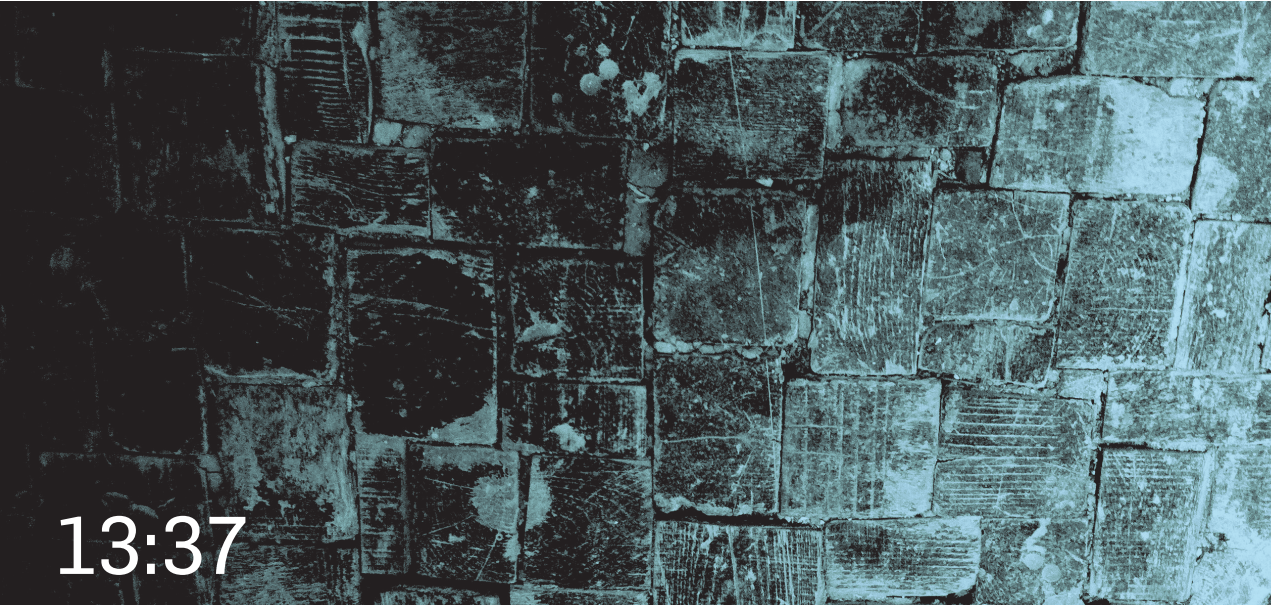


EFFEKT MÅLING AF FOREBYGGELSESFONDENS PROJEKTER



13:37

MARIE MØLLER KJELDSEN
JAN HØGELUND

13:37

EFFEKT MÅLING AF FOREBYGGELSESFONDENS PROJEKTER

MARIE MØLLER KJELDSSEN
JAN HØGELUND

KØBENHAVN 2013

SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

EFFEKT MÅLING AF FOREBYGGELSESFONDENS PROJEKTER

Afdelingsleder: Lisbeth Pedersen

Afdelingen for beskæftigelse og integration

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-210-0

e-ISBN: 978-87-7119- 211-7

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Olivia Bank Agerbo

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2013 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	SAMMENFATNING	13
	Indledning	13
	Forebyggelsesfonden	14
	Data	14
	Metode	15
	Hvilke arbejdssteder har fået midler fra fonden?	16
	Ingen effekt på sygefraværet	17
	Ingen effekt på medicinforbrug mv.	18
2	OM UNDERSØGELSEN	19
	Forebyggelsesfonden	19
	Eksempler på projekter	22

	Hypoteser	23
	Data	24
3	OM ANALYSENS METODE	29
	Ideen bag difference-in-difference-metoden	29
	Metodiske og datamæssige overvejelser	32
	Statistisk begrebsafklaring	34
4	HVILKE ARBEJDSSTEDER HAR SØGT PENGE FRA FONDEN?	37
5	EFFEKTEN PÅ SYGEFRAVÆRET	45
	Udviklingen i det gennemsnitlige sygefravær	45
	Grafisk analyse på baggrund af simpel estimation	49
	Estimationsresultater i hovedmodellen	53
6	HOVEDFORMÅL OG SEKTOR	57
	Hovedformål	57
	Sektor	59
7	EFFEKTER PÅ MEDICINFORBRUG OG KONTAKT TIL PSYKOLOG OG FYSIOTERAPEUT	61
	Medicinforbrug	61
	Kontakter til psykolog	66
	Kontakter til fysioterapeut	67
	Opsummering	68
8	ROBUSTHEDSTJEK	69
	Alternative specifikationer af projektvariablen	69

Alternativ dataspecifikation	71
Alternativ periodeafgrænsning	73
 BILAG	 77
Bilag til kapitel 2	77
Bilag til kapitel 3	82
Bilag til kapitel 5	84
 LITTERATUR	 87
 SFI-RAPPORTER SIDEN 2012	 89

FORORD

Denne rapport indeholder en kvantitativ analyse af, hvilken effekt Forebyggelsesfondens projekter har haft på arbejdsstedernes sygefravær og på de ansattes medicinforbrug og brug af fysioterapeut og psykolog. Rapporten er en del af evalueringen af Forebyggelsesfondens resultater. Evalueringen varetages af et konsortium bestående af Kubix, Center for Arbejdsmiljø og Arbejdsliv på RUC, Statens arbejdsmiljøinstitut i Norge, Arbejdsmedicinsk klinik i Herning, Oxford Research og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Rapporten bygger på oplysninger fra Forebyggelsesfonden om projekterne og registeroplysninger fra Danmarks Statistik og Arbejdsmarkedsstyrelsen.

Forskningsleder, ph.d. Jacob Nielsen Arendt, KORA, Nationalt Forskningscenter for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, har kommenteret et udkast til rapporten. Vi takker ham for gode og konstruktive kommentarer.

Rapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent cand.scient.oecon. Marie Møller Kjeldsen og seniorforsker, cand.polit., ph.d. Jan Høgelund, som også har været projektleder. Undersøgelsen er finansieret af Forebyggelsesfonden.

København, november, 2013

AGI CSONKA

RESUMÉ

Denne rapport indeholder en kvantitativ analyse af, hvilken effekt Forebyggelsesfondens projekter har haft på arbejdsstedernes sygefravær og på de ansattes medicinforbrug og brug af psykolog og fysioterapeut. Formålet med undersøgelsen er, at give en samlet overordnet vurdering af, om Fondens projekter har haft en målbar virkning.

Forebyggelsesfonden (nu Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse) blev oprettet 1. marts 2007. Forebyggelsesfonden skulle yde støtte til projekter med henblik på at forebygge nedslidende rutiner og arbejdsgange, at styrke genoptræning og rehabilitering af syge og personer med handicap og at støtte utraditionelle initiativer, der styrker bevidstheden om risiko ved rygning, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet. Fra 2010 var der desuden fokus på at forebygge stress og psykisk nedslidning. Såvel offentlige som private arbejdspladser kunne søge økonomisk støtte til projekter. Efter regeringsskiftet i 2011 er reglerne om Forebyggelsesfonden ændret, og fonden har skiftet navn til Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse. Denne evaluering omhandler kun projekter startet under den gamle ordning.

RESULTATER

Rapportens analyser belyser, om projekter, som har modtaget støtte fra Forebyggelsesfonden, har haft en effekt på arbejdsstedernes gennemsnit-

lige sygefravær, medicinforbrug og antal kontakter til henholdsvis fysioterapeut og psykolog. Effektmålingens hovedanalyse viser, at der samlet set ikke har været en statistisk signifikant effekt på arbejdsstedernes sygefravær af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden.

Vi har undersøgt, om der skulle være separate signifikante effekter på arbejdsstedernes sygefravær i henholdsvis den offentlige, kommunale og private sektor, men det er ikke tilfældet.

Der er heller ikke signifikante effekter på arbejdsstedernes gennemsnitlige sygefravær for projekter under de enkelte støtteberettigede hovedformål, fonden kunne yde støtte til. Der er således ikke signifikante effekter på sygefraværet blandt arbejdssteder, som har modtaget støtte til projekter som:

- Forebygger nedslidende rutiner og arbejdsgange på arbejdspladser i særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper og fastholder medarbejdere med dårligt helbred
- Udvikler ny teknologi, der kan anvendes til at forebygge nedslidning i særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper
- Styrker bevidstheden om risikoen forbundet med rygning, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet.

Endelig viser analyserne, at gennemførelse af et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden hverken har en signifikant effekt på det gennemsnitlige medicinforbrug eller gennemsnitlige antal kontakter til henholdsvis fysioterapeut og psykolog.

PERSPEKTIVERING

I rapportens har vi målt, om støtte fra Forebyggelsesfonden har reduceret det *gennemsnitlige* sygefravær, medicinforbrug m.v. på de arbejdssteder, som har modtaget støtten. Vi har ikke kunnet påvise en statistisk signifikant effekt. Når vi fx ikke finder en effekt på sygefraværet af, at arbejdsstedet gennemfører et projekt, er det altså, fordi der i gennemsnit ikke er en effekt. Det er således muligt, at der findes projekter, der har en signifikant positiv effekt, men at dette modvejes af andre projekter, der har en negativ eller ingen effekt. Vi har målt effekten på forhold, fx sygefravær, som er registreret i registre. Projekterne kan have haft en effekt på forhold, fx trivsel, som vi ikke har haft data om i denne evaluering.

I rapporten har vi evalueret effekten af projekter, som var afsluttet før februar 2012. Siden har fonden ændret navn til Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse, og der er kommet nye bestemmelser for tildeling af støtte til projekter. Set i lyset af denne evaluering, kan man i fremtidige effektmålinger af tilsvarende projekter overveje at ændre på datagrundlaget og evalueringsdesignet.

I denne evaluering har vi på grundlag af registerdata målt effekten på sygefraværet på arbejdsstedet som helhed. Evalueringen omfatter 127 projekter, som modtog støtte fra Forebyggelsesfonden. De første 114 projekterne modtog i gennemsnit 1,17 mio. kr. i støtte (Nielsen m.fl., 2011a). I effektmålingen finder vi, at indsatserne ikke har haft en signifikant effekt på arbejdsstedernes samlede sygefravær. Det vil sige, at effekten af indsatserne ikke har været så stor, at det har haft signifikant betydning for arbejdsstedernes samlede fravær. Vi har ikke oplysninger om, hvor mange ansatte som direkte har været berørt af projekternes indsats. På nogle arbejdssteder vil det formentlig have været alle ansatte og på andre arbejdssteder afdelinger eller udvalgte grupper af ansatte. I de tilfælde, hvor indsatsen omfatter mindre grupper af ansatte skal effekten på de ansattes sygefravær være større for at slå igennem på virksomhedens samlede sygefravær. Udover at undersøge effekten på arbejdsstederne samlede sygefravær, ville det i de tilfælde også have været interessant at belyse, om projekterne har haft en signifikant effekt på fraværet for de grupper af ansatte, som deltog i indsatsen. Hvis man ville have undersøgt dette, skulle man i forbindelse med tildelingen af midler fra Forebyggelsesfonden have tilrettelagt det således, at der blev indsamlet data om ansatte, som modtog indsatsen.

Fremadrettet kan man derfor overveje at indsamle og anvende surveydata om de ansatte. Herved vil man kunne identificere de medarbejdere, der modtager indsatsen, og hvis man indsamler surveydata kan man også måle på forhold (outcomes), fx trivsel, som ikke findes i registre. Man vil ligeledes bedre kunne måle effekter af specifikke typer af indsatser (og ikke som her se på effekter af forskellige indsatser under de enkelte støtteberettigede hovedformål). Hvis evalueringen koncentrerer sig om et eller få projekter, kan man ligeledes overveje, om det vil være muligt at gennemføre et studie, hvor medarbejdere i indsats- og kontrolgruppen findes ved lodtrækning. En effektmåling med dette design hviler på færre og mindre restriktive antagelser end den anvendte metode i denne undersøgelse.

DATA OG METODE

Rapportens analyser bygger på oplysninger fra Forebyggelsesfonden om projekterne og registerdata fra Danmarks Statistik og Arbejdsmarkedsstyrelsen.

Målingen af projekternes effekt bygger på en model, hvor udviklingen i sygefravær og medicinforbrug mv. på arbejdssteder, som har modtaget støtte fra Forebyggelsesfonden, sammenlignes med udviklingen i sygefravær og medicinforbrug mv. på arbejdssteder, som ikke har modtaget støtte fra fonden.

SAMMENFATNING

INDLEDNING

Denne rapport er en del af en samlet evaluering af Forebyggelsesfondens projekter. Evalueringen varetages af et konsortium bestående af Kubix, Center for Arbejdsmiljø og Arbejdsliv på RUC, Statens arbejdsmiljøinstitut i Norge, Arbejdsmedicinsk klinik i Herning, Oxford Research og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Konsortiet blev udvalgt til at løse evalueringsopgaven gennem et EU-udbud i begyndelsen af 2011. Denne rapport indeholder en kvantitativ analyse af, hvilken effekt Forebyggelsesfondens projekter har haft på de ansattes sygefravær på de arbejdssteder, hvor projekterne er gennemført. Rapporten undersøger ligeledes projekternes effekt på de ansatte medicinforbrug og kontakter til henholdsvis psykolog og fysioterapeut. Formålet med undersøgelsen er at give en samlet overordnet vurdering af, om Fondens projekter har haft en målbar virkning.

FOREBYGGELSESFONDEN

Forebyggelsesfonden (nu Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse) blev oprettet 1. marts 2007. Forebyggelsesfonden skulle yde støtte til projekter med henblik på at forebygge nedslidende rutiner og arbejdsgange, at styrke genoptræning og rehabilitering af syge og personer med handicap og at støtte utraditionelle initiativer, der styrker bevidstheden om risiko ved rygning, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet. Fra 2010 var der desuden fokus på at forebygge stress og psykisk nedslidning. Såvel offentlige som private arbejdspladser kunne søge økonomisk støtte til projekter. Forebyggelsesfonden blev oprettet med en kapital på 3 mia. kr. til uddeling over 10 år. De første 114 projekterne modtog i gennemsnit 1,17 mio. kr. i støtte (Nielsen m.fl., 2011a).

Efter regeringsskiftet i 2011 er reglerne omkring Forebyggelsesfonden ændret, og fonden har skiftet navn til Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse. Denne evaluering omhandler kun projekter, der blev startet under den gamle ordning.

DATA

Forebyggelsesfonden har forsynet os med oplysninger om de støttede projekter. Derudover har vi fra Danmarks Statistiks registre en række oplysninger om alle danske arbejdssteder og deres ansatte i perioden 2002-2011, som knyttes til oplysningerne fra fonden. Oplysningerne om arbejdsstederne inkluderer fx antal ansatte, branche, geografisk placering og personaleomsætning, mens oplysningerne om de ansatte inkluderer fx alder, uddannelse, erhvervs erfaring og brug af medicin og sundhedsydelser.

Individer knyttes til deres arbejdspladser ved hjælp af såkaldte arbejdsstedsnumre. For hvert år ved vi, på hvilket arbejdssted alle beskæftigede personer var ansat.

Herudover har vi fra Arbejdsmarkedsstyrelsen oplysninger om alle sygedagpengeforløb, hvor kommunen har udbetalt sygedagpenge.

METODE

Rapportens metode bygger på principperne i difference-in-difference-metoden. Vi undersøger således, om udviklingen i sygefravær og medicinforbrug mv. på arbejdssteder, der har modtaget støtte fra Forebyggelsesfonden, har været anderledes, end den ville have været, hvis arbejdsstederne ikke havde gennemført et projekt. Det gør vi ved at sammenligne udviklingen i sygefraværet og medicinforbrug mv. på arbejdssteder, der har gennemført et projekt med støtte fra fonden, med udviklingen på lignende arbejdssteder, der ikke har modtaget støtte fra fonden.

Den effekt, vi måler, er en gennemsnitseffekt. Det betyder, at nogle projekter har haft en effekt, som er større end gennemsnitseffekten, mens andre projekter har haft en effekt, som er mindre.

Det skal bemærkes, at der er nogle begrænsninger forbundet med datagrundlaget og analyserne. Vi måler projekternes effekt på den del af arbejdsstedernes sygefravær, som registreres hos kommunerne, når de udbetaler sygedagpenge. Da en del af det korte sygefravær (op til 3 uger) ikke registreres i kommunerne, indgår dette fravær ikke i sygefraværsanalyserne. Hvis projekterne har haft en effekt på det korte fravær, fremgår det kun i begrænset omfang af vores analyser.

Vi måler projekternes effekt på sygefravær, medicinforbrug og kontakt til psykolog og fysioterapeut. Vi måler med andre ord ikke eventuelle andre effekter af projektet. For eksempel kan et projekt påvirke de ansattes generelle trivsel, hvilket ikke nødvendigvis påvirker deres sygefravær og medicinforbrug mv.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at vi undersøger effekten af at gennemføre et projekt i forhold til den indsats, der eventuelt bliver gjort på arbejdsstederne i kontrolgruppen. I rapportens kapitel 3 redegøres nærmere for den anvendte metode og de forudsætninger, den bygger på.

Vi belyser, om de 127 projekter, som har modtaget støtte fra Forebyggelsesfonden, har påvirket det samlede sygefravær og medarbejdernes samlede medicinforbrug mv. på de 565 arbejdssteder, hvor projekterne blev gennemført. Hermed få vi undersøgt, om projekterne har haft så stor effekt, at de alt i alt har påvirket arbejdsstedernes sygefravær mv. Vi har ikke oplysninger om, hvor mange ansatte som direkte har været berørt af projekternes indsats. På nogle arbejdssteder vil det formentlig have været alle ansatte og på andre arbejdssteder afdelinger eller udvalgte

grupper af ansatte. I de tilfælde, hvor indsatsen omfatter mindre grupper af ansatte skal effekten på de ansattes sygefravær være større for at slå igennem på virksomhedens samlede sygefravær. Ud over at undersøge effekten på arbejdsstederne samlede sygefravær, ville det i de tilfælde også have været interessant at belyse, om projekterne har haft en signifikant effekt på fraværet for de grupper af ansatte, som deltog i indsatsen. Hvis man ville have undersøgt dette, skulle man i forbindelse med tildelingen af midler fra Forebyggelsesfonden have tilrettelagt det således, at der blev indsamlet data om ansatte, som modtog indsatsen. Set i lyset af denne evaluering, kan man i fremtidige effekt-målinger af tilsvarende projekter overveje at ændre på datagrundlaget og evalueringsdesignet. Man kan således overveje at indsamle og anvende surveydata om de ansatte. Herved kan man måle på forhold (outcomes), som ikke findes i registre, og som er relevant for det eller de konkrete projekter. Det kan fx være trivsel. Indsamling af surveydata om de ansatte vil også gøre det muligt at identificere de medarbejdere på arbejdsstederne, der modtager indsatsen således, at man kan måle effekten af projekterne blandt disse ansatte. Man vil ligeledes bedre kunne måle effekter af specifikke typer af indsatser (og ikke som her se på effekter af forskellige indsatser under de enkelte støtteberettigede hovedformål). Hvis evalueringen koncentrerer sig om et eller få projekter, kan man ligeledes overveje, om det vil være muligt at gennemføre et studie, hvor medarbejdere i indsats- og kontrolgruppen findes ved lodtrækning (RCT).¹ En effektmåling med dette design hviler på færre og mindre restriktive antagelser end fx den difference-in-difference metode, vi har benyttet.

HVILKE ARBEJDSSTEDER HAR FÅET MIDLER FRA FONDEN?

Der er en ganske stor overrepræsentation af kommunale arbejdssteder blandt de arbejdssteder, der har fået midler fra Forebyggelsesfonden til at gennemføre et projekt. Kommunale arbejdssteder udgør hele 45 pct. af de arbejdssteder, der har modtaget støtte, mens de kun udgør 8 pct. af de øvrige danske arbejdssteder. Da kvinder oftere end mænd er offentligt ansat, er det ikke overraskende, at arbejdssteder i indsatsgruppen i gennemsnit har en større andel kvinder ansat end de øvrige danske arbejds-

1. RCT står for randomized controlled trial (RCT), hvor undersøgelsens deltagere fordeles tilfældigt til indsats- og kontrolgruppe. Dette design er "gold standard" inden for effektmåling.

steder. Ligeledes er der i gennemsnit langt flere ansatte på de arbejdssteder, der har modtaget støtte fra fonden, end på de øvrige danske arbejdssteder.

Arbejdsstederne i indsatsgruppen har desuden i gennemsnit medarbejdere med en lavere alder, kortere uddannelse og højere tidligere ledighed end de øvrige danske arbejdssteder. Dette afspejler formentlig, at Forebyggelsesfonden har haft fokus på særligt udvalgte jobgrupper og brancher.

INGEN EFFEKT PÅ SYGEFRAVÆRET

I vores hovedanalyse undersøger vi, om det har en effekt på arbejdsstedernes gennemsnitlige sygefravær, at der gennemføres et projekt og/eller, at der blev gennemført et projekt for henholdsvis 1 og 2 år siden. Vi finder ingen statistisk signifikant effekt på arbejdsstedernes sygefravær af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden.

Vi har særskilt undersøgt, om det har en effekt at få støtte til projekter, der henholdsvis:

1. Forebygger nedslidende rutiner og arbejdsgange på arbejdspladser i særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper og fastholder medarbejdere med dårligt helbred.
2. Udvikler ny teknologi, der kan anvendes til at forebygge nedslidning i særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper.
3. Styrker bevidstheden om risikoen forbundet med rygning, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet.

Ingen af de tre typer projekter har signifikant effekt på arbejdsstedernes gennemsnitlige sygefravær.

Vi har desuden foretaget separate analyser for henholdsvis offentlige, kommunale og private arbejdssteder. I ingen af sektorerne har det en statistisk signifikant effekt på sygefraværet at gennemføre et projekt.

Vi har desuden foretaget en række alternative analyser, hvor vi undersøger, om det har en effekt på sygefraværet i forskellige perioder under og efter projektstart at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden. Derudover har vi foretaget tilsvarende analyser på to

alternative datasæt. Alle analyser giver samme resultat: Det har ingen statistisk signifikant effekt på arbejdsstedernes gennemsnitlige sygefravær at gennemføre et projekt med støtte fra forebyggelses-fonden.

INGEN EFFEKT PÅ MEDICINFORBRUG MV.

Ud over effekter på arbejdsstedernes sygefravær har vi undersøgt projekternes effekt på de ansattes gennemsnitlige medicinforbrug og kontakter til fysioterapeut og psykolog. Vi finder ingen statistisk signifikant effekt af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden hverken på medicinforbrug rettet mod hjerte-kar-sygdomme, kroniske lungesygdomme, diabetes eller psykiske lidelser.

Vi finder ligeledes ingen statistisk signifikant effekt af projekterne på det gennemsnitlige antal kontakter til fysioterapeut og psykolog.

OM UNDERSØGELSEN

Denne rapport er en del af evalueringen af Forebyggelsesfondens resultater. Evalueringen varetages af et konsortium bestående af Kubix, Center for Arbejdsmiljø og Arbejdsliv på RUC, Statens arbejdsmiljøinstitut i Norge, Arbejdsmedicinsk klinik i Herning, Oxford Research og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Konsortiet blev udvalgt til at stå for evalueringsopgaven gennem et EU-udbud i begyndelsen af 2011. Denne rapport indeholder en kvantitativ analyse af, hvilken effekt Forebyggelsesfondens projekter har haft på de ansattes sygefravær, medicinforbrug og kontakter til fysioterapeut og psykolog på de arbejdssteder, hvor projekterne er gennemført.²

FOREBYGGELSESFONDEN

Forebyggelsesfonden (nu Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse) blev oprettet 1. marts 2007 med det formål at yde støtte til indsatser på dan-

2. Der er tidligere udgivet to evalueringsrapporter. Nielsen m.fl. (2011a) belyser kvaliteten af projekternes egne evalueringer inden for de forskellige hovedformål (jf. nedenfor) og projekternes organisering, ejerskab, omfang, indsatstyper, output m.m. Nielsen m.fl. (2011b) fokuserer ligeledes på projekternes egne evalueringer, samt på hvordan projekterne har arbejdet med succeskriterier og evaluering, og på den baggrund vurderes mulighederne for tværgående evalueringer af projekterne.

ske arbejdspladser, der skal forebygge og forhindre fysisk og psykisk nedslidning. Forebyggelsesfonden skulle yde støtte til projekter med henblik på at forebygge nedslidende rutiner og arbejdsgange, at styrke genoptræning og rehabilitering af syge og personer med handicap og at støtte utraditionelle initiativer, der styrker bevidstheden om risiko ved rygning, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet (Lov om forebyggelsesfonden, Lov nr. 87 af 30. januar 2007). Fra 2010 var der desuden fokus på at forebygge stress og psykisk nedslidning (lov om ændring af lov om Forebyggelsesfonden, lov nr. 430 af 28. april 2010). Såvel offentlige som private arbejdspladser kan søge økonomisk støtte til projekter. Inden for de givne rammer definerer den enkelte ansøger selv indholdet af projektet, og det er muligt for flere arbejdspladser at gennemføre et projekt i fællesskab.

Etablering af Forebyggelsesfonden er en del af velfærdsaftalen fra juni 2006, som VK-regeringen (2001-2011), Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti og Det Radikale Venstre står bag. Forebyggelsesfonden blev oprettet med en kapital på 3 mia. kroner til uddeling over 10 år. I 2007 uddelte fonden 185 mio. kroner til i alt 83 projekter, i 2008 uddelte den 238 mil. kroner til 115 projekter, og i 2009 blev der uddelt 373 mio. kroner til 142 projekter.³ I 2010 fik 139 projekter støtte på i alt 311 mio. kroner, og i 2011 gav fonden støtte til 101 projekter svarende til 174 mio. kroner.

Fonden har operationaliseret sit formål ved at yde støtte til følgende konkrete hovedformål:

- *Hovedformål 1:* Projekter, der forebygger nedslidende rutiner og arbejdsgange på arbejdspladser i særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper og fastholder medarbejdere med dårligt helbred (hovedformål 1a), eller projekter, der udvikler ny teknologi, der kan anvendes til at forebygge nedslidning i særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper (hovedformål 1b).^{4,5}

3. Tyve af de 142 projekter, der fik støtte fra Forebyggelsesfonden i 2009, var en del af det såkaldte TTA-projekt (Tilbage Til Arbejde). TTA-projektet, der blev gennemført i en række kommuner, havde til formål at hjælpe langtidssyge tilbage til arbejdsmarkedet gennem en tidlig, tværfaglig og koordineret indsats, se Winzor m.fl. (2012).

4. De nedslidningstruede brancher og jobgrupper, der omtales under hovedformål 1, er defineret ud fra, hvilke brancher eller job der har en overrisiko for, at de beskæftigede ikke helbredsmejsigt kan holde til at arbejde et helt arbejdsliv. De særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper vælges ud fra, hvor stor risiko de ansatte har for at blive førtidspensionerede, at gå på

- *Hovedformål 2:* Projekter til bedre genoptræning og rehabilitering af syge og handicappede.
- *Hovedformål 3:* Projekter, der styrker bevidstheden om risikoen forbundet med rygning, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet.
- *Hovedformål 4:* Projekter, der forebygger stress og psykisk nedslidning blandt særligt nedslidningstruede jobgrupper.⁶

I alle år er der flest projekter under hovedformål 1, og disse projekter fik også den største del af midlerne, hvilket er et resultat af en politisk prioritering.

Der er kun givet støtte til projekter under hovedformål 4 i 2011.⁷ I denne rapport indgår kun projekter, der var afsluttet senest den 23. januar 2012. Da ingen projekter under hovedformål 4 er afsluttet inden denne dato, indgår ingen projekter under hovedformål 4 i vores evaluering. Der indgår desuden kun meget få projekter under hovedformål 2 i vores analyse. Dette skyldes, at langt størstedelen af projekterne under hovedformål 2 blev gennemført af en offentlig myndighed (fx et jobcenter) med en gruppe borgere som projektets målgruppe. Da borgerne ikke er tilknyttet den offentlige instans som ansatte, giver det ikke mening at måle projekternes effekt på de ansatte.

Efter regeringsskiftet i 2011 er reglerne omkring Forebyggelsesfonden ændret, og fonden har skiftet navn til Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse (jf. lov om ændring af lov om Forebyggelsesfonden, Lov nr. 1381 af 23. december 2012). Denne evaluering omhandler kun projekter, der blev startet under den gamle ordning.

HVEM KAN SØGE MIDLER FRA FOREBYGGELSESFONDEN?

Under hovedformål 1 og 4 var det kun muligt at søge støtte til projekter for udvalgte nedslidningstruede brancher og jobgrupper. De særligt ned-

efterløn eller at blive langtidssyge. I bilag til kapitel 2 findes en oversigt over, hvilke brancher og jobgrupper der betragtes som nedslidningstruede de enkelte år.

5. I 2007 var hovedformål 1 opdelt i 1a) Forebyggelse af nedslidende rutiner og arbejdsgange, 1b) Fastholdelse af medarbejdere med dårligt helbred og 1c) Udvikling af ny teknologi. Fra 2008 og frem er 1a og 1b lagt sammen til 1a, og 1c ændret til 1b.
6. De nedslidningstruede jobgrupper, der omtales under hovedformål 4, er defineret ved hjælp af stressindikatorer baseret på en landsdækkende kortlægning af det psykiske arbejdsmiljø fortaget af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
7. I 2010 var det dog muligt at søge støtte til projekter fra en forsøgspulje under hovedformål 1, der havde samme formål og målgruppe som det, der i 2011 kaldes hovedformål 4.

slidningstruede brancher og jobgrupper blev udpeget hvert år (se bilag til kapitel 2 for en oversigt). Alle virksomheder inden for de udvalgte brancher kunne søge om støtte i fonden. Hvis projektet rettede sig mod de prioriterede jobgrupper kunne alle virksomheder i alle brancher søge om støtte. I den udstrækning de prioriterede jobgruppers arbejdsopgaver blev udført i samarbejde med andre jobgrupper, kunne disse også indgå i et projekt.

Under hovedformål 2 var det som udgangspunkt den kommunale myndighed med ansvar for rehabilitering og genoptræning, der kunne søge støtte. Hvis opgaven med rehabilitering og genoptræning blev varetaget af anden aktør (offentlig eller privat) kunne denne på samme vis søge støtte under hovedformål 2.

Alle offentlige og private arbejdspladser, foreninger og organisationer kunne søge midler fra Forebyggelsesfonden under hovedformål 3.

EKSEMPLER PÅ PROJEKTER

Forebyggelsesfonden har støttet mange forskellige projekter, der dog alle falder ind under det overordnede formål, at de forebygger og forhindrer fysisk og psykisk nedslidning. For at give indtryk af, hvilke type projekter der har fået støtte, beskrives her to forskellige projekter, der begge hører under hovedformål 1a, men alligevel er forskellige i deres udformning.⁸

PLEJECENTERET ROSENBORGCENTERET

Plejecentret Rosenborgcentret i Københavns Kommune har fået støtte til et projekt, hvor fokus er på et godt arbejdsmiljø gennem god kommunikation. Målgruppen er køkken- og rengøringspersonalet på plejecentret. Projektets aktiviteter består af undervisning og træning i kommunikation, samarbejde og konflikthåndtering. Supervisionen skal sikre fastholdelsen. Der laves en ambassadørordning blandt medarbejderne, der skal sikre, at indgåede aftaler overholdes. Der afholdes endvidere aktiviteter vedrørende kreativ teambuilding, bedre psykisk arbejdsmiljø og arbejdsglæde.

8. Beskrivelsen bygger på materiale om projekterne, som findes på Fonden for Forebyggelse og Fastholdelses hjemmeside: <http://www.forebyggelsesfonden.dk/>.

DAMIXA APS

Virksomheden DAMIXA ApS, der producerer VVS-artikler, har fået støtte til et projekt, der fokuserer på reduktion af belastningsskader og nedslidning. Målgruppen er 90 timelønnede medarbejdere i montageafdelingen. Projektet består af følgende fem aktiviteter:

1. Igangsætning af en minutøs gennemgang af montagearbejdspladser.
2. Øget inddragelse af medarbejderne.
3. Udvikle system til opsamling og løsning af ergonomiske problemer.
4. Uddannelsesaktiviteter.
5. Ruste medarbejderne bedre til omlægninger.

Som det burde fremgå, er projekterne ret forskellige, men de falder begge under Forebyggelsesfondens formål. Det er i den forbindelse vigtigt at huske, at når vi i denne rapport undersøger effekten af at gennemføre et projekt med støtte fra fonden, så undersøger vi *gennemsnitseffekter*. Når vi fx ikke finder en effekt på sygefraværet af, at arbejdsstedet gennemfører et projekt, er det altså, fordi der i gennemsnit ikke er en effekt. Det er således muligt, at der findes projekter, der har en signifikant positiv effekt, men at dette modvejes af andre projekter, der har en negativ eller ingen effekt.

HYPOTESER

Det overordnede formål med Forebyggelsesfondens var at forbygge og forhindre fysisk og psykisk nedslidning. Vi ønsker at undersøge, i hvilket omfang projekter der har fået støtte af fonden, har opfyldt dette formål ved at reducere projektarbejdsstedernes sygefravær og de ansattes medicinforbrug og kontakt til psykolog og fysioterapeut. Det virker rimeligt at antage, at der er en sammenhæng mellem den fysiske og/eller psykiske nedslidning hos den enkelte medarbejder og disse outcomes. Den grundlæggende antagelse for denne undersøgelse er således, at jo mere nedslidt en person er, jo flere sygedage mv. vil vedkommende have. Vi operationaliserer altså fysisk og psykisk nedslidning som sygefravær mv., og bruger antallet af sygefraværsuger, medicinforbrug og antal kontakter til psykolog og fysioterapeut som mål for niveauet af nedslidning hos den enkelte medarbejder.

Vi ønsker at undersøge, om det har en positiv effekt på de ansattes nedslidningsgrad og dermed sygefravær mv., at deres arbejdsplads gennemfører et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden. Vi forventer således, at *gennemførelse af et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden har en positiv effekt på et arbejdssteds gennemsnitlige sygefravær og medarbejdernes gennemsnitlige medicinforbrug og kontakter til psykolog og fysioterapeut*. Baggrunden for denne hypotese er en antagelse om, at et projekt, der har til formål at forbygge og forhindre nedslidning, vil have en positiv effekt på de ansattes sygefravær mv. på det arbejdssted, hvor projektet gennemføres.

Analysen foretages på baggrund af data fra årene 2007 til 2011, og da de første projekter slutter i 2008, kan vi altså maksimalt følge sygefraværets udvikling 3 år efter projektet sluttede. Det er muligt, at det tager en vis tid, før ændringer i arbejdsmiljøet eventuelt har en effekt på medarbejdernes nedslidning og sygefravær. Hvis det varer mere end 3 år, før en ændring i arbejdsmiljøet har en effekt på sygefravær, medicinforbrug mv., vil vi ikke kunne måle denne effekt med de tilgængelige data.

DATA

Forebyggelsesfonden har forsynet os med oplysninger om de støttede projekter. Fonden har registreret de enkelte projekter under et journalnummer og har knyttet et p-nummer (produktionsenhedsnummer) til hvert enkelt projekt.⁹ I en del projekter indgår imidlertid flere arbejdssteder, og vi har derfor ved hjælp af CVR og telefonopringning til alle relevante arbejdssteder indhentet yderligere p-numre, således at vi har p-numre på (næsten) alle arbejdssteder, hvor der er gennemført et projekt. P-numrene er konverteret til såkaldte arbejdsstedsnumre, som benyttes af Danmarks Statistik til at identificere arbejdssteder. Ved hjælp af arbejdsstedsnumrene har vi fået en lang række registeroplysninger om arbejdsstederne og deres ansatte. Registeroplysningerne stammer fra Danmarks Statistik og Arbejdsmarkedsstyrelsen.

I udgangspunktet var der 205 projekter, som modtog støtte fra Forebyggelsesfonden, og som var afsluttet senest den 23. januar 2012. Vi har frasorteret projekter, som ikke havde ansatte på et arbejdssted som målgruppe (men fx borgere i et jobcenter). Herudover har vi frasorteret

9. P-numre benyttes i Det Centrale Virksomhedsregister (CVR) til at identificere hver enkelt fysisk beliggenhed, som en virksomhed driver virksomhed fra.

projekter med ugyldige p-numre, projekter, hvor det ikke var muligt at tilknytte et arbejdsstedsnummer, og projekter, hvor arbejdsstedet gik konkurs. I alt indgår 127 projekter i analyserne. Tabel 2.1. viser antallet af projekter fordelt efter år for henholdsvis ansøgning og projektstart.

TABEL 2.1

Projekter fordelt efter ansøgningsår og projekternes start år Antal.

År	Ansøgning	Projektstart
2007	46	4
2008	47	77
2009	29	32
2010	5	13
2011	0	1
I alt	127	127

Kilde: Forebyggelsesfonden og egne beregninger.

Af tabel 2.1. ses det, at der er forholdsvis få projekter med ansøgning (og projektstart) i 2010 og 2011. Det skyldes, at mange projekter med ansøgning i 2010 og 2011 ikke var afsluttet den 23. januar 2012 og derfor ikke indgår i vores data.

De 127 projekter involverer i alt 565 unikke arbejdssteder, som indgår i vores analyser. Enkelte arbejdssteder har fået støtte til mere end ét projekt.¹⁰

Tabel 2.2 viser de 127 projekter og 565 arbejdssteder fordelt efter hovedformål. Det ses af tabellen, at der er flest projekter og arbejdssteder under hovedformål 1a og 3. Der indgår kun ét projekt under hovedformål 2, hvilket som nævnt skyldes, at disse projekter stort set ikke er rettet mod ansatte. Ligeledes er der ingen projekter under hovedformål 4, idet ingen af disse projekter var afsluttet før den 23. januar 2012.

10. De 127 projekter kan opfattes som "klostre" (dvs. en overordnet enhed) for de 565 arbejdssteder.

På samme måde kan arbejdssteder opfattes som klostre for projekter i de tilfælde, hvor arbejdssteder har fået støtte til flere projekter. I princippet burde vi i den statistiske analyse tage hensyn til denne klosterstruktur, fordi enheder (fx arbejdssteder) i samme kloster (fx projekter) kan ligne hinanden i højere grad, end de ligner enheder uden for klosteret. Klosterstrukturen kan derfor påvirke spredningen på effektestimaterne. Men det er umiddelbart kun muligt at korrigere for dette, når niveauerne for analysen er entydigt. Det vil sige, hvis data kun udgøres af projekter med et eller flere tilknyttede arbejdssteder (og ingen arbejdssteder deltager i flere projekter) eller kun udgøres af arbejdssteder, som deltager i et eller flere projekter (og ingen projekter er tilknyttet flere arbejdssteder). Vi har derfor gennemført en analyse af vores hovedmodel med projekter som klostre. I analysen er arbejdssteder med flere projekter knyttet til det projekt, som begyndte først. Analysen viser, at estimaternes standardfejl ikke påvirkes nævneværdigt.

TABEL 2.2

Projekter og arbejdssteder fordelt efter hovedformål. Antal.

Hovedformål	Projekter	Arbejdssteder
1a (fastholdelse og forebyggelse af nedslidning)	84 ¹⁾	388 ¹⁾
1b (udvikling af ny teknologi)	12	25
2 (genoptræning og rehabilitering)	1	4
3 (livsstil)	30	148
I alt	127	565

Anm.: Se afsnittet "Forebyggelsesfonden" for en nærmere beskrivelse af hovedformålene.

1. Herunder to projekter om forebyggelse af stress og psykisk nedslidning med fire tilknyttede arbejdssteder, jf. fodnote 6 for en nærmere beskrivelse af dette hovedformål.

Kilde: Forebyggelsesfonden og egne beregninger.

Vi har ikke blot registeroplysninger om projektarbejdsstederne, men om alle danske arbejdssteder fra 2002 til 2011 samt om alle personer, der har været ansat på et af arbejdsstederne i denne periode.

Oplysningerne om arbejdsstederne inkluderer fx antal ansatte, branche, geografisk placering og personaleomsætning. Oplysningerne om de ansatte inkluderer fx alder, uddannelse, erhvervs erfaring og brug af medicin og sundhedsydelser, herunder kontakter til fysioterapeut og psykolog.¹¹ Individer knyttes til deres arbejdspladser ved hjælp af arbejdsstedsnumrene. For hvert år ved vi, på hvilket arbejdssted alle beskæftigede personer var ansat. Desværre er det ikke muligt at koble individer til et arbejdssted ved hjælp af arbejdsstedsnumre før 2007, og selvom vi har tilgængelige data fra 2002, kan vi således kun bruge data fra 2007-2011 i vores analyse.

MÅL FOR SYGEFRAVÆRET

Som tidligere nævnt undersøger vi effekten af at få midler fra Forebyggelsesfonden på de ansattes gennemsnitlige sygefravær, medicinforbrug og kontakter til fysioterapeut og psykolog. Sygefraværet er således en central variabel i denne undersøgelse.

Informationerne om de ansattes sygefravær stammer fra Arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM-database. DREAM er en forløbsdatabase, der på individniveau og ugebasis registrerer alle offentlige ydelser. Hvis kommunen i en given uge har udbetalt sygedagpenge, fremgår det således af DREAM-databasen, og vi kan derfor måle, hvor mange uger

11. I bilaget til kapitel 2 er det beskrevet, hvilke registre vi benytter data fra.

hvert år, en person har modtaget kommunalt betalte sygedagpenge.¹² Da en del af det korte sygefravær (op til 3-4 uger) ikke registreres i kommunerne, indgår dette fravær ikke i vores data.¹³ Hvis projekterne har haft en effekt på det korte fravær, fremgår det kun i begrænset omfang af vores analyser.

Vi bruger årligt sygefravær, fordi de øvrige variable, der indgår i vores analyse alle måles på årsbasis, og det er nødvendigt for analysen, at alle variable måles med samme tidsinterval. Vi beregner det gennemsnitlige sygefravær på det enkelte arbejdssted et givet år ved at beregne, hvor mange ugers sygefravær personer, der var ansat på arbejdsstedet ultimo november, i gennemsnit havde i løbet af året.

Vi har ikke kendskab til sygemeldingsårsag (diagnose), idet hverken DREAM eller Danmarks Statistiks registre rummer denne oplysning. En surveyundersøgelse af sygedagpengeforløb afsluttet i 2006 med en varighed over 8 uger viste, at 26 pct. var sygemeldt på grund af psykiske problemer eller psykisk sygdom, 41 pct. var sygemeldt på grund af fysiske helbredsproblemer, og 31 pct. var sygemeldt på grund af anden sygdom (Høgelund m.fl., 2008).

12. En person, der på et tidspunkt modtager sygedagpenge som delvis raskmeldt, vil i DREAM blive registreret som delvis raskmeldt i hele sygdomsperioden. Hvis en person fx først modtager sygedagpenge i 10 uger og derefter bliver delvis raskmeldt i 5 uger, vil DREAM-registreret opdatere bagud, således at denne person vil blive registreret med 15 uger som delvis raskmeldt og ingen uger med ordinære sygedagpenge. Dem, der er sygemeldt mere end 8 uger og bliver delvist raskmeldte, bliver det, ifølge Høgelund, Holm & McIntosh (2010), i gennemsnit efter 16 uger som sygemeldt og er herefter i gennemsnit delvist raskmeldte i 11 uger. En anden artikel viser, at det gennemsnitlige antal arbejdstimer for delvist raskmeldte er 17 timer om ugen, hvilket svarer til 46 pct. af 37 timer (jf. Boll, Hertz, Svarer & Rosholm, 2010). Da den gennemsnitlige arbejdstid i Danmark imidlertid er under fuldtid, har vi dog valgt, at 17 timer om ugen svarer til at arbejde på halv tid. På denne baggrund tæller en uge, der i DREAM er registreret som delvis raskmeldt, som 0,8 uges sygefravær. Dette tal fremkommer af følgende regnestykke: $(16 + 11 * 0,5) / (16 + 11) = 0,80$.

13. DREAM omfatter kun sygedagpengeforløb, hvor kommunen udbetaler sygedagpenge til den sygemeldte eller dennes arbejdsgiver. Det er forløb, som varer længere end arbejdsgiverperioden på 4 uger (3 uger før 2012, 2 uger før juni 2008), og hvor den ansattes arbejdsgiver skal betale sygedagpenge uden refusion fra kommunen, samt forløb, hvor der ikke er en arbejdsgiverperiode. Lønmodtagere uden arbejdsgiverperiode omfatter bl.a. ca. 53.000 personer ansat i fleksjob (jf. Danmarks Statistiks Statistikbank, tabel AUK01), ansatte, som ikke opfylder beskæftigelseskravet i sygedagpengeloven, og ifølge Arbejdsmarkedsstyrelsen ca. 100.000 lønmodtagere med en kronisk sygdom. Herudover kan mindre virksomheder (med en årlig lønsum under ca. 7 mio. kroner) forsikre sig, så de ikke har en arbejdsgiverperiode. Forløb, hvor arbejdsgiveren skal betale dagpenge i arbejdsgiverperioden, som ophører i arbejdsgiverperioden, indgår ikke i DREAM.

MÅL FOR MEDICINFORBRUG OG KONTAKTER TIL FYSIOTERAPEUT OG PSYKOLOG

Vores data om medicinforbrug bygger på oplysninger fra Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister, hvor hver enkelt persons medicinudleveringer registreres. Vi kan således bestemme, om en person i løbet af et givet år har fået udleveret en række forskellige typer medicin. Vi bruger de såkaldte ATC-koder (niveau 2 og 3) til at klassificere medicinudleveringer. På baggrund af disse oplysninger kan vi beregne, hvor stor en del af det enkelte arbejdssteds ansatte der i et givet år har fået udleveret forskellige typer medicin. I analyserne skelner vi mellem medicin rettet mod hjerte-kar-sygdomme, kroniske lungesygdomme, diabetes og psykiske lidelser. Vores kodning af medicin for disse fire folkesygdomme bygger på Sundhedsstyrelsen (2006).

Data om antal kontakter til fysioterapeut og psykolog stammer fra Danmarks Statistiks sygesikringsregister. Vi beregner antal kontakter til fysioterapeut og psykolog ud fra oplysninger om antal kontakter under sygesikringen, og hvem (ydertypen) kontakterne er rettet til.

OM ANALYSENS METODE

I dette kapitel beskriver vi hovedprincipperne i analysens metode, mens en mere præcis (og teknisk) beskrivelse findes i bilaget til kapitel 3.

IDEEN BAG DIFFERENCE-IN-DIFFERENCE-METODEN

I denne undersøgelse analyserer vi effekten på arbejdsstedernes gennemsnitlige sygefravær (og medicinforbrug mv.) af at få midler fra Forebyggelsesfonden. Vi vil gerne vide, hvor højt sygefraværet er på arbejdssteder, der har gennemført et projekt, i forhold til, hvor højt sygefraværet ville have været på de samme arbejdssteder, hvis de ikke havde gennemført et projekt. Vi ville med andre ord gerne vide, hvordan sygefraværet ville have udviklet sig på projektarbejdsstederne, hvis de ikke havde gennemført projekterne. Det kan imidlertid ikke lade sig gøre, at et arbejdssted på samme tidspunkt både gennemfører et projekt og ikke gør det. Derfor er vi nødt til at sammenligne projektarbejdsstederne med arbejdssteder, der ikke har fået støtte fra Forebyggelsesfonden.

Projektarbejdsstederne (indsatsgruppen) og de arbejdssteder, vi sammenligner dem med (kontrolgruppen), bør ligne hinanden mest muligt, således at en eventuel forskel i de to gruppers sygefravær alene skyldes, at den ene gruppe har gennemført et projekt. For effektevalueringen

ville det have været ideelt, hvis der var blevet trukket lod om, hvilke arbejdssteder der skulle gennemføre et projekt. I et lodtrækningsforsøg kunne vi være sikre på, at projekt- og kontrolarbejdsstederne i gennemsnit var identiske, så den eneste forskel mellem de to grupper var, om arbejdsstederne havde gennemført et projekt eller ej. Hvilke projekter der har modtaget støtte fra Forebyggelsesfonden, er imidlertid ikke bestemt ved lodtrækning, men er afgjort af fondens bestyrelse. Vi anvender derfor i stedet en metode, der ved hjælp af statistiske korrektioner tilstræber, at indsats- og kontrolgruppen bliver ens.

Når vi måler, hvilken effekt det har på det enkelte arbejdssteds sygefravær at gennemføre et projekt, kontrollerer vi for en række karakteristika ved arbejdsstederne (baggrundvariable),¹⁴ som også kan tænkes at påvirke arbejdsstedernes sygefravær. For eksempel har kvinder i gennemsnit højere sygefravær end mænd, så hvis projektarbejdsstederne i højere grad har kvinder ansat end kontrolarbejdsstederne, kan det forklare, hvorfor projektarbejdsstederne har højere sygefravær end kontrolarbejdsstederne. For at være sikre på at en eventuel ændring i sygefraværet hos projektarbejdsstederne skyldes projektet, og ikke at der måske er sket en ændring i sammensætningen af projektarbejdsstedernes ansatte, kontrollerer vi altså for en lang række baggrundvariable.¹⁵ Ved at kontrollere for effekten af relevante variable dannes vores kontrolgruppe, og vi kan isolere effekten af at gennemføre et projekt.¹⁶

Det er muligt, at der er andre faktorer end de baggrundvariable, vi kontrollerer for, der påvirker sygefravær og medicinforbrug mv. For eksempel kan vi ikke måle sammenholdet mellem kollegaerne på et arbejdssted, men det er muligt, at det påvirker sygefraværet. Måske har arbejdssteder med et godt kollegialt fællesskab lavere sygefravær end arbejdssteder med dårligt kollegaskab. Vi bruger en model, der kan kontrollere for eventuelle uobserverede forskelle mellem arbejdsstederne, hvis blot disse eventuelle forskelle er konstante over tid. Vi kan altså in-

14. Bemærk, at alle baggrundvariable måles året før sygefraværet. Vi undersøger altså, hvordan fx de ansattes gennemsnitlige medicinforbrug sidste år påvirker arbejdsstedets sygefravær i år.

15. I grundmodellen indgår følgende baggrundvariable: gennemsnitlig alder, kønsfordeling, andel enlige, andel med dansk oprindelse, andel med anden vestlig oprindelse end dansk, andel ansat i støttet beskæftigelse, gennemsnitlig uddannelseslængde, andel, der har taget medicin mod henholdsvis en hjerte-kar-sygdom, diabetes, en kronisk lungesygdom og en psykisk sygdom, gennemsnitlig erhvervs erfaring, gennemsnitligt antal kontakter til psykolog, gennemsnitlig antal senge dage ved hospitalsindlæggelse, antal bibeskæftigede, antal hovedbeskæftigede, ændring i antal ansatte i forhold til året før, branche opdelt i 36 grupper og region.

16. Da der indgår baggrundvariable målt både før og efter projekterne, kan vi i analysen tage hensyn til ændringer over tid i de målte karakteristika.

direkte kontrollere for forskelle mellem arbejdsstederne i uobserverede forskelle som fx kollegafællesskab, hvis de ikke ændrer sig over tid. Vi kontrollerer ikke for eventuelle forskelle mellem arbejdsstederne, der ændrer sig over tid.

I analysen gennemføres selve effektmålingen ved at sammenligne udviklingen i sygefraværet på projektarbejdsstederne med udviklingen i sygefraværet på arbejdsstederne i kontrolgruppen. Vi sammenligner udviklingen i sygefraværet, fra perioden før projekterne startede til perioden efter projekterne er afsluttet. Hvis fx sygefraværet på projektarbejdsstederne er lavere efter projektperioden, end det var, før projektet startede, mens sygefraværet på arbejdsstederne i kontrolgruppen er uændret i samme periode, vil vi konkludere, at de støttede projekter har haft en positiv effekt på sygefraværet. Denne metode kaldes *difference-in-difference* (se fx Angrist & Pischke, 2008).¹⁷

Hovedantagelsen for en *difference-in-difference*-model er, at udviklingen i sygefraværet ville have været den samme for kontrol- og indsatsgruppen, hvis indsatsgruppen ikke havde gennemført projekterne. Niveauet for sygefraværet behøver ikke at være det samme i kontrol- og indsatsgruppen, men vi antager som sagt, at *udviklingen* ville have været den samme, hvis ikke indsatsgruppen havde gennemført projekterne. Ideen bag metoden er illustreret med et tænkt eksempel i figur 3.1. Vi kender sygefraværet før og efter projektperioden for både indsats- og kontrolgruppen. Udviklingen i sygefraværet for kontrolgruppen bruges til at estimere, hvordan udviklingen i sygefraværet for indsatsgruppen ville have været, hvis projektet ikke var blevet gennemført.

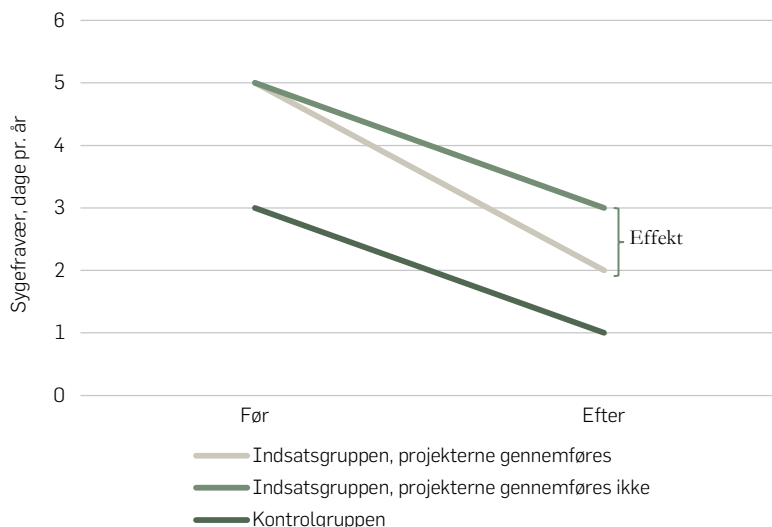
I det tænkte eksempel i figur 3.1 kan vi se, at sygefraværet i indsatsgruppen falder fra 5 dage før indsatsen til 2 dage efter indsatsen. Der har således været et fald på 3 dage. I kontrolgruppen har der i samme periode været et fald på 2 dage. Effekten af indsatsen findes ved at trække ændringen i kontrolgruppen (2 dage) fra ændringen i indsatsgruppen (3 dage). Hermed får vi, at indsatsen har haft en effekt svarende til et fald i sygefraværet på 1 dag. I figuren kan effekten af projekterne aflæses som afstanden mellem den grå kurve (sygefraværets udvikling i indsatsgruppen) og den mørkegrønne kurve (udviklingen i sygefraværet, som ind-

17. Man kunne anvende en analyse med udgangspunkt i matching, men dette ville medføre mere usikre estimater, hvilket særligt er et problem, når man som her har relativt få arbejdssteder i indsatsgruppen.

satsgruppen ville have haft, hvis den havde haft samme udvikling som kontrolgruppen).

FIGUR 3.1

Ideen bag en difference-in-difference-model.



Den model, vi anvender i vores analyse, er ikke en klassisk difference-in-difference-model, men er opbygget efter de samme principper.¹⁸

METODISKE OG DATAMÆSSIGE OVERVEJELSER

I dette afsnit vil vi opridse udfordringer ved difference-in-difference-metoden og ved de data, vi har haft mulighed for at anvende.

En vigtig forudsætning for, at difference-in-difference-metoden korrekt måler, hvilken effekt projekterne har på sygefraværet, er, at arbejdsstederne ikke ændrer deres adfærd i forhold til sygefraværet på grund af en forventning om at modtage midler fra Forebyggelsesfonden.

18. Vi anvender en model med fixed effekts på arbejdsstedsniveau. En klassisk difference-in-difference-model anvender fixed effekts på gruppeniveau for henholdsvis kontrol- og indsatsgruppen.

Man kunne forestille sig, at arbejdssteder, der forventer, at de snart får midler fra fonden, vil "lade stå til" i forhold til sygefraværet, således at sygefraværet vil være stigende i perioden, op til et projekt starter. Hvis det er tilfældet, vil det medføre, at vi sammenligner sygefraværet efter projektets afslutning med et sygefravær før projektstart, der er atypisk højt på grund af projektet.¹⁹ Vi vil derfor komme til at overvurdere projekternes effekt på sygefraværet. I analysen undersøger vi på flere måder, om sygefraværet i perioden op til projektstart har en atypisk stigning, og vi finder ingen tegn på, at arbejdsstederne ændrer adfærd inden projektstart.

Man kan forestille sig, at nogle arbejdssteder i kontrolgruppen også gør en indsats for at forhindre og forebygge nedslidning, men at de blot gør det uden at få økonomisk støtte fra Forebyggelsesfonden. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at vi undersøger effekten af at gennemføre et projekt i forhold til den indsats, der eventuelt bliver gjort på arbejdsstederne i kontrolgruppen. Hvis arbejdssteder i kontrolgruppen gør en aktiv indsats mod nedslidning, vil vi undervurdere effekten af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden.

Det virker sandsynligt, at projektet ikke kun har en effekt det/de år, det gennemføres, men muligvis også i årene efter projektet er afsluttet. I hovedanalysen undersøger vi, hvilken effekt det har på sygefraværet, at arbejdsstedet gennemførte et projekt for 1 eller 2 år siden. Man kan imidlertid forestille sig, at effekten på sygefraværet af at gennemføre et projekt først kommer efter flere år. På baggrund af de tilgængelige data har vi desværre ikke mulighed for at undersøge dette.

Denne rapport fokuserer på effekten på sygefraværet, medicinforbrug og kontakter til fysioterapeut og psykolog af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden. Det påvirker dog muligvis også andre forhold at gennemføre et projekt. For eksempel kan et projekt påvirke de ansattes generelle trivsel, hvilket ikke nødvendigvis (med det samme) afspejles i disse udfald.

Vores mål for sygefravær bygger på data om kommunernes udbetaling af sygedagpenge (se kapitel 2). Sygefravær, som er omfattet af den arbejdsgiverbetalte periode, indgår derfor ikke i det målte sygefravær. Det betyder, at vi for en række ansatte ikke måler projekternes effekt på det kortvarige sygefravær.

19. Det fænomen, hvor forventningen om at modtage en indsats i fremtiden påvirker adfærden nu, kaldes i den økonomiske litteratur for et "Ashenfelters dip" (Ashenfelter, 1978).

Som beskrevet i kapitel 2 har vi modtaget informationer fra Forebyggelsesfonden om arbejdssteder, der har gennemført et projekt med støtte fra fonden. I effektmålingen undersøger vi, om projekterne har påvirket arbejdsstedernes samlede sygefravær og medarbejdernes samlede medicinforbrug mv. Hermed undersøger vi, om projekterne har haft så stor effekt, at de har påvirket arbejdsstedernes samlede sygefravær mv. Vi har ikke oplysninger om antallet af ansatte, som direkte har været berørt af projekternes indsats. På nogle arbejdssteder vil det formentlig have været alle ansatte og på andre arbejdssteder afdelinger eller udvalgte grupper af ansatte. I de tilfælde, hvor indsatsen omfatter mindre grupper af ansatte skal effekten på de ansattes sygefravær være større for at slå igennem på virksomhedens samlede sygefravær. Ud over at undersøge effekten på arbejdsstederne samlede sygefravær, ville det derfor også være interessant at belyse, om projekterne har haft en signifikant effekt på sygefraværet blandt de grupper af ansatte, som blev berørt af indsatserne. Hvis vi skulle have undersøgt dette, skulle man i forbindelse med tildelingen af midler fra Forebyggelsesfonden have tilrettelagt det således, at der blev indsamlet data om ansatte, som modtog indsatsen.

STATISTISK BEGREBSAFKLARING

I effektmålingen undersøges, om det har en *statistisk signifikant* effekt på sygefraværet at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden. En effekt er statistisk signifikant, hvis vi kan være mindst 95 pct. sikre på, at den effekt, vi finder, ikke skyldes en statistisk tilfældighed. Lad os antage, at vi finder, at der er en positiv effekt af at gennemføre et projekt. Hvis denne effekt er statistisk signifikant, kan vi være 95 pct. sikre på, at vi, hvis vi lod de samme arbejdssteder gennemføre præcis de samme projekter igen med de samme ansatte og under præcis samme forhold, igen ville finde en positiv effekt af projekterne.

Begrebet *konfidensinterval*, som vi bruger flere steder, hænger tæt sammen med statistisk signifikans. Konfidensintervallet angiver et interval, som effekten med 95 pct. sikkerhed falder inden for. For eksempel angiver konfidensintervallet $[-0,2791; 0,1280]$ i tabel 5.1 i kapitel 5, at vi kan være 95 pct. sikre på, at effekten af at gennemføre et projekt ligger mellem et fald i sygefraværet på 27,9 pct. og en stigning på 12,8 pct. Når konfidensintervallet både indeholder et negativt og et positivt tal, betyder

det, at vi ikke kan påvise en statistisk signifikant effekt af at gennemføre et projekt.

HVILKE ARBEJDSSTEDER HAR SØGT PENGE FRA FONDEN?

I dette kapitel ser vi nærmere på, om det er en bestemt type arbejdssteder, der har søgt penge fra Forebyggelsesfonden.

Tabel 4.1 viser, hvordan henholdsvis indsatsgruppen og gruppen af øvrige danske arbejdssteder er sammensat i forhold til en lang række variable. Som det fremgår af første linje i tabellen, har arbejdsstederne i indsatsgruppen i gennemsnit 50,6 pct. kvindelige ansatte, mens de øvrige danske arbejdssteder i gennemsnit har 32,8 pct. kvindelige ansatte.²⁰ Dette er en ganske stor signifikant forskel på de to grupper af arbejdssteder, som kan have stor indflydelse på forskellen i det gennemsnitlige sygefravær, fordi kvinder generelt har højere sygefravær end mænd (Labriola, Lund & Burr, 2006 Lund, Labriola & Villadsen, 2007)

Det ses ligeledes i tabel 4.1, at arbejdsstederne i indsatsgruppen i gennemsnit har medarbejdere med en lavere alder, kortere uddannelse og højere tidligere ledighed end de øvrige danske arbejdssteder. Dette kan muligvis hænge sammen med, at de særligt udvalgte nedslidningstruede brancher og jobgrupper, der kunne søges støtte til projekter under ho-

20. Årsagen til, at kvinder i gennemsnit kun udgør 32,8 pct. af de ansatte på de danske arbejdssteder, er, at kvinder typisk er ansat på offentlige arbejdspladser, mens mænd oftere er ansat på private arbejdspladser. Offentlige arbejdspladser er generelt noget større end private arbejdspladser, men i beregningen af den gennemsnitlige andel kvinder vejer alle arbejdspladser lige meget uanset størrelse. Det betyder, at den beregnede andel kvinder bliver mindre, end når man beregner andelen af kvinder ved at sætte antal kvindelige lønmodtagere i forhold til det samlede antal af lønmodtagere.

vedformål 1 og 4, i høj grad består af grupper med lav uddannelse og til dels også brancher præget af sæsonarbejde. Det kan umiddelbart virke underligt, at arbejdsstederne i indsatsgruppen i gennemsnit også har ansatte, der har mere erhvervs erfaring end de øvrige danske arbejdssteder. Men dette skyldes formentligt, at de ansatte på indsatsarbejdsstederne har kortere uddannelser, og at de derfor, selvom de i gennemsnit er yngre, har haft mulighed for at få mere erhvervs erfaring end ansatte på de øvrige danske arbejdssteder.

Der er ikke signifikant forskel på de ansattes gennemsnitlige sundhed på arbejdssteder i indsatsgruppen og på de øvrige danske arbejdssteder, når sundheden måles som indtagelse af medicin mod diabetes eller kroniske lungesygdomme, antal kontakter til psykolog og antal sengedage i forbindelse med hospitalsindlæggelse. Indsatsarbejdsstederne har dog i gennemsnit flere ansatte, der har taget medicin mod mentale helbredsproblemer, og færre ansatte, der har taget medicin mod en hjerte-kar-sygdom, end de øvrige arbejdssteder. Derudover har indsatsarbejdsstederne i gennemsnit flere ansatte ansat i støttet beskæftigelse end de øvrige arbejdssteder (henholdsvis 2,8 pct. og 1,9 pct.). Dette kan muligvis tyde på, at indsatsarbejdsstedernes ansatte i gennemsnit har et dårligere helbred, da en stor del af gruppen af personer ansat i støttet beskæftigelse er ledige i virksomhedspraktik, ledige i løntilskudsjob eller personer ansat i fleksjob, som generelt har et højere sygefravær end personer ansat i ordinær beskæftigelse (Dansk Arbejdsgiverforening, 2005).

Det ses i tabel 4.1, at der i gennemsnit er langt flere ansatte på indsatsarbejdsstederne end på de øvrige arbejdssteder. På indsatsarbejdsstederne er der i gennemsnit 6,2 ansatte, der har ansættelsen som deres bibeskæftigelse, og 112,6 ansatte, der har ansættelsen som deres hovedbeskæftigelse. De tilsvarende tal for de øvrige danske arbejdssteder er henholdsvis 1,1 og 10,9 ansatte. Årsagen til det gennemsnitligt højere antal ansatte på indsatsarbejdsstederne er formentligt, at der er en kraftig overrepræsentation af offentlige arbejdssteder i indsatsgruppen (se nedenfor), og at offentlige arbejdssteder typisk har flere ansatte end private arbejdssteder.²¹

21. I 2007 var der i gennemsnit ansat 3,3 personer med bibeskæftigelse og 35,5 personer med hovedbeskæftigelse på offentlige arbejdssteder. De tilsvarende tal for private arbejdssteder er 0,9 og 9,0.

TABEL 4.1

Sammensætningen af arbejdssteder i indsatsgruppen og øvrige danske arbejdssteder. 2007.

	Indsatsgruppen	Øvrige danske arbejdssteder
Andel kvinder	50,63 pct. ***	32,75 pct.
Gennemsnitsalder	40,66 år ***	43,78 år
Andel enlige	29,65 pct. ***	26,07 pct.
Andel med dansk oprindelse	92,76 pct.	93,02 pct.
Andel med anden vestlig oprindelse end dansk	3,37 pct.	3,44 pct.
Andel ansat i støttet beskæftigelse	2,77 pct. ***	1,86 pct.
Gennemsnitlig uddannelseslængde i måneder	145,12 måneder ***	149,09 måneder
Andel, der har fået medicin mod en hjerte-kar-sygdom	12,12 pct. ***	14,42 pct.
Andel, der har fået medicin mod diabetes	2,76 pct.	2,90 pct.
Andel, der har fået medicin mod en kronisk lungesygdom	5,75 pct.	5,46 pct.
Andel, der har fået medicin mod en psykisk sygdom	7,03 pct. ***	5,12 pct.
Gennemsnitlig erhvervs erfaring i år	15,96 år ***	14,06 år
Gennemsnitlig tidligere ledighed i år	1,43 år ***	1,05 år
Gennemsnitligt antal kontakter til psykolog	3,01 kontakter	2,46 kontakter
Gennemsnitligt antal kontakter til fysioterapeut	1,18 kontakter *	1,29 kontakter
Gennemsnitligt antal sengedage i forbindelse med hospitalsindlæggelse	0,29 dage	0,30 dage
Gennemsnitligt antal ansatte med bibeskæftigelse på arbejdsstedet	6,22 ansatte ***	1,10 ansatte
Gennemsnitligt antal ansatte med hovedbeskæftigelse på arbejdsstedet	112,59 ansatte ***	10,93 ansatte
Gennemsnitligt antal ansatte med hovedbeskæftigelse på arbejdsstedet i forhold til året før i procent	108,71 pct.	111,37 pct.

Anm.: Forskelle mellem andele i de to grupper er testet med en t-test. * = signifikant et på 5-procents-niveau, ** = signifikant på et 1-procents-niveau, og *** = signifikant på 0,1-procents-niveau.

I beregningen af sammensætningen af indsatsgruppen indgår 479 arbejdssteder. Dog indgår kun 475 arbejdssteder i beregningen af andelen, der har fået medicin mod diabetes, af gennemsnitligt antal ansatte med bibeskæftigelse på arbejdsstedet samt af gennemsnitligt antal ansatte med hovedbeskæftigelse på arbejdsstedet, og der indgår blot 408 arbejdssteder i beregningen af gennemsnitligt antal ansatte med hovedbeskæftigelse på arbejdsstedet i forhold til året før.

I beregningen af sammensætningen af de øvrige danske arbejdssteder indgår 414.280 arbejdssteder. Dog indgår 414.279 arbejdssteder i beregningen af andel enlige og af gennemsnitlig erhvervs erfaring. Der indgår 414.224 arbejdssteder i beregningen af andelen med dansk eller anden vestlig baggrund, og der indgår 410.757 arbejdssteder i beregningen af gennemsnitlig uddannelseslængde. Der indgår 343.987 arbejdssteder i beregningen af andel ansatte, der får medicin mod diabetes, og 160.762 arbejdssteder i beregningen af gennemsnitligt antal ansatte med hovedbeskæftigelse på arbejdsstedet i forhold til året før. Endelig indgår der 222.529 arbejdssteder i beregningen af gennemsnitligt antal bi- og hovedbeskæftigede på arbejdsstedet.

Der indgår ikke lige mange arbejdssteder i beregningen af andelen/gennemsnittene for alle variable, fordi visse arbejdssteder ikke har oplysninger om alle variable. For eksempel er der arbejdssteder, hvor vi ikke kender antal hovedbeskæftigede på arbejdsstedet.

Tabel 4.2 viser sektorsammensætningen af arbejdssteder i indsatsgruppen i forhold til de øvrige danske arbejdssteder. Vi ser, at hele 54,4 pct. af arbejdsstederne i indsatsgruppen er offentlige, mens det samme kun er tilfældet for 11,5 pct. af de øvrige arbejdssteder. Offentlige arbejdssteder er altså kraftigt overrepræsenteret blandt de arbejdssteder, der har søgt og fået midler fra Forebyggelsesfonden. Vi ser endvidere, at langt størstedelen af de offentlige arbejdssteder i indsatsgruppen er kommunale. De kommunale arbejdssteder udgør hele 44,8 pct. af indsatsgruppen, mens de kun udgør 7,7 pct. af de øvrige arbejdssteder. Den store andel af offentlige arbejdssteder i indsatsgruppen hænger godt sammen med, at arbejdsstederne i indsatsgruppen i gennemsnit har en langt højere andel kvindelige ansatte end de øvrige danske arbejdssteder, idet kvinder oftere end mænd er offentligt ansat.

En mulig forklaring på, at kommunale og offentlige arbejdssteder er overrepræsenteret i indsatsgruppen, selvom både offentlige og private arbejdssteder kunne søge midler fra fonden, er, at der er en større tradition for at søge projektmidler i det offentlige. Offentlige arbejdssteder og nok i særlig grad kommunale arbejdssteder er sandsynligvis både mere opmærksomme på muligheder for at søge økonomisk støtte til projekter og har større erfaring med at søge end private arbejdssteder.

TABEL 4.2

Sektor-sammensætningen af arbejdssteder i indsatsgruppen og blandt øvrige danske arbejdssteder. 2007. Procent.

	Indsatsgruppe	Øvrige danske arbejdssteder
Andel offentlige arbejdssteder	54,39 ***	11,54
<i>Andel statslige arbejdssteder</i>	6,42 ***	2,52
<i>Andel regionale arbejdssteder</i>	2,36 *	0,62
<i>Andel kommunale arbejdssteder</i>	44,75 ***	7,67
<i>Andel andre offentlige arbejdssteder</i>	0,86	0,73
Andel private arbejdssteder	45,61 ***	88,46

Anm.: Forskelle mellem andele i de to grupper er testet med en t-test. * = signifikant på et 5-procents-niveau, ** = signifikant på 1-procents-niveau og *** = signifikant på 0,1-procents-niveau.

Der indgår 467 arbejdssteder i beregningen af sektorsammensætningen for indsatsgruppen og 203.847 arbejdssteder i beregningen for de øvrige danske arbejdssteder.

Tabel 4.3 viser branchesammensætningen af arbejdssteder i indsatsgruppen og blandt de øvrige danske arbejdssteder. I indsatsgruppen er hele 22,3 pct. af arbejdsstederne døgninstitutioner eller hjemmepleje, og 14,1 pct. er daginstitutioner. Disse brancher udgør en signifikant mindre andel af de øvrige danske arbejdssteder, henholdsvis 1,9 pct. og 4,6 pct. Over-

repræsentationen af døgninstitutioner, hjemmepleje og daginstitutioner i indsatsgruppen hænger ganske fint sammen med tallene i tabel 4.2, hvor vi så, at de kommunale arbejdssteder er kraftigt overrepræsenteret i indsatsgruppen.

Tabel 4.3 viser, at også arbejdssteder i transportbranchen er kraftigt overrepræsenteret i indsatsgruppen. Arbejdssteder, der beskæftiger sig med transport af passagerer, udgør 9,5 pct. af arbejdsstederne i indsatsgruppen, men kun 1,5 pct. af de øvrige danske arbejdssteder. Tilsvarende udgør arbejdssteder, der fremstiller transportmidler, 10,1 pct. af indsatsgruppen, men kun 1,7 pct. af de øvrige danske arbejdssteder.

Årsagen til, at døgninstitutioner, hjemmepleje, daginstitutioner og transportbranchen er overrepræsenteret i indsatsgruppen, er givetvis, at disse brancher er blandt de udvalgte nedslidningstruede brancher og jobgrupper, der kunne søge midler under hovedformål 1.

Den sidste store branchemæssige forskel mellem arbejdsstederne i indsatsgruppen og kontrolgruppen er, at kontorer kun udgør 3,0 pct. af arbejdsstederne i indsatsgruppen, mens de udgør hele 21,9 pct. af de øvrige danske arbejdssteder.

TABEL 4.3

Branchesammensætningen af arbejdssteder i indsatsgruppen og øvrige danske arbejdssteder. 2007. Procent.

	Indsatsgruppe	Øvrige danske arbejdssteder
Andel arbejdssteder inden for universitet og forskning	0,21	0,27
Andel arbejdssteder inden for undervisning	1,89	2,58
Andel arbejdssteder inden for læge, tandlæge eller dyrelæge	0,42 ***	3,51
Andel arbejdssteder inden for hospital	1,89 **	0,10
Andel arbejdssteder inden for døgninstitutioner eller hjemmepleje	22,32 ***	1,85
Andel arbejdssteder inden for daginstitutioner	14,11 ***	4,56
Andel arbejdssteder inden for transport af passagerer	9,47 ***	1,49
Andel arbejdssteder inden for transport af gods	2,11	2,60
Andel arbejdssteder inden for restaurant eller barer	3,16 **	4,86
Andel arbejdssteder inden for rengøring	0,84	1,64
Andel arbejdssteder inden for kultur og sport	4,21	2,44
Andel arbejdssteder inden for hotel og camping	0,42	0,65

TABEL 4.3 FORTSAT

Branchesammensætningen af arbejdssteder i indsatsgruppen og øvrige danske arbejdssteder. 2007. Procent.

	Indsatsgruppe	Øvrige danske arbejdssteder
Andel arbejdssteder inden for frisører eller anden personlig pleje	0,21 ***	1,45
Andel arbejdssteder inden for vand, kloak eller affald	0,84	0,94
Andel arbejdssteder inden for religiøse institutioner eller begravelsesvæsen	0 ***	1,47
Andel arbejdssteder inden for politi, beredskab eller fængsler	5,47 ***	0,46
Andel arbejdssteder inden for nærings- og nydelsesmidler	4,00 ***	0,73
Andel arbejdssteder inden for slagteri	0,84	0,15
Andel arbejdssteder inden for landbrug, skovbrug eller fiskeri	0,00 ***	6,97
Andel arbejdssteder inden for kontor	2,95 ***	21,93
Andel arbejdssteder inden for it og telekommunikation	0,00 ***	2,19
Andel arbejdssteder inden for film, presse og bøger	0,00 ***	1,26
Andel arbejdssteder inden for træ og møbler	0,00 ***	0,43
Andel arbejdssteder inden for transport (fremsstilling/industri)	10,11 ***	1,70
Andel arbejdssteder inden for tekstil og papir	0,42	0,36
Andel arbejdssteder inden for plast, glas og beton	4,63 ***	0,71
Andel arbejdssteder inden for metal og maskiner	1,68	1,96
Andel arbejdssteder inden for kemi og medicin	0,21	0,15
Andel arbejdssteder inden for installation og reparation af maskiner og udstyr	0 ***	0,88
Andel arbejdssteder inden for energi og råstoffer	3,37 ***	0,44
Andel arbejdssteder inden for elektronik	0,42	0,56
Andel arbejdssteder inden for en gros	1,05 ***	6,58
Andel arbejdssteder inden for butikker	0,21 ***	12,36
Andel arbejdssteder inden for færdiggørelse af byggeri	0,21 ***	3,51
Andel arbejdssteder inden for opførelse og nedrivning af bygninger	1,05 ***	5,60
Andel arbejdssteder inden for anlægsarbejde	1,26	0,65
I alt	99,98	99,99

Anm.: Forskelle mellem andele i de to grupper er testet med en t-test. * = signifikant på et 5-procents-niveau, ** = signifikant på et 1-procents-niveau og *** = signifikant på et 0,1-procents-niveau.

Der indgår 475 arbejdssteder i beregningen af branchesammensætningen for indsatsarbejdsstederne og 220.977 arbejdssteder i beregningen for de øvrige danske arbejdssteder.

Tabel 4.4 viser, hvordan arbejdsstederne i indsatsgruppen fordeler sig geografisk i forhold til de øvrige danske arbejdssteder. Vi ser, at der er

relativt få arbejdssteder i Region Hovedstaden og i Region Nordjylland i indsatsgruppen, mens arbejdssteder i Region Midtjylland og i mindre grad Region Syddanmark er overrepræsenteret i indsatsgruppen.

TABEL 4.4

Den geografiske sammensætning af arbejdssteder i indsatsgruppen og øvrige danske arbejdssteder. 2007. Procent.

	Indsatsgruppen	Øvrige danske arbejdssteder
Andel arbejdssteder i Region Hovedstaden	21,85 ***	29,66
Andel arbejdssteder i Region Sjælland	14,08	14,85
Andel arbejdssteder i Region Syddanmark	26,26 *	21,20
Andel arbejdssteder i Region Midtjylland	32,98 ***	23,62
Andel arbejdssteder i Region Nordjylland	4,83 ***	10,63
I alt	100,00	99,96 ¹

Anm.: Forskelle mellem andele i de to grupper er testet med en t-test. * = signifikant på et 5-procents-niveau, ** = signifikant på et 1-procents-niveau og *** = signifikant på et 0,1-procents-niveau.

Der indgår 476 arbejdssteder i beregningen af den geografiske sammensætning af indsatsarbejdsstederne og 413.251 arbejdssteder i beregningen for de øvrige danske arbejdssteder.

1. Procentandelene summer ikke til 100, fordi 0,04 pct. af de danske arbejdssteder ligger i udlandet. Der er ingen udenlandske arbejdssteder i indsatsgruppen, derfor fremgår de ikke af tabellen.

EFFEKTEN PÅ SYGEFRAVÆRET

I dette kapitel undersøger vi effekten på arbejdsstedernes sygefravær, når et arbejdssted får midler fra Forebyggelsesfonden til at gennemføre et projekt. For at få et umiddelbart indtryk af, om der er en effekt, viser vi først en grafisk afbildning af udviklingen i det gennemsnitlige sygefravær på arbejdsstederne i henholdsvis indsats- og kontrolgruppen. Den grafiske fremstilling, hvor der ikke tages hensyn til, at indsatsgruppen i gennemsnit består af flere medarbejdere med højere sygefravær end arbejdsstederne i kontrolgruppen (jf. kapitel 4), viser, at der ikke er signifikant forskel på sygefraværets udvikling i indsats- og kontrolgruppen.

Efter den simple grafiske analyse foretager vi en række regressionsanalyser, hvor vi kontrollerer for den forskellige sammensætning af arbejdssteder i indsats- og kontrolgruppen. Ligesom de grafiske analyser, viser regressionerne, at projekterne ikke har en signifikant effekt på sygefraværet.

UDVIKLINGEN I DET GENNEMSNI TLIGE SYGEFRAVÆR

For at få et umiddelbart indtryk af effekten af at få midler fra Forebyggelsesfonden undersøger vi først udviklingen i det gennemsnitlige sygefravær i henholdsvis indsats- og kontrolgruppen. Arbejdsstedernes gen-

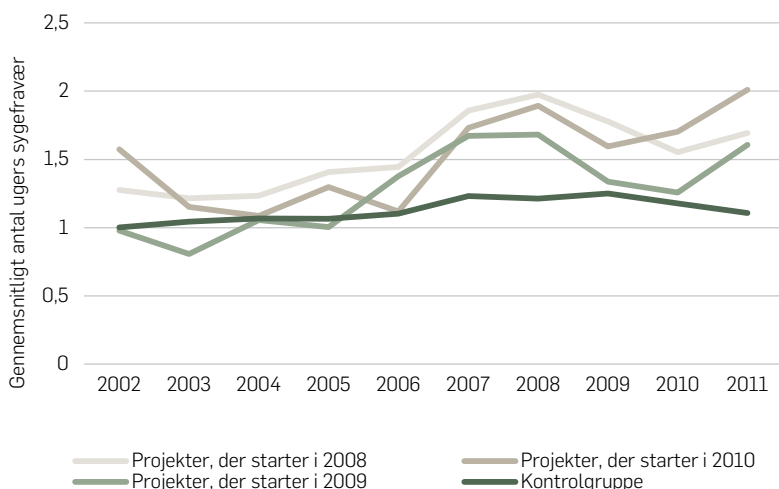
nemsnitlige sygefravær er beregnet ved hjælp af oplysninger fra DREAM-databasen om de enkelte ansattes sygefravær (se kapitel 2). For hvert år ved vi, hvor alle personer var ansat, og vi kan derved beregne de ansattes gennemsnitlige sygefravær for de enkelte arbejdssteder. Derefter kan vi beregne det gennemsnitlige sygefravær i henholdsvis indsats- og kontrolgruppen. Det er dog vigtigt at bemærke, at vi ikke kan identificere, hvilke arbejdssteder personer var ansat på før 2007.²² Dette medfører, at vi er nødt til at antage, at alle individer er ansat samme sted i årene 2002-2006, som de var i 2007. Det er ret usandsynligt, at ingen personer skiftede arbejdsplads i perioden 2002-2007, og det er således en ret grov antagelse. I kapitel 7 foretager vi en robusthedsanalyse, hvor vi undersøger betydningen af dette.

Figur 5.1 viser, hvordan det gennemsnitlige sygefravær har udviklet sig i perioden 2002-2011 i kontrol- og indsatsgruppen, hvor sidstnævnte er opdelt i tre grupper, efter hvornår projektet startede. Den lysegrå kurve viser udviklingen i kontrolgruppen, mens den mørkegrønne, den lysegrønne og den mørkegrå viser udviklingen i den del af indsatsgruppen, der startede et projekt i henholdsvis 2008, 2009 og 2010. I 2007 og 2011 var der kun ganske få arbejdssteder, der startede et projekt, og derfor fremgår disse grupper ikke af figuren.

22. Vi bruger variablen arbejdsstedsnummer (arbnr.) til at identificere arbejdsstederne, og denne variabel findes ikke knyttet til individer før 2007.

FIGUR 5.1

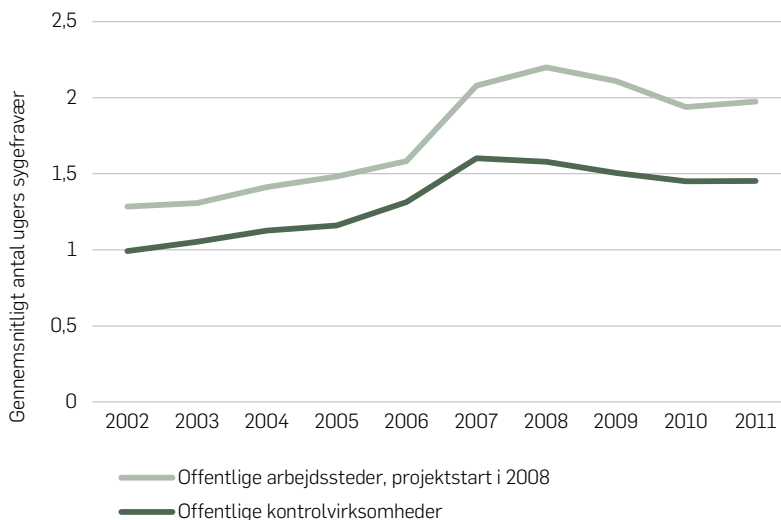
Udviklingen i det gennemsnitlige sygefravær særsilt for kontrolgruppen og indsatsgruppen opdelt efter projektstartsår. 2002-2011.



Vi ser i figur 5.1, at det gennemsnitlige sygefravær på arbejdsstederne i indsatsgruppen generelt er højere end sygefraværet i kontrolgruppen. Der er desuden en stor stigning i sygefraværet i indsatsgruppen omkring 2007 (uanset hvornår arbejdsstedet startede et projekt), men ikke en tilsvarende stigning i kontrolgruppens sygefravær. Vi så i kapitel 4, at offentlige og særligt kommunale arbejdssteder er kraftigt overrepræsenteret i indsatsgruppen, og det er derfor muligt at kommunalreformen i 2007 kan forklare den store stigning i sygefraværet i indsatsgruppen i denne periode. Kommunalreformen betød øget usikkerhed omkring ansættelsen og arbejdsforholdene for mange offentligt ansatte, og det er sandsynligt, at dette har medført højere sygefravær. For at undersøge om kommunalreformen kan forklare noget af forskellen i udviklingen i sygefraværet i indsats- og kontrolgruppen, har vi undersøgt udviklingen i sygefraværet alene for offentlige arbejdssteder. Figur 5.2 viser således udviklingen i det gennemsnitlige sygefravær for offentlige arbejdssteder i kontrolgruppen i forhold til de offentlige arbejdssteder i indsatsgruppen, der startede et projekt i 2008.

FIGUR 5.2

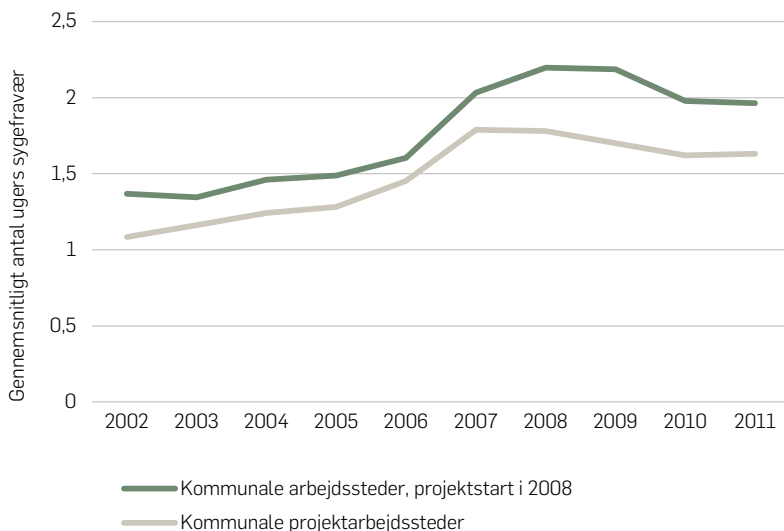
Udviklingen i det gennemsnitlige sygefravær særskilt for kontrolgruppen og den del af indsatsgruppen, der startede et projekt i 2008. Kun offentlige arbejdssteder. 2002-2011.



Ved at sammenholde figur 5.1 og figur 5.2 ser vi, at når vi alene betragter offentlige arbejdssteder, ligner udviklingen i indsats- og kontrolgruppen hinanden mere, end når vi betragter udviklingen for alle arbejdssteder. Da det primært var kommunale arbejdssteder, der blev påvirket af kommunalreformen, har vi desuden undersøgt udviklingen i sygefraværet på kommunale arbejdssteder. Figur 5.3 viser udviklingen i det gennemsnitlige sygefravær på kommunale arbejdssteder i kontrolgruppen og kommunale arbejdssteder i den del af indsatsgruppen, der startede projekter i 2008.

FIGUR 5.3

Udviklingen i det gennemsnitlige sygefravær særsklit for kontrolgruppen og den del af indsatsgruppen, der startede et projekt i 2008. Kun kommunale arbejdssteder. 2002-2011.



Vi ser, at udviklingen i det gennemsnitlige sygefravær i kontrol- og indsatsgruppen ligner hinanden mere i figur 5.2 end i figur 5.1, og mere i figur 5.3 end i figur 5.2. Det ser altså ud til, at en del af forskellen mellem udviklingen i kontrol- og indsatsgruppen, når man sammenligner alle arbejdssteder, skyldes, at der er flere offentlige og i særdeleshed flere kommunale arbejdssteder i indsatsgruppen end i kontrolgruppen.

GRAFISK ANALYSE PÅ BAGGRUND AF SIMPEL ESTIMATION

Figurerne i forgående afsnit viser en afbildning af udviklingen i det gennemsnitlige sygefravær i indsats- og kontrolgruppen. Vi så, at det gennemsnitlige sygefravær i indsatsgruppen generelt lå højere end det gennemsnitlige sygefravær i kontrolgruppen. Vi er interesseret i at undersøge, om det medfører en anden udvikling i sygefraværet at få midler fra Forebyggelsesfonden, end arbejdsstederne ellers ville have haft. Vi vil derfor

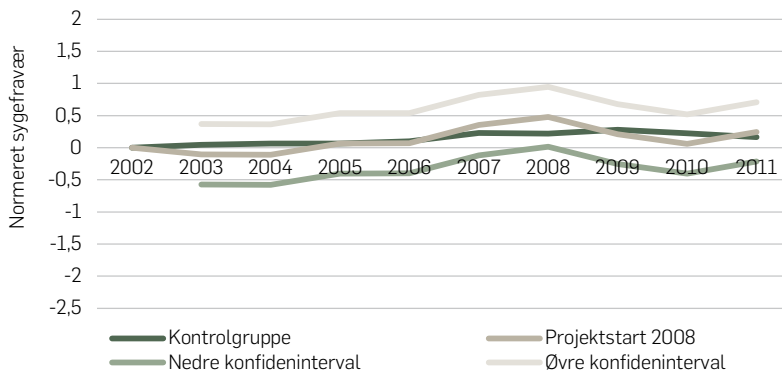
gerne undersøge, om udviklingen i sygefraværet i kontrol- og indsatsgruppen har været forskellige, når man tager højde for, at indsatsarbejdsstederne generelt har et højere sygefravær, også før projekterne startede. For at undersøge dette har vi foretaget en lineær regression,²³ hvor vi for det første kan se bort fra, at niveauet for sygefraværet generelt er højere i indsatsgruppen end i kontrolgruppen, og hvor vi for det andet kan beregne et såkaldt konfidensinterval for udviklingen i indsatsgruppen. Konfidensintervallet angiver et interval, som det gennemsnitlige sygefravær på arbejdsstederne i indsatsgruppen med 95 pct. sikkerhed falder indenfor. Vi bruger resultaterne fra estimationen som udgangspunkt for en grafisk afbildning af udviklingen i sygefraværet i henholdsvis indsats- og kontrolgruppen. Vi tager niveauforskellen i sygefraværet ”ud” ved at sætte sygefraværet til 0 i 2002 for begge grupper og beregne sygefraværet i de øvrige år i forhold til sygefraværet i 2002.

Da vi gerne vil undersøge udviklingen i sygefraværet op til projektstart (jf. kapitel 3), og efter projekterne er afsluttet, har vi som i forrige afsnit opdelt indsatsgruppen i tre grupper efter, hvilket år arbejdsstederne startede et projekt. Figur 5.4 viser udviklingen i den del af indsatsgruppen, der startede projekter i 2008, og udviklingen i kontrolgruppen. Figur 5.5 og figur 5.6 viser udviklingen i kontrolgruppen og i den del af indsatsgruppe, der startede projekt i henholdsvis 2009 og 2010. Vi har ikke lavet figurer, der viser udviklingen i sygefraværet for den del af indsatsgruppen, der startede projekter i 2007 og 2011, da disse grupper som nævnt ovenfor er meget små.

23. Vi estimerer det gennemsnitlige sygefravær med år, projektstartsåret samt interaktionen heraf som forklarende variable i en lineær model med random effects.

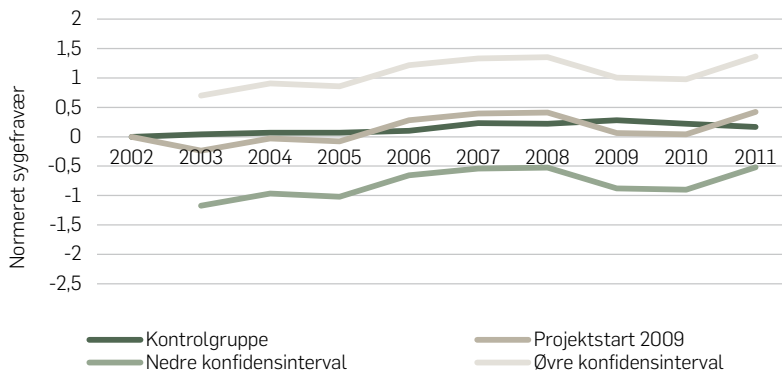
FIGUR 5.4

Udviklingen i sygefraværet i kontrolgruppen og den del af indsatsgruppen, der startede projekter i 2008. Med sygefraværet i 2002 som udgangspunkt. Antal sygefraværsuger hos de ansatte.



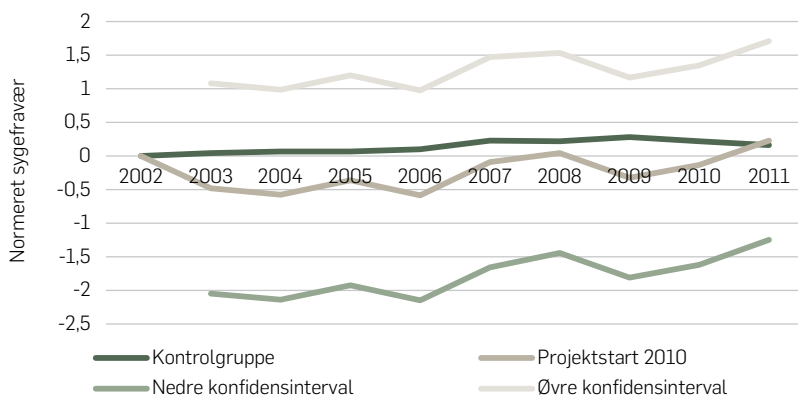
FIGUR 5.5

Udviklingen i sygefraværet i kontrolgruppen og den del af indsatsgruppen, der startede projekter i 2009. Med sygefraværet i 2002 som udgangspunkt. Antal sygefraværsuger hos de ansatte.



FIGUR 5.6

Udviklingen i sygefraværet i kontrolgruppen og den del af indsatsgruppen, der startede projekter i 2010. Med sygefraværet i 2002 som udgangspunkt. Antal sygefraværsuger hos de ansatte.



Vi ser i figur 5.4, figur 5.5 og figur 5.6, at sygefraværet stiger på arbejdsstederne i indsatsgruppen mellem 2006 og 2008 og falder mellem 2008 og 2009, uanset hvornår arbejdsstederne startede et projekt. En tilsvarende udvikling er ikke sket i kontrolgruppen. Det lader således til, at det er en særlig gruppe arbejdssteder, der har søgt og fået midler fra Forebyggelsesfonden til at gennemføre et projekt.

Man kunne forstille sig, at en forventning om at få midler fra Forebyggelsesfonden kunne få en arbejdsplads til at "lade stå til" i forhold til sygefraværet, fordi arbejdspladsen forventer snart at få eksterne midler til en indsats, som kan nedbringe fraværet. Forventningen om at modtage midler fra fonden kunne således medføre et stigende sygefravær i perioden op til projektstart. Det lader dog ikke til, at forventningen om at modtage midler medfører øget sygefravær i perioden før projektstart. Hvis der har været en sådan forventning, skulle vi se en stigning i fraværet i forskellige år, fordi arbejdsstederne startede projekter i henholdsvis 2008, 2009 og 2010. Det er ikke tilfældet, idet alle arbejdsstederne i indsatsgruppen – uanset hvornår de starter et projekt – har stigende sygefravær i perioden 2006 til 2008. Herudover havde de arbejdssteder, der startede et projekt i 2010, et fald i sygefraværet i 2009.

Uanset hvornår arbejdsstederne i indsatsgruppen startede deres projekt, var der en stigning i sygefraværet mellem 2006 og 2008 og et fald mellem 2008 og 2009, og sygefraværet var atypisk højt i 2007 og 2008 (se figur 5.4, figur 5.5 og figur 5.6). Når vi undersøger, hvilken effekt det har på sygefraværet at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden, sammenligner vi sygefraværet i perioden, før projektet startede, med sygefraværet efter projektet. Da sygefraværet var atypisk højt i 2007 og 2008 vil en estimeret effekt af at gennemføre et projekt være et overkantsskøn, fordi sygefraværet før projektstart var atypisk højt.

I figur 5.4-figur 5.6 er der indtegnet et konfidensinterval omkring udviklingen i sygefraværet i indsatsgruppen. Vi ser, at sygefraværet i kontrolgruppen i alle år i alle tre figurer er inden for indsatsgruppens konfidensinterval. Det betyder, at vi ikke kan afvise, at udviklingen i indsats- og kontrolgruppens sygefravær er ens. Kurverne for sygefraværet i de to grupper er ikke ens, men forskellene kan skyldes statistisk måleusikkerhed eller tilfældigheder, og vi siger derfor, at der ikke er statistisk forskel på udviklingen i de to grupper. Selv når der ikke kontrolleres for den forskellige sammensætning af indsats- og kontrolgruppe (jf. kapitel 3), er der altså ikke signifikant forskel på udviklingen fra før til efter projekterne i sygefraværet i indsats- og kontrolgruppe. Det betyder, at vi ikke kan påvise, at det har en signifikant effekt på arbejdsstedernes gennemsnitlige sygefravær at gennemføre et projekt.

ESTIMATIONSRESULTATER I HOVEDMODELLEN

I ovenstående figurer tages der ikke højde for, at arbejdsstederne i indsats- og kontrolgruppen ikke har den samme type medarbejdere (jf. kapitel 4). I dette afsnit undersøger vi effekten på sygefraværet af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden, hvor vi som forklaret i kapitel 3 kontrollerer for en række karakteristika ved arbejdsstederne, som kan påvirke sygefraværet. Vi undersøger, hvilken effekt det har på et arbejdssteds gennemsnitlige sygefravær blandt de ansatte, at: 1) der kører et projekt på arbejdsstedet, 2) der kørte et projekt sidste år, og 3) der kørte et projekt for 2 år siden.

Tabel 5.1 viser resultaterne af estimationen. Et negativt fortegn på estimatet indebærer, at projekterne reducerer sygefraværet, mens et positivt fortegn indebærer et øget sygefravær. Vi ser, at det ikke har en

signifikant effekt på arbejdsstedernes gennemsnitlige sygefravær, hverken at der kører et projekt, at der kørte et sidste år, eller at der kørte et for 2 år siden. I tabellen vises konfidensintervaller for effekterne, og de viser, at vi ikke med statistisk sikkerhed kan afgøre, om der er en positiv eller negativ effekt af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden, idet konfidensintervallet indeholder både negative og positive effekter (estimer).

I modellen indgår ud over projektvariablene følgende baggrund-variable: gennemsnitlig alder, kønsfordeling, andel enlige, andel med dansk oprindelse, andel med anden vestlig oprindelse end dansk, andel ansat i støttet beskæftigelse, gennemsnitlig uddannelseslængde, andel, der har taget medicin mod henholdsvis en hjerte-kar-sygdom, diabetes, en kronisk lungesygdom og en psykisk sygdom, gennemsnitlig erhvervs erfaring, gennemsnitligt antal kontakter til psykolog, gennemsnitlig antal senge dage ved hospitalsindlæggelse, antal bibeskæftigede, antal hovedbeskæftigede, ændring i antal ansatte i forhold til året før, branche opdelt i 36 grupper og region. Estimerne for disse forklarende variable kan ses i billagstabel B5.1.

TABEL 5.1

Lineær regression, der estimerer effekten på arbejdssteders sygefravær af at køre et projekt med midler fra Forebyggelsesfonden. Hovedmodel. Kun projektvariable. 2007-2011.

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
<i>Model 1: Projektvariable, der angiver, om der gennemføres et projekt nu, for 1 år siden og for 2 år siden</i>		
Der kører et projekt i året	-0,0755	[-0,2791 ; 0,1280]
Der kørte et projekt året før	-0,1026	[-0,3219 ; 0,1168]
Der kørte et projekt for 2 år siden	-0,1199	[-0,3428 ; 0,1030]

Anm.: Koefficienter for de øvrige forklarende variable i modellen kan ses i bilaget til dette kapitel.

Antal observationer: 726.529 arbejdssteder, heraf 191.469 unikke arbejdssteder.

Selvom vi ikke finder en statistisk signifikant effekt af at gennemføre et projekt, betyder det ikke nødvendigvis, at det ikke kan have en signifikant positiv effekt for det enkelte arbejdssted at gennemføre et projekt. De projekter, der har modtaget støtte fra fonden, er meget forskellige, og det er muligt, at nogle af dem har en signifikant positiv effekt på sygefraværet. I regressionsanalysen beregner vi, om der *i gennemsnit* har været en effekt. Den gennemsnitlige effekt kan med andre ord afspejle, at indsat-

sen på nogle arbejdssteder har haft en positiv effekt på sygefraværet, mens indsatsen på andre arbejdssteder har haft en negativ effekt.

HOVEDFORMÅL OG SEKTOR

I kapitel 2 beskrev vi, hvordan arbejdssteder kunne søge midler fra Forebyggelsesfonden under fire hovedformål. I dette kapitel undersøger vi særskilt for hvert hovedformål, om det har en effekt på sygefraværet at modtage midler fra fonden. Vi undersøger desuden effekten særskilt for sektorer.

HOVEDFORMÅL

Som beskrevet i kapitel 2 var det muligt at søge midler fra Forebyggelsesfonden inden for fire hovedformål. De fire hovedformål var:

- Hovedformål 1: Projekter, der forebygger nedslidende rutiner og arbejdsgange på arbejdspladser i særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper og fastholder medarbejdere med dårligt helbred (hovedformål 1a), eller projekter, der udvikler ny teknologi, der kan anvendes til at forebygge nedslidning i særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper (hovedformål 1b).
- Hovedformål 2: Projekter til bedre genoptræning og rehabilitering af syge og handicappede.

- Hovedformål 3: Projekter, der styrker bevidstheden om risikoen forbundet med rygning, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet.
- Hovedformål 4: Projekter, der forebygger stress og psykisk nedslidning blandt særligt nedslidningstruede jobgrupper.

Det er muligt, at projekter under forskellige hovedformål har forskellig effekt på arbejdsstedernes sygefravær. For at undersøge om dette er tilfældet, har vi lavet en regressionsanalyse svarende til hovedmodellen (model 1) i kapitel 5 særskilt for hvert hovedformål. Det vil sige, at vi har lavet analysen, hvor indsatsgruppen udgøres af arbejdssteder med projekter under ét hovedformål, og kontrolgruppen udgøres af arbejdssteder, som ikke har modtaget projektstøtte fra Forebyggelsesfonden. Projekter under de øvrige hovedformål indgår således ikke i analysen. Tabel 6.1 viser resultaterne af analyserne opdelt på hovedformål.

Vi ser i tabel 6.1, at det ikke har en signifikant effekt på sygefraværet at gennemføre et projekt under hovedformål 1a, 1b eller 3. Selvom projekter under alle tre hovedformål har en negativ effekt på sygefraværet (projekterne resulterer i et lavere sygefravær), indeholder konfidensintervallerne både negative og positive effekter, og vi kan derfor ikke med statistisk sikkerhed afgøre, om projekterne har en positiv eller negativ effekt.

TABEL 6.1

Lineær regression, der estimerer effekten på arbejdsstedernes sygefravær af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden. Særskilt for hovedformål. 2007-2011.

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
<i>Kun hovedformål 1a i indsatsgruppen</i>		
Der kører et projekt i året	-0,0974	[-0,3455 ; 0,1507]
Der kørte et projekt året før	-0,0775	[-0,3294 ; 0,1744]
Der kørte et projekt for 2 år siden	-0,1082	[-0,3655 ; 0,1491]
<i>Kun hovedformål 1b i indsatsgruppen</i>		
Der kører et projekt i året	-0,1091	[-0,3497 ; 0,1315]
Der kørte et projekt året før	-0,0792	[-0,3258 ; 0,1674]
Der kørte et projekt for 2 år siden	-0,1084	[-0,3630 ; 0,1463]
<i>Kun hovedformål 3 i indsatsgruppen</i>		
Der kører et projekt i året	-0,0618	[-0,2730 ; 0,1493]
Der kørte et projekt året før	-0,0934	[-0,3189 ; 0,1320]
Der kørte et projekt for 3 år siden	-0,1246	[-0,3508 ; 0,1015]

Anm.: I modellen, hvor kun hovedformål 1 indgår i indsatsgruppen, indgår 726.112 arbejdssteder i estimationen, heraf 191.464 unikke. I modellen, hvor kun hovedformål 1b indgår i indsatsgruppen, indgår 726.151 arbejdssteder i estimationen, heraf er 191.465 unikke. I modellen, hvor kun hovedformål 3 indgår i indsatsgruppen, indgår 726.462 arbejdssteder i estimationen, heraf er 191.468 unikke.

Vi har ikke undersøgt effekten af at gennemføre et projekt under hovedformål 2, fordi der kun indgår meget få arbejdssteder med projekter under dette hovedformål i vores data. Det skyldes, at langt størstedelen af projekterne under hovedformål 2 blev gennemført af en offentlig myndighed (fx et jobcenter) med en gruppe borgere som projektets målgruppe. Da borgerne ikke er tilknyttet jobcentre og andre offentlige instanser som ansatte, giver det ikke mening at måle projekternes effekt på de ansatte. Da vi dannede vores datasæt, har vi derfor set bort fra de projekter under hovedformål 2, som ikke har de ansatte som målgruppe.

Vi har heller ikke lavet en separat analyse af projekter under hovedformål 4. Det skyldes, at vi i denne rapport undersøger effekten af projekter, der blev afsluttet senest den 23. januar 2012, og ingen projekter under hovedformål 4 blev afsluttet inden denne dato.

SEKTOR

Vi så i kapitel 5, at de offentlige og særligt de kommunale arbejdssteder tilsyneladende havde en anden udvikling i sygefraværet i årene umiddelbart op til og umiddelbart efter kommunalreformen i 2007 end de dan-

ske arbejdssteder samlet set. Man kunne derfor forestille sig, at effekten på sygefraværet af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden afhænger af, hvilken sektor arbejdsstedet hører under. For at undersøge om det er tilfældet, har vi foretaget separate analyser for tre sektorer: den offentlige (herunder den kommunale), den kommunale og den private sektor. Modellen svarer til hovedmodellen (model 1) i kapitel 5,²⁴ vi har blot gennemført analysen på én sektor ad gangen.

Vi ser i tabel 6.2, at det ikke har en signifikant effekt på sygefraværet at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden, uanset hvilken sektor arbejdsstedet tilhører.

TABEL 6.2

Lineære regressioner, der estimerer effekten på sygefraværet af at køre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden, særskilte estimationer for offentlige, kommunale og private arbejdssteder. 2007-2011.

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
<i>Model 6: Kun offentlige arbejdssteder</i>		
Projekt kører i år	-0,0296	[-0,2240 ; 0,1648]
Projekt kørte sidste år	-0,0451	[-0,2422 ; 0,1519]
Projekt kørte for 2 år siden	-0,0723	[-0,2726 ; 0,1280]
<i>Model 7: Kun kommunale arbejdssteder</i>		
Projekt kører i år	-0,0020	[-0,2255 ; 0,2216]
Projekt kørte sidste år	-0,0318	[-0,2508 ; 0,1871]
Projekt kørte for 2 år siden	0,1147	[-0,2937 ; 0,1558]
<i>Model 8: Kun private arbejdssteder</i>		
Projektet kører i år	-0,1144	[-0,4270 ; 0,1982]
Projekt kørte sidste år	-0,1509	[-0,5131 ; 0,2114]
Projekt kørte for 2 år siden	-0,1173	[-0,4890 ; 0,2544]

Anm.: Alle modeller har samme specifikation som hovedmodellen, forskellen er alene, at modellerne i denne tabel estimeres separat for henholdsvis offentlige, kommunale og private arbejdssteder, samt at der ikke kontrolleres for branche.

I estimationen af model 6 indgår 99.431 arbejdssteder, heraf 24.489 unikke. I model 7 indgår 65.739 arbejdssteder, heraf 16.290 unikke. I estimationen af model 8 indgår 615.685 arbejdssteder, heraf 163.961 unikke.

24. Vi kontrollerer dog ikke for branche, da der er ganske stort sammenfald mellem branche og sektor.

EFFEKTER PÅ MEDICINFORBRUG OG KONTAKT TIL PSYKOLOG OG FYSIOTERAPEUT

I de tidligere kapitler har vi undersøgt effekten på sygefraværet af, at et arbejdssted får midler fra Forebyggelsesfonden. I dette kapitel undersøger vi, om det har en effekt på en række andre faktorer, at et arbejdssted får midler fra Forebyggelsesfonden til at gennemføre et projekt. Vi undersøger effekten på de ansattes gennemsnitlige medicinforbrug og gennemsnitlige brug af henholdsvis psykolog og fysioterapeut.

MEDICINFORBRUG

Som beskrevet i kapitel 2 havde Forebyggelsesfonden til formål at yde støtte til indsatser på danske arbejdspladser, der forebygger og forhindrer fysisk og psykisk nedslidning. Da forebyggelse af nedslidning må forventes at medføre gennemsnitligt bedre helbred blandt de ansatte, og da bedre helbred ofte ledsages af mindre medicinforbrug, vil vi forvente, at det sænker de ansattes gennemsnitlige medicinforbrug, at deres arbejdsplads gennemfører et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden.

Ved hjælp af data fra Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister kender vi hver enkelt persons medicinudleveringer i et givet år. Vi kan således bestemme, om en person i løbet af et givet år har fået udleveret en række forskellige typer medicin. På baggrund af disse

oplysninger kan vi beregne, hvor stor en del af det enkelte arbejdssteds ansatte der i et givet år har fået udleveret forskellige typer medicin.

I dette afsnit undersøger vi, hvilken effekten det har på andelen af et arbejdssteds ansatte, der får udleveret henholdsvis hjertemedicin, lungemedicin, diabetesmedicin og psykofarmaka, at arbejdsstedet gennemfører et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden.²⁵

MEDICIN MOD HJERTE-KAR-SYGDOMME

Tabel 7.1 viser resultatet af en lineær regression, der undersøger effekten af at gennemføre et projekt på den del af et arbejdssteds ansatte, der får udleveret medicin mod en hjerte-kar-sygdom. Et positivt fortegn på estimatet indebærer, at projekterne øger medicinforbruget, og et negativt fortegn indebærer et reduceret medicinforbrug. Vi ser, at det ikke har en statistisk signifikant effekt på andelen af de ansatte på et arbejdssted, der får udleveret hjertemedicin, at der gennemføres et projekt. Det har hverken en effekt, at der gennemføres et projekt nu, eller at der blev gennemført et projekt for 1 eller 2 år siden.

25. Det ville have været interessant mere direkte at undersøge effekten på medicinforbruget af at gennemføre et projekt med støtte fra fonden. Desværre ved vi kun, om en person har fået udleveret en bestemt type medicin, men ikke hvor meget medicin den enkelte udlevering indebærer. Desuden kan vi ikke være sikre på, hvor meget af den medicin, en person har fået udleveret, vedkommende tager. Derfor har vi valgt at undersøge effekten på andelen af ansatte, der får udleveret medicin, frem for effekten på, hvor meget medicin de ansatte tager.

TABEL 7.1

Lineær regression, der estimerer effekten på andel ansatte på et arbejdssted, der får hjertemedicin, af at køre et projekt med midler fra Forebyggelsesfonden. Kun projektvariable vises. 2007-2011

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
Afhængig variabel: Andel ansatte, der bruger hjertemedicin		
Der kører et projekt i året	0,0030	[-0,0071 ; 0,0131]
Der kørte et projekt året før	0,0065	[-0,0044 ; 0,0174]
Der kørte et projekt for 2 år siden	-0,0057	[-0,0168 ; 0,0054]

Anm.: Antal observationer: 726.529 arbejdssteder, heraf 191.469 unikke arbejdssteder.

Ud over projektvariablene indgår følgende variable som baggrundsvariable i modellen: gennemsnitlig alder, kønsfordeling, andel enlige, andel med dansk oprindelse, andel med anden vestlig oprindelse end dansk, andel ansat i støttet beskæftigelse, gennemsnitlig uddannelseslængde, andel, der har taget medicin mod henholdsvis diabetes, en kronisk lungesygdom og en psykisk sygdom, gennemsnitlig sygefravær, gennemsnitlig erhvervs erfaring, gennemsnitlig antal kontakter til psykolog, gennemsnitlig antal sengedage ved hospitalsindlæggelse, antal bibeskæftigede, antal hovedbeskæftigede, ændring i antal ansatte i forhold til året før, branche opdelt i 36 grupper og region.

Der er brugt en model med fixed effekts.

MEDICIN MOD KRONISK LUNGESYGDOM

Det har heller ikke en statistisk signifikant effekt på andelen af de ansatte på et arbejdssted, der får udleveret medicin med en kronisk lungesygdom, at arbejdsstedet gennemfører et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden. Som det ses i tabel 7.2, er der ingen effekt, hverken mens projektet kører, eller 1 år eller 2 år efter, der kørte et projekt.

TABEL 7.2

Lineær regression, der estimerer effekten på andel ansatte på et arbejdssted, der får lungemedicin, af at køre et projekt med midler fra Forebyggelsesfonden. Kun projektvariable vises. 2007-2011.

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
Afhængig variabel: Andel ansatte, der bruger lungemedicin		
Der kører et projekt i året	0,0012	[-0,0069 ; 0,0093]
Der kørte et projekt året før	0,0004	[-0,0084 ; 0,0091]
Der kørte et projekt for 2 år siden	0,0015	[-0,0074 ; 0,0104]

Anm.: Antal observationer: 726.529 arbejdssteder, heraf 191.469 unikke arbejdssteder.

Ud over projektvariablene indgår følgende variable som baggrundsvariable i modellen: gennemsnitlig alder, kønsfordeling, andel enlige, andel med dansk oprindelse, andel med anden vestlig oprindelse end dansk, andel ansat i støttet beskæftigelse, gennemsnitlig uddannelseslængde, andel, der har taget medicin mod henholdsvis en hjertekar-sygdom, diabetes og en psykisk sygdom, gennemsnitlig sygefravær, gennemsnitlig erhvervs erfaring, gennemsnitligt antal kontakter til psykolog, gennemsnitlig antal sengedage ved hospitalsindlæggelse, antal bibeskæftigede, antal hovedbeskæftigede, ændring i antal ansatte i forhold til året før, branche opdelt i 36 grupper og region.

Der er brugt en model med fixed effekts.

DIABETESMEDICIN

Tabel 7.3 viser resultatet af en regression, der undersøger sammenhængen mellem, at et arbejdssted gennemfører et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden og andelen af ansatte på arbejdsstedet, der får udleveret diabetesmedicin. Vi ser, at det ikke påvirker andelen af de ansatte, der får diabetesmedicin, at et arbejdssted gennemfører et projekt med støtte fra fonden.

TABEL 7.3

Lineær regression, der estimerer effekten på andel ansatte på et arbejdssted, der får diabetesmedicin, af at køre et projekt med midler fra Forebyggelsesfonden. Kun projektvariable vises. 2007-2011.

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
Afhængig variabel: Andel ansatte, der bruger diabetesmedicin		
Der kører et projekt i året	0,0003	[-0,0057 ; 0,0063]
Der kørte et projekt året før	-0,0011	[-0,0076 ; 0,0054]
Der kørte et projekt for 2 år siden	-0,0012	[-0,0078 ; 0,0054]

Anm.: Antal observationer: 726.529 arbejdssteder, heraf 191.469 unikke arbejdssteder.

Ud over projektvariablene indgår følgende variable som baggrundsvariable i modellen: gennemsnitlig alder, kønsfordeling, andel enlige, andel med dansk oprindelse, andel med anden vestlig oprindelse end dansk, andel ansat i støttet beskæftigelse, gennemsnitlig uddannelseslængde, andel, der har taget medicin mod henholdsvis en hjertekar-sygdom, en kronisk lungesygdom og en psykisk sygdom, gennemsnitligt sygefravær, gennemsnitlig erhvervs erfaring, gennemsnitligt antal kontakter til psykolog, gennemsnitlig antal sengedage ved hospitalsindlæggelse, antal bibeskæftigede, antal hovedbeskæftigede, ændring i antal ansatte i forhold til året før, branche opdelt i 36 grupper og region.

Der er brugt en model med fixed effekts.

MEDICIN MOD PSYKISK LIDELSE

Vi har også undersøgt, om det påvirker andelen af arbejdsstedernes ansatte, der får medicin mod en psykisk lidelse, at arbejdsstederne gennemfører et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden. Som det kan ses i tabel 7.4, har det ikke en statistisk signifikant effekt på andelen, der får udleveret psykofarmaka, at arbejdsstedet gennemfører et projekt.

TABEL 7.4

Lineær regression, der estimerer effekten på andel ansatte på et arbejdssted, der får psykofarmaka, af at køre et projekt med midler fra Forebyggelsesfonden. Kun projektvariable vises. 2007-2011.

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
Afhängig variabel: Andel ansatte, der bruger psykofarmaka		
Der kører et projekt i året	-0,0024	[-0,0103 ; 0,0056]
Der kørte et projekt året før	0,0018	[-0,0068 ; 0,0104]
Der kørte et projekt for 2 år siden	-0,0003	[-0,0090 ; 0,0085]

Anm.: Antal observationer: 726.529 arbejdssteder, heraf 191.469 unikke arbejdssteder.

Ud over projektvariablene indgår følgende variable som baggrundsvariable i modellen: gennemsnitlig alder, kønsfordeling, andel enlige, andel med dansk oprindelse, andel med anden vestlig oprindelse end dansk, andel ansat i støttet beskæftigelse, gennemsnitlig uddannelseslængde, andel, der har taget medicin mod henholdsvis en hjerte-kar-sygdom, en kronisk lungesygdom og diabetes, gennemsnitligt sygefravær, gennemsnitlig erhvervs erfaring, gennemsnitligt antal kontakter til psykolog, gennemsnitlig antal senedage ved hospitalsindlæggelse, antal bibe-skæftede, antal hovedbeskæftigede, ændring i antal ansatte i forhold til året før, branche opdelt i 36 grupper og region.

Der er brugt en model med fixed effekts.

Vi har i dette og de foregående afsnit undersøgt effekten af, at et arbejdssted gennemfører et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden på fire forskellige områder: andelen af de ansatte, der får udleveret medicin mod henholdsvis en hjerte-kar-sygdom, en kronisk lungesygdom, diabetes og en psykisk lidelse. Uanset hvilken af de fire typer medicin vi undersøger, har det ikke en statistisk signifikant effekt på udleveringerne heraf, at et arbejdssted gennemfører et projekt. Der er hverken en effekt, mens projektet kører, eller 1 eller 2 år efter, projektet har kørt.

KONTAKTER TIL PSYKOLOG

I dette afsnit undersøger vi, hvilken effekt det har på de ansattes gennemsnitlige antal kontakter til psykolog, at et arbejdssted gennemfører et projekt med midler fra Forebyggelsesfonden. Da fonden havde til formål at støtte projekter, der forhindrer og forebygger fysisk og psykisk nedslidning, vil vi forvente, at ansatte på arbejdssteder, der gennemfører et projekt, i gennemsnit har fået bedre psykisk helbred. Vi forventer således, at det gennemsnitlige antal kontakter til psykolog vil falde på arbejdspladser, der gennemfører et projekt.

Tabel 7.5 viser resultatet af en regressionsanalyse, der undersøger sammenhængen mellem de ansattes gennemsnitlige antal kontakter til

psykolog og gennemførelse af et projekt med støtte fra fonden. Vi ser, at det ikke har en statistisk signifikant effekt på de ansattes gennemsnitlige antal kontakter til psykolog, at arbejdsstedet gennemfører et projekt.

TABEL 7.5

Lineær regression, der estimerer effekten på de ansattes gennemsnitlige antal kontakter til psykolog af, at arbejdsstedet kører et projekt med midler fra Forebyggelsesfonden. Kun projektvariable vises. 2007-2011.

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
Afhængig variabel: Antal kontakter til psykolog		
Der kører et projekt i året	-0,0075	[-0,0370 ; 0,0219]
Der kørte et projekt året før	0,0181	[-0,0137 ; 0,0499]
Der kørte et projekt for 2 år siden	-0,0061	[-0,0384 ; 0,0262]

Anm.: Antal observationer: 726.529 arbejdssteder, heraf 191.469 unikke arbejdssteder.

Ud over projektvariablene indgår følgende variable som baggrundsvariable i modellen: gennemsnitlig alder, kønsfordeling, andel enlige, andel med dansk oprindelse, andel med anden vestlig oprindelse end dansk, andel ansat i støttet beskæftigelse, gennemsnitlig uddannelseslængde, andel, der har taget medicin mod henholdsvis en hjertekar-sygdom, en kronisk lungesygdom og diabetes, gennemsnitligt sygefravær, gennemsnitlig erhvervs erfaring, gennemsnitlig antal kontakter til psykolog, gennemsnitlig antal sengedage ved hospitalsindlæggelse, antal bibe-skæftigede, antal hovedbeskæftigede, ændring i antal ansatte i forhold til året før, branche opdelt i 36 grupper og region.

Der er brugt en model med fixed effekts.

KONTAKTER TIL FYSIOTERAPEUT

I dette afsnit undersøger vi, hvilken effekt det har på de ansattes gennemsnitlige antal kontakter til fysioterapeut, at deres arbejdssted gennemfører et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden. Da fonden har støttet projekter, der forbygger og forhindrer fysisk nedslidning, vil vi forvente, at det vil mindske antallet af kontakter til fysioterapeut, at et arbejdssted gennemfører et projekt. Som det ses i tabel 7.6, er dette ikke tilfældet. Vi finder ingen statistisk signifikant effekt på de ansattes gennemsnitlige antal kontakter til fysioterapeut, af at et arbejdssted gennemfører et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden.

TABEL 7.6

Lineær regression, der estimerer effekten på de ansattes gennemsnitlige antal kontakter til fysioterapeut af, at arbejdsstedet kører et projekt med midler fra Forebyggelsesfonden. Kun projektvariable vises. 2007-2011.

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
Afhængig variabel: Antal kontakter til fysioterapeut		
Der kører et projekt i året	0,0476	[-0,1496 ; 0,2448]
Der kørte et projekt året før	-0,1002	[-0,3128 ; 0,1123]
Der kørte et projekt for 2 år siden	-0,0515	[-0,2674 ; 0,1645]

Anm.: Antal observationer: 726.529 arbejdssteder, heraf 191.469 unikke arbejdssteder.

Ud over projektvariablene indgår følgende variable som baggrundsvariable i modellen: gennemsnitlig alder, kønsfordeling, andel enlige, andel med dansk oprindelse, andel med anden vestlig oprindelse end dansk, andel ansat i støttet beskæftigelse, gennemsnitlig uddannelseslængde, andel, der har taget medicin mod henholdsvis en hjerte-kar-sygdom, en kronisk lungesygdom og diabetes, gennemsnitlig sygefravær, gennemsnitlig erhvervs erfaring, gennemsnitlig antal kontakter til psykolog, gennemsnitlig antal senedage ved hospitalsindlæggelse, antal bibe-skæftede, antal hovedbeskæftigede, ændring i antal ansatte i forhold til året før, branche opdelt i 36 grupper og region.

Der er brugt en model med fixed effekts.

OPSUMMERING

Formålet med denne rapport er overordnet set at undersøge effekter af projekter, som har modtaget støtte fra Forebyggelsesfonden. I de øvrige kapitler i denne rapport har vi fokuseret på at måle effekten på arbejdsstedernes sygefravær. I dette kapitel har vi belyst effekten på en række alternative mål, der også alle relaterer sig til helbred. Vi finder, at gennemførelse af et projekt med støtte fra fonden ikke har en statistisk signifikant effekt på hverken andelen af arbejdsstedernes ansatte, der får medicin mod henholdsvis en hjerte-kar-sygdom, en kronisk lungesygdom, diabetes eller en psykisk lidelse, eller på det gennemsnitlige antal kontakter til henholdsvis psykolog eller fysioterapeut. Samlet set har vi undersøgt effekten ved hjælp af syv forskellige mål, og uanset hvilket outcome-mål vi bruger, finder vi ingen statistisk signifikant effekt af projekterne.

ROBUSTHEDSTJEK

I kapitel 5 fandt vi, at det ikke har en statistisk signifikant effekt på sygefraværet, at et arbejdssted gennemfører et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden. I dette kapitel undersøger vi, om vi får samme resultat, hvis vi bruger andre modelspecifikationer eller andre dataspecifikationer til analysen. Vi undersøger med andre ord, hvor robust resultatet i kapitel 5 er.

ALTERNATIVE SPECIFIKATIONER AF PROJEKTVARIABLEN

Det er muligt, at vi i kapitel 5 ikke finder en effekt på arbejdsstedernes sygefravær af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden på grund af den modelspecifikation, vi anvender. For at sikre os, at det ikke er årsagen, præsenterer vi i dette afsnit estimationsresultater af en række forskellige modelspecifikationer. Uanset hvilken specifikation vi anvender, finder vi ikke en signifikant effekt på sygefraværet at modtage støtte fra fonden.

Tabel 8.1 viser estimationsresultaterne af fem alternative modeller. I modellen i kapitel 5 (model 1) lod vi det være muligt, at effekten af at gennemføre et projekt afhænger af, hvor længe det er siden, projektet har kørt. I model 2 antager vi, at effekten er den samme, mens projektet

gennemføres, og efter det er afsluttet. Hvis projektet har en effekt, vil det altså være en vedvarende effekt, og model 2 undersøger således, om der er en effekt af, at der kører eller har kørt et projekt. Model 3 undersøger, om der er en effekt af, at der er gennemført et projekt, som nu er afsluttet. Model 4 undersøger, om der er en effekt på sygefraværet året efter, projektet er afsluttet. I model 5 undersøges det, om der er en effekt året efter, 1 år efter og 2 år efter, projektet er afsluttet. Model 6 undersøger ligesom model 1, om der er en effekt af, at der kører et projekt nu, for 1 år siden og for 2 år siden. Forskellen mellem model 1 og model 6 er, at der i model 1 anvendes den i kapitel 3 omtalte model med fixed effects, mens der i model 6 i stedet anvendes random effects og first-differences i sygefraværet som afhængig variabel.

Det fremgår af estimaterne i tabel 8.1, at effekten er statistisk in-signifikant i alle seks modeller.

TABEL 8.1

Lineære regressioner, der estimerer effekten på sygefraværet af at køre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden, alternative modelspecifikationer. 2007-2011.

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
<i>Model 2: Projektvariabel, der angiver, om der kører eller har kørt et projekt</i>		
Der kører eller har kørt et projekt	-0,1217	[-0,3233; 0,0798]
<i>Model 3: Projektvariabel, der angiver, om der har kørt et projekt, der nu er afsluttet</i>		
Der har kørt et projekt, der nu er afsluttet	-0,1526	[-0,3353; 0,03000]
<i>Model 4: Projektvariabel, der angiver, om et projekt er afsluttet i år</i>		
Projekt er afsluttet i år	-0,1719	[-0,3750; 0,0312]
<i>Model 5: Projektvariable, der angiver, om et projekt er afsluttet i år, sidste år eller for 2 år siden</i>		
Projekt er afsluttet i år	-0,1906	[-0,4027; 0,0215]
Projekt blev afsluttet sidste år	-0,0835	[-0,3526; 0,1856]
Projekt blev afsluttet for 2 år siden	-0,0687	[-0,4764; 0,3391]
<i>Model 6: First-difference som afhængig variabel og samme projektvariable som hovedmodellen</i>		
Projekt kører i året	-0,1081	[-0,3483; 0,1320]
Projekt kørte året før	0,1211	[-0,2180; 0,4602]
Projekt kørte for 2 år siden	0,0513	[-0,3253; 0,4280]

Anm.: Alle modeller har ud over de angivne projektvariable samme forklarende variable som hovedmodellen.

Model 2-5 er alle fixed effects-modeller, mens model 6 er en random effects-model.

I estimationen af model 2,3 og 4 indgår 730.571 arbejdssteder, heraf 192.410 unikke arbejdssteder. I estimationen af model 5 indgår 726.529 arbejdssteder, heraf 191.469 unikke arbejdssteder. I estimationen af model 6 indgår 559.551 arbejdssteder, heraf 179.487 unikke.

ALTERNATIV DATASPECIFIKATION

I analyserne i kapitel 5 og i foregående afsnit har vi undersøgt effekten på sygefraværet af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden, og vi har defineret sygefraværet for et givet år som det gennemsnitlige sygefravær blandt arbejdsstedernes ansatte det år. Denne tilgang kan imidlertid være problematisk, fordi ansatte kan forlade arbejdssteder i indsatsgruppen før, under og efter indsatsen. Ligeledes kan nye medarbejdere blive ansat på arbejdsstederne før, under og efter indsatsen.

For at kontrollere for effekter af tilgang og afgang af ansatte undersøger vi i dette afsnit effekten på et arbejdssteds sygefravær af at modtage midler fra fonden, hvor vi udelukkende beregner arbejdsstedernes sygefravær ud fra ansatte, der har været ansat i hele perioden 2007-

2011. Ansatte, der skifter arbejdssted i analyseperioden, indgår ganske simpelt ikke i analysen. Vi har fortaget samme analyse som i kapitel 5 samt de alternative analyser i ovenstående afsnit, se tabel 8.2. Vi ser, at selv når vi eliminerer ovennævnte mulige fejlkilder fra analysen, finder vi ikke en signifikant effekt på sygefraværet af at gennemføre et projekt med støtte fra fonden. Det ses af tabellen, at konfidensintervallet for estimerne i alle modeller er relativt stort, hvilket betyder, at sygefraværet varierer meget inden for indsatsgruppen. Den store varians skyldes, at der kun er relativt få personer, der er ansat på samme arbejdssted i hele perioden 2007-2011, og derfor er arbejdsstedernes gennemsnitlige sygefravær beregnet på baggrund af en relativt lille del af de ansatte, hvilket medfører stor usikkerhed på estimerne.

TABEL 8.2

Lineære regressioner, der estimerer effekten på sygefraværet af at køre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden, forskellige modelspecifikationer. Kun personer, der var ansat samme sted hele perioden. 2007-2011.

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
<i>Model 1a: Projektvariable, der angiver, om der gennemføres et projekt nu, for 1 år siden og for 2 år siden</i>		
Der kører et projekt i året	-0,0859	[-0,5283; 0,3565]
Der kørte et projekt året før	-0,1256	[-0,5044; 0,2532]
Der kørte et projekt for 2 år siden	0,1863	[-0,1859; 0,5586]
<i>Model 2a: Projektvariabel, der angiver, om der kører eller har kørt et projekt</i>		
Der kører eller har kørt et projekt	-0,1116	[-0,3632; 0,1400]
<i>Model 3a: Projektvariabel, der angiver, om der har kørt et projekt, der nu er afsluttet</i>		
Der har kørt et projekt, der nu er afsluttet	0,0427	[-0,1874; 0,2728]
<i>Model 4a: Projektvariabel, der angiver, om et projekt er afsluttet i år</i>		
Projekt er afsluttet i år	-0,0904	[-0,3476; 0,1667]
<i>Model 5a: Projektvariable, der angiver, om et projekt er afsluttet i år, sidste år eller for 2 år siden</i>		
Projekt er afsluttet i år	0,0915	[-0,2504; 0,4334]
Projekt blev afsluttet sidste år	0,2773	[-0,1589; 0,7134]
Projekt blev afsluttet for 2 år siden	0,4986	[-0,1172; 1,1145]
<i>Model 6a: First-difference som afhængig variabel og samme projektvariable som hovedmodellen</i>		
Projekt kører i året	-0,1954	[-0,6506; 0,2598]
Projekt kørte året før	0,3245	[-0,2167; 0,8656]
Projekt kørte for 2 år siden	-0,0897	[-0,5792; 0,3998]

Anm.: Alle modeller har ud over de angivne projektvariable samme forklarende variable som hovedmodellen.

Model 1a-5a er alle fixed effects-modeller, mens model 6a er en random effects-model.

I estimationen af model 1a og 5a indgår 341.297 arbejdssteder, heraf 125.685 unikke arbejdssteder. I estimationen af model 2a, 3a og 4a indgår 559.163 arbejdssteder, heraf 132.212 unikke arbejdssteder. I estimationen af model 6a indgår 227.489 arbejdssteder, heraf 122.740 unikke.

ALTERNATIV PERIODEAFGRÆNSNING

Som tidligere nævnt identificerer vi, hvilke arbejdssteder der har gennemført et projekt ved hjælp af et såkaldt produktions-enhedsnummer, som vi har fået oplyst af Forebyggelsesfonden. Produktionsenhedsnumrene kobles til Danmarks Statistiks arbejdsstedsnumre. Arbejdsstedsnummeret er Danmarks Statistiks version af produktionsenhedsnummeret, og der er et et-til-et forhold mellem de to. Som nævnt i kapitel 5 er det des-

være ikke muligt før 2007 ved hjælp af arbejdsstedsnumrene at afgøre, hvilke personer der var ansat på hvilke arbejdssteder. Derfor er regressionsanalysen i kapitel 5 udelukkende udført på baggrund af information for årene 2007-2011.

Som alternativ til arbejdsstedsnumret anvender Danmarks Statistik de såkaldte løbenumre til at identificere arbejdssteder. Vi har adgang til disse løbenumre, og ved hjælp af dem kan vi koble personer til deres arbejdssteder helt tilbage til 2003. I dette afsnit gennemfører vi analyser svarende til de tidligere præsenterede analyser, men arbejdsstederne er her identificeret ved hjælp af løbenumre. Fordelen ved at kunne lade oplysninger fra flere år indgå i analysen er, at vi bedre kan kontrollere for udviklingen i sygefraværet i årene op til projektstart. Grunden til, at vi ikke har brugt denne metode i vores hovedanalyse, er, at der ikke er et et-til-et-forhold mellem produktionsenhedsnumret og løbenumret. Det vil sige, at vi ved, hvilke produktionsenhedsnumre arbejdssteder, der har gennemført et projekt, har, men vi kan ikke matche disse numre 100 pct. med et løbenummer. Hvis vi bruger løbenumre til at identificere arbejdsstederne, kan vi derfor komme til at lade arbejdssteder, der ikke har gennemført et projekt, indgå i indsatsgruppen. Omvendt kan vi komme til at lade arbejdssteder, der har gennemført et projekt, indgå i kontrolgruppen. Dette vil medføre, at vi undervurderer effekten af at gennemføre et projekt.

Desuden er der det problem med løbenumrene, at kommunalreformen i 2007 medførte, at en lang række offentlige arbejdssteder fik nyt løbenummer. Selvom vi har løbenumre fra 2003, kan vi på grund af dette databrud derfor ikke følge en lang række arbejdssteder i indsatsgruppen længere tilbage end 2007.

Tabel 8.3 viser estimationsresultaterne for de seks alternative modeller, hvor arbejdsstederne er identificeret ved hjælp af løbenumre. Som forventet finder vi i ingen af modellerne en signifikant effekt af at gennemføre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden. Alle estimater er tættere på nul end estimaterne i modellerne, hvor arbejdsstederne er identificeret ved hjælp af arbejdsstedsnumre. Dette understøtter forventningen om, at vi undervurderer effekten af projekterne ved at anvende løbenumre til at identificere arbejdsstederne.

TABEL 8.3

Lineære regressioner, der estimerer effekten på sygefraværet af at køre et projekt med støtte fra Forebyggelsesfonden, forskellige modelspecifikationer. Arbejdssteder identificeres ved hjælp af løbenummer. 2003-2011.

	Estimat	95 pct. konfidensinterval
<i>Model 1b: Projektvariable, der angiver, om der gennemføres et projekt nu, for 1 år siden og for 2 år siden</i>		
Der kører et projekt i året	0,0160	[-0,1642; 0,1962]
Der kørte et projekt året før	-0,0737	[-0,2915; 0,1440]
Der kørte et projekt for 2 år siden	-0,0361	[-0,2481; 0,1759]
<i>Model 2b: Projektvariabel, der angiver, om der kører eller har kørt et projekt</i>		
Der kører eller har kørt et projekt	0,0540	[-0,0820; 0,1900]
<i>Model 3b: Projektvariabel, der angiver, om der har kørt et projekt, der nu er afsluttet</i>		
Der har kørt et projekt, der nu er afsluttet	-0,0249	[-0,1837; 0,1340]
<i>Model 4b: Projektvariabel, der angiver, om et projekt er afsluttet i år</i>		
Projekt er afsluttet i år	-0,0909	[-0,2858; 0,1040]
<i>Model 5b: Projektvariable, der angiver, om et projekt er afsluttet i år, sidste år eller for 2 år siden</i>		
Projekt er afsluttet i år	-0,1247	[-0,3261; 0,0766]
Projekt blev afsluttet sidste år	0,0061	[-0,2488; 0,2609]
Projekt blev afsluttet for 2 år siden	0,0365	[-0,3516; 0,4246]
<i>Model 6b: First-difference som afhængig variabel og samme projektvariable som hovedmodellen</i>		
Projekt kører i året	-0,1290	[-0,3604; 0,1024]
Projekt kørte året før	0,1126	[0,2160; 0,4412]
Projekt kørte for 2 år siden	0,0423	[-0,3223; 0,4068]

Anm.: Alle modeller har ud over de angivne projektvariable samme forklarende variable som hovedmodellen.

Model 1b-5b er alle fixed effects-modeller, mens model 6b er en random effectsmodel.

I estimationen af model 1b og 5b indgår 944.133 arbejdssteder, heraf 193.425 unikke arbejdssteder. I estimationen af model 2b, 3b og 4b indgår 1.191.100 arbejdssteder, heraf 198.604 unikke arbejdssteder. I estimationen af model 6b indgår 772.568 arbejdssteder, heraf 184.487 unikke.

I kapitel 5 præsenterede vi en række figurer, der viste udviklingen i sygefraværet for arbejdssteder i henholdsvis indsats- og kontrolgruppen. Vi har lavet de samme figurer, hvor arbejdsstederne er identificeret ved hjælp af løbenumre, og hvor vi derfor mere korrekt kan måle sygefraværet på arbejdsstederne i årene 2003-2006. Udviklingen i disse figurer (ikke vist) adskiller sig ikke væsentligt fra de figurer, vi præsenterede i kapitel 5.

Ved at anvende løbenummeret til at identificere arbejdsstederne og derved få oplysninger om arbejdsstederne helt tilbage fra 2003 kan vi ved hjælp af en regressionsanalyse undersøge, om der er den tidligere

omtalte tendens til, at sygefraværet stiger i perioden op til projektstart og påvirker resultatet. Dette har vi gjort ved at "lade som om", vi ikke kender sygefraværet i året inden projektstart. Vi har ligeledes foretaget en analyse, hvor vi lader som om, vi ikke kender sygefraværet på indsatsarbejdsstederne henholdsvis i året før og 2 år før projektstart. I ingen af analyserne finder vi en signifikant effekt af at gennemføre et projekt.

BILAG

BILAG TIL KAPITEL 2

SÆRLIGT NEDSLIDNINGSTRUDEDE BRANCHER OG JOBGRUPPER

Hovedformål 1 (og hovedformål 4 i 2011) omhandler særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper. De nedslidningstruede brancher og jobgrupper er defineret ud fra, hvor stor risiko de ansatte har for at blive førtidspensionerede, at gå på efterløn eller at blive langtidssyge. Herunder findes en oversigt over, hvilke brancher og jobgrupper der betragtes som særligt nedslidningstruede de enkelte år. Alle virksomheder inden for de nævnte brancher kunne søge om støtte i fonden i de pågældende år. Hvis projektet retter sig mod de prioriterede jobgrupper kan alle virksomheder i alle brancher søge om støtte. I den udstrækning de prioriterede jobgruppers arbejdsopgaver udføres i samarbejde med andre jobgrupper, kan disse også indgå i et projekt.

Det var i 2007 muligt at søge om støtte til projekter under hovedformål 1 rettet mod følgende brancher:

- Rengøring, vaskeri og renserier
- Hjemmepleje og døgninstitutioner for voksne
- Hotel- og restauration
- Transport af gods

- Transport af passagerer
- Svineslagterier
- Fiskeri
- Bygge og anlæg
- Skibsværfter
- Fjerkræsslagterier, fiske- og foderproduktion
- Tekstil, tøj og beklædning
- Kriminalforsorgen.

Det var i 2007 muligt at søge om støtte til projekter under hovedformål 1 rettet mod følgende jobgrupper:

- Pædagogmedhjælpere
- Kortuddannede
- Social- og sundhedshjælpere/assistenter.

Det var i 2008 muligt at søge om støtte til projekter under hovedformål 1 rettet mod følgende brancher:

- Rengøring, vaskeri og renserier
- Hjemmepleje og døgninstitutioner for voksne
- Hotel- og restauration
- Transport af gods
- Transport af passagerer
- Svineslagterier
- Fiskeri
- Bygge og anlæg
- Skibsværfter
- Fjerkræsslagterier, fiske- og foderproduktion
- Tekstil, tøj og beklædning
- Kriminalforsorgen.

Det var i 2008 muligt at søge om støtte til projekter under hovedformål 1 rettet mod følgende jobgrupper:

- Pædagogmedhjælpere
- Kortuddannede
- Social- og sundhedshjælpere/assistenter.

Det var i 2009 muligt at søge om støtte til projekter under hovedformål 1 rettet mod følgende brancher:

- Rengøring, vaskeri og renserier
- Hjemmepleje og døgninstitutioner for voksne
- Hotel- og restauration
- Transport af gods
- Transport af passagerer
- Svineslagterier
- Fiskeri
- Bygge og anlæg
- Skibsværfter
- Fjerkræslagterier, fiske- og foderproduktion
- Tekstil, tøj og beklædning
- Kriminalforsorgen
- Telekommunikation
- El- og elektronikindustri
- Papir- og papvarer samt bogbinding
- Konserver og drikkevarer mv.
- Brød, tobak, chokolade og sukkervarer.

Det var i 2009 muligt at søge om støtte til projekter under hovedformål 1 rettet mod følgende jobgrupper:

- Pædagogmedhjælpere
- Kortuddannede
- Social- og sundhedshjælpere/-assistenter.

Det var i 2010 muligt at søge om støtte til projekter under hovedformål 1 rettet mod følgende brancher:

- Opførelse og nedrivning af byggeri
- Færdiggørelse af byggeri
- Tekstil og papir
- Transportmidler
- Træ og møbel
- Slagteri
- Nærings- og nydelsesmidler

- Rengøring
- Restauranter og barer
- Transport af passagerer
- Daginstitutioner
- Døgninstitutioner og hjemmepleje
- Transport af gods.

Det var i 2010 muligt at søge om støtte til projekter under hovedformål 1 rettet mod følgende jobgrupper:

- Frisør og anden personlig pleje
- Pædagogmedhjælpere
- Kortuddannede
- Social- og sundhedshjælpere/-assistenter.

Det var i 2011 muligt at søge om støtte til projekter under hovedformål 1 rettet mod følgende brancher:

- Opførelse og nedrivning af byggeri
- Færdiggørelse af byggeri
- Tekstil og papir
- Transportmidler
- Træ og møbel
- Slakteri
- Nærings- og nydelsesmidler
- Rengøring
- Restauranter og barer
- Transport af passagerer
- Daginstitutioner
- Døgninstitutioner og hjemmepleje
- Transport af gods.

Det var i 2011 muligt at søge om støtte til projekter under hovedformål 1 rettet mod følgende jobgrupper:

- Frisør og anden personlig pleje
- Pædagogmedhjælpere
- Kortuddannede

- Social- og sundhedshjælpere/-assistenter.

REGISTEROVERSIGT

Oplysningerne om arbejdsstederne stammer fra de to dataregistre Generel firmastatistik (FIRM) og den Integrerede Database for Arbejdsmarkedsforskning (IDA arbejdssteder, IDAS). Begge registre varetages af Danmarks Statistik.

Oplysningerne om de ansatte stammer fra følgende individbaserede dataregistre:

- Befolkningsregisteret (BEF)
- Registeret om husstande og familier (FAIN 2002-2007)
- Registeret om familieforhold (FAM)
- Den integrerede database for arbejdsmarkedsforskning (IDA personer, IDAP og IDA ansættelser, IDAN)
- Registeret om indvandrere og efterkommere (IEPE)
- Lægemiddeldatabasen (LMDB)
- Lønstatistikken (LON 2003-2010)
- Den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS)
- Sygesikringen (SSSY)
- Registeret om sygehusbenyttelse (SYHB)
- Uddannelsesregisteret (UDDA)
- Forløbsdatabasen DREAM.

DREAM-databasen varetages af Arbejdsmarkedsstyrelsen, Lægemiddeldatabasen varetages af Lægemiddelstyrelsen, mens de øvrige registre alle varetages af Danmarks Statistik.

BILAG TIL KAPITEL 3

For at undersøge, hvilken effekt projekter støttet af Forebyggelsesfonden har haft på projektarbejdsstedernes sygefravær, opstiller vi følgende paneldatamodel:

$$\begin{aligned} \text{Sygefrv}\ddot{a}r_{it} = & \beta_0 + \beta_1 \text{Projekt}_{it} + \beta_2 \text{Projekt}_{i,t-1} \\ & + \beta_3 \text{Projekt}_{i,t-2} + \beta_6 2007_t + \cdots \\ & + \beta_{10} 2011_t + \text{baggrundvariable}_{i,t-1} \gamma \\ & + \text{fixed effect}_i + \varepsilon_{it} \end{aligned}$$

Hvor:

$t = 2007, \dots, 2011$

Projekt_{it} er en dummy der tager værdien 1, hvis arbejdssted i er i indsatsgruppen i periode t

$2007_t - \dots - 2011_t$ er dummyer, der tager værdien 1, hvis t er det pågældende år

$\text{baggrundvariable}_{i,t-1}$ er en $1 \times K$ -vektor af observerbare variable for individ i i periode $t - 1$

fixed effect_i udtrykker uobserveret heterogenitet, der behandles som en fixed effekt

ε_{it} er et idiosyncrantic fejl-led.

Modellen måler, hvilken effekt det har på det enkelte arbejdssteds sygefravær at gennemføre et projekt, når der kontrolleres for en lang række karakteristika ved arbejdsstederne (baggrundvariable),²⁶ som også kan tænkes at påvirke arbejdsstedernes sygefravær. For eksempel har kvinder i gennemsnit højere sygefravær end mænd, så hvis projektarbejdsstederne i højere grad har kvinder ansat end kontrolarbejdsstederne, kan det forklare, hvorfor projektarbejdsstederne har højere sygefravær end kontrolarbejdsstederne. For at være sikre på, at en eventuel ændring i sygefraværet hos projektarbejdsstederne skyldes projektet, og ikke at der måske er sket en ændring i sammensætningen af projektarbejdsstedernes ansatte, kontrollerer vi derfor for en række baggrundvariable.²⁷ Ved at

26. Bemærk, at alle baggrundvariable måles året før sygefraværet. Vi undersøger altså, hvordan fx de ansattes gennemsnitlige medicinforbrug sidste år påvirker arbejdsstedets sygefravær i år.

27. I grundmodellen indgår følgende baggrundvariable: gennemsnitlig alder, kønsfordeling, andel enlige, andel med dansk oprindelse, andel med anden vestlig oprindelse end dansk, andel ansat i støttet beskæftigelse, gennemsnitlig uddannelseslængde, andel, der har taget medicin mod hen-

kontrollere for effekten af relevante variable dannes vores kontrolgruppe, og vi kan isolere effekten af at gennemføre et projekt.

Det er muligt, at der er andre faktorer end de baggrundsvariable, vi kontrollerer for, der påvirker sygefraværet. For at være sikre på, at eventuelle uobserverede forskelle mellem arbejdsstederne ikke påvirker vores resultat, bruger vi en model med fixed effects. På denne måde kan vi kontrollere for uobserverede forskelle mellem arbejdsstederne, hvis blot disse eventuelle forskelle mellem arbejdsstederne er konstante over tid. De uobserverede forskelle mellem arbejdsstederne må gerne være korreleret med de øvrige baggrundsvariable.

Det virker sandsynligt, at projektet ikke kun har en effekt det/de år, det kører, men muligvis også i årene efter projektet er afsluttet. Derfor undersøger vi også, hvilken effekt det har på sygefraværet, at arbejdsstedet kørte et projekt for 1 eller 2 år siden.

holdsvis en hjerte-kar-sygdom, diabetes, en kronisk lungesygdom og en psykisk sygdom, gennemsnitlig erhvervs erfaring, gennemsnitligt antal kontakter til psykolog, gennemsnitlig antal sengedage ved hospital-indlæggelse, antal bibeskæftigede, antal hovedbeskæftigede, ændring i antal ansatte i forhold til året før og branche opdelt i 36 grupper.

BILAG TIL KAPITEL 5

BILAGSTABEL B5.1

Lineær regression, der estimerer arbejdsstedernes sygefravær. 2007-2011.

	Estimat
<i>Projektvariable</i>	
Der kører et projekt i året	-0,0755
Der kørte et projekt året før	-0,1026
Der kørte et projekt for 2 år siden	-0,1199
<i>År (reference=2008)</i>	
2007	0,0006
2009	0,0127
2010	-0,0618 ***
2011	-0,1064 ***
Alder	0,0159 ***
Kvinde (reference=mand)	0,5386 ***
Enlig	0,1469 ***
Dansk (Reference=ikke-vestlig oprindelse)	-0,2468 ***
Anden vestlig oprindelse end dansk (Reference=ikke-vestlig oprindelse)	-0,3958 ***
Andel ansat i støttet beskæftigelse	0,0388
Uddannelseslængde	0,0008 *
Andel, der får medicin mod hjerte-kar-sygdomme	0,1607 ***
Andel, der får medicin mod diabetes	0,0871
Andel, der får medicin mod kroniske lungesygdomme	0,1533 ***
Andel, der får medicin mod psykisk sygdom	1,5951 ***
Gennemsnitlig erhvervserfaring	0,0065 ***
Gennemsnitligt antal kontakter til psykolog	0,0853 ***
Gennemsnitligt antal sengedage i forbindelse med hospitalsindlæggelse	0,0941 ***
Antal hovedbeskæftigede	0,0007 **
Antal bibeskæftigede	-0,0002 **
Ændring i antal ansatte i forhold til året før	0,0002 ***
<i>Branche (reference=politi)</i>	
Universitet og forskning	-0,2803
Undervisning	-0,3006
Læge, tandlæge eller dyrelæge	-0,0071
Hospital	-0,5338
Døgninstitution eller hjemmepleje	0,0017
Daginstitution	-0,2761

BILAGSTABEL B5.1 FORTSAT

Lineær regression, der estimerer arbejdsstedernes sygefravær. 2007-2011.

	Estimat
Transport af passagerer	-0,2072
Transport af gods	-0,2431
Restaurant eller bår	-0,0288
Rengøring	-0,2235
Kultur eller sport	-0,3199
Hotel eller camping	-0,0342
Frisør eller anden personlig pleje	-0,6321
Vand, kloak eller affald	0,1646
Religiøse institutioner eller begravelsesvæsen	0,7884
Nærings- eller nydelsesmiddel	0,2359
Slakteri	-0,0221
Landbrug, skovbrug eller fiskeri	-0,0221
Kontor	-0,0795
It eller telekommunikation	-0,0983
Film, presse eller bøger	0,8697
Træ eller møbler	-0,1277
Transport (fremstilling/industri)	-0,0675
Tekstil eller papir	0,3831
Plast, glas eller beton	-0,0392
Metal eller maskiner	-0,0615
Kemi eller medicin	-0,0309
Installation og reparation af maskiner og udstyr	0,1527
Energi og råstoffer	-0,0029
Elektronik	-0,0765
Engros	-0,0294
Butikker	0,0200
Færdiggørelse af byggeri	-0,0698
Opførelse og nedrivning af byggeri	0,0386
Anlægsarbejde	-0,5488
<i>Region (reference=Region Hovedstaden)</i>	
Region Sjælland	0,1462 *
Region Syddanmark	0,0276
Region Midtjylland	0,1171
Region Nordjylland	0,1895
Konstant	0,2380

Anm.: Rho=0,5635. Antal observationer: 726.529 arbejdssteder, heraf 191.469 unikke arbejdssteder.

LITTERATUR

- Ashenfelter, O. (1978): "Estimating the Effect of Training Program on Earning". *Review of Economics and Statistics*, 60, s. 47-57.
- Angrist, J.D. & J.S. Pischke (2008): *Mostly Harmless Econometrics*. Princeton University Press.
- Boll, J., M. Hertz, M. Svarer & M. Rosholm (2010): *Evaluering. Aktive-Hurtigere tilbage*. Rambøll.
- Dansk Arbejdsgiverforening (2005): *Arbejdsmarkedsrapport 2005*, København: Dansk Arbejdsgiverforening.
- Høgelund, J., J. Bol, M. Skou & S. Jensen (2008): *Effekter af ændringerne i sygedagpengeloven. Opfølgning på sygedagpenge del II*. København: Det Nationale Forskningscenter for velfærd, 08:07.
- Høgelund, J., A. Holm & J. McIntosh (2010): Does Graded Return to Work Improve Sick-Listed Workers' Chance of Returning to Regular Working Hours? *Journal of Health Economics*, 29(1), s. 158-169.
- Labriola M., T. Lund & H. Burr (2006): "Prospective study of physical and psychosocial risk factors for sickness absence". *Occupational Medicine*, 56(7), s. 469-474.
- Lov om forebyggelsesfonden: *Lov nr. 87 af 30-01-2007*.
- Lov om ændring af lov om Forebyggelsesfonden: *Lov nr. 430 af 28-04-2010*.

- Lov om ændring af lov om Forebyggelsesfonden: *Lov nr. 1381 af 23/12/2012*.
- Lund T., M. Labriola & E. Villadsen (2007): "Who is at risk for long-term sickness absence? A prospective cohort study of Danish employees. *Work*", 28(3), s. 225-230.
- Nielsen, H.O., S. Brink, J. Bom, D.S. Hansen, M. Schwab, M. Baltzarsen, B. Clematide, P. Bottrup, H. Hvid, H.L. Lund, H. Holt, J. Høgelund & M. Labriola (2011a): *Evaluering af projekter der har modtaget støtte fra forebyggelsesfonden. Første delevaluering af Forebyggelsesfondens projekter*. København: Forebyggelsesfonden
- Nielsen, H.O., S. Brink, J. Bom, D.S. Hansen, B. Clematide, P. Bottrup & M. Semey (2011b): *Succeskriterier og mulighed for tværgående evaluering. Første tværgående analyse af Forebyggelsesfondens projekter*. København: Forebyggelsesfonden.
- Sundhedsstyrelsen (2006): *Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet*. Et registerstudie. København: Sundhedsstyrelsen.
- Winzor, G. (projektleder), O.M. Poulsen, I. Andersen, M. Friis Andersen, M.H. Andersen, B. Aust, J. Bjørner, H. Løvdal Buchardt, A.S. Clausen, L. Ferm, G. Grundtvig, C.R. Hansen, J. Vinslöv Hansen, T. Helverskov, K. Hviid, M.O. Jelle, M. Juhl, T. Lehmann Lund, O. Steen Mortensen, L. Nielsen, M.B. Dahl Nielsen, B. Lykke Thomsen, H. Tornemand & T. Tverborgvik.. (2012): *Det store TTA-projekt. Proces-, effekt- og økonomisk evaluering*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2012

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 12:01 Lyk-Jensen, S.V., A. Glad, J. Heidemann & M. Damgaard: *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. 117 sider. e-ISBN: 978-87-7119-075-5. Netpublikation.
- 12:02 Lausten, M., H. Hansen, A.-K. Mølholt, K.S. Vammen & A.-C. Legendre: *Forebyggende foranstaltninger 14-17 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 5*. 235 sider. ISBN: 978-87-7119-078-6. e-ISBN: 978-87-7119- 079-3. Vejledende pris: 230,00 kr.
- 12:03 Rostgaard, T., T.N. Brunner & T. Fridberg: *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. 150 sider. ISBN: 978-87-7119-080-9. e-ISBN: 978-87-7119-081-6. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:04 Mølholt, A.-K., S. Stage, J.H. Pejtersen & P. Thomsen: *Efterværn for tidligere anbragte unge. En videns- og erfaringsopsamling*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-082-3. e-ISBN: 978-87-7119-083-0. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 12:05 Ellerbæk, L.S. & A. Høst: *Udlejningsredskaber i almene boliger. En analyse af brugen og effekterne af udlejningsredskaber i almene boligområder*.

- 258 sider. ISBN: 978-87-7119-084-7. e-ISBN: 978-87-7119- 085-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 12:06 Høgelund, J.: *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-086-1. Netpublikation.
- 12:07 Rasmussen, P.S. & P.S. Olsen: *Positiv adfærd i læring og samspil (PALS). En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilotskoler*. 159 sider. ISBN: 978-87-7119-087-8. e-ISBN: 978-87-7119-088-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:08 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Frivillige i hjemmeværnet 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-089-2. e-ISBN: 978-87-7119-090-8. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:09 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann & A. Glad: *Soldater – før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet*. 164 sider. e-ISBN: 978-87-7119-091-5. Netpublikation.
- 12:10 Bengtsson, S.: *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-092-2. e-ISBN: 978-87-7119-093-9. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:11 Dines, A., V. Jakobsen, V.M. Jensen, S.S. Nielsen, S., K.C.Z. Pedersen, D.S. Petersen & K.M. Thorsen: *Indsatser for tosprogede elever. Kortlægning og analyse*. 162 sider. e-ISBN: 978-87-7119-094-6. Netpublikation.
- 12:12 Christensen, E.: *Nakuusa – vi vil og vi kan. En opfølgning på Youth Forum i Ilulissat 2011*. 48 sider. e-ISBN: 978-87-7119-096-0. Netpublikation.
- 12:13 Christensen, E.: *Nakuusa – piumavugut saperatalu. 2011-mi ilulissani Youth Forum pillugu nangitsineq*. 50 sider. e-ISBN: 978-87-7119-097-7. Netpublikation.
- 12:14 Larsen, M. & L.S. Ellerbæk: *Evaluering af jobplanen. Nuværende og kommende pensionisters kendskab til og betydning af reglerne for at arbejde*. 111 sider. ISBN: 978-87-7119-100-4. e-ISBN: 978-87-7119-101-1. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:15 Larsen, M., H.B. Bach & A. Liversage: *Pensionisters og efterlønsmodtageres arbejdskraftpotentiale. Fokus på genindtræden*. 181 sider. ISBN: 978-87-7119-102-8. e-ISBN: 978-87-7119-103-5. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:16 Ottosen, M.H. & S. Stage: *Deleborn i tal. En analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFI's børneforløbsundersøgelse*. 111 sider. ISBN:

- 978-87-7119-104-2. e-ISBN: 978-87-7119-105-9. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:17 Nilsson, K. & H. Holt: *En vurdering af arbejdsskadestyrelsens fastholdelse-scenter. Kommuners, fagforeningers, arbejdsgivers og forsikringselskabers erfaringer med fastholdelsescentret.* 89 sider. ISBN: 978-87-7119-106-6. e-ISBN: 978-87-7119-107-3. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 12:18 Holt, H: *Lokal løn på kommunale arbejdspladser. Forskelle i kvinders og mænds løn.* 82 sider. e-ISBN: 978-87-7119-108-0. Netpublikation.
- 12:19 Bengtsson, S. & M. Røgeskov: *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser.* 145 sider. ISBN: 978-87-7119-109-7. e-ISBN: 978-87-7119-110-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 12:20 Graversen, B: *Effekter af virksomhedsrettet aktivering for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 72 sider. e-ISBN: 978-87-7119-112-7. Netpublikation.
- 12:21 Albæk, K., H.B. Bach & S. Jensen: *Effekter af mentorstøtte for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-114-1. Netpublikation.
- 12:22 Jensen, T.G., K. Weibel, M.K. Tørslev, L.L. Knudsen & S.J. Jacobsen: *Måling af diskrimination på baggrund af etnisk oprindelse.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-115-8, e-ISBN: 978-87-7119-116-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 12:23 Madsen, M.B. & K. Weibel: *Delt viden. Aktiveringsindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere.* 152 sider. ISBN: 978-87-7119-117-2. e-ISBN: 978-87-7119-118-9. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:24 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann, A. Glad & C.D. Weatherall: *Danske hjemvendte soldater. Soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse.* 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-119-6. Netpublikation.
- 12:25 Lausten, M., H. Hansen, K.S. Vammen & K. Vasegaard: *Forebyggende foranstaltninger 18-22 år. Dialoggruppe – Om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 6.* 164 sider. ISBN: 978-87-7119-121-9. e-ISBN: 978-87-7119-122-6. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:26 Lauritzen, H.H., R.N. Brünner, P. Thomsen & M. Wüst: *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen.* 180 sider. ISBN: 978-87-7119-123-3. e-ISBN: 978-87-7119-124-0. Vejledende pris: 180,00 kr.

- 12:27 Høst, A.K, T. Fridberg, D.L. Stigaard & B. Boje-Kovacs: *Når fogeden banker på. Fogedsager og effektive udsættelser af lejere*. 422 sider. ISBN: 978-87-7119-125-7. e-ISBN: 978-87-7119-126-4. Vejledende pris 420,00 kr.
- 12:28 Nielsen, H., A. Mølgaard & L. Dybdal: *Procesevaluering af boligsociale indsatser. Delrapport 2. Kvalitativ kortlægning af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje med fokus på projektorganisering og samarbejde*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-127-1. Netpublikation.
- 12:29 Andrade, S.B.: *Levekår i danske landbrug. Analyse af sammenhænge mellem risikofaktorer og dyrværnsager i landbruget fra 2000 til 2008*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-128-8. e-ISBN: 978-87-7119-129-5. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 12:30 Ottosen, M.H. (red.): *15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 348 sider. ISBN: 978-87-7119-130-1. e-ISBN: 978-87-7119-131-8. Vejledende pris: 340,00 kr.
- 12:31 Bach, H.B.: *Arbejdsmarkedssparathed og selvforsørgelse*. 36 sider. e-ISBN: 978-87-7119-133-2. Netpublikation.
- 12:32 Christensen, E. & A.P. Langhede: *Evaluering af psykologhjælp til børn på krisecentre*. 61 sider. ISBN: 978-87-7811-197-5. Netpublikation. Udgivet af Ankestyrelsen og SFI.
- 12:33 Termansen, T. & C.S. Sonne-Schmidt: *Forebyggende fysisk træning til ældre. En undersøgelse af effekten af en kort træningsindsats på ældre fysiske funktionsevne*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-135-6. e-ISBN: 978-87-7119-136-3. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 12:34 Hansen, H., P.R. Skov & K.M. Sørensen: *Støtte til udsatte børnefamilier. En effektmåling af familiebehandling og praktiske pædagogiske støtte*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-137-0. Netpublikation
- 12:35 Ellerbæk, L.S., V. Jakobsen, S. Jensen & H. Holt: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2012*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-138-7. e-ISBN: 978-87-7119-139-4. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:36 Jakobsen, T.B., S.V. Lyk-Jensen & D.L. Stigaard: *Lige muligheder – metodisk grundlag for en effekterevaluering. Evalueringsrapport 2*. 82 sider. e-ISBN: 978-87-7487-140-0. Netpublikation.
- 13:01 Kjeldsen, M.M., H.S. Houlberg & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2012*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-141-7. e-ISBN: 978-87-7119-142-4. Vejledende pris: 170,00 kr.

- 13:02 Liversage, A, R. Bille & V. Jakobsen: *Den danske au pair-ordning*. 281 sider. ISBN: ISBN 978-87-7119-143-1. e-ISBN: 978-87-7119-144-8. Vejledende pris 280,00 kr.
- 13:03 Oldrup, H., A.K. Høst, A.A. Nielsen & B. Boje-Kovacs: *Når børnefamilier sættes ud af deres lejlighed*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-145-5. e-ISBN: 978-87-7119-146-2. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:04 Lausten, M., H. Hansen & V. M. Jensen: *God praksis i forebyggende arbejde – samlet evaluering af dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse*. 173 sider. ISBN: 978-87-7119-147-9. e-ISBN: 978-87-7119-148-6. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:05 Christensen, E.: *Ilasiaq. Evaluering af en bo-enhed for udsatte børn*. 75 sider. ISBN: 978-87-7119-149-3. e-ISBN: 978-87-7119-150-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:06 Christensen, E.: *Ilasiaq. Meeqqanut aarlerinartorsioortunut najugaqatigiiffimmik nalilersuineq*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-151-6. e-ISBN: 978-87-7119-152-3. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:07 Lausten, M., D. Andersen, P.R. Skov & A.A. Nielsen: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 153 sider. ISBN: 978-87-7119-153-0. e-ISBN: 978-87-7119-154-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:08 Luckow, S.T. & V.L. Nielsen: *Evaluering af ressource- og risikoskema. Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge*. 90 sider. e-ISBN: 978-87-7119-156-1. Netpublikation.
- 13:09 Winter, S.C. & V.L. Nielsen (red.): *Lærere, undervisning og elevpræstationer i folkeskolen*. 265 sider. e-ISBN: 978-87-7119-158-5. Netpublikation.
- 13:10 Kjeldsen, M.M., & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2012. Regionale forskelle*. 59 sider. ISBN: 978-87-7119-159-2. e-ISBN: 978-87-7119-160-8. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:11 Manuel, C. & A. K. Jørgensen: *Systematic review of youth crime prevention intervention – published 2008-2012*. 309 sider. e-ISBN: 978-87-7119-161-5. Netpublikation.
- 13:12 Nilsson, K. & H. Holt: *Halvering af dagpengeperioden og akutpakken. Erfaringer i jobcentre og A-kasser*. 80 sider. e-ISBN: 978-87-7119-162-2. Netpublikation.

- 13:13 Nielsen, A.A. & V.L. Nielsen: *Evaluering af projekt SAMSPIL. En udvidet mødregruppe til unge udsatte mødre*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7119-163-9. Netpublikation.
- 13:14 Graversen, B.K., M. Larsen & J.N. Arendt: *Kommunernes rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*. 146 sider. e-ISBN: 978-87-7119-168-4. Netpublikation
- 13:15 Bengtsson, S. & S. Ø. Gregersen: *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt*. 106 sider. ISBN: 978-87-7119-169-1. e-ISBN: 978-87-7119-170-7. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:16 Christensen, E.: *Ung i det grønlandske samfund. Unges holdning til og viden om sociale problemer og muligheder*. 58 sider. e-ISBN: 978-87-7119-171-4. Netpublikation.
- 13:17 Christensen, E.: *Kalaallit innuaqatigiivini inuusuttnaqqat. Inuusuttnaqqat inoqatigiinnermi ajornartorsiutit periarfissallu pillugit ilisimasaat isummertariaasaallu*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7117-172-1. Netpublikation.
- 13:18 Vammen, K.S. & M.N. Christoffersen: *Unge sehskeade og spiseforstyrrelser. Kan social støtte gøre en forskel?* 156 sider. ISBN: 978-87-7119-173-8. e-ISBN: 978-87-7119-174-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:19 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Volunteers in the Danish Home Guard 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-175-2. e-ISBN: 978-87-7119-176-9.
- 13:20 Luckow, S.T., T.B. Jakobsen, A.P. Langhede & J.Hyld Pejtersen: *Bedre overgange for udsatte unge. Midtvejsevaluering af efterværnsinitiativet 'Vejen til uddannelse og beskæftigelse'*. 98 sider. ISBN: 978-87-7119-177-6. e-ISBN: 978-87-7119-178-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 13:21 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2013. National kortlægning*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-179-0. e-ISBN: 978-87-7119-180-6. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 13:22 Jacobsen, S. J., A. H. Klynge & H. Holt: *Øremærkning af barsel til fædre. Et litteraturstudie*. 82 sider. ISBN: 978-87-7119-181-3. e-ISBN: 978-87-7119-182-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 13:23 Thuesen, F., H. B. Bach, K. Albæk, S. Jensen, N. L. Hansen & K. Weibel: *Socialøkonomiske virksomheder i Danmark. Når udsatte bliver ansatte*. 216 sider. ISBN: 978-87-7119-183-7. e-ISBN: 978-87-7119-184-4. Vejledende pris: 210,00 kr.

- 13:24 Larsen, Mona & H. S. B. Houllberg: Lønforskelle mellem mænd og kvinder 2007-2011. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-185-1. e-ISBN: 978-87-7119-186-8. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:25 Larsen, M. & H.S.B. Houllberg: *Mere uddannelse, mere i løn?* 50 sider. e-ISBN: 978-87-7117-188-2. Netpublikation.
- 13:26 Damgaard, M., Steffensen, T. & S. Bengtson: *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. En analyse af sammenhænge mellem hverdagsliv, samliv, udsatthed og type og grad af funktionsnedsættelse.* 193 sider. ISBN: 978-87-7119-189-9. e-ISBN: 978-87-7119-190-5. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 13:27 Holt, H. & K. Nilsson: *Arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere. Virksomhedernes rolle og erfaringer.* 100 sider. ISBN: 978-87-7119-191-2. e-ISBN: 978-87-7119-192-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:28 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark.* 410 sider. ISBN: 978-87-7119-193-6. e-ISBN: 978-87-7119-194-3. Vejledende pris: 400,00 kr.
- 13:29 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark. Sammenfatning af resultater fra PLAAC.* 62 sider. ISBN: 978-87-7119-195-0. e-ISBN: 978-87-7119-196-7. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:30 Christensen, E.: *Børn i Mælkebøtten. Fra socialt udsat til mønsterbryder?* 125 sider. ISBN: 978-87-7119-197-4. e-ISBN: 978-87-7119-198-5. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 13:31 Christensen, E.: *Meeqqat Mælkebøttenimiittut. Isumaginninnikkut aarlerinartorsiortumiit ileqqunik allanngortitsisumut?* 149 sider. ISBN: 978-87-7119-199-8. e-ISBN: 978-87-7119-200-1. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 13:32 Bengtsson, S., H. E. D. Jørgensen & S. T. Grønfeldt: *Sociale tilbud til mennesker med sindslidelse. Den første kortlægning på personniveau.* 130 sider. ISBN: 978-87-7119-201-8. e-ISBN: 978-87-7119-202-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 13:34 Larsen, L. B. & S. Bengtson: *Talblindhed. En forskningsoversigt.* 175 sider. ISBN: 978-87-7119-205-6. e-ISBN: 978-87-7119-206-3. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:35 Larsen, M.: *Lønforskelle mellem mænd og kvinder i industrien. Medarbejdere med håndværkspræget arbejde eller operator- og monteringsarbejde.* 978-87-7119-207-0. Netpublikation.

13:37 Kjeldsen, M. M. & Høgelund, J.: *Effektmåling af Forebyggelsesfondens projekter*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-210-0. e-ISBN: 978-87-7119-211-7. Vejledende pris: 90,00 kr.

EFFEKT MÅLING AF FOREBYGGELSESFONDENS PROJEKTER

Forebyggelsesfonden blev oprettet i 2007. Fonden skulle støtte projekter, som bl.a. forebygger nedslidning på arbejdspladsen, forbedrer genoptræning efter sygdom og styrker initiativer, som øger bevidstheden om risiko ved bl.a. rygning, alkohol og fedme.

Denne rapport beskriver effekterne af Forebyggelsesfondens projekter i perioden 2007-2011. Undersøgelsen viser overordnet, at projekterne ikke har haft nogen effekt på det gennemsnitlige sygefravær på virksomhederne.

Undersøgelsen er en del af en bredere evaluering af Forebyggelsesfondens resultater og er finansieret af fonden selv.