

Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg
Hospital

Aktiv Gravidpolitik på arbejdet. Mere trivsel og mindre fravær

Slutrapport til Arbejdsmiljøforskningsfonden

Luise Mølenberg Begtrup

01-01-2021

Slutrapport til Arbejds miljøforskningsfonden

Titel: Aktiv Gravidpolitik på arbejdet. Mere trivsel og mindre fravær

Forfattere: Luise Mølenberg Begtrup, Charlotte Brauer, Per Malmros, Sandra Søgaard Tøttenborg, Esben Meulengracht Flachs, Paula EC Hammer, Johan Høy Jensen, Jens Peter Bonde

Udgiver: Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Udgivet: Januar 2021

Finansiel støtte: Projektet blev støttet af Arbejds miljøforskningsfonden, projektnr. 31-2015-09 20150067279

AGP

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Dansk Resume.....	6
English summary.....	8
Formål	9
Delformål.....	9
Baggrund	9
Forskningsplan, metoder og data.....	10
Deltagende arbejdspladser.....	10
Design.....	11
Inklusionskriterier	12
Intervention	12
AGp-konceptet.....	12
Data.....	13
Løndata	13
Spørgeskemadata.....	13
Effektmål.....	14
Typer af analyser	15
Resultater	16
Populationen	16
Implementering	18
Evaluering af seminarerne	19
Fravær	19
Effekt af interventionen	20
Effekt på Fravær.....	20
Effekt på belastninger i arbejdet, psykosocialt arbejdsmiljø og trivsel.....	22
Respondenter versus non-respondenter	24
Økonomisk evaluering	25
Kort resumé af fund i kvalitativ tillægsundersøgelse	26
Konklusion og erfaringer.....	26
Fremadrettet.....	27
Referencer	28

Formidling.....	30
Videnskabelig formidling.....	30
Populær formidling.....	30
Foredrag.....	31
Bilag.....	32

Forord

I 2015 bevilligede Arbejds miljøforskningsfonden støtte til projektet *Aktiv Gravidpolitik på arbejdet. Mere trivsel og mindre fravær*, som blev gennemført i perioden 1.september 2016 – 30.september 2020 (projekt nummer 31-2015-09 20150067279).

Det har været en udfordrende opgave at rekruttere hospitaler og kommuner (daginstitutionsområdet) i en tid med implementering af Sundhedsplatform og nye GDPR-regler- og omstruktureringer. Projektet er blevet forlænget ad flere omgange pga. udfordringer med rekruttering af organisationer og gravide medarbejdere og senest Corona epidemien, der havde indflydelse på mine arbejdsopgaver.

Som et tillæg til projektet lavede vi i 2018 fokusgruppeinterviews med de ledere fra interventionsgruppen, som deltog i projektets seminarer. Resultaterne fra disse interviews bliver afrapporteret i en selvstændig rapport (projekt nr. F-12205-01-99 2018-09), men er en integreret del af tolkning af resultaterne og evalueringen af projektet.

Denne rapport giver et overblik over de resultater, som er opnået inden for bevillingsperioden. Resultaterne er beskrevet i to videnskabelige artikler, der er henholdsvis publiceret i *Occupational and Environmental Medicine* og under revision til publikation i *Scandinavian Journal of Public Health*.

Jeg har som projektleder stået for rekruttering af organisationer, udarbejdelse og afholdelse af seminarer, løbende afholdelse af møder og kontakt til involverede ledere og organisationer, indsamling af data, analyser og udarbejdelse af manuskripter. Projektgruppen har bestået af Professor Emeritus Jens Peter Ellekilde Bonde, overlæge og ph.d. Charlotte Brauer og gæsteforsker Per Malmros, der alle har været involveret i designet af og gennemførelsen af projektet, udarbejdelsen af ansøgningen til AMFF og evalueringen af resultaterne. Statistiker og ph.d. Esben Meulengracht Flachs har givet statistisk støtte og hjælp i forbindelse med analyse af resultaterne. Desuden har Post doc Sandra Søgaard Tøttenborg, der er leder af reproduktionsgruppen, Post doc

Johan Høy Jensen, der har forsket i organisationsændringer og læge og ph.d. Paula Hammer, der har lavet forskning om gravide og fravær været med til analyse af resultaterne og udarbejdelse af de videnskabelige manuskripter.

Tidligere afdelingssygeplejerske i Akutmodtagelsen på Bispebjerg Hospital Lasse Rolf Poulsen, der har haft positive erfaringer med at have en aktiv gravidpolitik, stod for undervisning af lederne i interventionsgruppen i konceptet Aktiv Gravidpolitik.

Jeg vil gerne sige tak til projektets styregruppe, der udover projektgruppens medlemmer bestod af Lasse Rolf Poulsen, repræsentanter fra de deltagende organisationer, repræsentanter fra FOA, DSR, YL, BUPL, Lederne, Danske Regioner og KL samt Jordemoder, ph.d. Mette Backhausen, der har stor viden på området og har stået for fokusgruppe interviews samt markeds- og projektchef Per Tybjerg Aldrich, der har stået for den økonomiske evaluering i projektet. Styregruppen har bidraget med viden, erfaring og kontakter, der har givet større forståelse af de forskellige aktørers synsvinkler og projektets resultater. Derudover har de hjulpet med udbredelse af viden om projektet før, under og efter projektperioden.

Sidst, men ikke mindst: En stor tak til de deltagende organisationer, herunder særligt tak til medarbejdere i HR og lønafdelingerne, som har stået for formidling til ledere og gravide medarbejdere og for udtræk af løndata.

Luise Mølenberg Begtrup, Charlottenlund januar 2021

Dansk Resume

Sygefravær under graviditet er højt i Danmark, med to ud af tre gravide fraværende under graviditeten. Oftest skyldes fraværet almindelige graviditetsrelaterede gener, som forstærkes af belastninger i arbejdsmiljøet. Man har i befolkningsundersøgelser vist, at tilpasning af arbejdet reducerer fravær under graviditet, men effekten af en aktiv gravid politik, hvor arbejdet tilpasses efter den gravides behov, er aldrig blevet undersøgt i en kontrolleret undersøgelse.

Projektets overordnede formål var at undersøge, om undervisning af ledere i Aktiv Gravid Politik øger tryghed og trivsel under graviditet og nedsætter det graviditetsrelaterede fravær.

Vi ønskede også at undersøge i hvilken grad, man ved undervisning af ledere får implementeret en Aktiv Gravidpolitik, og endelig om indførelse af Aktiv gravid politik på en arbejdsplads er omkostningseffektivt.

I projektet deltog fem hospitaler og to kommuner (daginstitutionsområdet) på Sjælland med i alt 90 arbejdsenheder (afdelinger og børneinstitutioner). Ud fra tilfældig lodtrækning indgik de deltagende arbejdsenheder i enten: 1) **Kontrolgruppen**, hvor praksis var som vanligt eller 2) **Interventionsgruppen**, hvor lederne blev inviteret på et 3-timers seminar, hvor de blev undervist i arbejdsmiljø i forhold til graviditet og introduceret til konceptet Aktiv Gravidpolitik. Aktiv gravidpolitik er en proaktiv og positiv tilgang til gravide medarbejdere, hvor lederen tager initiativ til samtale, gennemgang af arbejdsopgaver og justering af arbejdet efter behov.

Effekten af interventionen blev primært målt ved hjælp af løndata (andel af gravide med højt kumuleret fravær) og sekundært ved spørgeskemadata (andel af gravide med henholdsvis arbejdsbelastninger, god trivsel og oplevelse af godt psykosocialt arbejdsmiljø). Derudover blev der i spørgeskema data set på andel af gravide, der oplevede elementer af AGp-konceptet, og interventionen blev evalueret ved en økonomisk break-even analyse.

I undersøgelsen blev der i alt inkluderet 915 gravide medarbejdere, 451 i interventionsgruppen og 464 i kontrolgruppen, fordelt på 80 af de 90 involverede arbejdsenheder. Ud af 216 inviterede

ledere i interventionsgruppen var der 103 (48%), der deltog i seminarerne. Der var 339 (37%) gravide, der besvarede spørgeskemaet.

Vi fandt ingen effekt af interventionen, hverken på fravær under graviditeten eller andel af gravide med arbejdsbelastninger, god trivsel eller godt psykosocialt arbejdsmiljø. Den samlede gennemsnitlige omkostning af interventionen blev beregnet til cirka 6000 kr. per leder, hvilket betød, at interventionen ville være en god forretning ved en gennemsnitlig reduktion på $> 1\frac{1}{2}$ arbejdsdag per gravid.

Vi kunne ikke påvise nogen effekt af at undervise ledere i at have en Aktiv Gravidpolitik. Det er vores vurdering, at resultaterne snarere reflekterer udfordringerne ved at implementere indsatser i større organisationer og i daglig praksis, end en manglende effekt af principperne for aktiv gravid politik. Fremadrettet bør indsatser derfor i højere grad sikre involvering og støtte fra deltagende arbejdspladser ved markant og ubetinget prioritering fra ledelse, HR og sikkerhedsorganisation, udbredt intern formidling og ikke mindst aktiv inddragelse af nøglepersoner, så som nærmeste ledere. Derudover er kommunikation til og involvering af aktører i svangreomsorgen, såsom praktiserende læger og jordemødre, afgørende for at understøtte trivsel, tryghed og arbejdsfastholdelse af gravide.

English summary

Pregnancy can make it difficult to cope with demands at work and may affect well-being of women. Absence during pregnancy is high. In Denmark two thirds of all pregnant women are absent during pregnancy, one third for more than four weeks, excluding maternity leave. The primary aim of the study was to test if targeting managers with an educational intervention reduces absence among pregnant employees. Secondly, we investigated if the manager-targeted educational intervention reduced demanding occupational exposures and improved the psychosocial work environment and well-being among pregnant employees.

The study was a non-blinded cluster randomized trial conducted in hospitals and daycare institutions from two administrative Danish Regions and two Danish municipalities. Clusters (work units) were assigned randomly and non-blinded to either 1) intervention, all managers were invited to participate in a 3-hour seminar addressing needs and options for adjustment of work in pregnancy or, 2) control, with practice as usual. The primary outcome, based on payroll data, was long-term pregnancy-related absence, defined as $\geq 12,5\%$ cumulated absence during pregnancy week 1-32. Secondary outcomes, based on questionnaires from the pregnant employees, were proportion of pregnant employees with demanding occupational exposures, good psychosocial work environment and good well-being.

Ninety work units were included (56 hospital departments and 34 daycare units) with 451 pregnant employees in the intervention group and 464 in the control group. 103 of the 216 invited managers (48%) participated in a the 3-hour seminar.

The educational intervention targeting managers did not reduce pregnancy-related absence among pregnant employees. Secondly, it did not reduce demanding occupational exposures, nor did it improve the psychosocial work environment or the well-being among pregnant employees in hospital and day-care settings. More comprehensive and participatory interventions may be considered in future studies. Further, involvement of key stake holders in the healthcare system seems to be pivotal.

Formål

Projektets overordnede formål var at undersøge, om undervisning af ledere i Aktiv Gravidpolitik, hvor arbejdet forsøges tilpasset den gravides behov, nedsætter det graviditetsrelaterede fravær.

Delformål

Derudover ønskede vi at undersøge

- 1) i hvilken grad man ved undervisning af ledere får implementeret Aktiv Gravidpolitik på arbejdspladsen.
- 2) om en Aktiv Gravidpolitik medfører større tryghed og tilfredshed blandt de gravide medarbejdere, og om effekten er størst blandt medarbejdere, der har meget stående/gående arbejde, hyppige løft, mange nattevagter og lav indflydelse.¹
- 3) om indførelse af Aktiv Gravidpolitik på en arbejdsplads er effektiv i forhold til omkostningerne.

Baggrund

Fravær under graviditet er højt i Danmark. Ifølge den seneste nationale opgørelse fra 2010 udfærdiget af det tidligere Nationale forsknings Center for Velfærd (SFI), har to ud af tre gravide i Danmark fravær under graviditeten, og en ud af tre har fravær varende mere end fire uger.(1) Kun en lille del af fraværet skyldes egentlige graviditetskomplikationer. Oftest skyldes fraværet almindelige graviditetsrelaterede gener som træthed, kvalme, bækkensmerter, lændesmerter og plukveer(2, 3), som forstærkes af belastninger i arbejdsmiljøet(4). Det er bekræftet i flere danske undersøgelser, der har vist højest risiko for fravær blandt gravide med belastninger i arbejdet, så som stående/gående arbejde, hyppige løft, skiftarbejde, lav indflydelse og høje krav.(5-7) I rapporten fra SFI pegede man på, at det stigende fravær blandt gravide skyldes de gravides

¹ På grund af lav responsrate på spørgeskemaer og deraf mindre datamængde end forventet, kunne vi ikke undersøge dette formål

manglende accept af ubehag i forbindelse med graviditet.(1) Det var vores antagelse, hvilket understøttes af flere kvalitative undersøgelser,(8-10) at de fleste gravide gerne vil forblive i arbejde, men at de mangler en åben snak om deres situation og en legitimering af de problemstillinger, som typisk opstår i forbindelse med graviditet. Den gravide kan føle sig alene og blive utryk pga. manglende hensyntagen eller usikkerhed omkring arbejdsopgavernes skadelige virkning. De kan føle sig til besvær i forhold til deres kollegaer. Alle ting, der kan føre til fraværsmedling.

Højt fravær blandt gravide er ikke kun et samfundsøkonomisk problem. Det er et problem på arbejdspladserne, der må undvære god arbejdskraft og for kollegaerne, der enten skal arbejde med undernormering eller bruge ressourcer på at søge og oplære barselsvikarer. Ikke mindst er det et problem for den gravide medarbejder, der med et langvarigt fravær mister den daglige kontakt med kollegaer og arbejde, hvilket kan gøre det vanskeligere at vende tilbage efter endt barsel.

Erfaringerne og flere undersøgelser(1;6;7) har således understreget betydningen af arbejdsmiljøet for den gravides trivsel og fravær under graviditet. Derudover har holdninger og kulturer på arbejdspladser betydning, hvorfor en leders positive, aktive og løsningsorienterede anskuelse kan være afgørende.(11) Man har i befolkningsundersøgelser fundet, at ændring i arbejdsforhold kan reducere graviditets relateret fravær(4, 12), og flere steder både i hospitalssektoren og andre offentlige institutioner har man gode erfaringer med indførelse af synlig gravidpolitik. På denne baggrund vurderede vi, at der var et stort forebyggelsespotentialer i forhold til gravide medarbejders fravær. Samtidig var effekten af at have en aktiv gravid politik aldrig blevet undersøgt i en randomiseret og kontrolleret undersøgelse.

Forskningsplan, metoder og data

Deltagende arbejdspladser

Vi ønskede, at projektet skulle foregå på arbejdspladser med mange kvindelige medarbejdere i fertil alder og hvor der var forskellige belastninger i arbejdet. Vi valgte at tage flere arbejdspladser med, end først planlagt, for at øge antallet af inkluderede gravide. Efter henvendelse til adskillige

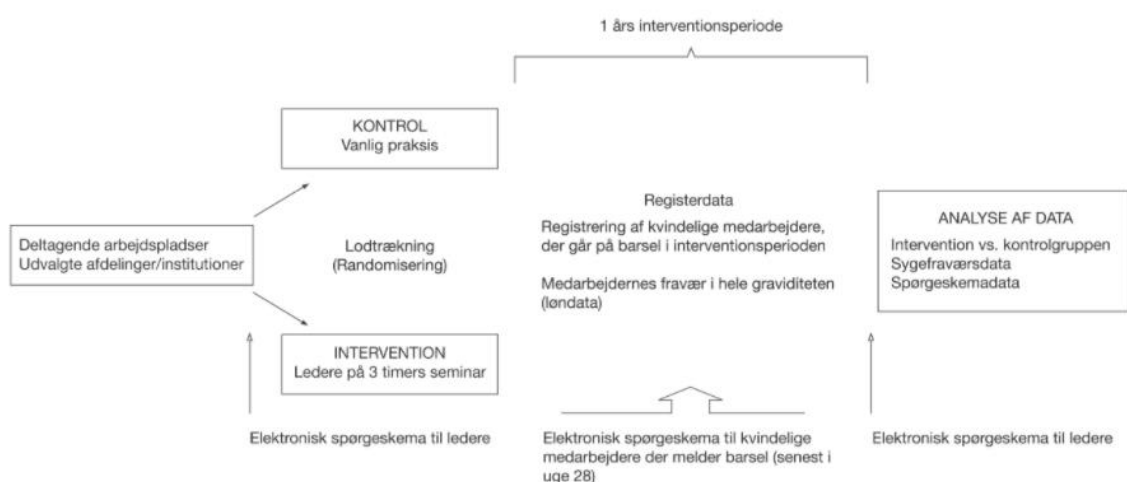
private virksomheder, hospitaler og kommuner, endte vi med at få følgende arbejdspladser med i projektet:

- Bispebjerg og Frederiksberg hospital, 12 afdelinger
- Nordsjællands Hospital, 12 afdelinger
- Juliane Marie Centeret; Rigshospitalet, 8 klinikker
- Sjællands Universitetshospital, 14 afdelinger
- Holbæk Sygehus, 10 afdelinger
- Gentofte kommune, Daginstitutionsområdet, 24 institutioner
- Gladsaxe kommune, Daginstitutionsområdet, 10 områder (58 institutioner)²

Arbejdspladserne indgik løbende i projektet og havde således overlappende interventionsperioder (nogle blev forlænget med ½ år) i perioden 1. september 2017 til juni 2019.

Design

Projektet var en cluster randomiseret interventionsundersøgelse, hvor de deltagende arbejdsenheder (hospitalsafdelinger og daginstitutioner/klynger) blev randomiseret til enten **Intervention**, hvor alle ledere (afsnitsledere og daginstitutionsledere) blev inviteret til at deltage i et 3-timers seminar med undervisning i at have en aktiv gravid politik (se afsnit om intervention), eller **Kontrol**, hvor alt fortsatte som normalt.



² I Gladsaxe kommune skete lodtrækning på område niveau

Inklusionskriterier

Inklusionskriterier på cluster-niveau (arbejdsenhed) var: ≥ 5 kvindelige medarbejdere i alderen 18-50 år, belastninger i arbejdsmiljøet (ex. gående-stående arbejde, løft, skiftarbejde) og accept af afdelingsledelsen.

Gravide medarbejdere blev, efter afslutning af interventionsperiode, identificeret ved hjælp af registreringer i løndata. *Inklusionskriterier på individuelt niveau (gravide)* var: Graviditet med forventet termin mellem 3 måneder efter interventionsperioden startede, til 6 måneder efter interventionsperioden sluttede og ansættelse ≥ 1 måned på en af de inkluderede arbejdsenheder.

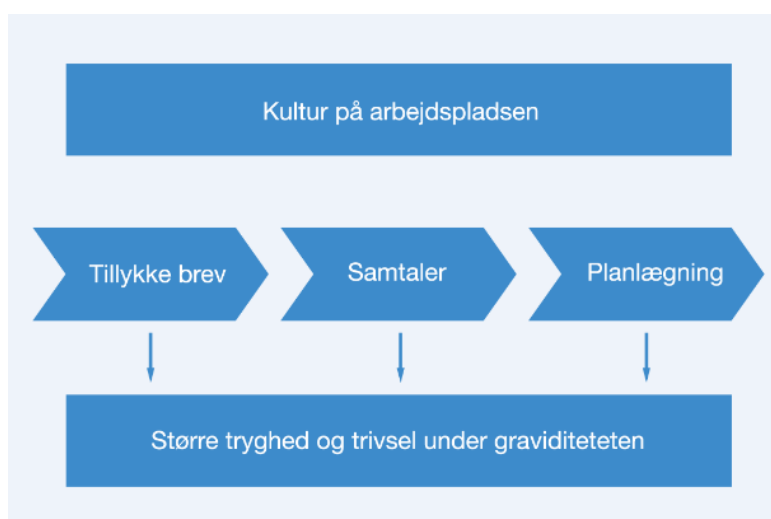
Intervention

Efter flere møder med de deltagende arbejdspladser og styregruppen blev interventionen tilpasset, så den var gennemførlig (feasible). Der blev således tale om et 3-timers seminar, som blev afholdt ude på arbejdspladserne (eller i deres lokale kursusfaciliteter). På Bispebjerg og Frederiksberg hospital, Nordsjællands hospital og Juliane Marie centeret var det frivilligt for lederne i interventionsgruppen at deltage i projektets seminar, mens det var obligatorisk at deltage på Sjællands Universitetshospital, Holbæk Sygehus, Gentofte kommune og i Gladsaxe kommune. På seminariet blev lederne undervist i den nyeste viden om arbejdsmiljø i forhold til graviditet, og de blev introduceret til konceptet Aktiv Gravidpolitik (AGp), som de efterfølgende arbejdede med case-baseret. Hver leder fik udleveret et hæfte med beskrivelse af AGp, et hæfte omkring hvilke eksponeringer man skal være opmærksom på i forhold til gravide medarbejdere med særligt fokus på hospitaler og daginstitutioner og en projektplakat, som de kunne sætte op på deres arbejdsplads (fx i frokoststuen). Lederne fik desuden adgang til en lukket side på projektets hjemmeside, hvor de kunne finde alt undervisningsmateriale og skabeloner til "Tillykke brev" og Gravid-APV (se afsnit om AGp). Endelig havde lederne i hele projektperioden mulighed for kontakt til projektlederen, hvis de havde spørgsmål vedr. en gravid medarbejder og arbejdsmiljøet.

AGp-konceptet

Aktiv Gravidpolitik er en positiv, løsningsorienteret og proaktiv tilgang til gravide medarbejdere og indeholder 4 nøgle elementer:

- 1.En synlig gravid politik på arbejdspladsen (Kultur)
- 2.Tillykke brev
- 3.Samtaler med gennemgang af arbejdsopgaver
- 4.Justering af arbejdet efter behov



For flere detaljer, se Bilag 1

Data

Løndata

Fra hver deltagende organisation fik vi løndata på gravide medarbejdere med oplysninger om alder, afdeling/institution, stilling, forventet termin, arbejdstid/normtid og registreret fravær, herunder hvilken type fravær (sygefravær, graviditetsrelateret fravær, ferie, barn syg, omsorgsdage, arbejdsskade, paragraf 53, betalt fravær, kurser mm).

Spørgeskemadata

Alle ledere på involverede afdelinger/institutioner modtog via deres arbejdsmail et kort spørgeskema før og efter interventionsperioden, hvori der blev spurgt til erfaringer med gravide medarbejdere og forbrug af tid til indsats og beskrivelse heraf, overfor gravide medarbejdere.

Gravide medarbejdere blev bedt om at besvare et spørgeskema i løbet af graviditeten. Vi kunne ikke kontakte de gravide medarbejdere direkte, hvorfor information og anmodning om besvarelse skete via deres lokale leder, der udleverede et bilag herom (Gladsaxe kommune, Holbæk sygehus og Sjællands Universitetshospital) eller via information i deres obligatoriske terminsbrev, der blev udsendt fra HR-Løn og personale (Nordsjællands Hospital, Bispebjerg- og Frederiksberg Hospital, Juliane Marie Centeret, Rigshospitalet, Gentofte kommune). I spørgeskemaet var der spørgsmål vedrørende familiære forhold, graviditetens forløb, belastninger i arbejdet, trivsel, det psykosociale arbejdsmiljø, og om de havde oplevet elementer af AGp-konceptet (Kendskab til Gravidpolitik på deres afdeling/institution, invitation til samtale, gennemgang af arbejdsopgaver og justering af arbejdsopgaver).

Effektmål

Vi sammenlignede fravær blandt gravide medarbejdere i henholdsvis intervention- og kontrolgruppen. Primære effektmål var andelen af gravide medarbejdere, som havde længerevarende graviditetsrelateret fravær i løbet af uge 1-32. Derudover så vi på andelen af gravide medarbejdere, som havde længerevarende fravær (sygefravær + graviditetsrelateret fravær) i løbet af uge 1-32, og vi beskrev det gennemsnitlige fravær i dage i løbet af graviditeten i de to grupper. Endelig undersøgte vi, om interventionen havde samme effekt i forskellige subgrupper af gravide (opdelt efter type af organisation, størrelse af arbejdsenhed og fravær før graviditet), og om fraværet ændrede sig i løbet af graviditeten.

Ud fra terminsdatoen udregnede vi konceptionsdatoen og beregnede mængden af graviditetsrelateret fravær og fravær (graviditetsrelateret fravær + sygefravær) i løbet af de første 32 graviditetsuger i forhold til forventet fremmøde. Længerevarende fravær var defineret som $\geq 12.5\%$ kumuleret fravær ud af forventet fremmøde i løbet af uge 1-32., svarende til ≥ 4 ugers kumuleret fravær.

Vores teori var, at undervisning af nærmeste ledere i at have en aktiv gravidpolitik ville resultere i bedre arbejdsmiljø og trivsel blandt de gravide medarbejdere. En del af det, at have en aktiv gravidpolitik, er at tilpasse arbejdet til den gravide, hvorfor vi derudover antog, at undervisningen ville medføre færre belastninger i arbejdet blandt de gravide medarbejdere. Derfor var sekundære effektmål andel af gravide, der oplevede belastninger i arbejdet (tunge løft, stående-gående

arbejde, skiftarbejde, lav kontrol, store krav og samlet ≥ 3 af disse belastninger); havde god trivsel (målt ved hjælp af WHO-5 index) og oplevede godt psykosocialt arbejdsmiljø (målt ved socialkapital, lederkvalitet, socialt fællesskab (social community), støtte fra leder og støtte fra kollegaer). Beskrivelse af spørgsmål brugt ved måling af sekundære effektmål er vedlagt som Bilag 2.

Den økonomiske evaluering blev lavet af Per Tybjerg Aldrich (NIRAS). Vi havde planlagt at der skulle laves en cost benefit analyse, men da vi ikke fandt nogen effekt af interventionen, blev der i stedet lavet en break-even analyse, hvor det blev undersøgt, hvor mange timer de gravides fravær skulle reduceres, før gevinsten var lig omkostningen til interventionen. Omkostningerne inkluderede både direkte omkostninger i forbindelse med afholdelse af seminariet (forplejning, materialer og udgifter til undervisere) og indirekte udgifter i forbindelse med seminariet (løn til deltagende ledere) og ved indsats overfor gravide medarbejdere (tid brugt til udfærdigelse af tillykke brev og APV, samtaler, justering af arbejde mm). Beregning af sidstnævnte var baseret på spørgeskema besvarelser fra deltagende ledere. Gevinsten, svarende til reduceret fravær, blev beregnet ud fra udgifter til vikardækning.

Typer af analyser

Effekt på fravær (primære effektmål) blev undersøgt i gruppen af alle gravide identificeret ved hjælp af løndata (Intention to treat analyse/ ITT-analyse), blandt gravide der havde fuld data (sensitivitetsanalyse) og blandt gravide i kontrolgruppen og gravide i interventionsgruppen, der var ansat på afdelinger hvor mindst halvdelen af de inviterede ledere deltog i seminarierne (per protokol analyse). Effekt på trivsel, arbejdsmiljø og arbejdsbelastninger (sekundære effektmål) blev undersøgt i gruppen af gravide, der besvarede spørgeskemaet (Responders). Ved hjælp af multiple imputationer baseret på alder, organisation, antal gravide på afdelingen/i institutioner, fag og gruppe (intervention el. kontrol) blev effekten af sekundære effektmål desuden undersøgt i en ITT-analyse inkluderende alle identificerede gravide medarbejdere.

Odds ratioer (OR) og 95% sikkerhedsintervaller (95% CI) blev beregnet ved hjælp af Mixed logistisk regression, hvor der blev taget højde for, at randomiseringen var lavet på afdelingsniveau (cluster) og derudover fag og organisation.

Resultater

Populationen

Vi inkluderede 90 arbejdsenheder (56 hospitalsafdelinger og 34 daginstitutioner/klynger), hvoraf 80 enheder havde gravide medarbejdere i løbet af interventionsperioden, 39 i interventionsgruppen og 41 i kontrolgruppen. I alt blev der inkluderet 915 gravide medarbejdere i projektet, 451 i interventionsgruppen og 464 i kontrolgruppen. Der var i gennemsnit 11 gravide medarbejdere per arbejdsenhed. Ud af de 915 inkluderede gravide var 83 (9%) fra daginstitutioner, hvor der i gennemsnit var én gravid medarbejder.

Tabel 1 beskriver arbejdsenheder og gravide medarbejdere i henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Andelen af førstegangsgravide og gravide, der var fysisk aktive i fritiden, var større i interventionsgruppen, men ellers var der ikke forskel mellem grupperne hverken på gravidniveau eller på arbejdsenhedsniveau.

Ud af de 915 inkluderede gravide medarbejdere var der 768 (84%) som havde fuld løndata uge 1-32, og der var 339 (37%) gravide, der besvarede spørgeskemaet. Ud af 421 involverede ledere var der 347 (82%), der besvarede det første spørgeskema og 163 (39%), der besvarede det sidste.

Flow chart er vedlagt som bilag 3

TABEL 1 Beskrivelse af populationen ud fra allokering, N=915 gravide medarbejdere på 90 arbejdsenheder

	ENDELIGE POPULATION	INTERVENTIONS GRUPPE	KONTROL GRUPPE
<i>Individuelt niveau (gravide medarbejdere)</i>	N=915	n=451	n=464
Alder (år), gennemsnit (SD)	30.9 (4.2)	30.8 (4.3)	31.1 (4.1)
BMI før graviditet*, gennemsnit (SD)	25.9 (5.7)	25.9 (6.8)	26.0 (4.4)
Primipara*, n (%)	166 (50)	86 (54)	80 (46)
Fysisk aktivitet før graviditet, *n (%)	223 (67)	116 (73)	107 (63)
Sygefravær før graviditet†, n (%)			
Intet sygefravær	299 (33)	148 (35)	151 (35)
< 1 dag/måned i gennemsnit	274 (30)	125 (29)	149 (34)
≥ 1 dag/måned i gennemsnit	208 (23)	106 (25)	102 (23)
Missing	134 (14)	72 (16)	62 (13)
Fag, n (%):			
Administration	47 (5)	24 (5)	23 (5)
Læger	164 (18)	83 (18)	81 (18)
Sygeplejersker	502 (55)	238 (53)	264 (57)
Andet sundhedspersonale	112 (12)	67 (15)	45 (10)
Service og teknisk personale	11 (1)	6 (1)	5 (1)
Pædagogisk personale	79 (9)	33 (8)	46 (11)
Antal kvindelige kollegaer på arbejdsenhed‡			
Gennemsnit (SD)	127 (57)	122 (49)	132 (63)
Type organisation, n (%)			
Daginstitution	83 (9)	36 (8)	47 (10)
Hospital	832 (91)	415 (92)	417 (90)
<i>Clusters (arbejdsenheder)</i>	n=90	n=45	n=45
Antal gravide medarbejdere			
Gennemsnit§ (SD)	11.4 (9.7)	11.6 (9.6)	11.3 (9.8)
Median (min-max)	6 (0-38)	6 (0-32)	7 (0-38)
Antal clusters uden gravide medarbejdere	10	6	4
Type organisation, n (%)			
Hospital	56 (62)	28 (62)	28 (62)
Daginstitution	34 (38)	17 (38)	17 (38)
Størrelse på arbejdsenhed‡			
Gennemsnit (SD)	82.4 (59.8)	83.6 (56.9)	81.3 (63.3)
Median (min-max)	76 (3-283)	82 (3-230)	67 (10-283)
Antal clusters hvor ≥ 50% af inviterede ledere deltog i seminar¶	24	24	

* Baseret på spørgeskema data, n=164 (36) i interventionsgruppen og n=175 (38) i kontrolgruppen

† Antal dage med sygefravær i løbet af tre måneder forud for konception. Med den antagelse at alle ansatte arbejder 37 timer om ugen.

‡ Antal kvindelige medarbejdere i alderen 15-50 år

§ Gennemsnitligt antal gravide medarbejdere i de 80 clustre, som havde inkluderet gravide medarbejdere

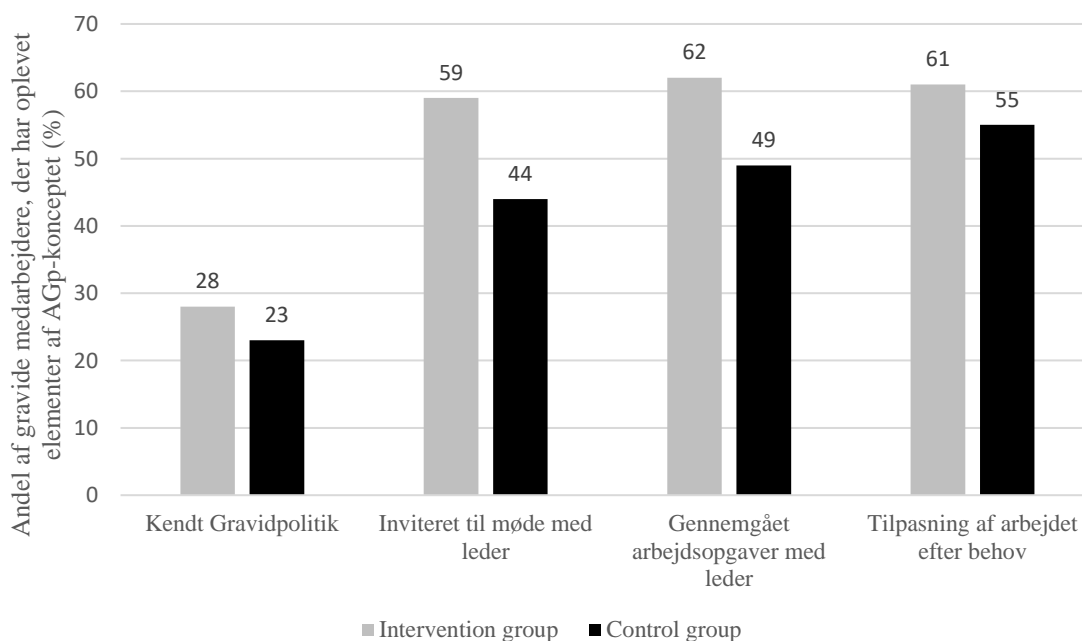
¶ Kun i interventionsgruppen. Inkluderet i per-protokol analysen

Implementering

Ud af 216 inviterede ledere i interventionsgruppen var der 103 (48%), der deltog i seminarerne. I de organisationer, hvor det var frivilligt at deltage (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Nordsjællands Hospital og Juliane Marie Centeret), var der 35 (32%) af de inviterede ledere, der deltog, mens der i de organisationer, hvor det var obligatorisk at deltage (Gladsaxe kommune, Gentofte kommune, Holbæk Sygehus og Sjællands Universitetshospital), var 68 (63%) ledere, der deltog.

Blandt de gravide medarbejdere i interventionsgruppen, der besvarede spørgeskemaet, var det ikke alle, der oplevede elementer af AGp-konceptet. I kontrolgruppen var der nogle gravide medarbejdere, der rapporterede at have oplevet elementer af AGp-konceptet, men det var en mindre andel end i interventionsgruppen (Figur 1).

Figur 1 Andel af gravide medarbejdere, der oplevede elementer af AGp-konceptet



Baseret på spørgeskema data, N=339 (n=164 I Interventionsgruppen og n=175 I kontrol gruppen)

Evaluering af seminarerne

Efter hvert gennemført seminar blev de deltagende ledere bedt om at evaluere dets indhold. De blev spurgt, om seminaret havde levet op til deres forventninger, og om det havde givet dem nogle redskaber, de fremadrettet kunne bruge, når de havde en gravid medarbejder.

Evalueringerne var meget positive, særligt vurderede daginstitutionslederne, at de havde fået nogle redskaber, de fremadrettet kunne bruge (Tabel 2).

TABEL 2 Evaluering af seminarer

Spørgsmål	Svar				
	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, i mindre grad	Nej, slet ikke	Jeg havde ingen forventninger
<i>Har seminaret levet op til dine forventninger?</i>					
Alle ledere	52	33	<1		15
Hospitalsledere	51	35	<1		13
Daginstitutionsledere	54	27			19
<i>Har seminaret givet dig nogle redskaber, du kan bruge næste gang du har en gravid medarbejder?</i>					
Alle ledere	60	37	<1		n/a
Hospitalsledere	54	43	<1		
Daginstitutionsledere	77	19	<1		

Angivet som andel af ledere (%). Baseret på 95 evalueringer (92%)

Fravær

Ud af de 768 inkluderede gravide medarbejdere med fuld løndata i graviditetsuge 1-32 havde 59% graviditetsrelateret fravær i løbet af de første 32 uger i graviditeten. Der var færre i interventionsgruppen, der havde graviditetsrelateret fravær end i kontrolgruppen (56% vs. 62%), til gengæld havde de i gennemsnit et højere antal af graviditetsrelaterede fraværsdage (41 dage vs. 34 dage). I daginstitutionerne havde gravide medarbejdere med graviditetsrelateret fravær i gennemsnit 42 fraværsdage relateret til graviditeten, mens de på hospitalerne havde 36 dage.

Effekt af interventionen

Effekt på Fravær

Blandt alle 915 inkluderede gravide medarbejdere (intention-to-treat analyse) havde 320 (35%) længerevarende graviditetsrelateret fravær, og 372 (41%) havde længerevarende kombineret fravær (graviditetsrelateret fravær+ sygefravær). Der var ingen forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen ($p=0.7796$ and $p=0.6178$). Der var heller ingen forskel mellem grupperne i analysen, hvor vi i interventionsgruppen kun medtog gravide medarbejdere fra afdelinger/institutioner, hvor mindst halvdelen af de inviterede ledere deltog i seminarierne (Per protokol analyse). (Tabel 3)

Resultatet blev bekræftet i analyser, hvor kun gravide medarbejdere med fuld løndata uge 1-32 blev inkluderet.

TABEL 3 Andel af gravide medarbejdere med kumuleret langtidsfravær i graviditetsuge 1-32 i forhold til allokering og odds for at have kumuleret langtidsfravær, hvis man er i interventionsgruppen. N=915

	INTERVENTION	KONTROL	OR*	95% CI	ICC
	n=451	n=464			
Intention to treat	Cluster n=39	Cluster n=41			
Graviditetsrelateret fravær	154 (34)	166 (36)	1.06	0.71-1.58	0.074
Fravær under graviditet [†]	181 (40)	191 (41)	1.10	0.77-1.57	0.047
	n=205	n=464			
Per protokol[‡]	Cluster n=21 [§]	Cluster n=41			
Graviditetsrelateret fravær	85 (42)	166 (36)	1.19	0.69-2.06	0.098
Fravær under graviditet [†]	98 (48)	191 (41)	1.26	0.80-1.99	0.043

Værdier er antal af gravide medarbejdere (%) med fravær > 12,5% af forventet fremmøde

* odds for at have fravær > 12,5% når i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen

Mixed logistic regressionsmodel med cluster som mixed effekter og fag og organisation som fixed effekter

[†] registreret graviditetsrelateret fravær + registreret sygefravær

[‡] medarbejdere på arbejdsenheder hvor >50% af lederne deltog i seminar

[§] 3 ud af 24 arbejdsenheder, hvor >50% af lederne deltog, havde ingen gravide medarbejdere

Andelen af gravide med længerevarende graviditetsrelateret fravær var højest i daginstitutionerne og blandt gravide, der havde højt fravær inden graviditet. Heller ikke i subgrupperne var der effekt af interventionen. (Tabel 4).

TABEL 4 Andel af gravide medarbejdere med kumuleret langtidsfravær i graviditetsuge 1-32 i forhold til allokering og type organisation, størrelse på arbejdsenhed og sygefravær før graviditet samt odds for at have kumuleret langtidsfravær, hvis man er i interventionsgruppen. N=915

Intention to treat	INTERVENTION n=451	KONTROL n=464	Clusters*	OR[†]	95% CI	ICC
Graviditetsrelateret fravær						
Type organisation						
Hospital	139/415 (34)	139/417 (33)	55	1.19	0.79-1.79	0.069
Daginstitution	15/36 (42)	27/47 (57)	25	0.55 [‡]	0.16-1.94	0.191
Størrelse på arbejdsenhed [§]						
≤ 127 medarbejdere	105/265 (40)	73/198 (37)	60	1.17	0.61-2.24	0.161
> 127 medarbejdere	49/186 (26)	93/266 (35)	20	0.94	0.59-1.51	0.000
Medarbejderes sygefravær før graviditet						
0	37/148 (25)	42/151 (28)	70	1.25	0.66-2.37	0.061
< 1 dag/måned	44/125 (35)	48/149 (32)	64	1.21	0.63-2.33	0.127
≥ 1 dag/måned	54/106 (51)	56/102 (56)	66	0.85 [¶]	0.47-1.55	0.047
Fravær under graviditet**						
Type organisation						
Hospital	162/415 (39)	164/417 (39)	55	1.12	0.78-1.61	0.036
Daginstitution	19/36 (53)	27/47 (57)	25	1.06 [‡]	0.31-3.63	0.196
Størrelse på arbejdsenhed [§]						
≤ 127 medarbejdere	121/265 (46)	86/198 (43)	60	1.20	0.66-2.19	0.125
> 127 medarbejdere	69/186 (32)	105/266 (40)	20	0.99	0.63-1.55	0.000
Medarbejderes sygefravær før graviditet						
0	43/148 (29)	49/151 (32)	70	1.11	0.62-2.00	0.044
< 1 dag/måned	52/125 (42)	57/149 (54)	64	1.25	0.64-2.46	0.123
≥ 1 dag/måned	63/106 (59)	64/102 (63)	66	0.85 [¶]	0.47-1.55	0.047

Værdier er antal gravide medarbejdere med kumuleret graviditetsrelateret fravær > 12,5% eller kumuleret fravær (graviditetsrelateret fravær + sygefravær) > 12,5% i graviditetsuge 1-32, ud af antal gravide medarbejdere i pågældende strata (%)

* Antal cluster inkluderet i analysen

† odds for at have > 12,5% hvis i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Mixed logistic regressionsmodel med cluster som mixed effect og fag og organisation som fixed effekter

‡ Uden fag som fixed effect i modellen, da det kun inkluderer en type fag i en af grupperne

§ Antal kvindelige medarbejdere i alderen 15-50 år

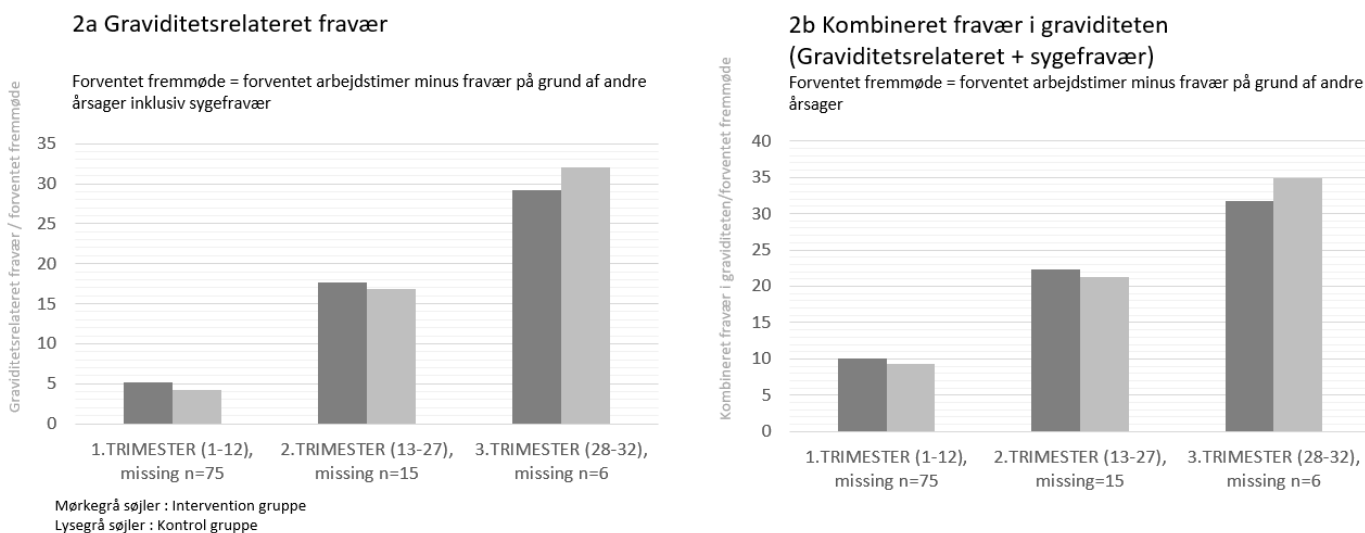
|| missing n=134

¶ Uden fag og organisation som fixed effekter i modellen på grund af få observationer

**registreret graviditetsrelateret fravær + registreret sygefravær

Den gennemsnitlige andel af fravær ud af forventet fremmøde steg op igennem graviditeten, hvad angik både for graviditetsrelateret fravær og kombineret fravær under graviditeten (graviditetsrelateret fravær + sygefravær). Der var ikke forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen. (Figur 2)

Figur 2 Gennemsnitlig andel fravær i de tre trimestre op til barsel i henholdsvis intervention og kontrol gruppen. N=915



Effekt på belastninger i arbejdet, psykosocialt arbejdsmiljø og trivsel

Mere end halvdelen af de gravide medarbejdere, der besvarede spørgeskemaet, havde stående-gående arbejde og/eller skiftarbejde, og omkring 1/3 havde tre eller flere belastninger i arbejdet. Der var ingen forskel mellem intervention og kontrolgruppen hverken i de primære analyser, ITT-analyserne eller i per-protokol analyserne. (Tabel 5)

Omkring 2/3 af de gravide medarbejdere, der besvarede spørgeskemaet, oplevede et godt socialt fællesskab (social community) på deres arbejdsplads og 80% fik støtte fra deres kollegaer. Mere end halvdelen af de gravide havde i meget høj grad /høj grad høj social kapital på arbejdet. Der var

ingen statistisk signifikant forskel mellem intervention og kontrolgruppen i nogen af analyserne.

(Tabel 6)

Tre ud af fire gravide, der besvarede spørgeskemaet, havde en WHO-5 score ≥ 50 , hvilket indikerede god trivsel. Der var ingen forskel mellem grupperne ($p=0.640$).

TABEL 5 Odds for krævende eksponeringer i arbejdet i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen blandt gravide medarbejdere, der har besvaret spørgeskemaet og blandt alle inkluderede

	Respondenter, N=339 Clustre = 67				ITT-population ^c N=915 ^d Clusters = 80				
	Interventionsgruppe		Kontrol gruppe		OR ^a	95% CI	ICC	OR	95% CI
	n (%)	Gennemsn. (SD)	n (%)	Gennemsn. (SD)					
Gravide medarbejdere	164 (48)		175 (52)						
Arbejdsenheder	31(46)		36 (54)						
Høje jobkrav	40 (24)		29 (17)		1.53	0.80-2.94	0.090	1.48	0.94-2.34
missing	10		8						
Lav kontrol	48 (29)		57 (33)		0.87	0.52-1.47	0.029	0.94	0.61-1.48
missing	10		8						
Løft	25 (15)		26 (15)		0.85	0.30-2.00	0.196	0.98	0.67-1.44
missing	37		44						
Stående/gående arb	99 (60)		109 (62)		1.00	0.61-1.64	0.011	0.97	0.63-1.49
missing	12		9						
Skiftarbejde	87 (53)		107 (61)		0.73 ^b	0.35-1.52	0.242	0.77	0.46-1.32
missing	10		7						
Belastningsindex^e		2.03 (1.40)		2.06 (1.36)					
Index ≥ 3	59 (36)		69 (39)		0.90	0.57-1.44	0	0.96	0.62-1.48
Missing	12		10						

SD = standard deviation; OR = odds ratio; CI = confidence interval; ICC = intraclass correlation coefficient

a Odds for eksponering hvis i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Mixed logistisk regressionsmodel med clusters som mixed effekt and organisation som fixed effekt

b Uden organisation som fixed effekt i modellen

c Belastningsindex baseret på eksponering for jobkrav, lav kontrol, stående/gående arbejde, skiftarbejde og løft. Fra 0-5, 5 indikerer det mest anstrengende arbejde.

d Brug af multiple imputationer med 300 simulationer baseret på alder, organisation, størrelse af arbejdsenhed, fag og allokering (intervention eller kontrol)

e Interventionsgruppe n=451, Kontrol gruppe n=464

TABEL 6 Odds for at angive et godt psykosocialt arbejdsmiljø i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen blandt gravide medarbejdere, der har besvaret spørgeskemaet og blandt alle inkluderede

	Respondenter, N=339 Clustre = 67				ITT-population ^c N=915 ^d Clusters = 80				
	Intervention		Kontrol		OR ^b	95% CI	ICC	OR	95% CI
	n ^a (%)	Mean (SD)	n ^a (%)	Mean (SD)					
Gravide medarbejdere	164		175						
Arbejdsenheder	31		36						
Socialt fællesskab^e	124 (75)	82.9 (15.5)	136 (78)	83.9 (15.6)	0.93	0.49-1.74	0.036	0.88	0.54-1.44
Missing	11		11						
Leder kvalitet^f	54 (33)	65.4 (18.4)	75 (43)	68.9 (15.9)	0.73	0.42-1.28	0.075	0.66	0.41-1.07
Missing	11		10						
Social Kapital^g	92 (56)	75.9 (12.0)	104 (59)	77.0 (11.6)	1.01	0.60-1.71	0.043	0.84	0.55-1.29
Missing	14		11						
Støtte fra leder^h	97 (59)		109 (62)		0.93	0.53-1.66	0.083	0.08	0.52-1.18
Missing	11		10						
Støtte fra kollegaerⁱ	135 (82)	142 (81)			1.40	0.64-3.07	0.085	0.99	0.60-1.62
Missing + do not know	14	11							

ITT= Intention to treat; SD = standard deviation; OR = odds ratio; 95% CI: 95% confidence interval; ICC= intraclass correlation coefficient

a Antal gravide, der gennemsnitligt scorer ≥ 75 svarende til et godt psykosocialt arbejdsmiljø

b Odds for at have et godt psykosocialt arbejdsmiljø (forskellige dimensioner) hvis i interventionsgruppe sammenlignet med kontrolgruppen. Mixed logistisk regressionsmodel med cluster som mixed effekt og organisation som fixed effekt

c Brug af multiple imputationer med 200 simulationer baseret på alder, organisation, størrelse af arbejdsenhed, fag og allokering (intervention eller kontrol)

d Interventionsgruppe n=451, Kontrol gruppe n=464

e Socialt fællesskab er baseret på tre spørgsmål

f Leder kvalitet er baseret på fire spørgsmål

g Social Kapital er baseret på seks spørgsmål

h Støtte fra leder er baseret på et spørgsmål: "Hvor ofte får du hjælp og støtte fra din leder?"

i Støtte fra kollegaer er baseret på et spørgsmål: "I hvilken grad får du hjælp og støtte fra dine kollegaer, når du behøver det?"

Respondenter versus non-respondenter

De gravide, som besvarede spørgeskemaet, adskilte sig ikke fra de gravide, som ikke besvarede spørgeskemaet med hensyn til, hvilken gruppe de tilhørte (intervention eller kontrol), alder, fag, størrelse på den afdeling/institution de arbejdede og fravær før graviditet. (Tabel 7).

TABEL 7 Beskrivelse af respondenter versus ikke-respondenter

	Respondenter n=339		Non-respondenter n=578	
	n (%)	Gennemsnit (SD)	n (%)	Gennemsnit (SD)
Randomiseret til interventionsgruppen	164 (48)		287 (50)	
Alder		31.0 (4.3)		30.9 (4.1)
Fag				
Administration	23 (7)		24 (4)	
Læger	50 (15)		114 (20)	
Sygeplejersker	195 (58)		307 (53)	
Andet sundhedspersonale	39 (12)		73 (13)	
Service og teknisk personale	<5		8 (2)	
Pædagogisk personale	29 (9)		50 (9)	
Størrelse af arbejdsenhed ^a		128 (57)		127 (56)
Organisation				
Hospital	307 (91)		525 (91)	
Daginstitution	32 (9)		51 (9)	
Sygefravær før graviditet ^b				
Intet sygefravær	112 (33)		187 (33)	
< 1 dag/måned i gennemsnit	110 (32)		164 (29)	
≥ 1 dag/måned i gennemsnit	74 (22)		134 (23)	
Missing	43 (13)		91 (16)	

SD = standard deviation

a Antal af kvindelige medarbejdere i alderen 15-50 år

b Antal dage med sygefravær i løbet af tre måneder forud for konception. Med den antagelse at alle ansatte arbejder 37 timer om ugen.

Økonomisk evaluering

I den økonomiske evaluering blev den samlede gennemsnitlige omkostning til cirka 6000 kr. per leder i løbet af interventionens første år. Knap halvdelen af beløbet er omkostningen til seminar, som formentlig kan reduceres i forbindelse med almindelig drift, hvor man kan have flere deltagende ledere per seminar og billigere undervisere. Den anden halvdel er udgifter i forbindelse med tid afsat til implementering ved gennemsnitligt 2,4 gravide/år, som var det gennemsnitlige antal gravide medarbejdere, lederne i projektet havde på et år (angivet i spørgeskema). Med en ca. udgift på 6000 kr. per leder skulle fraværet per gravid reduceres 11 timer i gennemsnit for, at gevinsten var lige så stor som omkostningen, dvs. ved en gennemsnitlig reduktion > 1½ arbejdsdag per gravid vil interventionen være en god forretning. (Bilag 4)

Kort resumé af fund i kvalitativ tillægsundersøgelse

Som tillæg til projektet lavede vi i 2018 5 fokusgruppeinterviews med 19 hospitalsledere fra interventionsgruppen, som deltog i projektets seminarer. Undersøgelsen viste, at lederne fandt AGp-konceptet brugbart, men at det til en vis grad beskrev, hvad de allerede gjorde, når de havde en gravid medarbejder. Yderligere viste undersøgelsen, at manglende implementering skyldtes mange faktorer, herunder travlhed, hensyntagen til både den gravide og hendes kollegaer, usikkerhed og ændring i prioriteringer hos nogle gravide medarbejdere samt manglende kommunikation med praktiserende læger og/eller jordemødre, der anbefaler fraværsmelding, uden at lederen får mulighed for at tage hensyn til den gravides behov.

Resultaterne er publiceret i PLOS ONE(13) og bliver afrapporteret i en selvstændig rapport (projekt nr. F-12205-01-99 2018-09).

Konklusion og erfaringer

At invitere ledere til at deltage i et seminar med undervisning i *Aktiv gravidpolitik*, hvor arbejdet forsøges tilpasset den gravides behov, havde ingen effekt på fravær blandt de gravide medarbejdere. Interventionen havde heller ikke effekt på omfanget af de gravide medarbejders belastninger i arbejdet eller på deres trivsel og psykosociale arbejdsmiljø. Fraværet blandt de gravide i projektet var sammenligneligt med tidligere undersøgelser. Andelen af gravide med langvarigt fravær var størst i daginstitutionerne og blandt gravide med højt fravær inden graviditeten, og fraværet steg op igennem graviditeten.

Resultaterne afspejler udfordringerne ved at gennemføre et forskningsprojekt og implementere nye interventioner i store organisationer. For at kunne gennemføre undersøgelsen var vi nødt til at have en pragmatisk tilgang og tilpasse de krav og ønsker, organisationerne havde. Det betød eksempelvis, at deltagelse i seminarerne var frivillig i nogle organisationer, hvilket medførte en lav deltagelse. Trods positive evalueringer blandt de ledere, der deltog i seminarerne, kunne vi yderligere se tegn på manglende implementering af *Aktiv Gravidpolitik* i den daglige drift. Begge dele er med til at fortynde en eventuel effekt af at have en *Aktiv Gravidpolitik* overfor gravide

medarbejdere. Vores resultater er i tråd med organisationsforskning, der peger på, at allokering af ressourcer er en vigtig faktor for succesfuld implementering, så både leder og medarbejder har tid til at mødes, og yderligere, at næmeste ledere involveres i planlægning af og udformning af interventionen med hensigt på at skabe ejerskab og engagement under implementeringen.(14-16)

Noget graviditetsrelateret fravær skyldes komplikationer i graviditeten og kan være svær at forebygge eller reducere. Den hyppigste årsag til fravær under graviditeten er dog relateret til graviditetsgener, hvilket formentlig forklarer, hvorfor mange studier har fundet sammenhæng mellem fravær og belastninger i arbejdet, som kan forværre fysisk ubehag.(3, 4)

Med baggrund i epidemiologiske studier,(5, 17) kvalitativ forskning(8-10) og praktiske erfaringer i flere forskellige institutioner og virksomheder,(18-21) er vi fortsat overbeviste om, at lederen og arbejdspladsens proaktive, positive og løsningsorienterede håndtering af gravide medarbejdere kan understøtte trivsel og minimere omfanget af graviditetsrelateret fravær. Samtidig er der mange andre faktorer, der har betydning, herunder andre aktører i svangreomsorgen og den gravides egen tilgang til arbejde under graviditet. Fremadrettet bør lignende interventioner givetvis være mere omfattende og f.eks have fokus på kommunikationen med praktiserende læger og jordemødre. Ligesom man for at understøtte en succesfuld implementering af indsatser i højere grad bør involvere og sikre støtte fra deltagende arbejdspladser, bl.a. ved markant prioritering fra ledelsen, HR og sikkerhedsorganisation, udbredt intern formidling og ikke mindst aktiv inddragelse af nøglepersoner, herunder nærmeste ledere.

Fremadrettet

Erfaringer og udviklet materiale fra projektet vil henover det næste 1½ år blive brugt i en ny indsats overfor gravide medarbejdere på både private og offentlige arbejdspladser over hele Sjælland. Indsatsen, der desuden kommer til at foregå i resten af landet, er støttet af Sundhedsstyrelsen og involverer også individuel rådgivning ved jordemødre.(22)

Referencer

1. Bach HH, AC. Gravides sygefravær. København Det nationale forskningscenter for velfærd (SFI); 2010.
2. Backhausen M, Damm P, Bendix J, Tabor A, Hegaard H. The prevalence of sick leave: Reasons and associated predictors - A survey among employed pregnant women. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2018;15:54-61.
3. Dorheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population. *BJOG*. 2013;120(5):521-30.
4. Kristensen P, Nordhagen R, Wergeland E, Bjerkedal T. Job adjustment and absence from work in mid-pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Occup Environ Med*. 2008;65(8):560-6.
5. Hansen ML, Thulstrup AM, Juhl M, Kristensen JK, Ramlau-Hansen CH. Occupational exposures and sick leave during pregnancy: results from a Danish cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2015;41(4):397-406.
6. Pedersen P, Momsen AH, Andersen DR, Nielsen CV, Nohr EA, Maimburg RD. Associations between work environment, health status and sick leave among pregnant employees. *Scandinavian journal of public health*. 2020:1403494820919564.
7. Kaerlev L, Jacobsen LB, Olsen J, Bonde JP. Long-term sick leave and its risk factors during pregnancy among Danish hospital employees. *Scandinavian journal of public health*. 2004;32(2):111-7.
8. Severinsen A, Midtgaard J, Backhausen MG, Broberg L, Hegaard HK. Pregnant women's experiences with sick leave caused by low back pain. A qualitative study. *Work (Reading, Mass)*. 2019;64(2):271-81.
9. Elden H, Lundgren I, Robertson E. Life's pregnant pause of pain: pregnant women's experiences of pelvic girdle pain related to daily life: a Swedish interview study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2013;4(1):29-34.
10. Alstveit M, Severinsson E, Karlsen B. Living on the edge of being overstretched--a Norwegian qualitative study of employed pregnant women. *Health Care Women Int*. 2010;31(6):533-51.
11. Alstveit M, Severinsson E, Karlsen B. Health Resources and Strategies among Employed Women in Norway during Pregnancy and Early Motherhood. *Nurs Res Pract*. 2015;2015:705892.
12. Strand K, Wergeland E, Bjerkedal T. Job adjustment as a means to reduce sickness absence during pregnancy. *Scand J Work Environ Health*. 1997;23(5):378-84.
13. Backhausen MG, Iversen ML, Sköld MB, Thomsen TG, Begtrup LM. Experiences managing pregnant hospital staff members using an active management policy-A qualitative study. *PLoS One*. 2021;16(2):e0247547.
14. Christensen M, Innstrand ST, Saksvik P, Nielsen K. The Line Manager's Role in Implementing Successful Organizational Interventions. *Span J Psychol*. 2019;22:E5.

15. Nielsen K, Randall R. Opening the black box: Presenting a model for evaluating organizational-level interventions. *European Journal of Work And Organizational Psychology*. 2013;22(5):601-17.
16. Nielsen K. Review article: How can we make organizational interventions work? Employees and line managers as actively crafting interventions. *Human relations*. 2013;66(8):1029-50.
17. Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire--a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*. 2005;31(6):438-49.
18. Jensen I, Berger M. Pregnant at work [Gravid i jobb]. *Ramazzini*. 2017;24(4):9-12.
19. Kvernes O. Pregnant employee. To organize is worth gold. [Gravid medarbeider. Å tilrettelegge er gull verdt]. In: *Idebanken.org*, editor. 2016.
20. Pregnancy and work. [Graviditet og job]
<http://intra.regionsjaelland.dk/graviditetogjob>: The Danish administrative region Region Zealand;
21. Kjeldsen SB. Green, yellow and red zones for pregnant employees. [Grønne, gule og røde zoner for gravide]. *Sygeplejersken*. 2008:40-1.
22. <https://www.sst.dk/da/Puljer/Jordemoder-p%C3%A5-arbejdspladsen> [

Formidling

Videnskabelig formidling

1. Begtrup LM, Malmros P, Brauer C, Soegaard Toettenborg S, Flachs EM, Hammer PEC, Bonde JP. *Manager-oriented intervention to reduce absence among pregnant employees in the healthcare and daycare sector: a cluster randomised trial*. Occup Environ Med. 2021 Jan 12:oemed-2020-106794. doi: 10.1136/oemed-2020-106794. Epub ahead of print. PMID: 33436380.
2. Begtrup LM, Brauer C, Jensen JH, Soegaard Toettenborg S, Flachs EM, Hammer PEC, Malmros PÅ, Bonde JP. *Impacts of a manager-oriented intervention on occupational exposures and well-being among pregnant hospital and daycare employees - a cluster randomized trial*. Under revision in SJPH

Poster: *Aktiv Gravidpolitik på arbejdet. Mere trivsel og mindre fravær*. Præsenteret på Lassendagen, Bispebjerg Hospital, december 2016 og på DASAM årsmøde, marts 2017.

Populær formidling

Artikler i fagblade og lignende:

- *Fokus på ledelse skal nedbringe gravides sygefravær*. Fagbladet FOA 30.maj 2017.
- *Ledere bliver klædt på til at nedbringe sygefravær blandt gravide*. Tidsskrift for jordemødre. Årgang 2017, nr. 9.
- *Aktiv gravidpolitik gav pote*. Tidsskrift for jordemødre. Årgang 2017, nr. 9.
- *Undervisning skal puste liv i graviditetspolitikker*.
www.arbejdsmiljøviden.dk/nyt/nyheder/2017/september/25
- *Ledere klædes på til at tage større hensyn til gravide*. Børn og Unge, nr. 10/2018.

Projektet omtalt i artiklen:

- *Bare to nattevagter om ugen giver risiko for spontan abort ugen efter*. Ugeskrift for læger, april 2019.

Formidling på Facebook:

- *Rummelige arbejdspladser, hvor der er plads til gravide.* DSR, kredshovedstaden, Facebook video-opslag 12.10.2018

Projektet har haft en hjemmeside, som løbende er blevet opdateret: www.aktivgravidpolitik.dk

Foredrag

- *Aktiv gravidpolitik på arbejdspladsen.* Arbejdsmiljøkonference, FOA Social og sundhedsafdeling. Udskudt til april 2021 pga. corona
- *Aktiv Gravidpolitik på arbejdet. Mere trivsel og mindre fravær. Præsentation af resultater.* Områdeledermøde, Daginstitutionsoområdet, Gladsaxe kommune, 05.11.2020
- *Aktiv Gravidpolitik på arbejdet. Mere trivsel og mindre fravær. Et cluster-randomiseret interventionsstudie, der aktuelt foregår på Sjællandske hospitaler og daginstitutioner.* Forskningsdag: Gravide kvinders arbejdsmiljø og sygefravær. Aarhus sygehus, 17.01.2019
- *Aktiv gravidpolitik på arbejdet – forskningsprojekt, viden og erfaringer.* Ledermøde, Gentofte dagtilbud. 05.12.2018
- *Aktiv Gravidpolitik på arbejdet. Mere trivsel og mindre fravær.* Dagskonference for tillidsvalgte. 3F København. 24.10.2018
- *Om Arbejdsmedicinsk klinik. Funktion og forskning.* Temadag. DSR, Kreds Hovedstaden. 21.09.2018
- *Adjustment of work during pregnancy.* NIVA kursus: Occupational exposures and reproductive Health. 16.-19.04.2018

Bilag

Bilag 1: Beskrivelse af AGp-konceptet

Bilag 2: Beskrivelse af spørgsmål brugt til måling af sekundære effektmål (PÅ ENGELSK)

Bilag 3: Flow chart (PÅ ENGELSK)

Bilag 4: Økonomisk analyse

AGp

Tillykke brev

Ved information om graviditet sendes /gives brevet (mailen) til den gravide. Brevet indeholder:

1. Invitation til og dato for første møde med leder
2. En oversigt over arbejdsopgaver på arbejdspladsen (APV-skema)
3. En liste med de tilbud, som arbejdspladsen evt. har til gravide medarbejdere

Synlig gravidpolitik

Tilpasning af arbejdet

Eksempler:

- Ændring i arbejdstid (fx. Mulighed for at møde senere, hvis problemer med kvalme om morgenen, kortere vagter mm)
- Ændring I arbejdsopgaver (fx. Mere administrativt arbejde)
- Ekstra små pauser
- Adgang til lokale med mulighed for at få benene op/ligge ned

Planlagte møder

Der er 3 planlagte møder i løbet af graviditeten.

Det første møde afholdes indenfor 1-2 uger efter information om graviditet. Ved det første møde tages udgangspunkt i APV-skema med focus på følgende:

- 1) Individuel risikovurdering
- 2) Afklaring om den gravide har bekymringer I forhold til arbejdet
- 3) Afklaring af behov for tilpasning af arbejdet (tid, opgaver mm)

Ved 2. og 3. møde tales om bekymringer og behov og arbejdet tilpasses og planlægges fremadrettet.

Der udover løbende kontakt mellem leder og gravide efter behov

Bilag 2 Beskrivelse af spørgsmål brugt til måling af sekundære effektmål

Exposure	Items	Answer categories	Converted values used in analyses
<i>Demanding occupational exposures¹</i>			
Job demands	Do you have enough time for your work tasks?	always, often, sometimes, seldom and never/almost never	always, often, sometimes = 0 seldom, never/almost never = 1
Job control	Do you have a large degree of influence concerning your work?	always, often, sometimes, seldom and never/almost never	always, often, sometimes = 0 seldom and never/almost never = 1
Lifting	In your job, do you daily lift >20 kg at a time? (approximately like a crate of beer.) How many times a day do you lift >20 kg? Do you have daily lifts of between 11–20 kg? (Less than a crate of beer and more than a bucket of water.) How many times a day do you lift between 11–20 kg?		Daily Lift ≥ 11-20 kg = 1 Lift < 11 kg = 0
Work posture	In your job, do you sit, stand, or walk most of the time, or can you change as you like?	Primarily standing, primarily walking, primarily standing and walking, primarily sitting, I can change as I wish	Primarily standing, primarily walking, primarily standing and walking = 1 primarily sitting, I can change as I wish = 0
Shift work	What are your normal working hours, day, evening or night, or do you have shifting working hours?	day, evening, night, shifting not night, shifting including night	Day = 0 Evening, night, shifting not night, shifting including night = 1
Strain-index ²		Sum of demanding work tasks (above)	0-5
<i>Psychosocial work environment</i>			
Social community ³	1.Is there a good atmosphere between you and your colleagues at work? 2.Is there a good co-operation between the colleagues at work? 3. Do you feel part of a community at your place at work?	always, often, sometimes, seldom and never/hardly ever	Always =4 to never/hardly ever =0 Calculated mean of the 3 item responses in percentages and converting these into one scale ranging from 0-100. Dichotomized with a cut-off of 75, indicating a good psychosocial work environment
Quality of leadership ³	To what extent would you say that your immediate superior: 1.makes sure that the individual member of staff has good development opportunities? 2.gives high priority to job satisfaction? 3.Is good at work planning? 4.Is good at solving conflicts?	To a very large extent, to a large extent, somewhat, to a small extent, to a very small extent	To a very large extent=4 to to a very small extent = 0 Calculated mean of the 4 item responses in percentages and converting these into one scale ranging from 0-100. Dichotomized with a cut-off of 75, indicating a good psychosocial work environment

Social Capital⁴			
<i>Trust³</i>	1.To what extent can you trust the information that comes from the management?	To a very large extent, to a large extent, somewhat, to a small extent, to a very small extent	
	2.To what extent does the management trust the employees to do their work well?		
<i>Justice³</i>	3.To what extent are conflicts resolved in a fair way?		
	4.To what extent is the work distributed fairly?		
<i>Collaboration^{3,4}</i>	5.Is there a good atmosphere between you and your colleagues?	always, often, sometimes, seldom and never/hardly ever	
	6. To what extent do you get help and support from your colleagues, when you need it?	To a very large extent, to a large extent, somewhat, to a small extent, not at all, do not know	
Support from manager³	How often do you get help and support from your nearest superior?	always, often, sometimes, seldom and never/hardly ever	Always =4 to never/hardly ever =0 Calculated mean in percentages to a scale ranging from 0-100. Dichotomized with a cut-off of 75, indicating a good psychosocial work environment
Support from colleagues⁴	To what extent do you get help and support from your colleagues, when you need it?	To a very large extent, to a large extent, somewhat, to a small extent, not at all, do not know	To a very large extent=4 to to a very small extent = 0, do not know =. Calculated mean of the responses in percentages to a scale ranging from 0-100. Dichotomized with a cut-off of 75, indicating a good psychosocial work environment
Well-being⁵	Over the past 2 weeks		
	1.I have felt cheerful and in good spirits	All of the time, most of the time, more than half of the time, less than half of the time, some of the time, at no time	All of the time = 5 to at no time=0 The raw score ranging from 0-25 is multiplied with 4 to give the final score from 0-100, 100 representing the best imaginable well-being. Dichotomized with a cut-off of ≥ 50
	2.I have felt calm and relaxed		
	3.I have felt active and vigorous		
	4.I woke up feeling fresh and rested		
	5.My daily life has been filled with things that interest me		

1 Olsen J, Melbye M, Olsen SF, et al. The Danish National Birth Cohort--its background, structure and aim. *Scandinavian journal of public health*. 2001;29(4):300-7.

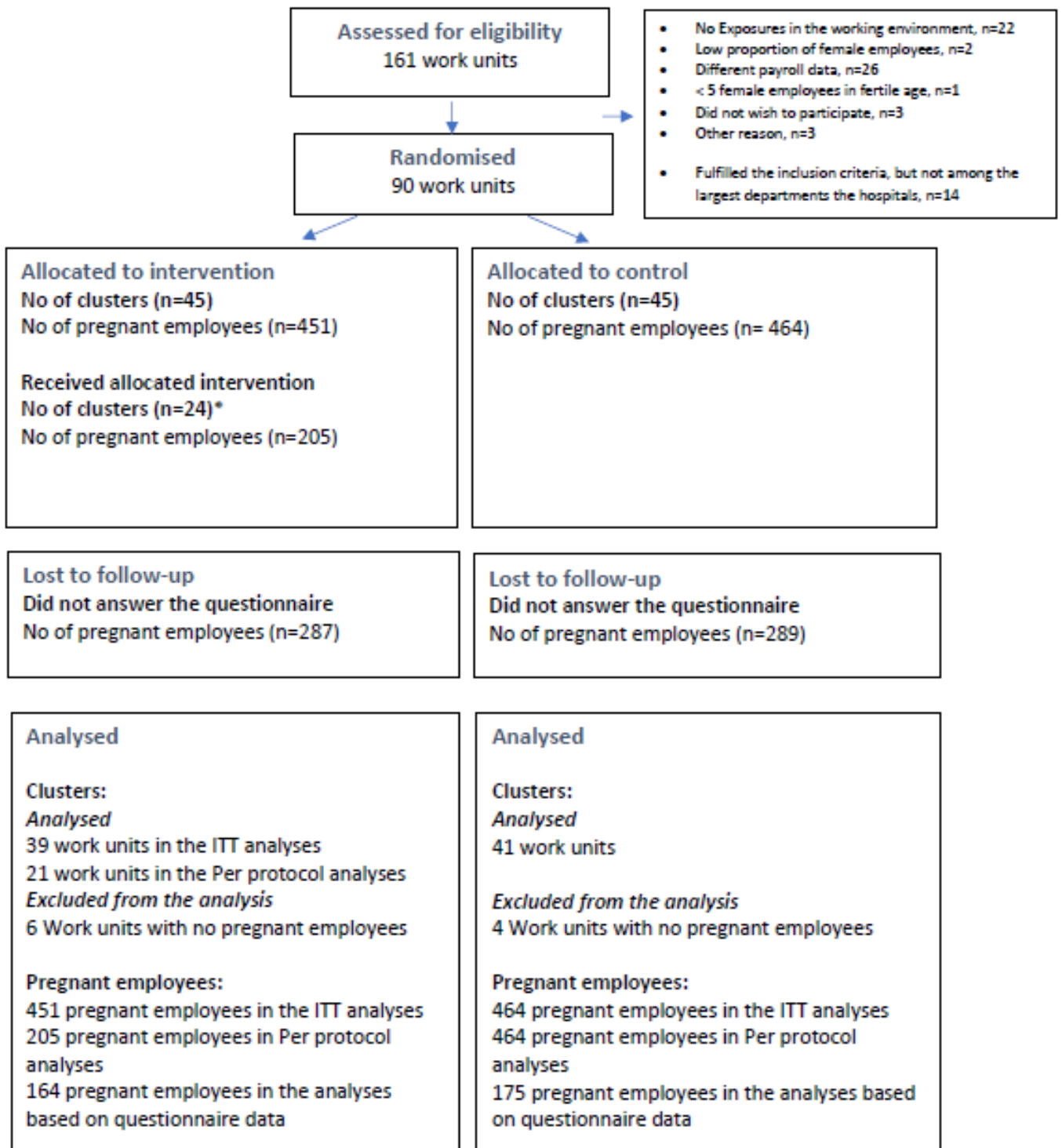
2 Sejbaek CS, Pedersen J, Schlunssen V, et al. The influence of multiple occupational exposures on absence from work in pregnancy: a prospective cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46(1):60-8.

3 Pejtersen JH, Kristensen TS, 3 Borg V, et al. The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian journal of public health*. 2010;38(3 Suppl):8-24.

4 Hvidtfeldt UA, Bjorner JB, Jensen JH, et al. Cohort Profile: The Well-being in HospitAl Employees (WHALE) study. *Int J Epidemiol*. 2017;46(6):1758-9h.

5 Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, et al. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*. 2015;84(3):167-76.

Bilag 3 Flowchart



*Work units where ≥50% of the invited managers participated in the seminars

Break-even analyse af “Aktiv gravidpolitik på arbejdet: Mere trivsel og mindre fravær”

Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital

30. APRIL 2020. PER TYBJERG ALDRICH

Indholdsfortegnelse

1	Konklusion	3
2	Forudsætninger	4
3	Omkostninger	5
4	Gevinsten	5
5	Break-even analyse	5

1 Konklusion

Der kan ikke påvises effekt af interventionen i projektet "Aktiv gravidpolitik på arbejdet: Mere trivsel og mindre fravær". Den økonomisk evaluering af projektet kan således ikke beregne en økonomisk gevinst af projektet – kun en økonomisk omkostning.

Omkostningen er beregnet til cirka 6.000 kr. per leder i løbet af en gravidindsats' første år. Dvs. at en arbejdsplads, som ønsker at implementere en aktiv gravidindsats som den, der er udviklet og afprøvet i projektet, vil have en omkostning på 6.000 kr. per personaleansvarlig leder i indsatsens første år. Knap halvdelen af beløbet, 2.700 kr., er omkostningen til et seminar, som kvalificerer lederen til at gennemføre indsatsen. Den anden halvdel af beløbet, 3.300 kr., vedrører tid til at omsætte politikken i praksis i forhold til i gennemsnit 2,4 gravide per år i lederens afdeling. De efterfølgende år vil omkostningen derfor udgøre cirka 3.300 kr. per år under forudsætning af uændret gennemsnit for antal gravide per år i afdelingen.

Omkostningen på 6.000 kr. bærer præg af, at der har været tale om et projekt, hvor der er anvendt flere ressourcer på seminaret, end der ville blive gjort i en driftssituation, dvs. en situation, hvor aktiv gravidpolitik er implementeret og forankret på en arbejdsplads (en region, et hospital eller en kommune). Dvs. omkostningen det første år af en gravidindsats vil i praksis være lavere end 6.000 kr.

På grundlag af, at omkostningen i projektet faktisk var cirka 6.000 kr. det første år, er der gennemført en beregning af, hvor meget fraværet per gravid per leder skulle være faldet, hvis omkostningen skulle have betalt sig hjem igen. Den såkaldte break-even analyse viser, at hvis fraværet per gravid var faldet med 11 timer, så ville gevinsten have været lige så stor som omkostningen. Yderligere reduktion af fraværet ville gøre gevinsten større end omkostningen og dermed gøre indsatsen til 'en god forretning'.

Hvis omkostningen det første år kan reduceres ved at billiggøre seminaret, vil den reduktion i fraværet per gravid, som er nødvendig for, at omkostninger og gevinster balancerer, være mindre end 11 timer.

2 Forudsætninger

Break even-analysen er baseret på de med fed fremhævede data, som er oplyst af projektlederen:

Tabel 1. Nøgletal fra interventionen.

Parameter	Værdi
Antal børneinstitutionsledere på seminar	27
Antal hospitalsafdelingsledere på seminar	76
Antal ledere i alt på seminar	103
Tid per leder til seminar (timer)	3
Antal seminarer	16
Tid per gravid til samtaler med gravid	
- gennemsnit (min.)	79,45
- standardafvigelse (min.)	89,90
- Median	60
- Min-max (min.)	0-600
Tid per gravid til ændringer i vagtplan	
- gennemsnit (min.)	44,53
- standardafvigelse (min.)	63,27
- Median	20
- Min-max (min.)	0-320
Tid per gravid til justering af arbejdsopgaver	
- gennemsnit (min.)	24,41
- standardafvigelse (min.)	39,35
- Median	10
- Min-max (min.)	0-240
Tid per gravid til rekvirering og introduktion af vikar	
- gennemsnit (min.)	56,59
- standardafvigelse (min.)	107,55
- Median	10
- Min-max (min.)	0-500
Antal gravide per leder i interventionsperioden (1,5 år)	
- gennemsnit	3,6
- standardafvigelse	4,77
- Median	2
- Min-max	0-20
Arbejdsgiveromkostninger per time per børneinstitutionsleder (kr.)	270
Arbejdsgiveromkostninger per time per hospitalsafdelingsleder (kr.)	295
Arbejdsgiveromkostninger per time per gravid (kr.)	230
Omkostninger til forplejning på seminarer (kr.)	15.000
Omkostninger til udvikler/underviser 1 på seminarer (kr.)	120.000
Omkostninger til underviser 2 på seminarer (kr.)	45.360
Omkostninger til undervisningsmaterialer på seminarer (kr.)	13.400

3 Omkostninger

På grundlag af ovenstående forudsætninger kan omkostningen per leder i løbet af gravidindsatsens første år¹ opgøres således:

Tabel 2. Omkostninger til 1. års aktiv gravidindsats, inkl. seminar, per leder ved 2,4 gravide per leder per år.

Omkostningspost	Børneinstitutionsleder (kr.)	Hospitalsafdelingsleder (kr.)
Seminar	2.691	2.766
Tid til samtaler med gravide	1.589	1.668
Tid til ændringer i vagtplaner	481	525
Tid til justering af arbejdsopgaver	264	288
Tid til rekvirering og introduktion af vikarer	722	779
Omkostninger i alt	5.747	6.027

Omkostningen per leder beløber sig til cirka 6.000 kr. i løbet af en gravidindsats' første år.

Til beregningen af omkostningerne kan knyttes følgende kommentarer:

Omkostningerne til seminaret afspejler, at der har været tale om et (forsknings)projekt frem for almindelig drift. I en situation, hvor 'aktiv gravidpolitik' er implementeret i en region/på et hospital eller i en kommune, vil man formentlig kun have underviser 2 til at gennemføre seminaret. Desuden vil man formentlig have flere ledere på hvert seminar – frem for de 6,4 ledere, som der i projektet i gennemsnit var per seminar.

Af ovenstående beregning og med uændrede forudsætninger om antallet af gravide per år fremgår det, at den årlige omkostning efter det første år er cirka 3.300 kr. (6.000 kr. – 2.700 kr. = 3.300 kr.), og at denne omkostning knytter sig til, at lederen udmønter den aktive gravidpolitik i forhold til de gravide i afdelingen.

4 Gevinsten

I denne break-even analyse er gevinsten knyttet til reduceret fravær hos de gravide. Hver fraværstime har en værdi af 230 kr., jf. Tabel 1. Dvs. for hver time de gravides fravær kan reduceres, opnås en gevinst på 230 kr.

5 Break-even analyse

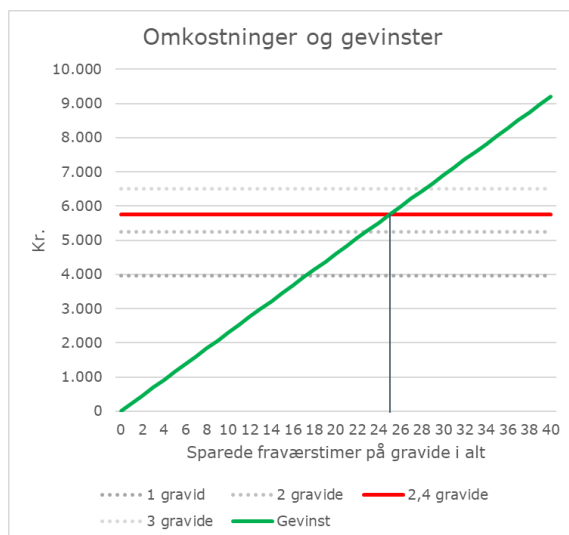
Når gevinsten er knyttet til reduceret fravær hos de gravide, er spørgsmålet for break-even analysen, med hvor mange timer de gravides fravær skal reduceres, før gevinsten er lig omkostningen til indsatsen i aktiv gravidpolitik.

For nemheds skyld afgrænses analysen til første år af indsatsen. Spørgsmålet er altså, hvor meget de gravides fravær skal reduceres inden for det første år efter, at lederen har deltaget i seminaret.

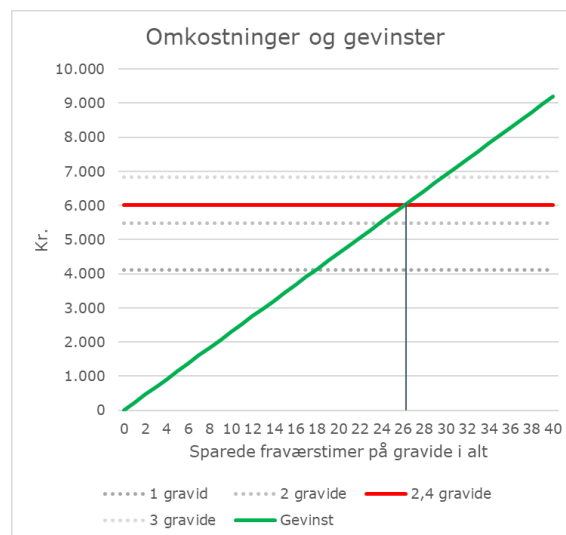
¹ Interventionsperioden i projektet var 1,5 år, men investeringen omregnes for nemheds skyld til 1 år. Dette gøres ved at regne med 2,4 gravide per leder i interventionsgruppen per år i stedet for 3,6 gravide på 1,5 år.

Svaret afhænger af antallet af gravide, da omkostningen til seminaret er fast, mens de øvrige omkostninger til indsatsen per leder er variable.

Figur 1 viser svaret for børneinstitutioner, og figur 2 viser svaret for hospitalsafdelinger.



Figur 1. Break-even analyse for aktiv gravidpolitik-indsats per leder på børneinstitution.



Figur 2. Break-even analyse for aktiv gravidpolitik-indsats per leder på hospitalsafdeling.

Ved i gennemsnit 2,4 gravide per leder per år er break-even i børneinstitutioner ved 25,0 timer – svarende til 10,4 timer per gravid per børneinstitutionsleder. På hospitalsafdelinger er break-even ved 26,2 timer – svarende til 10,9 timer per gravid per hospitalsafdelingsleder.

I runde tal og på tværs af de to typer arbejdspladser er resultatet af break-even analysen altså, at hvis fraværet per gravid falder med 11 timer ved 2,4 gravide per leder per år i gennemsnit, så er gevinsten ved aktiv gravid-indsatsen allerede det første år af indsatsen lige så stor som omkostningen, og indsatsen kan betale sig alene i reduceret fravær. Hertil kan komme andre gevinster i form af lavere vikarforbrug, højere trivsel o.a.

I det omfang, at omkostningen kan reduceres, ved f.eks. kun at have én underviser på seminaret og ved at have flere ledere på hvert seminar, vil den reduktion i fraværet per gravid, som er nødvendig for at omkostningen og gevinsten balancerer, være mindre end 11 timer.