både deres egen og kollegernes tid til projektet, samt hvem der kunne deltage – dette inden aktiviteterne overhovedet var kommet i gang.

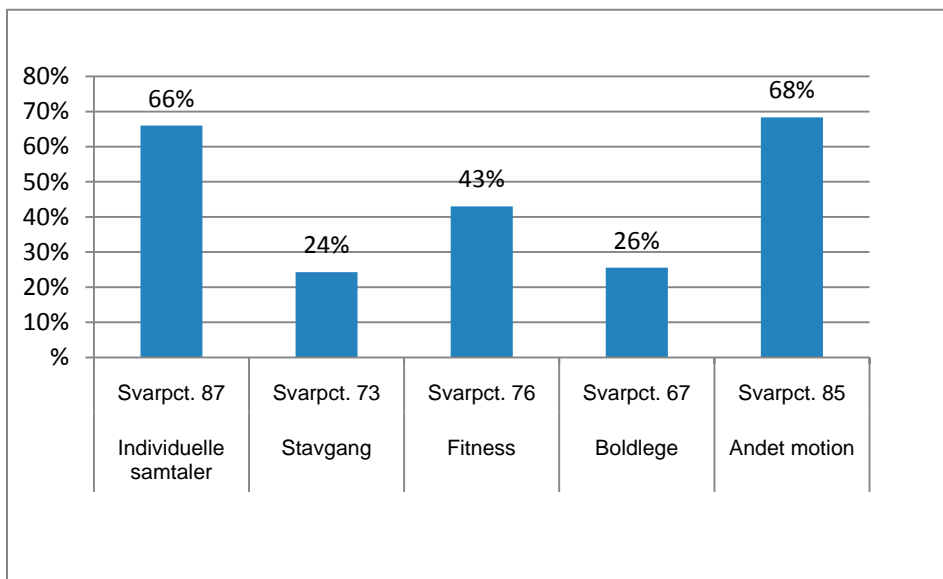
3.4.2 Iværksatte aktiviteter

På mange arbejdspladser kom helsepiloterne i gang med aktiviteter i april 2009. Nogle startede med gåture for at komme i gang:

Vi startede simpelthen kort og godt ud, bare for at komme i gang, med at gå ture. Og så brugte vi de gåture til at snakke om, hvad vi så skulle, og hvad folk kunne tænke sig (Helsepilot).

Helsepiloterne har været ansvarlige for at etablere netværk, gennemføre individuelle samtaler og motionsaktiviteter i de medvirkende team. For at få et indtryk af, i hvilket omfang aktiviteterne er iværksat, gennemførtes i maj 2009 et mindre spørgeskema blandt helsepiloter til opsamlingsdage i Svendborg, hvor 170 af de 270 uddannede helsepiloter deltog. Herunder er en figur opgjort på aktiviteter iværksat for medarbejdere i risiko for sygefravær. Det fremgår, hvor mange der har besvaret spørgsmålene og hvor mange der heraf har gennemført de pågældende aktiviteter. I de efterfølgende afsnit kommenteres figuren.

Figur 3.1 Aktiviteter iværksat for medarbejdere i risiko for sygefravær



Netværk

I Raskijob er netværkene tænkt som: *En gruppe, hvor kolleger kan mødes og systematisk tale om deres trivsel og sammen inspirere hinanden til, hvordan den enkeltes trivsel kan udvikles (Inspirationsmateriale til helsepiloten. Kan rekvireres hos Jesper Thornemann Rasmussen).*

I praksis er netværk mellem kolleger ikke sat i gang i det omfang, det var forventet. Interviewmaterialet vidner om, at det blandt andet skyldes for få deltagere, og at den snak om trivsel og indbyrdes inspiration, som netværket skulle give mulighed for, allerede forekommer i forbindelse med andre aktiviteter – eksempelvis gåture. De få steder, hvor netværk er blevet etableret, berettes der om følgende:

Vi har det også med kollegerne. Vi hører til, hvordan det går, hvordan de har det, om der er noget, de gerne vil gøre anderledes. Det hører også med i projektet, at man må holde netværksmøder af den slags ca. hver 14. dag (Helsepilot).

På grund af manglende opbakning til netværksdannelse blandt kolleger er der eksempler i interviewmaterialet på, at der i stedet inviteres på skovtur, hvilket har tiltrukket flere: *I starten inviterede man til netværksmøde, og der kom næsten ingen. Så lavede man det til skovtur, og så trak det mange flere til (Helsepilot).*

Individuelle samtaler

En anden af helsepilotens opgaver har været at gennemføre individuelle samtaler med kolleger i risiko for sygefravær. Den individuelle samtale beskrives som: *Et værktøj, der kan bru-*

ges i alle sammenhænge, hvor fokuspersonen har et ønske om udvikling, forandring og læring. Målet er at udvikle opmærksomhed, koncentration og klarhed over den konkrete situation, som fokuspersonen er i (Inspirationsmateriale til helsepiloten. Kan rekvireres hos Jesper Thornemann Rasmussen).

Figur 3.1 viser, at den individuelle samtale i praksis ofte er taget i brug. 66% af de helsepiloter som har besvaret spørgsmålet, svarer ja til at have afholdt individuelle samtaler med kolleger. Interviewmaterialet viser, at samtalen i høj grad har været anvendt i forbindelse med testperioden, hvor også helseprofilen er udarbejdet. Samtalen har typisk taget afsæt i testresultaterne og har primært handlet om, hvad kollegaen kunne tænke sig at deltage i af aktiviteter og hvilke målsætninger vedkommende ville arbejde med:

Vi nåede at holde den første samtale, hvor vi både snakkede om det skema, de udfyldte, hvad deres mål var mv. Jeg synes, vi havde en god snak om, hvad de netop kunne tænke sig med kost, og der var mange af dem, der lige skulle tabe nogle kilo inden bikinisæsonen – så det var en god snak (Helsepilot).

Samtalen er således brugt til at igangsætte aktiviteter på baggrund af kollegernes ønsker, men også til at følge op på motionens virkning mv.

Enkelte har brugt samtalen til afdækning af mere private problemstillinger, hvilket, ifølge helsepiloterne, har medført samtaler, hvor de fik indsigt i forhold, som kunne være vanskelige at håndtere/forholde sig til – særligt som kollega. Blandt helsepiloter som har brugt samtalen på denne måde, beskrives den typisk som *en stor udfordring, meget uoverskueligt og overvældende* og indebar en oplevelse af, at man som helsepilot skulle håndtere *store problemer* af både personlig og arbejdsrelateret karakter:

Det var hver og en, de brød alle sammen mere eller mindre sammen. Samtalerne blev hævet alt for højt op på uddannelsen. Der kunne være gjort mere ud af at formidle, at man ikke behøvede spørge så dybt ind (Helsepilot).

Som interviewmaterialet vidner om, er det de færreste helsepiloter, der har valgt at benytte samtalen som et redskab til en dybdegående dialog om individuel trivsel, forandring og læring. Derimod har mange helsepiloter enten benyttet samtalen i forbindelse med testperioden eller valgt slet ikke at gennemføre den. Det ovenstående citat vidner om, at nogle helsepiloter har befundet sig i en uheldig situation, som de ikke har følt sig klædt på til, fordi de har været usikre på både samtaleformen og deres egen rolle i samtalen.

Motion

Som sagt har mange helsepiloter anvendt den individuelle samtale til at afdække ønsker og behov blandt de sygdomstruede kolleger og har tilrettelagt aktiviteterne på baggrund af, hvad der har været størst efterspørgsel efter. Andre helsepiloter, som har afstået fra den individuelle samtale, har lavet brainstorm med de sygdomstruede kolleger i fællesskab og sat gang i de aktiviteter, som havde størst tilslutning.

Af figur 3.1. fremgik det, at 68% af helsepiloterne har iværksat andre motionsaktiviteter end stavgang, fitness eller boldlege. Herunder viser tabel 3.1, hvilke andre motionsaktiviteter projektet har indeholdt.

Tabel 3.1 Uddybning af svarkategorien "Anden motion"

	Frekvens	%	Gyldig %
Gåture	18	13	24
Blandet motion	18	13	24
Gymnastik, motionsrum	8	6	11
Lege	7	5	9
Gang og løb	7	5	9
Løb	4	3	5
Cykling, spinning	3	2	4
Svømning	1	1	1
Andet	5	4	7
Ikke relevant	4	3	5
Besvarede	75	53	
Ubesvarede	66	47	
Total	141	100	100

Tabellen viser, at gåture og blandet motion har været anvendt af hver fjerde helsepilot:

Vi har været rigtig meget ude at gå. Det var det, der var fokus på hos os. De ville simpelthen gerne ud og have noget luft og mærke, hvordan vejret var lige i dag. Så rigtig mange gåture, både powerwalking og stavgang (Helsepilot).

Alle har kunnet være med på en gåtur, og det har givet mulighed for at komme af sted, selv om der var ganske få deltagere. Gåture har således været afviklet på både tomandshånd og i større grupper. Det fremgår af interviewmaterialet, at gåturene har været rum for megen samtale og således også en anledning til både at sætte fokus på individuelle problematikker og kost. Helsepiloterne har flere steder benyttet gåturen til at tale om diverse emner og give gode råd om kost og motion.

Tabel 3.1 viser desuden, at 11% har lavet forskellige former for gymnastik med deres kolleger. Af interviewmaterialet fremgår det, at enkelte har haft adgang til motionslokaler på arbejdspladsen og har anvendt disse til gymnastik- og fitnessaktiviteter. Mangel på faciliteter i form af lokaler og redskaber har dog sat begrænsninger for mange:

Du kan jo ikke bruge en boldleg her. Der skal du bruge en gymnastiksal. Det var ikke til at overføre til arbejdspladsen og kollegerne (Helsepilot).

På trods af, at manglende lokaler har repræsenteret en udfordring på flere arbejdspladser, viser tabel 3.1, at leg er iværksat af godt 9% af de helsepiloter, som har besvaret spørgsmålet.

Interviewmaterialet bekræfter entydigt, at motionsaktiviteter har været anvendt hyppigt i de medvirkende team. Motion har dels været den mest tilgængelige aktivitet for helsepiloterne og har dels vakt den største interesse blandt målgruppen af kolleger i risiko for sygefravær. Der vendes tilbage til kollegernes deltagelse i aktiviteter i afsnit 3.5.

I forhold til at dyrke motion i arbejdstiden berettes der i interviewmaterialet om en række konkrete og praktiske udfordringer, som har fået betydning for implementeringen af aktiviteterne. Udfordringerne beskrives efterfølgende og drejer sig om opbakning fra den daglige leder, planlægning, samt hvordan motionsaktiviteter *uden for* arbejdstiden for flere er endt med at være eneste mulighed.

3.4.3 Ledelsens opbakning

Ifølge helsepiloter og projektledere har ledelsens opbakning været afgørende for, hvorvidt det er lykkedes at iværksætte aktiviteter i arbejdstiden. Det er også konklusionen fra fokusgruppeinterview med teamledere fra to af de medvirkende kommuner, hvor det understreges, at teamlederens primære rolle i projektet her har været at stå for planlægningen, således at de medarbejdere, som skulle deltage i aktiviteterne, fik fri til det i arbejdstiden. Derigennem har teamlederen kunnet signalere, at der er opbakning til projektet og helsepiloternes indsats. Flere helsepiloter beretter i forlængelse heraf om god opbakning og insisterer på projektet fra teamlederen:

Hvis du har en leder, der er meget positivt stemt for det, jamen så vil de også arbejde for at skabe rammerne til det. Det kan netop være, at der bliver givet besked til kontoret at, "jamen det må i finde ud af, pigerne skal ud og motionere" (Helsepilot).

De steder, hvor teamlederen ikke har bakket projektet op, har konsekvensen været, at aktiviteter enten ikke er kommet i gang, eller at de er placeret uden for arbejdstiden.

Det der med at gå tiggergang, det er hårdt. Noget af det, vi snakker om i projektledergruppen, er, at ledelsen (teamlederen, red.) skal meget mere på banen. Det er meget vigtigt, at lederen er med, for hvis det kører uden om lederen, så virker det ikke. Det bliver jo heller ikke lederens projekt (Projektleder).

Interviewmaterialet vidner om, at teamledernes manglende opbakning i mange tilfælde handler om, at de ikke har været tiltænkt en aktiv rolle i projektet og derfor ikke har været involveret eller ladet sig involvere på samme måde som helsepiloten i det enkelte team og projektlederen i kommunen. Desuden synes den manglende opbakning at handle om projektets idé med at hente vikarer ind til at dække den tabte arbejdsindsats. Dette betegnes i interviewmaterialet som *urealistisk at praktisere*, da fraværet fra arbejdet i forbindelse med aktiviteter ofte blot drejer sig om en enkelt time ud af den samlede arbejdsdag, og at det ikke er muligt at hente vikardækning ind for en enkelt time, hvilket har stillet teamlederen over for en udfordring i forhold til at planlægge arbejdsdagen.

3.4.4 Planlægning

I team, hvor lederen har støttet motionsaktiviteter i arbejdstiden, har implementeringen fortsat budt på udfordringer. At arrangere aktiviteter i arbejdstiden for medarbejdere i ældre- og hjemmeplejen har således særligt stillet store krav til planlægningen af arbejdsdagen. Det lykkes, hvor den person, som har til opgave at planlægge dagens, ugens og månedens arbejde, indarbejder aktiviteterne i arbejds- og vagtplanlægningen. Det fremhæves som en hjælp for alle, at aktiviteterne indarbejdes i planlægningen:

Vi har en rigtig god planlægger, hun lagde en time hver uge på 2 hold. Så det var faktisk 2 timer i arbejdstiden hver sin dag med 3 eller 4 kolleger. Rengøring kan modsat plejerelaterede opgaver flyttes til andre dage, så de tilbageblevne ikke føler et øget arbejdspress – det kræver dog, at planlæggeren er inde over (Helsepilot).

Det fremhæves mange steder at være en stor udfordring for både helsepilot og deltagende kolleger at gå fra i løbet af arbejdsdagen, fordi det typisk medfører et øget arbejdspress på de tilbageblevne kolleger. De steder, hvor motionen har været en del af arbejdsdagen, er der eksempler på, at aktiviteterne planlægges til at foregå i morgentimerne såvel som i eftermiddagstimerne afhængigt af, hvornår på dagen der typisk kommer færrest uforudsete arbejdsopgaver ind. Der er ligeledes flere eksempler på, at aktiviteterne planlægges omkring frokost.

Uanset teamlederens opbakning er den generelle erfaring på tværs af team, at aktiviteterne forsvinder, hvis de ikke sættes på skema og indarbejdes i planlægningen:

I starten havde vi ikke afsat tid til det, og så forsvandt projektet lidt i arbejde. Så var det, at vores leder faktisk kom og foreslog, "hvad med at vi sætter nogle dage af?". Og så er det nemmere, når man ligesom får det. Så er der tiden til det (Helsepilot).

Der er således eksempler på, at helsepiloten i fællesskab med *planlæggeren* udarbejder motionskemaer for de kommende uger, hvor de sygdomstruede kolleger kan skrive sig på efterhånden, eller hvor deres tid i forvejen er afsat til motion. At aktiviteterne er skemalagt har gjort det nemmere at integrere motionen i dagligdagen, fordi der på forhånd er taget højde for de fraværende kolleger.

Akutopgaver i løbet af dagen, sygdom og forskellige mødetider viser sig dog at være en særlig udfordring for alle både i forhold til at planlægge motionsaktiviteter for kolleger og i forhold til, at helsepiloten har behov for arbejdstid til forberedelse og administration af de afholdte aktiviteter.

3.4.5 Motion uden for arbejdstiden

En konsekvens af manglende opbakning fra teamlederen og/eller store udfordringer i forhold til at integrere aktiviteter i arbejdstiden har været, at motionsaktiviteterne har fundet sted uden for arbejdstiden. Tiden brugt til motion er fortsat refunderet og finansieret inden for projektet. Om motion uden for arbejdstiden udtaler en teamleder, at: *betalt motion betyder*

ikke, at det skal ligge i arbejdstiden – men det har de (helsepiloter og medarbejdere, red.) haft lidt svært ved at forstå. Kommentaren signalerer, at der i praksis ikke findes en entydig holdning til, hvornår aktiviteterne skal og kan finde sted. Af indlysende årsager har det planlægningsmæssigt for lederne været nemmere at integrere projektet på arbejdspladsen hvor aktiviteter har været placeret uden for arbejdstiden.

Flere helsepiloter beretter imidlertid om negative erfaringer med motion uden for arbejdstiden, fordi det ofte støder sammen med andre gøremål, når arbejdsdagen er ovre. At placere motion uden for arbejdstiden har således resulteret i, at gruppen af medarbejdere, som deltager, reduceres eller forsvinder helt:

Har man først forladt arbejdspladsen, er der mange, der fx bor så langt væk, at de ikke kommer tilbage, hvis aktiviteter ligger efter arbejdstid (Helsepilot).

Opsummerende har flere elementer vist sig at få betydning for implementeringen af aktiviteter.

3.4.6 Hæmmer

- Implementering af netværk mellem kolleger har særligt været hæmmet af manglende deltagelse og interesse fra kollegerne. Netværk har stort set ikke været iværksat på de medvirkende arbejdspladser.
- Implementeringen af individuelle samtaler er særligt blevet hæmmet af usikkerhed omkring samtalepartnerens karakter og helsepilotens rolle som samtalepartner. Flere helsepiloter har af den grund afstået fra at afholde samtalen.
- Implementering af motionsaktiviteter er efterhånden iværksat i størstedelen af de medvirkende team. Implementeringen har været udfordret af planlægning, sygdom og teamledere, der helt eller delvist har forhindret aktiviteter i arbejdstiden. Aktiviteter har således været flyttet til før eller efter arbejdstid og konsekvensen har ofte været et frafald blandt medarbejderne.
- De økonomiske udfordringer, som projektet stødte på undervejs, har generelt øvet indflydelse på helsepiloternes og kollegernes modtagelse af projektet og de aktiviteter, som helsepiloterne har haft mulighed for at iværksætte. Særligt i kommuner, hvor man har forholdt sig restriktiv til økonomien, har de økonomiske udfordringer fået konsekvenser for helsepiloternes og medarbejdernes tid til projektet og omfanget af iværksatte aktiviteter.

3.4.7 Fremmer

- De steder, hvor det er lykkedes at implementere den individuelle samtale, har det fremmet gennemførelsen, at helsepiloten har afholdt samtalen i forbindelse med testperioden og har taget udgangspunkt i testresultaterne. Med dette konkrete udgangspunkt har samtalen været anvendt til at lægge en plan for den enkelte kollegas målsætninger.

- De steder, hvor motion i arbejdstiden er gennemført, har implementeringen været fremmet af opbakning fra den daglige leder og derudover et godt samarbejde mellem helsepilot og arbejdstidsplanlægger. At få samstemt aktiviteterne med arbejdspladsens overordnede vagtplan og lavet skemaer med løbende tilmelding eller faste tider afsat til hver enkelt kollega har betydet, at aktiviteterne har fundet en vis rutine hen over perioden.

3.5 Deltagelse

Frem til nu har procesevalueringen vist, at projektet er stødt på en række implementeringsmæssige udfordringer. I test- og kategoriseringsfasen har det handlet om at få projektet tilpasset en ændret økonomisk virkelighed, mens der ligeledes har været et langvarigt testforløb, som kan have haft betydning for den generelle motivation for projektet og dermed også kollegernes deltagelse. Evalueringen har desuden vist, at netværksdannelse og individuelle samtaler har været anvendt i mindre grad, mens der i høj grad er iværksat motionsaktiviteter på arbejdspladserne. I forhold til at implementere aktiviteter i arbejdstiden har projektet mødt udfordringer, som særligt handler om planlægning og opbakning til ideen fra teamlederne. Manglende opbakning, planlægningsmæssige udfordringer og sygdom er alle faktorer, der i flere tilfælde helt eller delvist har sat en stopper for projektet, og som dermed også har fået betydning for medarbejdernes motivation og mulighed for overhovedet at deltage i aktiviteterne. Som konsekvens har aktiviteter flere steder været forsøgt iværksat uden for arbejdstiden, hvilket er lykkedes at gennemføre med større eller mindre succes – særligt her ses et frafald i deltagelsen fra kolleger, da fritiden indeholder en række andre gøremål, som kan være vanskelige at nedprioritere. Evalueringen har således peget på en række elementer i implementeringen, som har fået mere eller mindre direkte betydning for medarbejdernes deltagelse i projektet.

For at kunne analysere og evaluere medarbejdernes deltagelse i aktiviteter, er det en forudsætning, at aktiviteter overhovedet har været iværksat. Derfor sættes der i det følgende fokus på en type af implementeringsforløb, hvor det planlægningsmæssigt har ladet sig gøre at gennemføre aktiviteterne i arbejdstiden. Desuden sættes der fokus på det motivationsarbejde, helsepiloterne har stået overfor i forhold til at fastholde kollegernes deltagelse hen over projektperioden, og hvad der har medvirket til dette arbejde.

3.5.1 Behovet for en indsparker

På trods af god opbakning fra teamlederen omkring aktiviteterne og på trods af kollegernes indledningsvise interesse for projektet viser interviewmaterialet, at deltagelsen blandt medarbejdere i risiko har været vanskelig at opnå:

Vi kunne ikke få de gule i gang (medarbejdere i risiko, red.). Vi kunne ikke slæbe dem ud og gå, vi kunne ikke slæbe dem ud og svømme eller noget som helst. Altid gode undskyldninger (Helsepilot).

Ofte er det en forudsætning for kollegernes deltagelse og aktivitetens afvikling, at helsepiloten er til stede og selv deltager under aktiviteten: *Helsepiloten skal hele tiden være til stede. Ellers forsvinder motivationen og dermed folk.* I ferieperioder (fx hen over sommeren), hvor helsepiloten har været fraværende, har det eksempelvis betydet, at aktiviteterne holdt pause og efterfølgende har været vanskelige at etablere igen.

3.5.2 Frafald hen over perioden

Trods arbejdet med motivation og forskellige strategier til at højne og fastholde deltagelsen hen over projektperioden vidner interviewmaterialet om et løbende frafald blandt kollegerne:

Motivationen dalede, som tiden gik. Så er gejsten der jo ikke på samme måde. Jeg tror bare, det var fordi, at tiden den gik, og der ligesom ikke skete noget (Helsepilot).

Frafaldet efterlader typisk en mindre kerne af medarbejdere, som har fundet motivation til at fastholde deltagelsen:

Vi har haft stort frafald, synes jeg. Dem, som så har holdt ved, har så også været meget ihærdige. Supermotiverede. Der er virkelig sket noget. Dem, der er aktive nu, vil fortsætte (Projektleder).

Erfaringen er, at enten så er folk kørende og er med, eller også er de slet ikke med. Og de fleste har nok slet ikke været med. Det er en svær målgruppe at få aktiveret (Projektleder).

Den generelle tendens på tværs af kommuner har således været et manglende fremmøde til aktiviteter blandt medarbejdere i risiko eller et frafald i gruppen hen over projektperioden efterladende en mindre, meget aktiv og vedholdende kerne af medarbejdere. Et resultat af det løbende frafald har været, at kommunernes budget – trods de økonomiske udfordringer – har holdt projektperioden ud:

Vi har en afdeling, hvor tre medarbejdere og en helsepilot kørte i motionshold. Alle fire har sagt op. Og der er ikke nogen i afdelingen, der har lyst til at være med. De kan koble sig på en afdeling på et andet hjem, men de har ikke lyst til at være med, så det er en hel afdeling, som ikke er aktive. Selvom de står på papiret som aktive, så er de ikke aktive. Nogle af de gule medarbejdere, man måtte finde der, dem kan man låne ud til nogle af de andre. Eller pengene (Projektleder).

Pengene er således blevet fordelt på de aktive medarbejdere og helsepiloter, som har været tilbage i projektet. Mange steder har der på interviewtidspunktet (september/oktober 2009) vist sig at være penge tilbage. I en af de kommuner, som lod projektet køre uden indskrænkninger, udtaler projektlederen følgende:

Når jeg ser tilbage, så er jeg da glad for, at vi tog den beslutning, at vi kører som projektet var oprindeligt, ud fra det vi nu engang kan magte ude i marken. Og så må vi tage stilling til, hvis vi bliver mindrebemidlede. Det har vist sig, at vi tværtom har rigtig mange penge tilbage (Projektleder).

De frustrationer, usikkerheder og nedskæringer, som økonomien har medført – og som i flere kommuner er formidlet videre fra projektleder til helsepiloter og videre ud på arbejdspladsen – synes imidlertid at have berørt såvel helsepiloternes som medarbejdernes motivation og opbakning til projektet og i sidste ende også deres deltagelse.

3.5.3 Selvkørende grupper

Enkelte steder har afhængigheden af helsepiloten i forhold til kollegernes deltagelse ikke været så stor, fordi der i gruppen er opnået en form for selvjustits:

Det, der har fungeret godt hos os, det har været de grupper, der er blevet fast etableret, hvor man har været 4 eller 5, der har været sammen om aktivitet. Der har været en eller anden form for autonomi i de grupper, hvor man har trukket hinanden med. De ting, vi har planlagt, hvor det var frit, om man ville komme, har det været lige lidt for nemt bare at smutte hjem, selv om man egentlig har mulighed for at lægge tiden til afspadsering senere (Helsepilot).

I citatet fremhæves en gruppedynamik, som i sig selv har skabt deltagelse og fastholdelse og som ikke – som mange andre eksempler – har haft samme skrøbelighed i forhold til helsepilotens deltagelse. Ud over, at citatet igen understreger vigtigheden af, at tiden til aktivitet for den enkelte er afsat på forhånd, peger citatet ligeledes på fordelene ved at planlægge aktiviteter i mindre grupper, hvor de samme medarbejdere deltager fra gang til gang og opnår et fællesskab omkring aktiviteten.

3.5.4 Steder med flere helsepiloter

Interviewmaterialet viser, at der på mange arbejdspladser har været mere end én helsepilot. På sådanne arbejdspladser viser dette sig ofte at være en fordel, da der er sikret større mulighed for deltagelse blandt kollegerne, fordi flere helsepiloter har givet mulighed for at udbyde flere aktiviteter på flere forskellige tidspunkter. Fordelene har ligeledes bestået i, at helsepiloterne har kunnet aflaste og inspirere hinanden, dele arbejdsopgaver og ansvar:

Man kan køre træt, det tager meget tid, mange kræfter m.m. Det hjælper at være to. Der er meget arbejde i indberetning af timer, måder at angive timer på og andet administrativt arbejde ved siden af (Helsepilot).

Ingen af de helsepiloter, som har været flere på samme arbejdsplads, ville i tilbageblik ønske sig rollen alene. Blandt helsepiloter, som har været ene på arbejdspladsen, har en strategi handlet om at hente energi fra de kolleger, som i testperioden er vurderet til at stå uden for

sygefraværtsrisiko. Dette har ladet sig gøre, hvor kategoriseringen eksempelvis er ophævet og har været en hjælp for helsepiloten, fordi flere kolleger uden for risiko selv har været aktive i fritiden og har kunnet hjælpe til med at arrangere motionsaktiviteter, som de eksempelvis selv har erfaring med (fitness, spinning mv.). Helsepiloterne har flere steder generelt søgt at trække på de ressourcer, der har været at finde i huset, som en støtte til deres eget arbejde.

3.5.5 Motivationsarbejde

I interviewmaterialet tales der meget om motivation. For det første helsepiloternes arbejde med løbende at motivere kollegerne til deltagelse. Alle er enige om, at medarbejderne skulle have personlige mål med og lyst til at deltage:

Vi havde en, hun var klokkeklar i risiko. Der var ingen tvivl om det. Men hun kunne ikke se det selv. Hun havde det fint, og hun levede, som hun ville, og der skulle ingen forbedringer til på nogen måder. Så var der jo ingen grund til, at hun skulle være med. For det var jo ikke for min skyld. Det skulle være for hendes egen skyld. Hun skulle jo brænde for at ville være bedre ved sig selv (Helsepilot).

Helsepiloternes generelle indstilling har været, at kollegerne skulle deltage i projektet på baggrund af et eget ønske om forandring. Denne tilgang har imidlertid skabt en udfordring i forhold til både at være en af kollegerne og samtidig være indpisker, særligt når deltagelsen har svigtet, og kollegerne har præsenteret en række undskyldninger for manglende fremmøde:

At være en af kollegerne kan af og til være et problem. Det varierer lidt, hvor meget man mener, man kan drive kollegerne frem, hvor meget man kan svinge pisken, og hvor meget det er kollegernes eget ansvar (Helsepilot).

Interviewmaterialet peger på, at motivationsarbejdet for det andet handler om helsepiloternes egen motivation. Her spiller netværket blandt helsepiloter inden for kommunen en væsentlig rolle og fremhæves af mange som et vigtigt forum for selv at holde motivationen hen over projektperioden:

Efter møderne kan man holde på motivationen. Ligeledes ved telefonsamtaler med projektlederen. X har altid været tilgængelig og behjælpelig (Helsepilot).

Netværksmøderne blandt helsepiloter er afholdt i den enkelte kommune med forskellige intervaller svingende fra hver måned til tre gange i alt hen over projektperioden. På dagsordenen har været: orientering fra projektlederen, orientering om timeregistrering, erfaringsudveksling, idéudvikling og indblik i andre helsepiloters arbejde med projektet. På møderne har helsepiloterne med hinanden og projektlederen diskuteret, hvordan ens egen og kollegernes motivation fastholdes, og hvordan man som helsepilot bliver ved med at motivere kollegerne til at møde op og deltage i de afholdte aktiviteter. Det fremhæves – særligt blandt helsepilo-

ter, som har stået alene med arbejdet – som en vigtig erfaring at blive opmærksom på, at alle helsepiloter har haft de samme udfordringer og frustrationer undervejs:

Vi har haft hinanden. Vi har kunnet få afløb, hvis vi synes, der har været nogle ting, som har været frustrerende. Altså komme af med det (Helsepilot).

3.5.6 Projektlederen som motivator

Et tredje element i motivationsarbejdet har været projektlederens rolle, som dels har bestået i at have kontakten udadtil til projektgruppen i Raskijob og dels at have kontakten til helsepiloterne inden for kommunen. Projektlederens arbejde inden for kommunen har især bestået i at hjælpe og støtte helsepiloterne i deres arbejde:

At holde gang i hjulet – det er nok en af de største udfordringer. Og det er nok en af de ting, vi taler om hver gang (på netværksmøder mellem helsepiloter og projektleder, red.). Hvordan får man motiveret de der medarbejdere til at deltage i projektet? Og så er det selvfølgelig noget med hele tiden at prøve at finde på. Hvad skal vi nu gøre? (Projektleder).

I interview med projektlederne fremgår det, at det er forskelligt, i hvilket omfang de har hjulpet med at organisere implementeringen, involveret sig i helsepiloternes arbejde og søgt at fastholde helsepiloternes motivation for projektet undervejs. Som udgangspunkt har opgaven bestået i en tæt sparring med kommunens helsepiloter omkring opstarten med test, kategorisering og iværksættelse af aktiviteter på arbejdspladsen. Flere projektledere har som i nedenstående eksempel lavet en tidsplan:

Jeg har gjort meget ud af at dele tingene op for dem (helsepiloterne, red.), og føde dem med de oplysninger, de skulle have. Efter uddannelsen var de meget forvirrede. Så havde jeg et møde med dem, hvor jeg siger, jeg har lavet en plan. Til denne her dato skal I have tilbudt at have lavet helseprofiler. Til den dato skal I have haft planlagt noget motion. Og senest den her uge skal det være iværksat (Projektleder).

At projektlederen har involveret sig har dog ikke altid været ensbetydende med, at helsepiloterne blev motiveret yderligere:

På et tidspunkt måtte vi bare sige, nu slutter det. Det har været min udfordring, og er det stadigvæk. Jeg skriver og skriver, og jeg ringer og ringer og punker dem hele tiden – både gruppeledere og helsepiloter (Projektleder).

For projektlederne har det handlet om at finde en balancegang mellem på den ene side at skabe engagement og fastholdelse blandt helsepiloterne og på den anden side ikke selv at drukne i arbejde med projektet:

I starten havde de (helsepiloterne, red.) en tendens til at sige, at projektlederen gør alt. Og det gjorde jeg så. Indtil jeg tænkte, at det må jeg hellere lade være med, de skal jo også selv. Det var fx at skrive rent, lave planer, få skrevet sedler, få formidlet ud og sådan noget. Efterhånden sagde jeg, at "det kan I selv". Men i starten hoppede jeg lige i med begge ben. Yes, det vil jeg gerne (Projektleder).

I forhold til at holde motivationen højt og yde støtte som projektleder er flere både projektledere og helsepiloter enige om, at den fælles sparring kunne have været opprioriteret:

Jeg synes, X har været en fantastisk projektleder, inspirerende, positiv og alt muligt, jeg tror bare, vi skulle have haft hyppigere netværksmøder, så vi kunne holde gejsten mere oppe (Helsepilot).

Efter møderne med X kan man holde på motivationen. Ligeledes ved telefonsamtaler med hende. Hun har altid været tilgængelig og behjælpelig (Helsepilot).

Hvis man skulle lave noget tilsvarende en anden gang skulle der være mere fokus på erfaringsudveksling mellem helsepiloter. De går simpelthen døde derude. De går døde i at motivere (Projektleder).

Projektlederen fremhæves generelt af helsepiloterne som en vigtig figur i forhold til problemknusning, vejledning og gejst/motivation.

3.5.7 Hæmmer

- Særligt på arbejdspladser, hvor ledelsen har udvist modvilje, og der ikke er skabt grundlag for god planlægning af aktiviteter, er deltagelsen blevet hæmmet.
- Ferieperioder har været hæmmende for deltagelsen, og aktiviteterne har mange steder været sat på stand by eller nedjusteret kraftigt. Langvarige pauser i aktiviteterne har flere steder medført, at aktiviteter ikke er kommet i gang – eksempelvis efter sommerferien.
- De økonomiske udfordringer, som projektet stødte på undervejs, har betydet, at flere kommuner indledningsvis skar ned på antallet, som kunne deltage i aktiviteter.

3.5.8 Fremmer

Evalueringen viser, at deltagelse fremmes, når aktiviteter planlægges i mindre grupper, hvor de samme medarbejdere deltager fra gang til gang og opnår et fællesskab omkring aktiviteten. Derved skabes et fælles ansvar, som sikrer god stabilitet i fremmødet.

- Medarbejdernes deltagelse i projektet er fremmet på arbejdspladser med mere end én helsepilot. Flere helsepiloter har givet mulighed for at planlægge flere aktiviteter og på flere forskellige tidspunkter af dagen. Det har således øget muligheden for, at flere kolleger har kunnet deltage.

- Netværket i kommunen mellem helsepiloter har dannet grundlag for en sparring om både metoder og frustrationer, hvilket har skabt et overskud blandt helsepiloterne, som er bragt tilbage til arbejdspladsen. Dette overskud har smittet af på lysten blandt kolleger til at deltage og fastholde deres aktiviteter.
- Projektlederen har været en afgørende støtte for helsepiloterne og deres mulighed for at holde motivationen høj hen over projektperioden – projektlederen har derigennem været med til at fremme og fastholde deltagelsen.

4 Projektets betydning for trivsel

Som sagt i indledningen til kapitel 3 kigges der i procesevalueringen særligt på, hvilken betydning projektet har haft for trivsel, mens effekten på sygefraværet analyseres i effektevalueringen, kapitel 5. De efterfølgende afsnit beskæftiger sig således med at beskrive projektets betydning for den individuelle og kollektive trivsel, samt hvilke udfordringer projektet har indeholdt i forhold til at skabe en øget trivsel.

I projektbeskrivelsen arbejdes der ud fra følgende definition på trivsel:

Grundlæggende for dette projekt er, at trivsel er noget individuelt. Trivsel er en tilstand hos den enkelte medarbejder, og derfor er løsningerne, der skaber en arbejdsplads i trivsel, baseret på den enkelte medarbejders ønsker og drømme. Derfor vil vi starte forandringer på arbejdspladsen, der medfører øget trivsel for den enkelte medarbejder. Forandringerne opnås ved at virkeliggøre medarbejdernes ideer og ønsker for fremtiden i deres arbejdsliv.

For at højne den individuelle trivsel er der sat ind med de tidligere beskrevne indsatser for syge og sygdomstruede medarbejdere. På trods af at trivsel defineres som noget individuelt, og at den primære målgruppe er syge og sygdomstruede medarbejdere, fremlægges det som en målsætning, at der ligeledes skabes en bedre trivsel for hele arbejdspladsen. For at højne den generelle trivsel på arbejdspladsen er der således iværksat en række grønne trivselsfremmende tiltag i hver enkelt kommune, som er kommet alle medarbejdere til gode.

4.1 Fra trivsels- til motionsprojekt

Projektets hensigt har først og fremmest været at nå de syge og sygdomstruede medarbejdere med aktiviteter. Aktiviteter for sygdomstruede medarbejdere har som udgangspunkt været tænkt således, at motionsaktiviteter skulle foregå sideløbende med individuelle samtaler og netværk blandt "ligesindede". Flere helsepiloter og projektledere peger på, at Raskijob i praksis kan have spændt ben for en effekt på den individuelle såvel som kollektive trivsel, fordi fokus hurtigt blev rettet mod motion og fysiske test af vægt, kondition mv.:

Der er rigtig meget fokus på sundhed og motion. Og det har vi også haft oppe på projektledermøderne. I projektbeskrivelsen handler det ikke kun om motion, det handler også om trivsel. Problemet er bare, at der bliver taget udgangspunkt i, at alle skal lave en helseprofil, som er baseret på de fysiske test. Der er ét spørgsmål, der lyder, om man føler sig stresset. Det er helseprofilen, som alle medarbejderne bliver testet i, og så er det klart, at den bliver fokuspunktet. For hvordan skal man ellers gå i gang. Ellers skal man finde på noget andet i forhold til at have mere fokus på trivsel (Projektleder).

Citatet udtrykker en generel holdning om, at Raskijob i praksis har fokuseret meget på fysiske test og motion, og at et sådant fokus ikke nødvendigvis har primær betydning for individets og kollektivets trivsel. Flere helsepiloter og projektledere peger på, at man i stedet for fokus på fysik og motion kunne have brugt tiden på noget andet:

Man kunne fx have mødtes og spillet skak eller Wii. Så havde det været socialt på en anden måde, hvor man måske så kunne have talt om de ting, som de (helsepiloterne, red.) har lært på uddannelsen. At man ikke har for højt blodtryk, blodsukker eller har en normal BMI, er ikke ensbetydende med, at man trives på en arbejdsplads (Helsepilot).

For at fremme trivsel kunne man arrangere mange andre former for aktiviteter, samarbejdsøvelser etc. Det har været et tema på møderne med helsepiloter – fx relationsdannelse ml. kolleger – men først sidst i forløbet (Projektleder).

At implementeringen i praksis er endt med et primært fokus på motion og de mere fysiske aspekter af trivsel kan have fået betydning for tilslutningen til projektet. Således fremsættes der eksempler i det kvalitative materiale på, at meget overvægtige medarbejdere og medarbejdere i dårlig fysisk form har undladt at deltage af samme grund. En medvirkende årsag til at projektet har fået et motionsorienteret præg kan være, at det er de fysiske testværdier, som definerer, hvorvidt en medarbejder er sygdomstruet eller ej – du er således sygdomstruet og med i projektet, hvis du er overvægtig, har dårlig kondition, dårligt blodtryk mv., hvilket, som udgangspunkt, ikke inkluderer medarbejdere, som har dårlig trivsel/er sygdomstruede af andre årsager. Her var det meningen, at den individuelle samtale skulle indfange andre årsager til dårlig trivsel blandt medarbejdere, men samtalerne har kun sjældent været gennemført med dette fokus og har dermed ikke udfyldt deres tiltænkte opgave.

De medarbejdere som deltager i motionsaktiviteter er således, for det første, medarbejdere, som har ladet sig teste, for det andet, medarbejdere, som har et testresultat, der placerer dem i målgruppen af sygdomstruede og som, for det tredje, deltager i de aktiviteter, som helsepiloten arrangerer. Det blev konkluderet tidlige, at der henover projektperioden har været et stort frafald til aktiviteter blandt de sygdomstruede medarbejdere, og at det på individniveau således også er begrænset, hvor bred gruppen, som har oplevet et udbytte, er.

Den gruppe, som har ladet sig teste, har været i målgruppen og har deltaget i aktiviteter, er således en gruppe af individer, som har været motiveret for at deltage i den type (motions)aktiviteter, som har været arrangeret i forbindelse med Raskijob. Evalueringen vidner imidlertid om, at projektet synes at have haft en betydning for deres trivsel. I det kvalitative materiale beretter helsepiloter og projektledere således om, at der, blandt grupper af medarbejdere, som har fået motionsaktiviteterne til at fungere regelmæssigt i arbejds-/hverdagen, opleves at være et udbytte af projektet i forhold til en øget trivsel.

4.2 Udvalgelsesproceduren

Et andet aspekt som har fået betydning for at nå målsætningen om øget individuel og kollektiv trivsel handler om udvalgelsesproceduren, som var sammensat af test og kategorisering indledningsvist i projektperioden. Blandt helsepiloter, projekt- og teamledere fremhæves udvalgelsesproceduren af sygdomstruede medarbejdere generelt som uhensigtsmæssig i forhold til et mål om øget trivsel:

For at projektet får en effekt på trivslen, tror jeg, at det kræver, at man ikke deler folk op. Det kræver både, at man ikke deler folk op i kontrolgrupper og interventionsgrupper, og det kræver at man ikke deler inden for teamet, om man er med eller ikke er med (sygdomstruet eller ej, red.). Hvis det var et generelt tilbud til alle, tror jeg, at helsepilot-funktionen og muligheden for at lave noget i arbejdstiden kunne øge trivslen væsentligt (Projektleder).

Der peges på, at udvalgelsesproceduren risikerer at blive en forhindring for en effekt på trivslen ved, at der eksempelvis blandt de sygdomstruede medarbejdere tales om *dårlig samvittighed* over for de kolleger, som ikke deltager i aktiviteten, og som i praksis kommer til at dække den manglende bemanning i perioden. Indtrykket er – i forlængelse af de foregående afsnit – at det har været særligt problematisk – rent praktisk og i forhold til stemningen i teamet – at gå fra til aktiviteter i situationer med akut opståede opgaver og sygemeldinger samt i team, hvor aktiviteterne ikke er integreret i arbejdsplanlægningen.

Et andet aspekt af udvalgelsesproceduren handler om, at projektet, ifølge helsepiloter og projektledere, kunne have draget nytte af de medarbejdere, som ikke umiddelbart – ifølge de fysiske test af vægt, blodtryk, kondi mv. – defineres som værende sygdomstruede, og at de – frem for at blive frasortet – kunne have været tænkt aktivt ind i projektet i forhold til at få gang i aktiviteter, fastholde aktiviteter og i forhold til at skabe generel trivsel på arbejdspladsen.

I en erkendelse af fordelene ved at inkludere alle medarbejdere og ulemperne ved at selekttere mellem sygdomstruede og ikke-sygdomstruede medarbejdere kommer aktiviteterne i flere team alle til gode. Eksempelvis ved at benytte det ugentlige personalemøde til fælles aktivitet:

Alle er med og alle griner lige meget, og falder over hinanden og har det egentlig skide sjovt. Det er et fast punkt på dagsordenen, og det er også i orden med vores leder, som er med (Helsepilot).

Det er fællesskabet som rykker. Trivsel er jo en ting, som vi har snakket om. Hvor kommer den fra, og hvordan holder du fast i den. Det er utrolig svært. Men det er i hvert fald ikke så godt, hvis man piller to ud af en gruppe og siger, det er jer to, i bon'er ud nede i bunden af linjen (Projektleder).

4.3 Trivsel blandt sygdomstruede medarbejdere

Evalueringen viser, at et primært fokus på motion samt en udvælgelsesprocedure, som den anvendte, får betydning for målsætningen om, at den enkelte sygdomstruede og arbejdspladsen som sådan opnår en øget trivsel. Evalueringen peger på, at det er en særlig gruppe af ”sygdomstruede medarbejdere” projektet opnår kontakt til i kraft af tilbuddet om fysiske test og motion og peger desuden på, at der kan være en række udfordringer forbundet med at udvælge enkeltindivider til en indsats og forvente en effekt på trivslen for den samlede arbejdsplads.

Helsepiloterne er imidlertid ikke i tvivl om, at projektet har haft en betydning for trivslen hos de sygdomstruede medarbejdere, som har deltaget i de gennemførte aktiviteter. Når helsepiloterne bliver bedt om at uddybe, hvad de henviser til, fremhæves det, at aktiviteterne har medført:

- større social samhørighed,
- mere fællesskab,
- bedre kendskab til hinanden på tværs af arbejdspladsens team og faggrupper,
- større tryghed blandt kollegerne,
- mere energi,
- opmærksomhed på sund kost,
- øget arbejdsglæde,
- ”at der er noget at tale om”,
- mindre træthed,
- bedre stemning,
- større lyst til at komme på arbejde,
- ændret tone – mere familiær,
- øget omsorg,
- flere grin.

Der peges eksempelvis på, at deltagerne har lært hinanden bedre at kende på tværs af personalegrupper og vagtskift, at de kommunikerer bedre, har en større viden om og forståelse for hinandens arbejdsindsats og i kraft heraf en større villighed til at hjælpe hinanden i hverdagen:

Jeg tror, det her bygger rigtig mange sociale relationer op. Det bygger noget ansvarsfølelse op over for sine kolleger. Og sig selv. Man bliver gladere for sine kolleger, fordi man har noget sammen. Man sidder ikke kun lige og spiser sin frokost sammen. Men man er ude, og man snakker jo enormt godt sammen, når man er ude og bevæge sig. Så jeg tror på, at sådan noget her bygger en større ansvarsfølelse op over for sin arbejdsplads og sine kolleger (Helsepilot).

At få to timer om ugen hvor man bare er sammen, det kan godt være, at man motiverer, men det har langt mere social karakter end sådan et morgenmøde, hvor alle borgerne skal fordeles. Det kan næsten ikke undgå at påvirke trivlsen (Projektleder).

At aktiviteterne for sygdomstruede medarbejdere tillægges betydning for kommunikationen, samarbejdet og trivlsen som sådan, er relevant at påpege i forlængelse af to nyligt gennemførte undersøgelser, der kigger på faktorer, som medvirker til at fastholde offentligt ansatte (herunder SOSU-ansatte og sygeplejersker) i deres fag og på deres arbejdsplads (Jensen, Larsen & Lauritzen 2010; Jensen m.fl. 2010). Undersøgelsernes konklusioner peger blandt andet på, at SOSU-ansatte og sygeplejersker tillægger forhold som god kommunikation og gode samarbejdsrelationer en afgørende betydning for deres ønske om at blive på arbejdspladsen, og at sådanne og andre forhold er gode indikatorer på karakteren af den generelle trivsel på arbejdspladsen.

I forhold til Raskijob er det således også relevant at pege på den betydning projektet opleves at have haft på kommunikation, samarbejde mv. blandt de sygdomstruede medarbejdere som rent faktisk har haft mulighed for og har valgt at deltage i projektets aktiviteter.

4.3.1 Grønne trivselstiltag – for alle

Ud over aktiviteter i arbejdstiden for sygdomstruede medarbejdere har der i hver deltagerkommune været etableret en række *grønne trivselstiltag*. De grønne tiltag har været implementeret på alle arbejdspladser i deltagerkommunerne uanset om de tilhørte interventions- eller kontrolgruppen. Enkelte steder er de grønne tiltag ikke iværksat på interviewtidspunktet men i støbeskeen. En enkelt kommune har ikke fået tildelt midler til grønne tiltag grundet sen tilslutning til projektet. Inden for den enkelte arbejdsplads har alle ansatte kunnet drage nytte af de grønne tiltag, uanset om de var blevet vurderet i risiko for sygdom eller ej.

Indholdet i de grønne tiltag har været forskelligt fra kommune til kommune og eksemplerne på indhold er mange:

- Frugtordning
- Gratis entre til svømmehal
- Massage
- Yoga
- Foredrag med Chris MacDonald eller lignende
- Kanotur
- Konkurrencer: fx skridttæller
- Oplevelsestur med overnatning
- Samarbejdsøvelser og teambuilding

De steder, hvor grønne tiltag er iværksat, er de modtaget positivt og brugt af medarbejdere på tværs af interventions- og kontrolgrupperne og på tværs af sygdomstruede og ikke-

sygdomstruede medarbejdere. Eksempelvis har massage, hvor det har været tilbudt, været velbesøgt:

Det er sådan noget vi taler om en gang i mellem. Det er dejligt med lidt massage på skulderen. Jeg har jo ikke økonomi til, at jeg kan gå til massør 1-2 gange om måneden. Så må nakken sætte sig fast, og så må jeg tage de sygedage med, der skal til (Helsepilot).

Der er således også ærgrelse at spore over, at projektets ophør ligeledes betyder et ophør for grønne tiltag, særligt i kommuner som ikke tidligere har haft sundheds- og trivselsfremmende tilbud til medarbejdere i ældresektoren. Der har vist sig at været stor forskel på, hvor meget fokus kommunerne i forvejen har på sundhed og trivsel. I flere kommuner har der således været overvejende fokus på medarbejdernes sundhedstilstand – eksempelvis med tilbud om et årligt sundhedstjek af forskellige fysiske forhold meget lignende de test som Raskijob har inkluderet. I flere kommuner har der i forvejen også været gratis adgang til svømmehal, fitnesscentre og frugtkurv på arbejdspladsen:

De grønne tiltag – dem har vi i forvejen. Du går til en fysioterapeut, som der er givet timer til af vores ledelse. Hun må bruge fire timer om ugen på at lave et træningsprogram til dig. Og så skal du selv bruge det. Det gør du så i din fritid. Så har vi har gratis svømmehal. Det er også rigtig godt. Vi viser vores skilt, og så kommer vi gratis ind. Det gælder alle kommunens ansatte (Helsepilot).

Vi har en ordning, hvor vi fx har gratis fitness og gratis sundhedstjek. Og der er influenzavaccination, og du kan gå til kiropraktor, pilates, svømning og alt muligt. Det er et tilbud til alle i kommunen. Der er sat koldt vandshaner op rundt omkring på plejehjem. Der er seks massagestole, der er købt ind til ældreområdet, de har frugtordning. Så det er sådan nogle ting, der er meget fokus på i forvejen. Det er også derfor, vi har haft rigtig svært ved at finde grønne tiltag. For vi har sådan set det hele (Projektleder).

Som det sidste citat illustrerer, kan det være vanskeligt at finde på nyt i en kommune med et så massivt fokus på sundhed. Det har skabt udfordringer i forhold til at anvende pengene til grønne tiltag. I tilfælde hvor de grønne tiltag har indeholdt fællesaktiviteter for alle på arbejdspladsen – som eksempelvis teambuilding, samarbejdsøvelser, boldlege, konkurrencer, kanotur og lignende – fremhæves samme effekt som ovenfor beskrevet i forhold til de individuelle effekter. Det fremhæves, at aktiviteterne skaber sammenhold og et styrket fællesskab, og at det har stor værdi for arbejdslivet at se sine kolleger i andre sammenhænge end arbejde.

5 Effekt på fravær

5.1 Introduktion til den kvantitative analyse

I procesevalueringen beskrev vi, hvilke faktorer som har været fremmende eller hæmmende for implementeringen og resultater af de aktiviteter, der indgår i Raskijob. Nu vender vi os til den kvantitative effektevaluering, der måler, hvordan eventuelle forbedringer i trivslen og sundhedsadfærden på arbejdspladsen har påvirket fraværet og medarbejderfastholdelsen.

I den kvantitative effektevaluering analyserer vi effekterne på fraværet og fastholdelsen af medarbejdere på arbejdspladsen. Effektevalueringen er udført som et eksperimentelt design, hvor ældreenhederne i kommunerne er opdelt i *forsøgsenheder* og *kontrolenheder* efter lodtrækning. Der er således en række forsøgsenheder, som er blevet udpeget til at deltage i de tiltag og aktiviteter, der er etableret som en del af Raskijob, mens en anden gruppe kontrolenheder ikke fik mulighed for at nyde godt af programmet.⁵ For at sikre en korrekt udførelse af lodtrækningen har projektledelsen for Raskijob forestået opgaven.

Det eksperimentelle design er valgt med henblik på at efterleve Forebyggelsesfondens krav om, at projektet skal generere ny viden om, hvorvidt de støttede tiltag og aktiviteter har haft positiv effekt.⁶ Fordelen ved dette design i forhold til et design, hvor ældreenhederne selv beslutter, om de vil deltage, eller kommunerne anviser bestemte enheder til at deltage, er, at der i sådanne tilfælde kan forekomme en selektion af enheder ind i programmet, som *netop* har gavn af deltagelse. Det vil være tilfældet, hvis kommunen udvælger team med meget højt fravær, eller hvis team, der er specielt motiverede, melder sig til forsøget. Det er naturligvis ikke noget problem, hvis man evaluerer et program, hvor *målgruppen* fx er team med højt fravær, men da Raskijob er en pakke af tiltag, der potentielt kan indføres i alle ældreenheder i danske kommuner, er vi interesseret i at kende gennemsnitseffekten af programmet for en tilfældig udvalgt ældreenhed i landet. Ved at udføre forsøget som et eksperimentelt design, kan vi altså sikre, at forsøgsgruppen indeholder både ældreenheder, der potentielt har stor gavn af Raskijob, men også de enheder hvor potentialet ikke er særlig stort.

Da de forskellige aktiviteter og tiltag i Raskijob er ganske integrerede, fokuserer effektmålingen på at belyse den samlede pakkes effekt på fraværet og personaleomsætningen; i den kvantitative analyse forholder vi os altså ikke til de enkelte delelementer (såsom motion, netværk og individuelle samtaler), som programmet består af, men ser det som en helhed. Det kan også tænkes, at programmet i praksis har en positiv effekt i nogle ældreenheder, mens det har en negativ effekt i andre, og disse modsatrettede effekter i nogen grad udjævner hin-

⁵ Vi bruger skiftevis benævnelserne *forsøgsgruppen*, *interventionsgruppen*, og *deltagere* når vi omtaler personer som var med i Raskijob. Ligeledes benævner vi skiftevis Raskijob som *programmet*, *interventionen* og *forsøget*.

⁶ Raskijob var egentligt tænkt, at skulle omfatte alle ældreenheder i de kommuner, der udgjorde konsortiet, men som følge af krav fra Forebyggelsesfonden, så blev designet ændret til et randomiseret forsøg. Det kan tænkes, at have haft effekt på ældreenhedernes indstilling til projektet i det omfang de har været informeret om ændringen. Effekten på fraværet og medarbejderfastholdelsen i kontrolgruppen kan virke begge veje ("vi skal vise dem", eller "så kan det også være lige meget" holdninger).

anden. I udgangspunktet ser vi også Raskijob som en samlet pakke i denne dimension⁷. Motivationen er, at programmet potentielt kunne blive implementeret i alle landets ældreenheder uden mulighed for diskrimination af ældreenheder, hvor tiltaget måtte forventes ikke at virke. Som nævnt ovenfor svarer vi således på, hvilken effekt programpakken forventes at ville have, hvis den allokeres til en tilfældigt udvalgt dansk ældreenhed.

Effektevalueringen baserer sig på sammenligninger af det månedlige fravær for medarbejdere i forsøgs- og i kontrolældreenhederne samt andelen af personalet, der fratræder. Information om medarbejdernes fravær og fratrædelser er baseret på udtræk fra de deltagende kommuners administrative systemer. For at sikre ensartede oplysninger fra kommunerne, har AKF i samarbejde med kommunernes løn- og personaleafdelinger udarbejdet en enkel regnearksskabelon til brug for indrapportering af data (se bilag 6). Selvom kommunerne på forhånd havde godkendt denne skabelon, har det desværre vist sig at være umuligt at opnå en standardiseret afrapportering. For AKF har dette medført en betydelig ekstra arbejdsbyrde i form af validering og standardisering af de indrapporterede data.

Vi har valgt at basere analysen på *det samlede fravær* og ikke kun sygefraværet. Langt hovedparten, af det fravær kommunerne registrerer, skyldes egen sygdom, men også andre fraværstyper såsom kursusaktivitet, barnets første sygedag, fravær relateret til en arbejds-skade, tjenestefrihed eller barselsorlov forefindes i de rå data. Både fordi formålet med analysen har været at påvise eventuelle effekter af Raskijob i form af et lavere samlet fravær, men også fordi de forskellige fraværstyper kan fungere som substitutter for hinanden⁸, har vi valgt at se på fraværet samlet under ét – uanset årsagen hertil. Derudover har kun halvdelen af kommunerne leveret oplysninger om fraværstype. Analysen vil derfor give os svar på spørgsmålet, om interventionsenhederne i gennemsnit har et lavere *samlet fravær* end kontrolenhederne. Vi kan altså ikke svare på spørgsmålet, om interventionsenhederne har et lavere *sygefravær* end kontrolgruppen, fordi vi ikke ved, om en ansat var fraværende pga. fx rygsmærter, et sygt barn eller fordi hun var på kursus.

Slutteligt baserer vi analysen på *det samlede fravær*, fordi vi ønsker at tælle det fravær, der opstår som en del af Raskijob – til fx motionsaktiviteter eller uddannelsen af helsepiloter – med i analysen. Grunden hertil er, at programmet samlet set skal sænke fraværet. Hvis Raskijob blot formår at sænke sygefraværet på bekostning af et langt højere fravær til aktiviteter i forbindelse med Raskijob, så er programmet ikke økonomisk fordelagtigt at implementere. Derfor kan man sige, at vi evaluerer nettoeffekten af programmet på fraværet, dvs. en eventuel nedgang i sygefraværet som følge af bedre trivsel plus en stigning i ikke-sygdomsrelateret fravær som følge af programaktiviteter.

Hvis fraværet forbundet med Raskijob-aktiviteterne kan ses som en engangsinvestering i bedre trivsel på arbejdspladsen, så gør vi naturligvis programmet uret ved at evaluere på denne måde. I bedste fald er det imidlertid kun investeringen i seksdages uddannelsen af helsepiloterne, der kan ses som en engangsinvestering (men hvis helsepiloten fratræder sin stilling,

⁷ Vi har lavet følsomhedsanalyser, der bl.a. viser samme resultat for store, mellemstore og små ældreenheder.

⁸ Hvis fx en mor bliver hjemme for at passe et sygt barn, kan det registreres både som fx *barns 1. sygedag* eller *egen sygdom*.

skal en ny uddannes). De øvrige elementer af programmet kræver løbende investering til "vedligeholdelse" af fx motionsaktiviteter.

Givet det unikke eksperimentelle design kan statistiske test af programmets effekt baseres på sammenligning af gennemsnitligt fravær og antal fratrædelser i forsøgs- og kontrolenhederne. Ved hjælp af de registerbaserede oplysninger på individniveau kan vi i tillæg kontrollere for effekter, som kan tilskrives forskellige alders-, køns- og stillingsfordelinger af medarbejderne over ældreenheder. Ligeledes kan effekten af Raskijob som sådan tænkes at variere over disse faktorer, og programmet kan have forskellig virkning på kort og langvarigt sygefravær⁹.

Resten af kapitel 5 er opdelt i en gennemgang af data, en beskrivelse af vores statistiske analyseværktøj og resultaterne fra vores analyse.

5.2 Data

Kommunerne registrerer som nævnt medarbejdernes fravær i forskellige kategorier efter årsag. Fraværet er altid registreret med en start- og slutdato. Vi beregner varigheden af fraværsperioden som slutdato minus startdato plus én dag, således at mindste varighed af en fraværsperiode er én dag. Hvis fraværsperioden løber over weekender eller ferier tælles disse dage med. Det betyder, at vi overvurderer fraværets omfang, men det synes rimeligt at antage, at denne bias er ens i interventions- og kontrolgruppen. Analyseenheden er den enkelte ansattes antal dages fravær per måned. Fravær, der løber over et månedsskift henføres til den eller de måneder, hvor det fandt sted. Fravær for deltids- og fuldtidsansatte er vægtet ens, men i analysen kontrollerer vi for fordelingen af deltids- eller fuldtidsansatte i ældreenheden.

For at lette det efterfølgende dataarbejde var det som nævnt forudsat, at kommunerne skulle levere data i et format, som var parat til den statistiske analyse. Det ønskede dataformat var et, hvor hver observation (linje) i datasættet udgjorde analyseenheden – en person-måned (se bilag 6). Dvs. for hver måned, hvor medarbejderen var ansat, skulle der leveres en linje med oplysninger om medarbejderens sygefravær i denne måned. Værdien for sygefraværet skulle udgøre et nul for ansatte uden sygefravær i måneden. Blandt de øvrige variable vi ønskede var cpr-nummer (hvoraf alder og køn udledes), stilling, navnet på ældreenheden, oplysninger om arbejdstimer og en binær indikator for om personen var med i interventionsgruppen. Imidlertid har det vist sig, at kun to kommuner var i stand til at levere data i det ønskede format. De øvrige ni kommuner har leveret oplysninger om fravær og oplysninger om tiltrædelses- og fratrædelsesdatoer i separate regneark, som efterfølgende er klargjort til analyse af AKF.

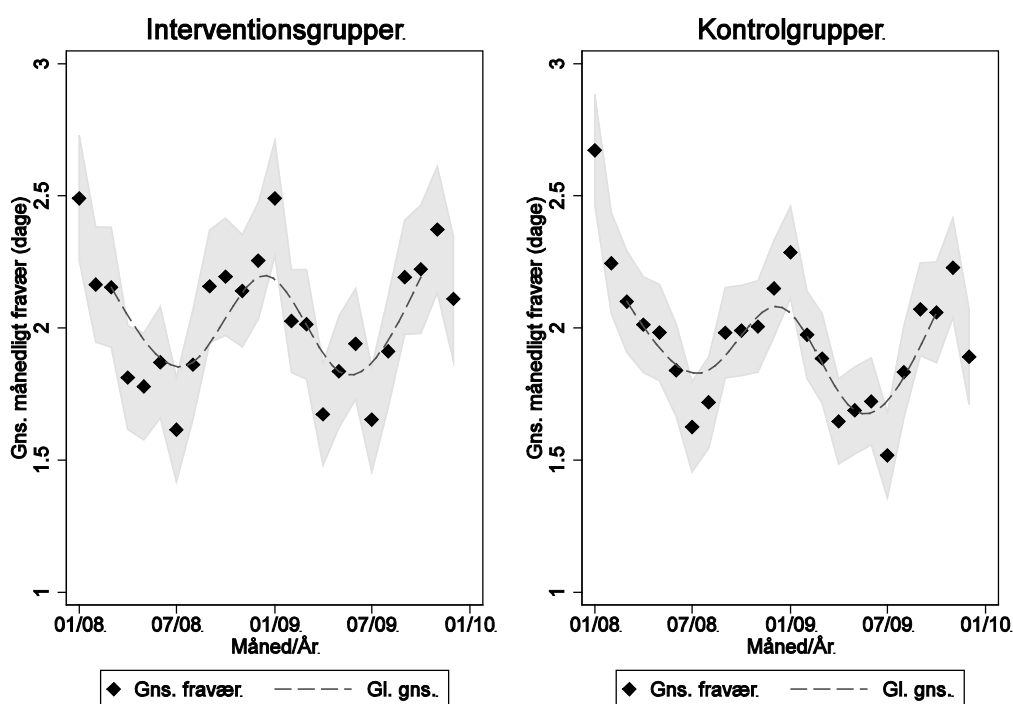
Det samlede datasæt for de 11 kommuner består af 221.487 medarbejder-måneder fordelt på årene 2007-2009 for 11.036 personer mellem 16 og 65 år. Tre kommuner har ikke leveret oplysninger for 2007, hvorfor vi koncentrerer os om perioden 2008-2009, hvor vi har

⁹ Effekten kan også tænkes at variere med typen af ældreenhed fx hjemmepleje og plejehjem, men information om type er ikke tilgængelig i vores datasæt. I praksis er det heller ikke muligt at analysere effekten separat for mænd idet de kun udgør under 4% af de ansatte.

173.927 medarbejder-måneder. Medarbejderne er fordelt på 669 forskellige ældreenheder, der i gennemsnit har 42 ansatte. I alt har medarbejdere fra 242 ældreenheder deltaget i Raskijob. Hovedresultaterne, som vi præsenterer i næste afsnit, baserer sig på de ældreenheder, der har eksisteret i hele 2008 og 2009. Nedlagte enheder er slettet¹⁰. Dette datasæt indeholder 168.816 person-måneder fra 519 ældreenheder. Resultaterne fra dette datasæt adskiller sig ikke nævneværdigt fra resultaterne for det fulde datasæt.

Figur 5.1 viser det gennemsnitlige antal dages fravær måned for måned fra januar 2008 til december 2009 for henholdsvis interventions- og kontrolgrupper i Raskijob.

Figur 5.1 Gennemsnitligt månedligt fravær fra januar 2008 til december 2009 efter Raskijob-status

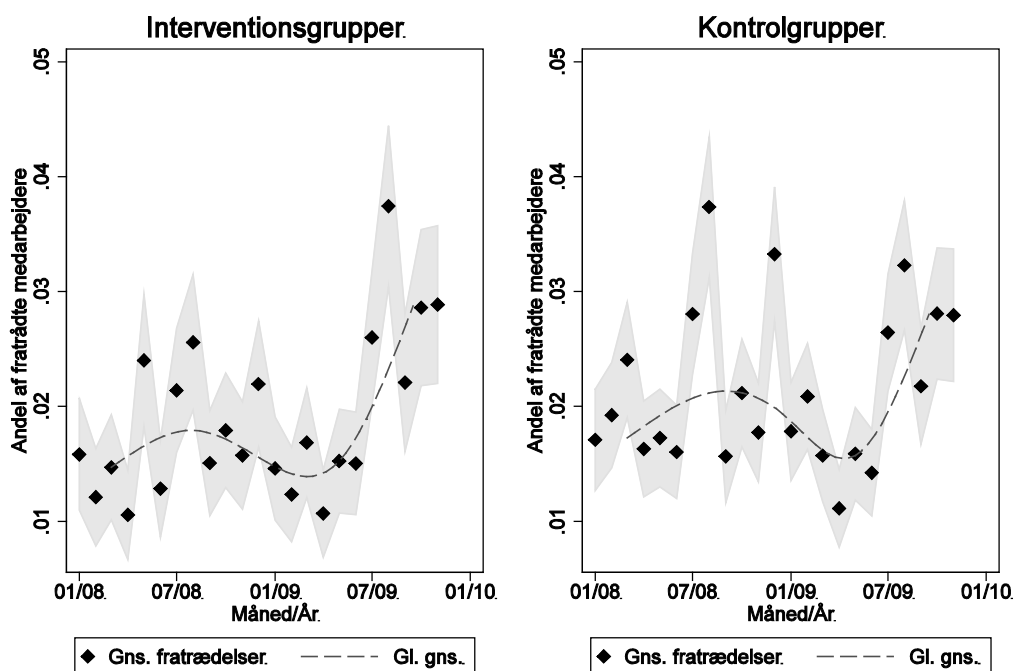


Set over hele perioden ligger fraværet på lidt under to dage per måned i både interventions og kontrolgruppen, men noget højere i vinterperioden og noget lavere om sommeren. Opdelt på år er 2008-fraværet i interventions- og kontrolgruppen henholdsvis 1.89 og 1.82 dage per måned, mens 2009-fraværet faldt en smule til 1.72 i kontrolgruppen og forblev stort set uændret på 1.91 dage per måned i interventionsgruppen.

På samme måde viser figur 5.2 andelen af medarbejderstaben, der fratræder måned for måned.

¹⁰ Vi har også lavet analyserne med disse enheder; det gør ingen forskel for det endelige resultat, om enhederne er inkluderet eller ej.

Figur 5.2 Andel af medarbejderstaben, der fratræder fra januar 2008 til december 2009 efter Raskijob-status



Note: Eksklusive Brøndby og Kolding kommuner.

I ældreenheder i kontrolgruppen er andelen af medarbejdere, der fratræder i ca. 2% per måned, mens andelen ligger en smule lavere for ældreenheder i interventionsgruppen.

Tabel 5.1 viser fordelingen af de to gruppers karakteristika. Med hensyn til de observerede karakteristika er interventionsgruppen magen til kontrolgruppen. Den eneste statistisk signifikante forskel, er, at andelen af mænd og administrative medarbejdere er lavere i interventionsgruppen. Det tolker vi som, at randomiseringen faktisk er lykkedes.

Tabel 5.1 Beskrivende statistik for interventions- og kontrolgruppen på individniveau

	Kontrol	Intervention
Alder (år)	43,7	43,3
	%	%
Under 23 år	5,1	4,8
Mænd	4,8	3,3*
Fuldtidsansatte	17,0	16,8
Ingen timeangivelse	21,0	17,7
Lille ældreenhed (under 15 ansatte)	29,4	25,8
Mellemstor ældreenhed (15-25 ansatte)	20,7	22,8
Stor ældreenhed (mere end 25 ansatte)	49,9	51,3
Ledere, administrativt og teknisk personale	5,0	3,0*
Køkkenpersonale og rengøring	8,8	10,1
Elever	2,2	3,3
Terapeuter, pædagoger og konsulenter	3,0	3,6
Hjemmehjælpere	2,5	1,9
Social- og sundhedsassistenter	12,1	13,5
Social- og sundhedshjælpere	38,8	33,8
Sygehjælpere	6,4	6,4
Sygeplejersker	5,4	9,2
Medhjælpere og ufaglærte	10,5	9,2
Observationer	96.803	72.013

Note: * Angiver at forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen er signifikant forskellig fra nul på et 5% niveau. Testet tager højde for clustering på enhedsniveau.

Køns- og alderssammensætningen i ældreenhederne kan være bestemmende faktorer for fraværet, sådan at eksempelvis enheder med mange kvindelige medarbejdere mellem 25 og 40 har et højere fravær relateret til graviditet og børns sygdom. Ligeledes kan det tænkes, at stillingsgrupper med lederansvar eller gode muligheder for selv at tilrettelægge arbejdet har lavere sygefravær fx fordi deres tilstedeværelse er påkrævet eller pga. et lavere stressniveau. Endelig kan deltidsansatte have valgt en deltidsansættelse pga. helbredsproblemer og som følge deraf have højere fravær. I det omfang forskellen i fordelingen af de nævnte karakteristika påvirker fraværet, kan vi kontrollere for det i den efterfølgende analyse, netop fordi vi observerer fordelingen. Der kan være forskelle mellem kontrol- og interventionsgruppen i uobserverede forhold som påvirker fraværet – såsom antal normerede stillinger eller medarbejdernes motivation – men lodtrækning af Raskijob-deltagelse samt stikprøvens størrelse gør, at vi med rimelighed kan antage, at det ikke er tilfældet.

5.3 Kvantitativ metode

I dette afsnit beskriver vi den kvantitative metode, vi bruger til analysen af effekten på fraværet og fastholdelsen af medarbejderne. Vi ser både på effekten af interventionen på det samlede månedlige fravær og det helt korte fravær af én dags varighed, da vores formodning er,

at den type tiltag Raskijob består af, måske i særdeleshed har mulighed for at påvirke det helt korte fravær. For at svare på om programmet har en effekt på fastholdelsen af medarbejdere, analyserer vi om medarbejdere i interventionsgrupperne i gennemsnit har højere risiko for at fratræde deres stilling end medarbejdere i kontrolgruppen.

For at vurdere om der er en signifikant forskel i fraværet mellem interventions- og kontrolgruppen under hensynstagen til fordelingen af observerede karakteristika, anvender vi forskellige regressionsanalyser. I en regressionsanalyse kan man forklare fraværet som en lineær funktion af de observerede variable, vi så i tabel 5.1, og en binær variabel der angiver om medarbejderen har deltaget i Raskijob. Den del af fraværet, der ikke kan forklares af de observerede variable, opfanges af et stokastisk fejlded. Lidt forenklet kan det skrives som

$$y_{it} = \beta_1 k_i + \beta_2 x_i + \gamma_i d_{it} + \varepsilon_{it}, \quad (1)$$

hvor venstresiden y angiver udfaldet (dvs. fravær eller fratrædelse) for individ i for måned t . Venstresiden forklarer vi som en lineær funktion af højresiden, hvor k angiver kommunen, hvori person i er ansat, x angiver de observerede variable, og d angiver, om personen deltog i Raskijob. Højresidens sidste led, residualen ε , angiver den del af fraværet, som (k, x, d) ikke forklarer. Ligning (1) estimeres uden konstantled, men i stedet med 11 kommunedummies¹¹, der fanger niveauforskelle i fravær eller fratrædelser kommunerne imellem. De græske bogstaver (β_1, β_2) angiver parametre, som vi ønsker at estimere. Vi fortolker de estimerede parameterverdier som en statistisk sammenhæng og ikke som en årsagssammenhæng. Derimod angiver (γ_i) effekten på fraværet af deltagelse i Raskijob som sådan.

Grunden til at vi har sat fodtegn t på (γ_i) er, at Raskijob ikke nødvendigvis påvirker fraværet ens over hele dataperioden, og fordi kommunerne påbegynder interventionen på forskellige tidspunkter. Vi kan tillade os at fortolke disse parameterestimerer som en årsagssammenhæng, idet randomiseringen sikrer uafhængighed mellem deltagelsesstatus og det potentielle udfald. Sammenhængen i ligning (1) estimeres ved hjælp af "mindste kvadraters metode", som er nærmere beskrevet i fx Wooldridge (2006). Vi har testet resultaternes robusthed over for den valgte parameterisering ved også at gennemføre analyserne i ikke-lineære modeller (Logit, Probit og Poisson modeller) og fundet, at resultaterne er robuste.

Som nævnt er forsøget udført som et "cluster" randomiseret forsøg (dvs. hvor randomisering er sket over de forskellige ældreenheder), mens data er tilgængeligt på medarbejderniveau. På trods af at randomiseringen er foregået på enhedsniveau, og det derfor er den naturlige analyseenhed, har vi valgt at udføre analyserne på individniveau¹². Det betyder, at vi skal tage højde for den korrelation, der kan opstå mellem de enkelte medarbejders fravær i en ældreenhed, pga. at de udsættes for eksempelvis samme ledelsesstil eller arbejdsmiljø. Hvis

¹¹ Altså 11 variable – én for hver kommune – der indtager værdien 1, hvis personen var ansat i kommunen, ellers 0.

¹² Hvis vi havde analyseret data på ældreenhedsniveau, ville vi have data for omkring 600 enheder i to år. Når vi i stedet for udfører analysen på medarbejderniveau, har vi data for over 10.000 personer i to år. En af fordelene herved er, at vi har større frihed til at køre regressionerne på udvalgte stikprøver.

vi ikke gjorde det, ville vi undervurdere standardfejlene på parameterestimerne og risikere (fejlagtigt) at fortolke statistisk insignifikante estimater som signifikante.

Selvom vi har randomiseret deltagelse over ældreenhederne, der deltager i projektet, er der alligevel nogle kilder til bias i analysen, der er værd at være opmærksom på. For det første kan der opstå bias pga. nedlagte ældreenheder, hvor medarbejdere flyttes til andre enheder (evt. i kontrolgruppen). Hvis det er kontrolenheder, der flyttes til kontrolenheder etc. er det ikke noget problem, men hvis kontrolenheder lægges sammen med interventionsenheder, eller omvendt, kan det give bias. I data kan vi se om ældreenheder eksisterer i hele perioden fra januar 2008 til december 2009. I de tilfælde, hvor en enhed er lukket, har vi forsøgt at køre analyserne både med og uden medarbejderne i disse enheder, uden at det ændrede ved det endelige resultat.

Der kan også opstå bias som følge af nogle konkrete fejl i data. For Brøndby Kommune er det ikke lykkedes os at indhente oplysninger om ansatte, som ikke optræder i fraværsstatistikken. I udgangspunktet medfører det, at vi overvurderer fraværet i Brøndby. I analysen fravær er det imidlertid ikke noget stort problem, fordi vi kan justere for niveauforskelle i fraværet ved hjælp af en kommuneindikator, men for analysen af fratrædelser er det en stor kilde til skævhed, hvorfor Brøndby er udelukket fra disse analyser. Kolding er ligeledes udelukket fra fratrædelsesanalysen, da deres data indeholder et unaturligt lavt antal fratrædelser¹³.

Hertil er der mange kommuner, hvor op til 8% af de ansatte medarbejdere har flere ansættelses og fratrædelsesdatoer, og hvor disse datoer ikke stemmer overens. Når dette har været tilfældet, har vi altid brugt den tidligste ansættelsesdato og den seneste fratrædelsesdato. I de fleste tilfælde formoder vi, at datoerne er fejlregistrerede, men der kan også være tale om ferieafløserne med gentagne ansættelser. Hvis der er en systematik i, hvilke ældreenheder der benytter ferieafløserne, kan det naturligvis udgøre et problem, men da fejlene er ens fordelt på interventions- og kontrolældreenheder mener vi ikke, at det kan være årsag til væsentlige skævheder.

En sidste bias relaterer sig til det forhold, at forsøget ikke er kontrolleret i den forstand, at vi ved, om der forekommer en *afsmitning* fra interventionsgruppen til kontrolgruppen i løbet af forsøgsperioden. Sådant en bias kan opstå, hvis kontrolgruppen begynder at motionere mere, fordi medarbejderne føler sig inspireret til det fra interventionsgruppen. Hvis fraværet falder i kontrolgruppen, som følge af en afsmitning fra interventionsgruppen, så vil vi undervurdere effekten af Raskijob (såfremt Raskijob reducerer fraværet i interventionsgruppen).

5.4 Resultater

Nedenfor gennemgår vi resultater fra analyserne for fravær og fratrædelser. Vi præsenterer to sæt resultater for fravær og et sæt for fratrædelser. I de første resultater vi gennemgår for fravær er outcome defineret som medarbejderens månedlige fraværsdage – en variabel indtager altså værdierne 0-31. Her ser vi altså på, hvordan Raskijob samlet påvirker det lange og

¹³ I Kolding er der ingen fratrædelser i 2009.

det korte fravær. Det andet sæt resultater fokuserer derimod på det korte fravær af netop én dags varighed. De sidste resultater er for fratrædelser og ekskluderer Brøndby og Kolding Kommuner. Fratrædelser måles også som en binær variabel lig med 1, hvis medarbejderen fratræder i en måned, og ellers 0.

5.4.1 Fravær

Tabel R1 viser resultater for syv forskellige modeller, hvor vi starter med den enkle model 1, der kun indeholder få forklarende variable, og gradvist tilføjet flere forklarende variable, indtil vi når den fuldt specificerede model 7. Ud over de forklarende variable der er beskrevet i venstre kolonne, inkluderer alle modeller også 11 binære kommuneindikatorer – én for hver kommune – samt 10 binære stillingsvariable (disse resultater er af pladshensyn ikke gengivet i tabellerne).

Alle syv modeller inkluderer tre variable, der fanger forskellen i fraværet mellem interventions- og kontrolgruppen i perioden 1) januar til juli 2008, hvor interventionen endnu ikke er påbegyndt nogen steder, 2) august til december 2008, hvor interventionen starter i pilotkommunerne og 3) hele 2009, hvor alle deltagende ældreenheder i Raskijob er i gang. På trods af at pilotkommunerne rent faktisk kun påbegyndte forsøget 1-2 måneder tidligere end de øvrige kommuner, der var hurtigst i gang, har vi alligevel valgt at inkludere en separat indikator for piloterne i 2008, da 2009-resultaterne er upåvirket af, om denne variabel inkluderes eller ej. De øvrige variable angiver, om medarbejderen er en mand, om vedkommende er ansat i en 37-timers stilling, personens alder, om personen er under 23 år, om ældreenheden er lille eller mellemstor (hhv. under 15 og 15-25 ansatte) og endelig en variabel der fanger tidstrend i fraværet og samme variabel kvadreret. Alle forklarende variable, undtagen effektmaalene 1)-3), alder og tidstrend, måles i januar 2008.

Model 1, der kun kontrollerer for køn, kommune og stilling, viser, at de ældreenheder der efterfølgende deltager i Raskijob, allerede i første halvår af 2008 har et signifikant højere fravær end kontrolgruppen. Fortolkningen er, at allerede før deltagelse i programmet har interventionsgrupperne et gennemsnitligt månedligt fravær, som er 0,207 dage per måned højere end kontrolenhederne givet de forklarende variable. Imidlertid udjævnes denne forskel helt, når vi i model 4 tilføjer en kvadratisk tidstrend til de forklarende variable. Dette resultat indikerer en væsentlig negativ tidstrend i data, som er udtryk for, at fraværet generelt er faldende over tid. Efter at have inkluderet alle de forklarende variable viser model 7, at projekt Raskijob øger fraværet for ældreenhederne i pilotkommunerne i 2008 med 0,425 dage per måned og med 0,323 dage per måned for alle deltagere i 2009. Begge disse resultater er statistisk signifikant forskellige fra nul. Resultaterne fra andre (ikke-lineære) modeller viser det samme mønster. Den procentuelle størrelse af effekten afhænger af, hvilken kommune medarbejderen arbejder i, da fraværsniveauet varierer meget; som nævnte ligger fraværet i gennemsnit på ca. to dage per måned, og så svarer 2009-resultatet til et ca. 16% højere fravær i interventionsgrupper end i kontrolgrupperne.

Som nævnt tidligere, så kan det tænkes, at Raskijob kun har effekt på helt de korte sygdomsforløb, hvor det der afgør, om medarbejderen møder på arbejde en dag, på trods af hun føler sig lidt sløj, måske netop er trivslen på arbejdspladsen. I tillæg vil vi gerne undgå, at

medregne fraværet til seksdages kurset for helsepiloterne, da det kan ses som en engangsomkostning i modsætning til fraværet relateret til de øvrige motionsaktiviteter, der er af en mere permanent karakter. For at undersøge denne hypotese ser vi nu på det helt korte fravær.

Resultaterne i tabel R2 viser de samme modeller, men nu for det korte fravær på højst én dag. Observationer med fravær på 2-31 dage er slettet, og derfor er det totale antal observationer faldet fra 168.816 til 135.025 person-måneder. På trods af at fortolkningen af disse resultater er anderledes, end dem vi så i tabel R1, fordi udfaldet nu er en binær variabel (variablen indtager kun værdierne 0 og 1), er mønstret det samme: betinget af det fulde sæt af forklarende variable, viser resultaterne i model 7, at pilotkommunerne (Ballerup, Billund og Holstebro) i 2008 havde en 2,67 procentpoint højere risiko for at have netop én dags fravær sammenlignet med kontrolhederne, mens alle interventionsenhederne i 2009 havde en 1,41 procentpoint højere risiko for at have netop én fraværsdag. For en gennemsnitsmedarbejder (der har ca. 9% risiko for netop én fraværsdag på en måned) svarer 2009-tallet til et 15% højere fravær, hvis medarbejderen deltog i forsøget. Raskijob-deltagelse ser altså ud til at have en øgende effekt på både det samlede og det korte nettofravær, i og med at begge typer af fravær øges som følge af deltagelse i programmet.

Når resultatet ovenfor viser, at interventionsgruppen har et højere fravær end kontrolgruppen, er det nærliggende, omend forkert, at fortolke resultatet som, at deltagerne i Raskijob bliver mere syge af at deltage. Da vi desværre kun har detaljerede oplysninger om fraværets årsag for enkelte kommuner, og fraværsoplysningerne derfor inkluderer alt fraværet, uanset om det skyldes sygdom eller kursusaktivitet mv., så vil den kortsigtede effekt af at deltage i Raskijob være et øget fravær bl.a. som direkte følge af kurser for helsepiloterne og motionsaktiviteter for medarbejderne. Det vil naturligvis være ønskværdigt at indhente data fra kommunerne og undersøge det årsagsspecifikke fravær, men det har ikke været muligt inden for projektets økonomiske rammer. Et andet forhold der retfærdigvis bør nævnes er, at tidshorisonten for evalueringen er meget kort: I bedste fald kan vi følge fraværet i 1 ½ år efter, at Raskijob påbegyndtes. Det må forventes, at de ældre enheder, der deltager i Raskijob, i begyndelsen må affinde sig med et øget fravær fx til uddannelsen af helsepiloter og sidenhen i forbindelse med projektets motionsaktiviteter. Denne omkostning skulle imidlertid gerne – på lidt længere sigt – som et minimum opvejes af en tilsvarende reduktion i sygefraværet som følge af bedre trivsel, men det er uvist, hvornår forbedringen indtræffer, og hvor længe den holder.

Det sidste sæt resultater vi præsenterer, er for andelen af medarbejdere der fratræder deres stilling. Disse resultater kan eventuelt vise om en positiv effekt fra Raskijob på medarbejdernes trivsel gør at færre ansatte fristes til at finde et nyt job. I figur 5.2 ovenfor, så vi, at sandsynligheden, for at en medarbejder fratræder, er cirka 2% per måned. Resultaterne i tabel R3 viser, at risikoen for at en medarbejder fratræder (afhængig af modellen) er mellem 0,3 og 0,02 procentpoint højere for ansatte i interventionsgruppen. Imidlertid er resultaterne

vanskelige at fortolke, fordi de er statistisk insignifikante, men tyder på at der ikke er nogen effekt fra Raskijob på andelen af medarbejdere, der fratræder i perioden¹⁴.

I tillæg til de modeller vi har omtalt ovenfor, har vi testet en række alternative hypoteser og undersøgt robustheden af resultaterne over for ændringer af stikprøven. Resultaterne af disse analyser er ikke inkluderet i rapporten, men omtales kort i det følgende.

Én hypotese, der kunne forklare det højere fravær og den øgede risiko for fratrædelse i interventionsgrupperne, er, at det skyldes øget mentalt pres på de medarbejdere, der er blevet uddannet til helsepiloter, sådan at det altså er dem, der "driver" forskellen. Vi har imidlertid kun modtaget oplysninger om, hvem der var udpeget som helsepilot fra fem kommuner, men resultatet fra en regression af fravær på de forklarende variable i model 7 viser klart, at helsepiloterne i hele undersøgelsesperioden har et signifikant lavere fravær på -0,41 dag per måned (ikke vist i tabellerne). For så vidt at resultaterne for disse kommuner er repræsentative, er der altså ikke belæg for påstanden om, at helsepiloterne skulle være blevet psykisk overanstrengt som følge af Raskijob.

Et væsentligt spørgsmål er, hvad der ud over øget fravær i forbindelse med kursusaktivitet kan forklare, at Raskijob øger det samlede fravær. I analysen i tabel R2 kiggede vi udelukkende på fravær af én dags varighed for på den måde at fokusere på korte sygdomsforløb, men også for at udelukke kursusfraværet for helsepiloterne (der i praksis var 2 x 3 dage); vi fandt, at Raskijob også øgede det helt korte fravær. For en enkelt kommune har vi modtaget meget detaljerede oplysninger om fraværsårsagerne, sådan at vi kan udskille det fravær der relaterer sig til kursusaktiviteterne etc., og fravær der skyldes egen sygdom. Når vi ser på fravær i denne kommune, der skyldes egen sygdom, så er effekten af Raskijob tæt på nul og statistisk insignifikant forskellig fra nul, hvor effekten på det samlede fravær er en øgning. Selvom resultatet for en enkelt kommune ikke er repræsentativt, og det er behæftet med statistisk usikkerhed, så tyder det alligevel på, at Raskijob ikke har haft nogen effekt på sygefraværet alene.

Vi har også undersøgt om ændringer af populationen giver forskellige effekter af Raskijob. Det har vi gjort ved at køre separate regressioner for ansatte i forskellige aldersgrupper, forskellige stillingskategorier, ansatte i enheder af forskellig størrelse, men grundlæggende ændrer det ikke resultatet fra tabel R1: For samtlige af de regressioner vi har kørt øger deltagelse i programmet fraværet for alle grupper. Ligeledes har vi kørt regressionerne igen og udelukket kommunerne en efter en for at teste om det var en enkelt kommune, der adskilte sig, men vi har ikke kunnet påvise nogen afvigere.

Opsummerende kan vi altså sige, at vi har fundet en stigning i det samlede fravær for en gennemsnitsmedarbejder, der har deltaget i Raskijob på ca. 15%. Vi fandt noget, der tydede på en effekt af Raskijob på antallet af medarbejdere, der fratræder deres stilling. Selvom alt tyder på, at randomiseringen er blevet udført korrekt, så har vi altså fundet at et projekt, der

¹⁴ Tabel R3 viser de samme modeller, som vi har set tidligere, og resultatet adskiller sig fra dem, vi så ovenfor ved at være statistisk insignifikant forskellig fra nul, på trods af at standardfejlene er små. Det betyder, at selv hvis der havde været en meget lille effekt, i størrelsesordenen 0,4 procentpoint forskel, så ville vi have accepteret den, men det er der tilsyneladende ikke engang. Som vi så i figur 6.2, er niveauet for fratrædelser meget lavt, og vi har derfor også kørt denne model i ikke-lineære modeller uden at konklusionen ændres.

er designet til at reducere sygefraværet, faktisk øger det samlede fravær. Vi understregede, at det er forkert, at fortolke resultatet som at deltagerne i Raskijob bliver mere syge af at deltage. Alligevel kan man tænke sig flere mulige forklaringer på det uventede resultat.

I interventionsgruppen har en stor gruppe medarbejdere fået testet deres helbred og er blevet kategoriseret som værende i farezonen for højt sygefravær. Et sådant prædikat kan upåagtet tænkes at legitimere sygefravær hos denne gruppe af medarbejdere. De rå data understøtter dog ikke denne hypotese. Interventionens fokus på at sænke sygefraværet kan også tænkes at have utilsigtede effekter, hvis syge medarbejdere møder på arbejde på trods af fx smitsom sygdom, eller hvis medarbejderens egen sygdom forværres ved for hurtigt at genoptage arbejdet.

For kontrolgruppen, der i udgangspunktet også var tiltænkt at skulle deltage i Raskijob, men som blev udelukket fra interventionen pga. krav fra Forebyggelsesfonden om et eksperimentelt design, kan udelukkelsen fra forsøget tænkes at have ført til, at man selv har iværksat initiativer, der sænker fraværet, eller en ændret holdning over for kolleger, der melder sig syge (som følge af en såkaldt Hawthorne-effekt, der skaber fokus på sygefraværet i kontrolgruppen pga. bevidsthed om statistisk sammenligning med interventionsgruppen).

TABEL R1: Lineær regression af månedligt fravær (dage) på forklarende variable

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7
1) Pre-Raskijob (2008)	0.207* (0.106)	0.204* (0.107)	0.0854 (0.114)	-0.0112 (0.118)	-0.0113 (0.118)	-0.0214 (0.118)	-0.0436 (0.116)
2) Piloter (2008)	0.418*** (0.142)	0.413*** (0.143)	0.375*** (0.144)	0.462*** (0.143)	0.462*** (0.143)	0.451*** (0.144)	0.425*** (0.141)
3) Intervention (2009)	0.268*** (0.0972)	0.266*** (0.0978)	0.351*** (0.104)	0.356*** (0.104)	0.353*** (0.105)	0.345*** (0.104)	0.323*** (0.103)
Mand	-0.782*** (0.134)	-0.781*** (0.135)	-0.774*** (0.135)	-0.778*** (0.136)	-0.767*** (0.135)	-0.754*** (0.136)	-0.730*** (0.136)
37 timers job		0.0122 (0.124)	0.0116 (0.123)	0.0121 (0.123)	0.0158 (0.124)	0.0227 (0.122)	0.00651 (0.119)
Trend (måned 1-24)			-0.0144** (0.00607)	-0.0776*** (0.0177)	-0.0779*** (0.0177)	-0.0774*** (0.0177)	-0.0785*** (0.0177)
Trend i 2.				0.00245*** (0.0006)	0.00247*** (0.0006)	0.00245*** (0.0006)	0.0025*** (0.0006)
Alder					-0.0102*** (0.0039)	-0.0191*** (0.0045)	-0.0189*** (0.0044)
Under 23 år						-1.062*** (0.158)	-1.061*** (0.157)
Lille ældreenhed (under 15 ansatte)							-0.255** (0.107)
Mellemstor enhed (15-25 ansatte)							0.227* (0.117)
R2	0.124	0.124	0.124	0.125	0.125	0.126	0.127
Observationer	168.816	168.816	168.816	168.816	168.816	168.816	168.816

Note: Cluster robuste standardfejl i parenteser: * $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

TABEL R2: Lineær regression af en binær variabel, der indtager værdien 1, hvis personen var fraværende netop én dag i løbet af en måned, ellers 0 (observationer med fravær > 1 dag er slettet)

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7
1) Pre-Raskijob (2008)	0.0121** (0.0052)	0.0119** (0.0052)	0.0109** (0.0051)	0.00604 (0.0054)	0.00582 (0.0053)	0.00533 (0.0053)	0.0046 (0.0053)
2) Piloter (2008)	0.0238*** (0.0063)	0.0235*** (0.0063)	0.0232*** (0.0063)	0.0277*** (0.0063)	0.0280*** (0.0061)	0.0275*** (0.0061)	0.0267*** (0.0061)
3) Intervention (2009)	0.0149*** (0.0048)	0.0147*** (0.0048)	0.0154*** (0.0052)	0.0157*** (0.0052)	0.0150*** (0.0051)	0.0147*** (0.0051)	0.0141*** (0.0051)
R2	0.118	0.119	0.119	0.119	0.124	0.124	0.125
Observationer	135.025	135.025	135.025	135.025	135.025	135.025	135.025

Note: Cluster robuste standardfejl i parenteser: * $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

TABEL R3: Lineær regression af en binær variabel lig 1, hvis personen fratræder sin stilling i måneden, ellers 0

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7
1) Pre-Raskijob (2008)	-0.0017 (0.0019)	-0.0018 (0.0018)	0.0012 (0.002)	-0.00017 (0.002)	-0.0001 (0.002)	0.0002 (0.002)	0.0001 (0.002)
2) Piloter (2008)	0.0003 (0.0021)	0.00015 (0.002)	0.001 (0.0019)	0.0025 (0.002)	0.0025 (0.002)	0.0027 (0.002)	0.0028 (0.002)
3) Intervention (2009)	0.0027* (0.0016)	0.0026* (0.0015)	0.0002 (0.0015)	0.0002 (0.0015)	0.0001 (0.0015)	0.00022 (0.0015)	0.00018 (0.0015)
R2	0.022	0.023	0.023	0.023	0.025	0.026	0.026
Observationer	139.580	139.580	139.580	139.580	139.580	139.580	139.580

Note: Cluster robuste standardfejl i parenteser: * $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$. Eksklusive Brøndby og Kolding.

Litteratur

Beskæftigelsesministeriet (2008):

<http://www.bm.dk/Beskaeftigelsesomraadet/Et%20godt%20arbejdsliv/Sygefravaer/Sygefravaer%20er%20et%20stort%20problem.aspx>

Krogstrup, H.K. (2003): *Evalueringsmodeller*. Systime Academic.

Kvale, S. (2004): *InterView – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag.

Lov om Forebyggelsesfonden (2007):

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=31112>

Jensen, T.P.; B.Ø. Larsen & H.B. Lauritzen (2010): *Social og sundhedsansattes veje på arbejdsmarkedet*. AKF.

Jensen, T.P.; H.B. Lauritzen, A.K. Kamstrup, S.M. Daugaard & S. Haselmann. (2010): *Attraktive arbejdspladser i kommuner og regioner*. AKF.

Wooldridge, J.M. (2006): *Introductory Econometrics. A modern Approach*. 3. udgave. Thomson Higher Education, Mason, Ohio, USA.

English Summary

Henrik Lindegaard Andersen and Helle Bendix Lauritzen

Implementation and Effects of the Experiment "Raskijob"

In 2007 the Danish Prevention Fund gave 22 million DKK – around 3 million EUR – to *Raskijob*, an experiment where 11 Danish local municipalities have tried to reduce the sickness absence and employee turnover by increasing the well-being among employees in the elder care sector. A key conjecture has been that well-being and sickness absence can be affected by training *health pilots*, who were supposed to initiate healthy activities (e.g. physical exercise) among employees who were at high risk of experiencing sickness absence. The elder care teams were randomised into intervention or control status and an employee on each intervention team completed a six-day health pilot course. The obligations of the health pilot were carried out parallel to the employees' normal work routines. These obligations included carrying out individual conversations, establishing networks and arranging health promoting activities for the workers who were at high risk of sickness absence. The classification of workers at high risk of sickness absence has been based on tests of the workers' health done by the health pilot. The tests were based on objective health measures such as the body mass index, blood pressure, blood glucose levels and a fitness rating, but also a subjective mental health assessment.

AKF, Danish Institute of Governmental Research has carried out the evaluation of the experiment. Our evaluation consists of two approaches. An *impact analysis* that looks at quantitative effects of Raskijob, and a *process evaluation* that documents and analyses the actual implementation of the programme, assessing whether strategies were implemented as planned and whether expected output was actually produced.

From the process evaluation we conclude that the implementation only partly has been carried out as stated in the project description. The first phase in the experiment that was to test and categorise the health of the employee was both more time-consuming than planned and the health pilots have been met by lack of understanding for the categorisation of employees in groups depending on the assessed risk of sickness absence, because this categorisation determined the employees' right to participation in the health preserving activities. In addition, lack of support to the health pilots from the team leaders has been criticised. This support has been a determining factor for whether the health activities have been placed during or after working hours. Moreover, the individual conversations between health pilot and worker and the network between the employees at high risk of sickness absence have only been established to a small degree. The evaluation shows that the health promoting activities predominantly have consisted of various physical exercise offers.

However, the qualitative analysis shows that the group of employees at high risk of sickness absence, who volunteered to participate in the testing and categorisation process and subsequently took part in the health activities (e.g. physical exercise), have reported a subjec-

tive improvement in their job satisfaction and well-being. This group has experienced that the activities improve social interaction, communication and teamwork. This subjective assessment is important to emphasise, because job satisfaction and well-being – as summarised by these measures – in a recent AKF study have been shown to be factors that are associated with a lower employee turnover in the health care sector.

The quantitative impact analysis has focused on the all cause absence – e.g. sickness or absence due to course or training activities that may be caused by participation in the experiment – and not exclusively on sickness absence. This is both because of data availability and also because of the focus in the impact analysis where we wish to evaluate the experiment from a cost-benefit perspective, accounting for beneficial effects on health (that reduce absence) and the health improving activities that has a time cost (i.e. increase absence). The impact analysis shows that Raskijob has not had the expected decreasing effect on the absence, but that the intervention groups have experienced an average increase of around 15% in total absence. We found no clear effect on the employee turnover. Note that this does not necessarily imply that Raskijob increases the morbidity, but rather that the number of days lost to course work and training purposes exceed the reduction in sickness absence caused by the possible improvement in job satisfaction and well-being among the participants.

Bilag 1: Uddannelsesoversigt

	Antal helsepiloter	Hold (antal deltagere)	Dato
Billund	28	1 (20)	1. uge: 38 (september 2008) 2. uge: 39 (september 2008)
Holstebro	48	1 (25)	1. uge: 40 (oktober 2008) 2. uge: 41 (oktober 2008)
Aabenraa	40-45	2 (22)	1. uge: 44,45 (november 2008) 2. uge: 45,46 (november 2008)
Ballerup	14	1 (10)	1. uge: 46 (november 2008) 2. uge: 47 (november 2008)
Brøndby	13	1 (13)	1. uge: 46 (november 2008) 2. uge: 47 (november 2008)
Køge	40	2 (40)	1. uge: 47,48 (november 2008) 2. uge: 48,49 (december 2008)
Randers	18	1 (18)	1. uge: 49 (december 2008) 2. uge: 50 (december 2008)
Bornholm	18	1 (30)	1. uge: 50 (december 2008) 2. uge: 51 (december 2008)
Kolding	12-14	1 (12-14)	1. uge: 2 (januar 2009) 2. uge: 3 (januar 2009)
Guldborgsund	40	2 (19)	1. uge: 3,4 (januar 2009) 2. uge: 4,5 (januar 2009)
Høje-Taastrup	26	1 (26)	1. uge: 5 (februar 2009) 2. uge: 6 (februar 2009)
I alt	352	14	

Bilag 2: Helseprofilen

	1	2	3	4	5
Transport til arbejde:	Bil, bus eller tog	Går < 2 km.	Går > 2 km	Cykler < 5 km	Cykler > 5 km
Fritidsaktiviteter (have, gåture, fiskeri, foreningsaktiv, studieaktiv)	Aldrig	Sjældent	Af og til	Ofte	Meget ofte
Motion (fysisk aktivitet i træningstøj)	Aldrig	Af og til	1-2 x/uge	3-5x/uge	Elite
Kost	Jeg tænker aldrig på mad ud fra en ernæringsmæssig synsvinkel	Jeg forsøger af og til at spise ernæringsrigtigt	Jeg tiltemper nogenlunde gode kostvaner	Jeg tiltemper regelmæssigt Gode kostvaner	Jeg planlægger altid min kost ernæringsrigtigt
Tobak	> 30 stk. cig./dag	21-30	11-20	1-10	Ikke ryger
Alkohol	Meget ofte	Ofte	Af og til	Sjældent	Aldrig
Medicin	Meget ofte	Ofte	Af og til	Sjældent	Aldrig
Symptomer (ryg, nakke, mave, træthed, hovedpine, søvn)	Meget ofte	Ofte	Af og til	Sjældent	Aldrig
Stress (arbejde og fritid)	Meget ofte	Ofte	Af og til	Sjældent	Aldrig
Ensomhed	Meget ofte	Ofte	Af og til	Sjældent	Aldrig
Helbredstilstand	Meget dårlig	Dårlig	Hverken god eller dårlig	God	Meget god

Følgende selvevalueringsfelter i helseprofilen gør en "kollega gul":

- Hvis oplevelsen af eget helbred, også efter en samtale med helsepiloten, er meget dårligt eller dårligt.

Eller

- Hvis oplevelsen af stress, også efter en samtale, er, at stress opleves meget ofte eller ofte, og stress-test på FTF-A's hjemmeside, hvor resultat er gult eller rødt.

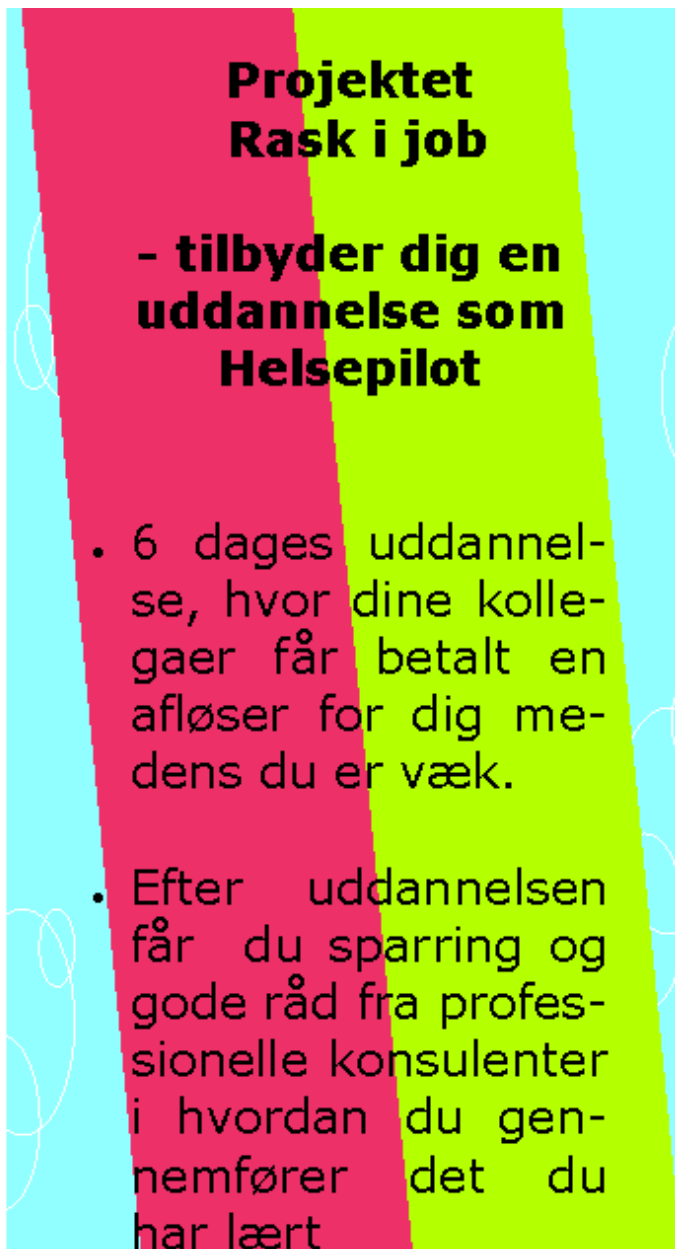
Hvis en eller flere af de biologiske data nedenfor overskrides, er "kollegaen gul":

- Glucose > 5,8 mmol/l
- Kondital < 30
- Sys. BT > 140..150
- Dia. BT > 90..95
- Hvis BMI > 30 ved normal kropsbygning, kan der være tegn på, at det er en god idé at inducere vægttab. Selve vægten kan også bruges som eksplicit måling.

Bilag 3: Komponenter og virkemåder

	REKRUTTERING	UDDANNELSE	TEST OG KATEGORISERING	AKTIVITETER	DELTAGELSE	OUTCOME
Komponenter (hvad)	Hver ældreenhed i interventionsgruppen rekrutterer en eller flere helsepiloter.	Helsepiloterne modtager seks dages uddannelse med undervisning i fysiologisk viden om: <ul style="list-style-type: none"> - kroppen og dens funktioner - ernæring og dets virkning - træning og kroppens forandringer. Uddannelsen indeholder desuden viden om samtaleteknik, værktøjer til livsstilsplanlægning og viden om metoder til at drive netværk.	Helsepiloten informerer kolleger om projektet. <p>Kolleger testes og udarbejder en personlig helseprofil på baggrund af livsstil og fysiske karakteristika.</p> <p>Resultatet danner grundlag for, om kollegerne kan deltage i aktiviteter i arbejdstiden.</p>	Helsepiloten iværksætter aktiviteter i arbejdstiden for syge og sygdomstruede medarbejdere. <p>Aktiviteterne, som iværksættes, består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> - motion - netværksdannelse - individuelle samtaler. 	Syge og sygdomstruede medarbejdere deltager i aktiviteterne og arbejder på at nå fastsatte mål.	
Virkemåder (hvordan)	Rekrutteringen kan foregå ved, at helsepiloten melder sig frivilligt, eller opfordres.	Helsepiloten gennemgår selv alle test og udarbejder egen helseprofil med egne målsætninger.	Læring for den enkelte medarbejder, således at medarbejderen bliver i stand til at reagere og agere på egen fysiske og psykiske situation.	Helsepiloternes funktion som tovholder for både individuelle samtaler, netværk og motions tilbud kombineret med, at Helsepiloten er en af kollegerne, gør, at det bliver lidt sværere at afvise at deltage. Færre forlader arbejdspladsen på grund af sygdom. <p>Tilbud om individuelle samtaler, deltagelse i netværk med ligesindede og motions tilbud til sygdomstruede medarbejdere, øger medarbejdernes mulighed for en god tilknytning til arbejdspladsen.</p>	Læring for den enkelte medarbejder, således at medarbejderen bliver i stand til at reagere og agere på sin egen fysiske og psykiske situation.	Øget trivsel for den enkelte og arbejdspladsen som helhed. <p>Nedbragt sygefravær.</p> <p>Mindre udskiftning blandt medarbejdere.</p>

Bilag 4: Helsepiloten



**Projektet
Rask i job**

**- tilbyder dig en
uddannelse som
Helsepilot**

- 6 dages uddannelse, hvor dine kollegaer får betalt en afløser for dig mens du er væk.
- Efter uddannelsen får du sparring og gode råd fra professionelle konsulenter i hvordan du gennemfører det du har lært

Hvad skal du have lyst til for at blive helsepilot?

Hvis du kan tænke dig at lære om:

- **værktøjer** der gør dig og andre i stand til at leve et aktivt og sundt liv
 - **kost** og motion og energiregnskab
 - **livsstilsplanlægning**
 - **samtale teknik**, så du kan hjælpe kolleger til at udvikle sig selv gennem udviklende og motiverende samtaler.
-
- **at starte** og drive netværk om det aktive og sunde liv og har lyst til:
 - **at gøre** en forskel for dig selv

- **at være** inspirator/motivator for dine kolleger sammen med et netværk af andre Helsepiloter, og med professionel sparring:

Så er uddannelsen som HELSEPILOT lige noget for dig

Hvad er en helsepilot?

Som helsepilot bliver du en medarbejder:

- **som er** motiveret og har kompetencer til at samarbejde omkring sundhedsfremme og trivsel i praksis på sin arbejdsplads,
- **som i samarbejde** med kolleger og ledelsen deltager i livsstilsændringer og igangsætning af aktiviteter,
- **der kan** se muligheder og kender redskaber til at igangsætte aktiviteter, der skaber øget trivsel på arbejdspladsen,
- **der har** lyst til at bruge det, du ved og omsætte det i praksis til glæde for dig selv og dine kolleger.

Uddannelsen

Helt overordnet består uddannelsen af seksdages undervisning og træning samt to dages opfølgning og sparring på, hvordan det går bagefter.

Du får lejlighed til at være sammen med andre Helsepiloter i din egen kommune og møde helsepiloter fra andre kommuner.

Modul 1 – tre sammenhængende dage

- Motivation baseret på samtale og nysgerrighed
- Livsstilsplanlægning og målsætning
- Motion og kost

Modul 2 – tre sammenhængende dage

- Den udviklende og motiverende samtale
- Netværk
- Hvad gør jeg når jeg kommer hjem — hvad, hvordan hvornår?

Modul 3 og 4 – to adskilte dage

- Opfølgning og erfaringsudveksling. Uddannelsen er baseret på en blanding af teori og praksis. Det er ikke raketvidenskab du kommer til at arbejde med, og det viser vi ved, at du får lov til at gøre det, som du skal hjem og træne med dine kolleger:
 - motionere
 - indkøbslisten — og hvad skal der altid stå,
 - træning af dialogen på hinanden
 - individuel feedback.

Øvelserne vil alle være øvelser, som du kan bruge, når du kommer hjem. Og du kan derudover under hele forløbet bruge den WEB-baserede platform, hvor alle værktøjer og metoder er til din rådighed. Du kan under hele forløbet skrive mails til underviserne med dine spørgsmål.

Sidst men ikke mindst vil de erfarne undervisere komme på besøg undervejs og give dig sparring og gode råd.

Bilag 5: Referat fra partnerskabsmøde

11. marts 2009 kl. 11.00-15.00

Deltagere: Kent Gram og Marianne Thomsen: Randers Kommune, Charlotte Kirchheimer Hansen: Køge Kommune, Helle Mølleskov: Høje-Taastrup Kommune, Marianne Stille: Guldborgsund, Lars Skipper (AKF), Johnny Dalgaard, Lars Sig Nielsen: Kolding Kommune, Anette Anker: Aabenraa Kommune, Rikke Jørgensen: Billund Kommune, Jørgen Refslund Poulsen: Holstebro Kommune, Elisabeth Thuesen: Ballerup Kommune, Pia Stegemann og Henriette Thomsen: Brøndby Kommune, Elisabeth Asmussen: Bornholm regionskommune.

Dagsorden:

1. Godkendelse af sidste referat

Referatet godkendt.

2. Gensidig information

Flere kommuner kunne melde, at piloterne er gode til at "få meget ud af lidt". Det skal forstås på den måde, at de er virkelig gode til at finde huller og muligheder, så meget kan lade sig gøre. En god kreativitet.

Mødet med AKF

Kommunerne har fået tilsendt en skabelon omkring ændringer af tiltagene, så økonomien hænger sammen.

Indsendelse af denne skal indsendes til Jeanette senest 1. juni 2009. AKF vil meget gerne have informationerne om, i hvilke grupper der er gjort noget specielt, således at det kan indgå i overvejelserne og udtrækningen i de kvalitative fokusgruppeinterview. Hvis der så ændres efterfølgende skal disse indsendes senest 01.10.2009.

Der kan ikke ændres på uddannelsen som helsepilot, at helsepiloterne støtter op med de aftalte tiltag samt de aftalte kriterier i Helseprofilen som fx BMI. Det der fx kan ændres på, er projektets løbetid, eller der skal være flere kriterier, der skal være opfyldt for at en medarbejder kan modtage tiltagene og være gul.

I budgettet er forudsætningen at 10% af medarbejderne er såkaldte "gule" medarbejdere. Realiteten er, at 30-50% er "gule" .

Forebyggelsesfornden

Jeanette har holdt møde med Forebyggelsesfornden vedr. mulighederne for at søge VEU-godtgørelse til ekstra undervisning af Helsepiloterne, uden at dette får konsekvenser i form af en reduktion i den ansøgte sum. Det er muligt og tilladt at søge VEU-midler til den fælles dag og til opfølgingsdagene. Se også punkt 4. Der skal dog foreligge en kort ansøgning. Jeanette er ved at udarbejde denne. Ansøgningen sendes til Partnerskabsgruppen.

MTC

Møde med MTC – nu Falck Healthcare – angående status på udredninger og samarbejdet med kommunerne. Der er indtil nu brugt 6 pladser. Vi har aftalt, at bruge 76 pladser. Det har taget længere tid at komme i gang, så vi tror på, at vi nok skal få brugt pladserne.

Falck Healthcare udarbejder en beskrivelse af deres ydelser i forhold til projektet. Jeanette tilbyder at komme rundt og fortælle om, hvilke forskellige muligheder der er for hurtig udredning til lederne i kommunerne. Jeanette har bl.a. været Holstebro, og det har været en god succes.

3. Evaluering ved Lars Skipper, AKF

Rask i job er et randomiseret forsøg på tværs af flere kommuner som det eneste af forebyggelsesfonden projekter. Det giver et godt grundlag for at udtrække holdbare konklusioner om helsepiloterne og tiltagene er en god ide, som andre kommuner kunne gennemføre tilsvarende på deres arbejdspladser.

For at kunne måle er det vigtigt, at vi får fraværdata og personaleomsætningen, således at vi kan se, hvordan sygefraværet/personaleomsætningen udvikler sig i henholdsvis kontrolgrupperne og interventionsgrupperne.

Følgende data ønskes i elektronisk form som tidligere udsendt:

- cpr-nr.
- stillingstype (sygeplejerske, SOSU-assistent, SOSU-hjælper etc),
- ansættelsesnorm,
- tiltrædelsesdato (hvis nyansat i perioden),
- fratrædelsesdato (hvis fratruddt i perioden),
- fraværstart (for hver fraværperiode)
- fraværsslut (for hver fraværperiode),
- fraværårsag (for hver fraværperiode)

I bl.a. Køge og Ballerup er der nedlagt og sammenlagt grupper. Det vigtige er, at dokumenterer, hvad der sker med medarbejderne og helsepiloterne i disse grupper. Dvs. at det er muligt at følge hver enkelt medarbejder og hver enkelt helsepilot. Hermed også sagt, at hvis der ved en sammenlagt gruppe kommer nye medarbejdere ind, der tidligere var en kontrolgruppe, så skal AKF blot vide, hvornår dette sker. Det er også sådan, at det nogle steder ikke er muligt for helsepiloterne at få noget til at ske, og at projektlederen derfor beslutter, at indsatsen stopper. Det beskrives, og informationerne sendes til Lars i AKF.

Det vil således også være muligt at se den enkelte gruppes udvikling hen over projektperioden. AKF kan udtrække data på alle de kategorier vi kan opdele dataene på. Det vil dog være sådan, at når man kommer ned i de enkelte grupper, er det ikke statistisk signifikant. Derfor kan det godt være interessant at se for den enkelte kommune.

Der er behov for, at der samles op på andre kvantitative og kvalitative data, som, vi tror, har indflydelse. Fx kunne det være relevant om det har gjort en forskel at der er flere helsepiloter i nogle grupper end andre.

For de kommuner der stadig har problemer med dataudtrækkene opfordres der til at tage kontakt med Jane Nielsen i Ballerup Kommune telefon: 44772417 eller e-mail: jne@balk.dk <<mailto:jne@balk.dk>>

Det er også muligt at kontakte en af de kommuner, der allerede nu har indsendt materialet, fx Aabenraa eller Bornholm.

Jeanette udsender databeskrivelserne endnu engang til alle.

4. Seminar for Helsepiloter i Svendborg den 30.04 og 01.05.09 ved Johnny Dalgaard.

Johnny gennemgik grundlaget for at få dækket udgifterne via VEU-midlerne. Se

vedlagte powerpoints og regneark til registrering.

Programmet består af følgende overskrifter:

- Erfaringsudveksling
- Arbejde med motivation
- Det at få samarbejdet og trivsel i grupper til at fungere
- Underviserne er Ole, Jesper, Johnny og Jeanette – med Johnny som den ansvarlige.

Tidspunktet den 30. april og 1. maj blev drøftet og er valgt ud fra at nogle kommuner formodentligt afslutter projektet før andre pga. økonomien. Flere kommuner ønsker at fastholde datoen og har fået mange tilmeldinger, andre ønsker at flytte seminaret til efteråret. Flertallet ønsker at datoerne fastholdes. Johnny udsender skemaerne. Vi afvikler kurset for de kommuner der tilmelder sig.

Det er muligt at kontakte Johnny for yderligere oplysninger på telefon: 31199526 eller e-mail: jd@percepti.com

5. Partnerskabsgruppen tager stilling til hvordan den ufordelte rest der fremgår nederst i grundbudgettet skal håndteres

Forslaget til budgetfordeling af de ca. 234.000 kroner efter medarbejderantallet blev godkendt. Budgettet udsendes til deltagerne lige efter mødet.

6. Status på økonomien ved Jeanette

Se medsendte rapport. Blev taget til efterretning.

7. Anvendelse af midler til "grønne tiltag"

Der har været en forespørgsel fra projektleder Helle Møllerskov, Høje-Taastrup Kommune, om midler, der er afsat til de grønne tiltag kan anvendes til andre formål i projektet, herunder tid til Helsepiloternes arbejde, tiltagene m.m.

Baggrunden for de grønne tiltag er, at projektet på ansøgningstidspunktet krævede en godkendelse af MED/ samarbejdsudvalgene. På det tidspunkt var alle medarbejdere omfattet af tilbuddene.

Forebyggelsesfonden krævede, at projektet blev gennemført som et eksperiment. På Partnerskabsmøde den 30.01.2008 i Kolding, blev det derfor aftalt, at der skulle afsættes midler til sundhedsfremmede tiltag for alle medarbejdere for at være tro mod Med-/samarbejdsudvalgets beslutning.

Randers og Høje-Taastrup tænker, at der i den enkelte kommune godt kan besluttes at skære ned på/undlade de grønne tiltag. Hver enkelt kommune kan derfor beslutte hvad de ønsker vedr. de grønne tiltag – blot skal de huske at inddrage MED-udvalget, som oprindeligt har godkendt projektet.

Aabenraa ønsker, at vi får muligheden for at disponere over grønne midler, som er "tilovers". I Aabenraa er det svært at finde på flere tiltag. Det bakker Billund op om.

Holstebro synes, at vi skal holde fast i den oprindelige beslutning.

Partnerskabsgruppen besluttede, at vi tilstræber at bruge midlerne til de grønne tiltag. Hvis det ikke er muligt, så er det op til hver enkelt kommune at disponere over de uforbrugte grønne midler og bruge dem til de gule tiltag eller Helsepiloternes arbejde.

8. Eventuelt

Kig på www.sundhedsryk.dk <<http://www.sundhedsryk.dk>>, som er en konkurrence mellem de virksomheder, der melder sig. Måske kan tiltaget bruges som en faktor der kan motivere nogle grupper til en ekstra indsats på motionssiden.

9. Næste møder

Der er ikke aftalt projektledermøder for resten af 2009. Det forslås at der afholdes følgende møder:

Den 27.05.2009 ?? kl. 11.00-14.00

Den 20.08.2009 ?? kl. 11.00-14.00

Den 11.11.2009 ?? kl. 11.00-14.00

Partnerskabsmøderne er aftalt til følgende datoer:

Den 10.06.2009 i Køge kl. 11.00-15.00

Den 03.09.2009 i Randers kl. 11.00-15.00

Den 25.11.2009 i Ballerup kl. 11.00-15.00

Således opfattet af Jesper og Jeanette

Bilag 6: Dataopsætning til projekt *Raskijob*.

Nedenstående tabel illustrer datakravene til projektevalueringen (med fiktive personnumre). For alle enheder, som deltager i eksperimentet, dvs. forsøgs- og kontrolenheder, skal vi bruge oplysninger om alle medarbejders alder, køn, stilling, om de er heltids- eller deltidsansatte, hvilken enhed de hører under, start og slut på fravær, type af fravær (sygdom og øvrigt). Vi skal bruge oplysningerne fra april måned 2007 og frem til slutningen af 2009.

Personnr	År	Måned	Fraværstype	Startdato	Slutdato	Plejeenhed	Kommune	Ansættelsestype	Stilling
020576-1223	2008	1	Sygdom	10-jan-08	18-jan-08	xkgb	Ballerup	Deltid	Ergoterapeut
020576-1223	2008	1	Fravær	22-jan-08	22-jan-08	xkgb	Ballerup	Deltid	Ergoterapeut
020576-1223	2007	12	Rask			xkgb	Ballerup	Deltid	Ergoterapeut
020576-1223	2007	11	Rask			xkgb	Ballerup	Deltid	Ergoterapeut
020576-1223	2007	10	Rask			xkgb	Ballerup	Deltid	Ergoterapeut
020576-1223	2007	9	Rask			xkgb	Ballerup	Deltid	Ergoterapeut
020576-1223	2007	8	Rask			xkgb	Ballerup	Deltid	Ergoterapeut
020576-1223	2007	7	Rask			xkgb	Ballerup	Deltid	Ergoterapeut
020576-1223	2007	6	Rask			xkgb	Ballerup	Deltid	Ergoterapeut
020576-1223	2007	5	Sygdom	03-maj-07	13-maj-07	xkgb	Ballerup	Deltid	Ergoterapeut
020576-1223	2007	4	Rask			xkgb	Ballerup	Deltid	Ergoterapeut
070749-8274	2008	1	Rask			xjph	Ballerup	Fuldtid	SOSU-assistent
070749-8274	2007	12	Rask			xjph	Ballerup	Fuldtid	SOSU-assistent
070749-8274	2007	11	Rask			xjph	Ballerup	Fuldtid	SOSU-assistent
070749-8274	2007	10	Rask			xjph	Ballerup	Fuldtid	SOSU-assistent
143174-2718	2008	1	Rask			xkgb	Ballerup	Fuldtid	Fysioterapeut
143174-2718	2007	12	Rask			xkgb	Ballerup	Fuldtid	Fysioterapeut
143174-2718	2007	11	Rask			xkgb	Ballerup	Fuldtid	Fysioterapeut
143174-2718	2007	10	Rask			xkgb	Ballerup	Fuldtid	Fysioterapeut
143174-2718	2007	9	Rask			xkgb	Ballerup	Fuldtid	Fysioterapeut
143174-2718	2007	8	Rask	01-aug-07	03-aug-07	xkgb	Ballerup	Deltid	Fysioterapeut
143174-2718	2007	7	Sygdom	17-jul-07	31-jul-07	xkgb	Ballerup	Deltid	Fysioterapeut
143174-2718	2007	6	Rask			xkgb	Ballerup	Deltid	Fysioterapeut
143174-2718	2007	5	Rask			xkgb	Ballerup	Deltid	Fysioterapeut
143174-2719	2007	4	Rask			xkgb	Ballerup	Deltid	Fysioterapeut

Fra personnummeret kan vi selvfølgelig både konstruere alder og køn. Bemærk hvorledes der for den første person er to fraværsløb i januar 2008 og hvordan de nemt kan adskilles. Bemærk for personen 070749-8274, at denne først er ansat i enhed xjph fra oktober 2007. Når data opbygges som ovenstående, kan vi altså let konstruere mål for personaleomsætningen i de forskellige enheder.

Hvad I bruger af navne på de enkelte ældreenheder er ikke så vigtigt. Der må selvfølgelig bare ikke være to enheder med samme navn i den samme kommune. Men hvis både Guldborgsund og Holstebro har enheder, der hedder Aldersro1, Aldersro2 og Aldersro3, så kan disse selvfølgelig adskilles via den ottende kolonne (kommunenavn).

Endelig skal vi bruge en liste over hvilke enheder inden for de enkelte kommuner, som er i forsøgs- hhv. kontrolgruppen. Vi skal altså have en liste, der siger, at xkgb er i forsøgsgruppen, mens xjph er en kontrolenhed. Denne liste kan sagtens leveres separat.



Implementering og effekter af Raskijob

Projekt Raskijob har via øget fokus på motion og trivsel haft til formål at sænke sygefraværet og fastholde medarbejderne i ældreplejen i 11 kommuner. Projektet er blevet støttet med 22 millioner kroner fra Forebyggelsesfonden. AKF har både foretaget en effektevaluering og en procesevaluering af projektet.

Modsat, hvad vi havde forventet, viser resultaterne fra effektevalueringen, at forsøget ikke sænker sygefraværet. Faktisk stiger fraværet i projektperioden, og der er ikke nogen ændring i antallet af fratrædelser. Procesevalueringen viser imidlertid, at de manglende effekter skyldes, at implementeringen af projektet ikke er forløbet som planlagt. Der har bl.a. været manglende opbakning fra lederen, der har været fokus på motion frem for de planlagte individuelle samtaler, og netværket mellem sygdomstruede medarbejdere er ikke blevet bygget ordentligt op. Desuden har igangsætningen af projektet været forsinket.