



Følelsesmæssige krav i arbejdet på hospitalet: Evaluering af en omfattende organisatorisk indsats (FølHosp)

Slutrapport til Arbejdsmiljøforskningsfonden for
projekt 30-2021-04

Sofie Ø. Jaspers, Mathilde Munk Andersen, Louise Schubert
Paaske, Line Planck Kongstad & Ida E. H. Madsen

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, København 2025

Forord

Høje følelsesmæssige krav i arbejdet er særligt udbredt blandt sundhedspersonale og er forbundet med en række negative helbredskonsekvenser, sygefravær og førtidspension. Derfor er det centralt at identificere mulige tiltag, der forebygger at kravene får negative konsekvenser for medarbejderne. Der findes dog kun få studier der specifikt har været målrettet forebyggelse og håndtering af høje følelsesmæssige krav.

I den foreliggende rapport præsenteres resultaterne fra forskningsprojektet "Følelsesmæssige krav i arbejdet på hospitaler: Evaluering af en omfattende organisatorisk indsats" (Følhosp). Projektet blev finansieret af Arbejds miljøforskningsfonden med projektnummer 30-2021-04.

Formålet med forskningsprojektet var at undersøge, hvordan et hospital gennemførte denne omfattende indsats til forebyggelse og håndtering af høje følelsesmæssige krav og hvilke effekter der var på sygefravær, personaleomsætning og sundhedsomkostninger for både medarbejdere og patienter.

Projektet er udført som et følgeforskningsprojekt, hvilket betyder at vi undersøgte en indsats, som var udviklet af hospitalet selv, i samarbejde med eksterne konsulenter. Selve indsatsen blev finansieret af STAR-puljemidler og hospitalet selv. Følgeforskningen er finansieret af Arbejds miljøforskningsfonden og har muliggjort en projektsammensætning, hvor forskergruppen udelukkende har været evaluatore.

Indsatsen bestod - i tråd med den eksisterende evidens på området - af indsatser på både individ-, gruppe-, ledelses- og organisationsniveau. Formålet med de samlede aktiviteter var at forbedre den sociale støtte, at af-stigmatisere følelsesmæssige reaktioner i arbejdet, samt skabe et fælles sprog for følelsesmæssig belastning for at udvide handlemuligheder for forebyggelse og håndtering på alle organisatoriske niveauer.

Vi vil gerne takke de medarbejdere, ledere og arbejdsmiljøprofessionelle, som deltog i projektet. I en presset hverdag, som indsatsen var sat i verden for at aflaste, har det været en skarp prioritering at bidrage til projektets vidensopbygning og vi er taknemmelige for at have kunnet inddrage medarbejdergrupper, der ellers ofte udgår af sådanne undersøgelser.

Vi håber, at erkendelser fra projektet vil bidrage til at videreudvikle organisatorisk forankrede indsatser til at forebygge og håndtere høje følelsesmæssige krav i arbejdet.

Sofie Jaspers og Ida Madsen, på vegne af projektgruppen
Oktober 2025

Indhold

Indhold	1
Sammenfatning	2
Summary	3
Indledning	4
Baggrund	4
Forskningsspørgsmål	5
Projektets organisering	5
Metode	6
Indsatsens indhold	6
Delmål 1: Procevaluering	7
Delmål 2: Effekt på sygefravær og medarbejderomsætning.....	9
Delmål 3: Indsatsens afledte sundhedsomkostninger for medarbejdere og afledte effekter på patienter.....	10
Delmål 4: Indsatsens direkte omkostninger.....	11
Resultater	13
Delmål 1: Procevaluering	13
Delmål 2: Indsatsens effekt på sygefravær og medarbejderomsætning.....	15
Delmål 3: Indsatsens afledte sundhedsomkostninger for medarbejdere og afledte effekter på patienter.....	17
Indsatsens direkte omkostninger	20
Delmål 5: Guide til organisatorisk håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet	21
Diskussion	23
Diskussion af resultaterne i forhold til tidligere litteratur	23
Diskussion af projektets styrker og begrænsninger ift. metoder	25
Resultaternes praktiske implikationer	26
Konklusion	26
Referencer	28
Bilag 1: Fortegnelse over publikationer og produkter fra projektet	31

Sammenfatning

Formålet med forskningsprojektet var at undersøge, hvordan et hospital gennemførte en omfattende indsats til forebyggelse og håndtering af høje følelsesmæssige krav og hvilke effekter der var på sygefravær, personaleomsætning og afledte sundhedsomkostninger for både medarbejdere og patienter. Projektet havde fire delmål: (1) at undersøge mekanismerne bag implementeringen og effekten af indsatsen, herunder belyse betydningen af indsatsen for forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet, (2) at undersøge effekten af indsatsen på sygefravær og personaleomsætning, (3) at estimere indsatsens direkte omkostninger og afledte sundhedsomkostninger for medarbejdere og patienter samt (4) at udvikle en guide til organisatorisk håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet.

Resultaterne af projektet viser, at det er muligt at gennemføre og implementere en omfattende indsats til håndtering af følelsesmæssige krav selv i en kontekst med overbelægning, høj personaleomsætning og tidspres. Procesevalueringen viser at indsatsen blev oplevet som meningsfuld og førte til forbedringer i forebyggelsespraksis. Den bidrog til fælles sprog for følelsesmæssig belastning og social støtte, blandt andet gennem etablering af TRIO-grupper. Der kunne dog ikke dokumenteres effekter på sygefravær, personaleomsætning eller afledte sundhedsomkostninger samlet set. Der sås dog beskedne indikationer på reducerede sundhedsomkostninger på enkelte parametre for hhv. sygeplejersker og læger.

Projektets resultater tyder - i overensstemmelse med tidligere litteratur - på at kontekst og implementering er afgørende faktorer for organisatoriske arbejdsmiljøindsatser. På baggrund af resultaterne vurderes det således, at indsatser af denne type ikke kan forventes at have målbar effekt i organisationer præget af overbelægning, høj personaleomsætning og tidspres. Samlet set peger resultaterne på, at denne type indsatser kan bidrage til forbedret forebyggelsespraksis, men at de fulde effekter sandsynligvis først kan realiseres, hvis de ledsages af bredere strukturelle tiltag. Fremtidige initiativer bør derfor tænkes ind i en helhedsorienteret strategi, hvor organisatoriske og strukturelle forbedringer går hånd i hånd.

Summary

The purpose of the research project was to examine how a hospital implemented a comprehensive intervention aimed at preventing and managing high emotional demands, and to assess its effects on sickness absence, staff turnover, and derived healthcare costs for both employees and patients. The project had four objectives: (1) to investigate the mechanisms behind the implementation and effects of the intervention, including its impact on the prevention and management of emotional demands at work; (2) to assess the intervention's effects on sickness absence and staff turnover; (3) to estimate the intervention's direct costs and derived healthcare costs for employees and patients; and (4) to develop a guide for implementing organizational interventions to manage emotional demands at work.

The results demonstrate that it is possible to implement and sustain a comprehensive intervention addressing emotional demands even in a context characterized by overcrowding, high staff turnover, and time pressure. The process evaluation showed that the intervention was perceived as meaningful and led to improvements in preventive practices. It contributed to the development of a shared language around emotional strain and social support. However, no measurable effects were found for sickness absence, staff turnover, or overall healthcare costs. There were, nonetheless, modest indications of reduced healthcare costs on selected parameters among nurses and physicians.

Consistent with previous research, the findings suggest that context and implementation are decisive factors for the effectiveness of organizational interventions targeting psychosocial working conditions. Based on the results, interventions of this type should not be expected to produce measurable effects in organizations marked by overcrowding, high turnover, and time constraints. Overall, the findings indicate that such interventions can strengthen preventive practices, but their full potential is likely to be realized only when accompanied by broader structural measures. Future initiatives should therefore be embedded in a comprehensive strategy that combines organizational and structural improvements.

Indledning

Baggrund

Høje følelsesmæssige krav i arbejdet er udbredt inden for sundheds- og omsorgsarbejdet, herunder på hospitaler. Ifølge undersøgelsen Arbejdsmiljø og Helbred fra 2018 lå medarbejdere på hospitaler fjerde øverst i niveau af følelsesmæssige krav i arbejdet, ud af 36 undersøgte brancher [1]. Arbejdet i sundheds- og plejesektoren fordrer empati og indlevelse med mennesker med komplekse problemstillinger, som er syge eller måske endda døende, i en kontekst hvor der er begrænsede ressourcer tilgængelige [2]. Høje følelsesmæssige krav i arbejdet kan derfor betragtes som en integreret del af arbejdet, jf. definitionen af følelsesmæssige krav i arbejdet som 'de aspekter af arbejdet, der kræver en vedholdende følelsesmæssig indsats af medarbejderen'[3].

Høje følelsesmæssige krav er forbundet med øget risiko for eksempelvis depression [4], antidepressiv behandling [5] og langtidssygefravær [6-8], og derfor er det centralt at identificere mulige tiltag, der forebygger at kravene får negative konsekvenser for medarbejderne. På tidspunktet for ansøgningen til indeværende forskningsprojekt, var der dog begrænset viden om sådanne indsatser og deres effekter. Der var dog relativt meget eksisterende forskning i udbrændthed, der kan betragtes som en konsekvens af høje følelsesmæssige krav i arbejdet. Denne forskning viste at individrettede indsatser såvel som organisatoriske indsatser *kan* forebygge udbrændthed, selvom der for organisationsrettede indsatser var svag evidens og inkonsistente fund [9-15]. Flere reviews pegede dengang også på at effekten af indsatserne burde forbedres, fx ved at målrette dem specifikt forebyggelse af udbrændthed og ikke det mere diffuse begreb stress, hvor den følelsesmæssige belastning ikke nødvendigvis er en komponent [16-18]. Det blev derfor anbefalet at kombinere individ- og organisationsrettede tiltag for at opnå størst effekt ved både at adressere forhold i arbejdet samt individets reaktion på den arbejdsrelaterede belastning [12, 15, 18-21]. Der fandtes dog kun få studier af indsatser på flere organisatoriske niveauer, og mangel på studier med stærkere designs og længere opfølgning [10, 14, 15, 20].

Formålet med indeværende forskningsprojekt var at evaluere en flerstrengt indsats på alle organisatoriske niveauer, der adresserede følelsesmæssige krav i arbejdet. Projektet var således designet til at skabe vigtig viden om, hvordan arbejdspladser med høje følelsesmæssige krav i arbejdet kan forebygge kravene og deres potentielle negative konsekvenser.

Forskningsspørgsmål

Hovedformål

Formålet med projektet var at undersøge effekten af og mekanismerne bag en omfattende indsats til forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet på hospitaler på sygefravær, personaleomsætning og afledte sundhedsmkostninger for medarbejdere og patienter. Dette formål blev opfyldt igennem følgende delmål:

Delmål

1. At undersøge mekanismerne bag implementeringen og effekten af indsatsen, herunder belyse betydningen af indsatsen for forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet
2. At undersøge effekten af indsatsen på sygefravær og personaleomsætning
3. At estimere indsatsens afledte sundhedsmkostninger for medarbejdere og afledte effekter på patienter
4. At opgøre indsatsens direkte omkostninger
5. At udvikle en guide til organisatorisk håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet

Projektets organisering

Projektet blev gennemført ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) i samarbejde med DaCHE - Dansk Center for Sundhedsøkonomi, Syddansk Universitet. Den primære projektgruppe bestod på NFA af Forsker Sofie Ø. Jaspers og Seniorforsker Ida E. H. Madsen og på DaCHE af Senior Sundhedsøkonom Line Planck Kongstad, Akademisk medarbejder og ph.d.-studerende Louise Schubert Paaske, samt Datamanager Nicolai Damslund. Projektet var tilknyttet følgegruppen for forskning om Psykisk Velbefindende i Arbejdet (PiVA) ved NFA. Følgegruppen består af repræsentanter for arbejdsmarkedets parter samt interesseorganisationer, som fremgår af tabel 1. Følgegruppen var med til at udvikle projekt-ideen fra start og bidrog til at sikre, at den viden, som projektet resulterede i, var praksisrettet og anvendelsesorienteret.

Tabel 1. Projektets følgegruppe

Danmarks Lærerforening	Ledernes Hovedorganisation
Dansk Arbejdsgiverforening	Socialpædagogerne
Dansk Socialrådgiverforening	Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH)
Kommunernes Landsforening	Akademikerne
Fag og Arbejde (FOA)	Børne- og Ungdomspædagogernes Landsforbund (BUPL)

Metode

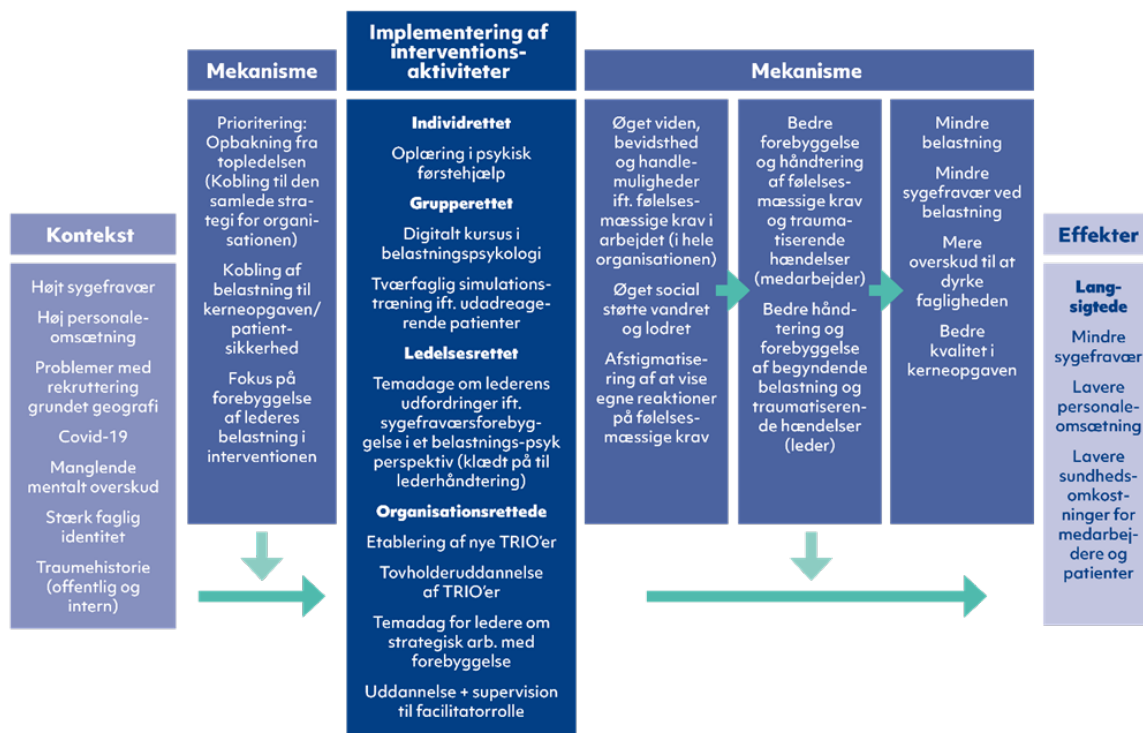
Dette afsnit præsenterer de metoder vi har anvendt i projektet. Det indledes med en beskrivelse af indholdet af dén indsats, som vi har evalueret. Dernæst følger beskrivelser af metoderne der er blevet brugt til opfyldelse af de enkelte delmål.

Indsatsens indhold

Indsatsen fandt sted på et provinshospital, som var kendetegnet ved højt sygefravær og medarbejderomsætning, samt udfordringer med rekruttering. Indsatsen lå i forlængelse af tidligere arbejde om social kapital og vertikalt samt horisontalt perspektivbytte i organisationen. Indsatsen var arbejdspladsinitieret og finansieret ved puljemidler fra STAR (som led i det offentlige sygefraværsinitiativ). Forskernes rolle har således været afgrænset til evalueringen.

Indsatsens hovedformål var at skabe kollektiv bevidsthed, sprog, læring og øgede handlemuligheder på både individ-, gruppe-, ledelses- og organisationsniveau (IGLO) omkring følelsesmæssigt belastende aspekter af arbejdet. En central antagelse var, at øget fælles viden om og refleksion over følelsesmæssige belastninger og reaktioner på disse, ville reducere stigmatisering hvorved de fælles handlemuligheder ift. forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav kunne øges. Målet var at forbedre forebyggelsen og håndteringen af følelsesmæssige krav i arbejdet på alle IGLO-niveauer og derigennem nedbringe sygefraværet.

For at kortlægge de implicitte antagelser omkring indsatsens virkning, udviklede vi en programteori for indsatsen (figur 1), i samarbejde med det pågældende hospital og de eksterne organisationspsykologer, der faciliterede indsatsen. I udarbejdelsen inddrog vi eksisterende litteratur om implementering i lignende projekter på danske hospitaler [22, 23]. Vi forventede at indsatsen ville resultere i forbedret forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet og begyndende belastning, hvilket over tid skulle medføre mindre sygefravær, lavere personaleomsætning og lavere sundhedsomkostninger for medarbejdere og patienter.



Figur 1: Indledende programteori for indsatsen

Indsatsen byggede på en belastningspsykologisk forståelsesramme [24].

Belastningspsykologi er et samlet begreb for viden om de situationer der belaster mennesker og de reaktioner der opstår, når et menneske har været udsat for belastning [24]. Al undervisning i regi af indsatsen var rettet mod gruppeniveauet for at skabe øget social støtte (vandret og lodret). Der blev uddannet forandringsagenter på alle lag og fra alle fag for at sikre ejerskab og bæredygtighed af indsatsen. Vi antog at tilegnelsen af den belastningspsykologiske tænkning kunne anvendes på alle niveauer af organisationen når nye former for belastninger opstod, som skulle begrebsliggøres, italesættes og håndteres. Indsatsen blev udviklet og gennemført af eksterne organisationspsykologer i tæt samarbejde med det pågældende hospital over en periode på ca. 1½ år, med hele hospitalet som indsatsenhed.

Delmål 1: Procesevaluering

Procesevalueringen er gennemført med brug af centrale begreber fra realistisk evaluering. Denne tilgang er velegnet til komplekse arbejdspladsindsatser, hvor kontekst og deltagernes engagement spiller en afgørende rolle for indsatsens virkning [25, 26]. Som illustreret i programteorien (figur 1) undersøgte vi både de mekanismer, der knytter sig til implementeringen, og de mekanismer, der kan forklare eventuelle effekter.

Formålet var at belyse under hvilke betingelser indsatsen kan implementeres med succes. Dette spørgsmål er centralt, da indsatsen blev iværksat på baggrund af højt sygefravær samt udfordringer med rekruttering og fastholdelse. Forskningen viser, at arbejdspladser med størst behov for indsatser ofte også har de største barrierer for implementering [27].

Som mål for implementeringen anvendte vi to dimensioner fra Saunders og kollegers procesevalueringsramme [28]: *dosis givet*, målt som antallet af gennemførte aktiviteter, og *dosis modtaget*, målt som deltagelsesprocenten. Denne tilgang er tidligere anvendt i lignende projekter [29].

En central antaget mekanisme for indsatsens effekt var, at arbejdsmiljøet ville forbedres gennem en styrket forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav. Denne mekanisme blev undersøgt kvalitativt og suppleret med resultater fra hospitalets trivselsmålinger. Trivselsmålingerne blev gennemført i september 2020, marts 2021 og marts 2023 og omfattede fire spørgsmål relateret til niveauet af og håndteringen af følelsesmæssige krav. Resultaterne af målingerne inddrages i diskussionen af de samlede resultater af projektet.

Den kvalitative dataindsamling tog afsæt i programteorien, og spørge- og observationsguides blev udformet, så de systematisk dækkede de forskellige trin i modellen. Data blev indsamlet før, under og efter implementeringen og omfattede observationer, interviews med medarbejdere, linjeledere, tillidsrepræsentanter og hospitalets direktør samt interviews med de eksterne konsulenter. Dette design gjorde det muligt at følge udviklingen over tid og belyse mekanismerne fra flere forskellige positioner i organisationen.

Datakilder

Der blev gennemført semi-strukturerede individuelle interviews både før og efter indsatsen. En femtedel af hospitalets 31 afdelinger blev strategisk udvalgt til disse interviews. Udvælgelsen tog udgangspunkt i blandt andet afdelingers forandringsparathed, oplevet relevans af indsatsen og niveauet af følelsesmæssige krav, på baggrund af vurderingen fra den interne arbejdsmiljøkonsulent som var projektleder på indsatsen.

På de udvalgte afdelinger interviewede vi afdelingslederen samt to medarbejdere fra forskellige faggrupper, herunder en læge og en repræsentant fra fx sygepleje, SOSU, service, fysioterapi eller ergoterapi. Derudover blev der gennemført interviews med et medlem af en arbejdsmiljø-gruppe (TRIO), en forandringsagent, vicedirektøren og en af de eksterne organisationspsykologer.

I alt omfattede procesevalueringen 39 individuelle interviews. Hertil kom 68 timers observation af både planlagte aktiviteter og aktiviteter, der blev tilføjet undervejs i indsatsen. Alle observationer blev dokumenteret i feltnoter.

Analysetilgang

De kvalitative data blev analyseret ved hjælp af tematisk analyse [33], som er velegnet til at opsummere nøglefund i store datamængder og skabe dybdegående beskrivelser. Den teoretiske ramme har været realistisk evaluering, hvor fokus er på at identificere centrale virkningsmekanismer og sandsynliggøre, hvorfor effekter kan opstå. På baggrund af denne analyse er den oprindelige programteori blevet opdateret [34].

Interviewdata blev transskriberet ordret, og hele datamaterialet blev kodet og analyseret i NVivo12.

Delmål 2: Effekt på sygefravær og medarbejderomsætning

For at vurdere indsatsens betydning for sygefravær og personaleomsætning gennemførte vi et *interrupted time series study* (ITS) [30]. Designet gjorde det muligt at følge udviklingen i de to udfald over tid på indsatshospitalet, og sammenligne denne med et kontrolhospital i samme region. Kontrolhospitalet blev udvalgt på baggrund af historiske data fra perioden 2018–2020, idet vi valgte dét hospital, der mest lignede indsatshospitalet i udviklingen af sygefravær i perioden før indsatsen.

Analysen byggede på registerdata fra det nationale fraværsregister, som omfatter oplysninger om ansættelsesforhold og alle episoder af sygefravær blandt offentligt ansatte. Vi analyserede data fra januar 2018 til december 2023. For alle ansatte på de to hospitaler blev der indhentet oplysninger om ansættelsesperioder samt start- og slutdatoer for sygefravær pga. egen sygdom. Det var ikke muligt at skelne mellem forskellige årsager til sygdom, da disse data ikke opgøres i det anvendte register. Derudover inddrog vi baggrundsoplysninger fra nationale registre, herunder køn, alder, uddannelsesniveau og migrationsbaggrund.

Det primære outcome for analyserne under delmål 2 var antallet af sygedage pr. måned, beregnet som det samlede antal sygedage på hospitalet divideret med antallet af ansatte under risiko for fravær. Det sekundære outcome var personaleomsætning, defineret som antallet af medarbejdere, der ophørte i ansættelsen i en given måned, divideret med det samlede antal ansatte samme måned.

Udviklingen blev analyseret i tre perioder: referenceperioden (2018–2020), fase 1 af indsatsen (2021–2022) og fase 2 (2023). For hvert outcome estimerede vi månedlige rater

og anvendte negative binomialmodeller med log-link (Proc Genmod i SAS). For sygefravær blev antallet af sygedage pr. måned indsat som afhængig variabel med logaritmen af samlet tid i risiko som offset. For personaleomsætning blev antal ophør pr. måned anvendt som afhængig variabel, med antallet af ansatte samme måned som offset.

I modellerne inkluderede vi parametre for både niveauændringer (*level*) og ændringer i udviklingen over tid (*slope*), ved overgangen til fase 1 og fase 2. Denne tilgang gjorde det muligt at estimere både selve udviklingen i de undersøgte udfald på indsatshospitalet, samt hvordan denne udvikling var forskellig i forhold til kontrolhospitalet. Som kovariater indgik månedlige indikatorer for medarbejdersammensætningen, herunder andelen af kvinder, fordelingen på aldersgrupper, uddannelsesniveau og migrationsbaggrund. Disse blev indarbejdet dynamisk i analyserne for at tage højde for ændringer i personalesammensætningen over tid.

Delmål 3: Indsatsens afledte sundhedsomkostninger for medarbejdere og afledte effekter på patienter

Analyserne af indsatsens afledte sundhedsomkostninger, omfattede både analyser af de afledte sundhedsomkostninger for medarbejdere, og de afledte effekter for patienter.

Afledte sundhedsomkostninger – medarbejdere

For at undersøge, om indsatsen havde betydning for medarbejdernes afledte sundhedsomkostninger, analyserede vi omkostninger relateret til fem indikatorer for brug af sundhedsydelser og medicin relateret til mental sundhed:

1. Besøg hos egen læge
2. Foretagelse af psykometriske tests hos egen læge
3. Samtaleterapi hos egen læge
4. Brug af psykolog
5. Indløste recepter på antidepressiv medicin

Studiepopulationen omfattede alle medarbejdere på indsatshospitalet samt medarbejdere på sammenlignelige kontrolhospitalet i perioden. Kontrolgruppen bestod af medarbejdere på andre hospitaler i samme region og kontrolhospitalerne blev udvalgt på baggrund af sammenlignelig udvikling i medarbejdernes sundheds- og medicinomkostninger (de fem omkostnings-indikatorer) i præperioden (2018–2020) sammenholdt med udviklingen for medarbejderne på indsatshospitalet.

Baseret på tilgængelige registerdata dækkede analyseperioden januar 2018 til december 2023. Der blev anvendt et *difference-in-difference*-design [31] til, at undersøge effekter af

interventionen. Da mange af medarbejderne ikke havde nogle sundhedsomkostninger, blev analyserne gennemført som to-part modeller. Effekten af indsatsen blev udregnet for både fase 1 (2021–2022) og fase 2 (2023) og suppleret med en subgruppeanalyse for henholdsvis sygeplejersker og læger.

Afledte effekter – patienter

Som led i evalueringen analyserede vi også den afledte effekt af indsatsen på patienternes genindlæggelser ved brug af event-studie design, da kontinuitet i pleje og kvaliteten af udskrivelse potentielt kan påvirkes af personalets trivsel [32]. Et event-studie er en måde at undersøge, hvad der sker før og efter indsatsen på interventionshospitalet sammenlignet med kontrolhospitalet. I stedet for blot at sammenligne før og efter indsatsen, følger vi udviklingen over flere tidspunkter og ser på, hvordan resultaterne ændrer sig år for år omkring indsatsen. På denne måde kan vi både se, om der allerede var en forskel mellem hospitalerne før indsatsen og om der sker en tydelig ændring efter indsatsen [33].

Data om genindlæggelser blev indhentet fra det nationale register over hospitalskontakter og standardiseret som antal genindlæggelser pr. 1000 indlæggelser pr. måned.

Vi definerede en genindlæggelse som en uplanlagt genindlæggelse, uanset årsag, på et hvilket som helst hospital inden for 30 dage efter udskrivelse fra den primære indlæggelse. Denne måleperiode er internationalt anvendt og anvendes også i Danmark, hvor genindlæggelsesrater offentliggøres [34].

Den statistiske analyse blev gennemført på årsniveau og justeret for ændringer i patientsammensætning over tid. Vi inkluderede variabler for alder, køn, komorbiditeter samt socioøkonomiske forhold (uddannelsesniveau og husstandsindkomst justeret for husstandsstørrelse).

Frem for at justere analyserne for dødsfald og liggetid, som vi vurderede kunne medføre en overjustering, estimerede vi i stedet effekten på 30-dages dødelighedsrate pr. 1.000 indlæggelser og gennemsnitlig liggetid i et difference-in-difference design som sekundære udfald. Disse analyser gjorde det muligt at belyse sikkerhed/behandlingsintensitet og mulige mekanismer bag eventuelle ændrede genindlæggelser.

Delmål 4: Indsatsens direkte omkostninger

Direkte omkostninger

De direkte omkostninger blev opgjort på baggrund af resultatopgørelsen for indsatsen. Alle omkostninger, som var dækket af bevilgede midler, herunder honorarer til eksterne

konsulenter og øvrige omkostninger i forbindelse med implementeringen, blev pris- og lønreguleret til 2023-niveau ud fra det årlige nettoprisindeks.

De direkte omkostninger forbundet med personalets tidsforbrug i forbindelse med deltagelse i indsatsen blev værdisat som alternativomkostninger. Dette valg afspejler, at den anvendte arbejdstid ikke alene kan forstås som en omfordeling af eksisterende opgaver, men snarere som et reelt merforbrug af ressourcer, der udgør en nettoudgift. Vi har ikke haft datagrundlag til at vurdere, om indsatsen helt eller delvist erstattede eksisterende aktiviteter, og de estimerede udgifter skal derfor alene betragtes som omkostningerne ved at levere indsatsen.

Til opgørelse af personalets tidsforbrug anvendte vi deltagerlister for indsatsens forskellige aktiviteter. Personalets tid blev efterfølgende værdisat på basis af løndata fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL, 2025), som dækker alle relevante faggrupper i sundhedssektoren. Beregningen blev foretaget på baggrund af faktisk arbejdstid (Medicinrådet, 2023) og udregnet ud fra den gennemsnitlige bruttoløn for hver faggruppe i 2023.

Resultater

I dette afsnit præsenterer vi resultaterne fra projektet. De præsenterede resultater i forhold til delmål 1-3, forventes offentliggjort i videnskabelige artikler, der er under udarbejdelse. Der er planlagt en bred formidlingsindsats omkring resultaterne, når de videnskabelige artikler foreligger i endelig form.

Delmål 1: Procesevaluering

Formålet med denne delundersøgelse var: *at undersøge mekanismerne bag implementeringen og effekten af indsatsen, herunder belyse betydningen af indsatsen for forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet.*

Resultaterne af procesevalueringen falder derfor i to dele der belyser: 1) Hvordan er indsatsen implementeret og hvilke mekanismer og kontekstuelle faktorer var afgørende for implementeringen 2) hvilke nære effekter var der af indsatsen på forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet og hvilke mekanismer og kontekstuelle faktorer var afgørende for implementeringen

1) Hvordan er indsatsen implementeret

Indsatsen blev gennemført på hele hospitalet med aktiviteter på alle IGLO-niveauer. Indsatsperioden blev væsentligt forlænget – fra halvandet år til tre et halvt år – på grund af overbelægning, ubesatte stillinger og Covid-19, som medførte nedlukninger i vinteren 2021 og vinteren 2022. De planlagte aktiviteter blev alle gennemført, men nogle blev forsinket i forhold til den oprindelige tidsplan på grund af de ovenstående forhold. Der var høj deltagelse i aktiviteterne.

De ekstra aktiviteter, som opstod undervejs var primært på det organisatoriske niveau. Det handlede blandt andet om et onboarding-koncept, udvikling af lokale retningslinjer for håndtering af traumatiske hændelser, vold og trusler samt en coaching-session for hospitalsledelsen med fokus på følelsesmæssig belastning. Nogle af disse aktiviteter var allerede planlagt uafhængigt af indsatsen, men den interne arbejdsmiljøkonsulent som var projektleder på indsatsen, sørgede for at modeller og begreber fra indsatsen blev indarbejdet i indholdet af disse ekstra aktiviteter.

Indsatsen blev således implementeret i høj grad. For at kunne undersøge mekanismerne og betydningen af indsatsen for forebyggelse og håndtering af høje følelsesmæssige krav i arbejdet, har vi ligeledes undersøgt fem af hospitalets 31 afdelinger med mere dybdegående data. For at kunne analysere, hvad der var afgørende for denne høje grad af implementering overordnet set, vurderede vi systematisk alle de faktorer, der var beskrevet i programteorien, for hver af de fem afdelinger.

Det overordnede mønster på tværs af afdelinger viste, at konteksten var præget af et udfordrende implementeringsmiljø, som også antaget i den indledende programteori. Mere specifikt fremhævede informanterne ustabil bemanning, tidspres og overbelægning som vigtige faktorer, der påvirkede implementeringen.

Implementeringsmekanismerne blev ifølge analysen kun delvist aktiveret. Ikke desto mindre så det ud til, at denne mellem- til lave grad af aktivering af implementeringsmekanismerne var tilstrækkelig for at sikre en høj implementeringsgrad på tværs af afdelinger.

2) Hvilke virkninger havde indsatsen på forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet og hvilke kontekstuelle forhold var afgørende for denne virkning?

Sammenfattende viste analysen, at de ressourcer, som indsatsen stillede til rådighed (skræddersyede koncepter og processtøtte), førte til ændringer i deltagernes forståelse og adfærd i forhold til social støtte, viden og oplevede handlemuligheder. Der var også en sandsynlig virkning på afstigmatisering af at vise følelsesmæssige reaktioner på arbejdet – selvom datagrundlaget her var svagere. Aktiveringen af disse mekanismer førte til flere forbedringer i forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet på tværs af afdelinger, men de konkrete ændringer varierede på grund af indsatsens mange forskellige elementer.

Konkret fortalte informanterne om forbedringer i de-eskalerende kommunikation med patienterne, samt forbedret fordeling af arbejdsopgaverne ved brug af prioriteringsværktøjer og brug af timeouts. Der sås ligeledes succesfuld etablering af arbejdsmiljø-grupper (TRIO) og disses begyndende systematiske arbejde med følelsesmæssige krav og kvantitative krav. For lægerne så det ud til, at en særlig kontekst med en mere hierarkisk struktur blokerede for implementeringsmekanismerne og dermed resulterede i færre ændringer i praksis for denne gruppe.

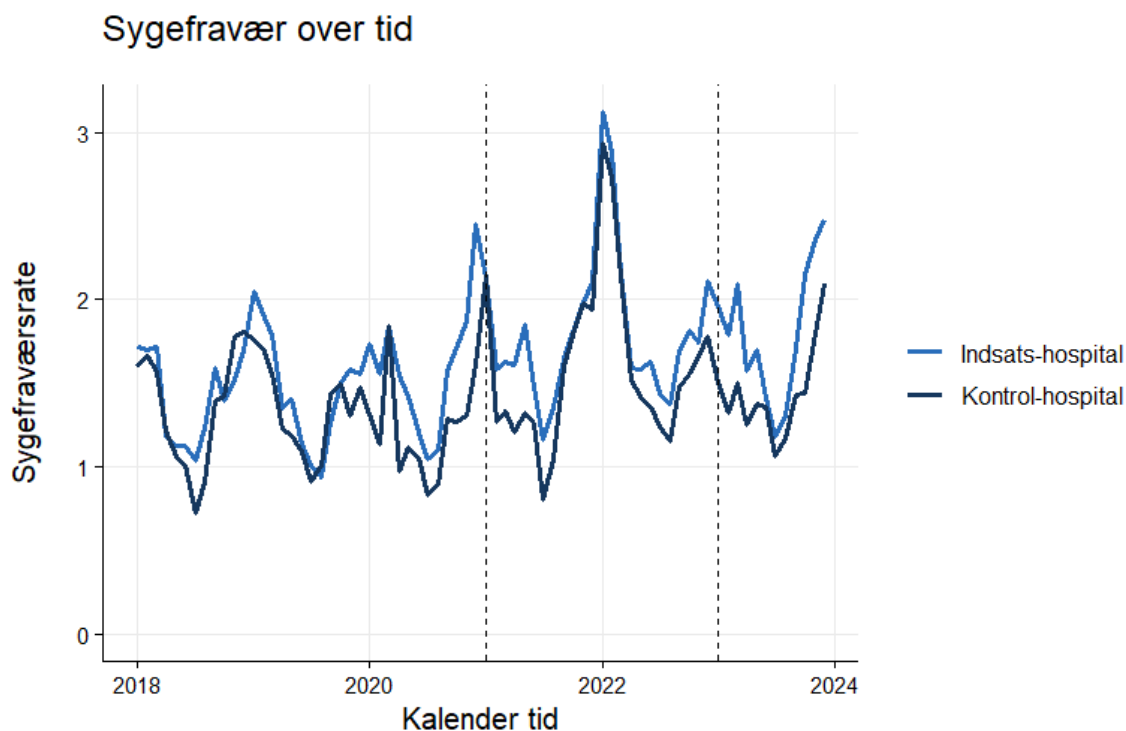
Overordnet set viste procesevalueringen, at det var muligt at implementere indsatsen selv i en kontekst med sparsomme ressourcer, og at aktiviteterne i indsatsen ledte til forbedringer i de fem undersøgte afdelingers forebyggelsespraksis.

Resultaterne af procesevalueringen er endnu ikke publicerede.

Delmål 2: Indsatsens effekt på sygefravær og medarbejderomsætning

Formålet med denne delundersøgelse var: *at undersøge effekten af indsatsen på sygefravær og personaleomsætning*. Overordnet set, fandt vi ikke dokumentation for, at indsatsen påvirkede hverken sygefravær eller medarbejderomsætning, i analyserne af alle medarbejdere på hospitalet. Figur 2 viser udviklingen i sygefravær på henholdsvis indsats- og kontrolhospitalet. De stiplede lodrette linjer indikerer starten af fase 1 og fase 2. Sygefraværet på de to hospitaler viser en lignende udvikling i perioden, og der er ingen indikation på, at sygefraværet bliver mindre end det er på kontrolhospitalet, som effekt af indsatsen.

De statistiske analyser viste heller ingen forskel i udviklingen af sygefraværet på indsats-hospitalet sammenlignet med kontrolhospitalet, hverken for fase 1 eller 2. De modellerede udviklinger i sygefraværet viste lignende udvikling på de to hospitaler, med en tendens til et stigende sygefravær i perioden.



Figur 2. udvikling i sygefravær over tid.

De lodrette stiplede linjer indikerer starten på indsatsens fase 1 og fase 2.

Analyserne af medarbejderomsætning, viste heller ikke tegn på, at indsatsen havde positiv betydning for dette udfald. Vi fandt et lidt højere niveau af medarbejderomsætning på indsatshospitalet sammenlignet med kontrolhospitalet, i forbindelse med skiftet fra referenceperioden til fase 1 af indsatsen. Vi vurderer dog, at det er usandsynligt at denne forskel skyldes indsatsen, men i stedet kan tilskrives organisatoriske forandringer på kontrolhospitalet, som medførte en særligt lav medarbejderomsætning omkring starten af fase 1.

Den gennemsnitlige medarbejderomsætning på de to hospitaler kan ses i tabel 2. Som det fremgår af tabellen, er der på begge hospitaler en månedlig gennemsnitlig medarbejderomsætning omkring 2-2,5% i perioden.

Tabel 2. Medarbejderomsætning på de to hospitaler

Periode	Gennemsnitlig afgangsrate per måned (%)		Årlig afgangsrate (%)*	
	Indsats	Kontrol	Indsats	Kontrol
Januar – December 2018	1,97	1,97	23,6	23,7
Januar – December 2019	1,99	2,35	24,0	28,4
Januar – December 2020	2,08	2,50	24,9	30,2
Januar – December 2021 (fase 1)	2,51	1,89	30,2	23,0
Januar – December 2022 (fase 1)	2,30	2,23	27,6	26,9
Januar – December 2023 (fase 2)	1,90	1,96	22,8	23,6
*Den årlige afgangsrate er beregnet som det samlede antal personer med ophørt ansættelse i året, delt med det gennemsnitlige antal medarbejdere på hospitalet i løbet af året.				

Vi gennemførte flere sensitivitetsanalyser for at vurdere, hvor robuste vores resultater fra hovedanalysen var. I det første sæt sensitivitetsanalyser udskiftede vi kontrolhospitalet med tre andre hospitaler i Regionen, for at vurdere betydningen af valget af kontrol hospital. Resultaterne af disse sensitivitetsanalyser var i tråd med hovedanalysens resultater, og udviklingen i sygefravær eller medarbejderomsætning var heller ikke statistisk signifikant anderledes på indsatshospitalet, sammenlignet med denne kontrolgruppe. Den faldende tendens i medarbejderomsætning i indsatsperioden (fra 2,51 til 1,90) fandtes også på et enkelt af kontrolhospitalerne, mens andre lå mere stabilt i perioden. Samlet set, var der dog ikke statistisk signifikant forskel i udviklingen, og den månedlige medarbejderomsætning lå i mellem 1,6% og 2,8% for kontrolhospitalerne igennem indsatsperioden.

I et andet sæt af sensitivitetsanalyser fokuserede vi specifikt på sygefraværet blandt sygeplejersker og læger på indsatshospitalet. Vi gennemførte denne analyse for at vurdere, om indsatsen kunne have haft indvirkning på sygefraværet blandt specifikke medarbejdergrupper, i lyset af resultaterne fra procesevalueringen, som viste en bedre implementering blandt sygeplejersker end læger. Resultaterne af disse sensitivitetsanalyser tydede på, at stigningen i sygefravær blandt sygeplejersker på indsatshospitalet var mindre end på kontrolhospitalet i forbindelse med skiftet fra reference-perioden til fase 1, altså det tidspunkt hvor indsatsen startede. Resultaterne var dog ikke entydigt i overensstemmelse med det forventede mønster, som kunne tolkes som en effekt af indsatsen. For læger var der ingen forskel i udviklingen i sygefravær på indsatshospitalet, sammenlignet med kontrolhospitalet.

Den specifikke analyse for sygeplejersker og læger kunne ikke gennemføres for medarbejderomsætning, da antallet af fratrådte medarbejdere i de specifikke grupper var for lille til at kunne gennemføre analyserne.

Delmål 3: Indsatsens afledte sundhedsomkostninger for medarbejdere og afledte effekter på patienter

Formålet med denne delundersøgelse var: *at estimere indsatsens afledte sundhedsomkostninger for medarbejdere og patienter.*

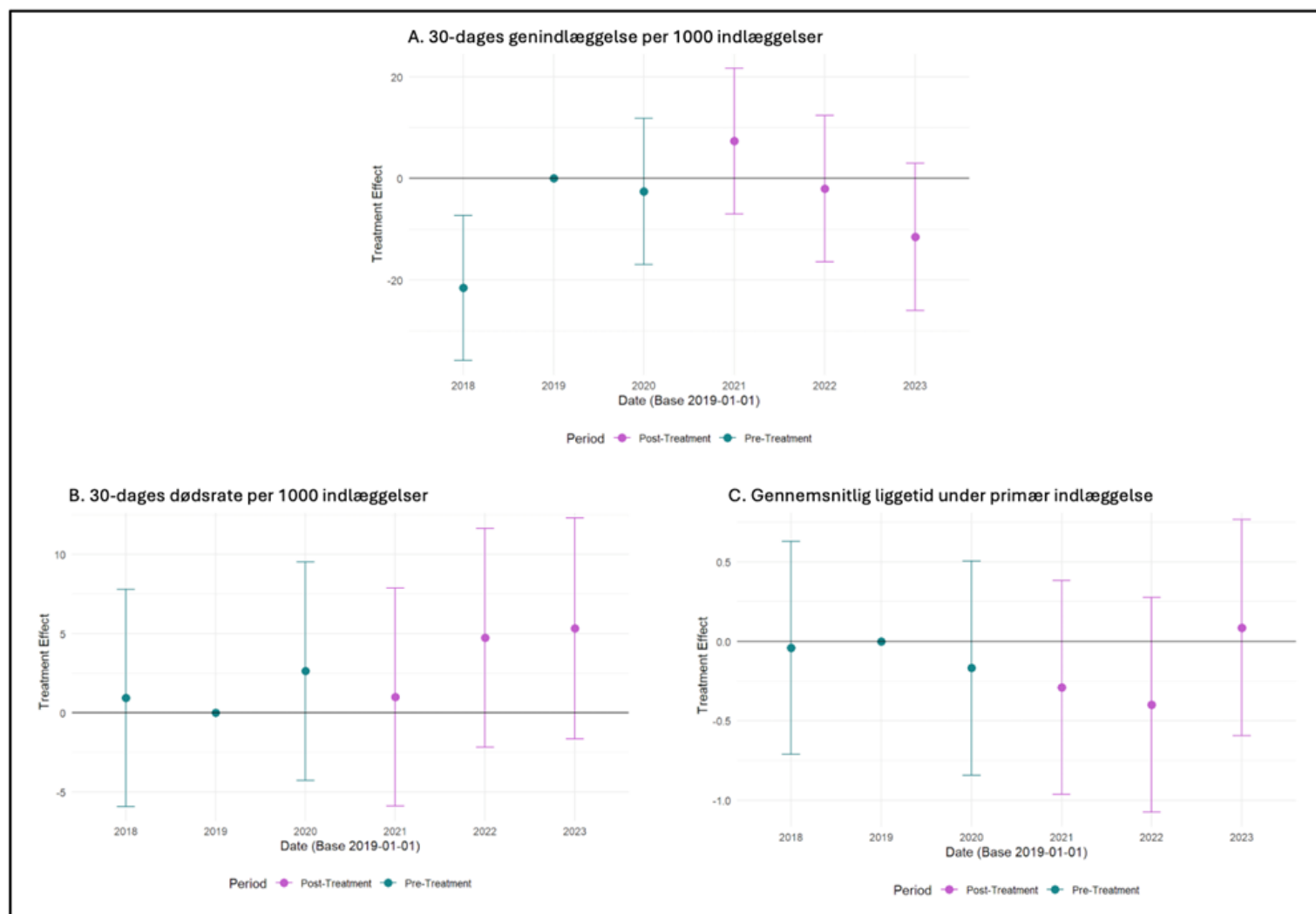
Medarbejdernes sundhedsomkostninger relateret til mentalt helbred

Analyserne af indsatsens effekt på medarbejdernes sundhedsomkostninger relateret til mentalt helbred blev gennemført i et difference-in-difference design og med brug af en to-part model. I analyserne inkluderende alle medarbejdergrupper viste indsatsen ingen statistisk signifikant effekt på sundhedsomkostninger relateret til mentalt helbred i hverken fase 1 (2021-2022) eller fase 2 (2023). Trods manglende statistisk signifikans, indikerede estimaternes retning imidlertid en svag tendens til reducerede omkostninger relateret til samtaleterapi, psykometriske tests, psykolog og antidepressiv medicin. Subgruppeanalyser for henholdsvis sygeplejersker og læger viste imidlertid tegn på statistisk signifikante effekter på nogle af sundhedsomkostningerne. Samlet set kan det således ikke afvises, at indsatsen havde effekt på nogle kategorier af sundhedsomkostninger for specifikke medarbejdergrupper.

Afledt effekter på patient genindlæggelser

Eventstudie

Projektets analyser viser ikke tegn på, at indsatsen har påvirket antallet af genindlæggelser blandt patienterne. Resultaterne af disse analyser fremgår af Figur 3. Her ses det, at forskellene imellem indsatshospitalet og kontrolhospitalet ikke er statistisk signifikante i efterperioden (år 2021, 2022 og 2023), med år 2019 som reference, for hverken primært outcome: 30-dages genindlæggelser per 1000 indlæggelser (Figur 3, A), eller de sekundære outcomes: 30 dages dødelighedsrate per 1000 indlæggelser (Figur 3, B) og liggetid under primær indlæggelse (Figur 3, C). Det er væsentligt at bemærke, at antagelserne bag event-studiedesignet kun er opfyldt for de sekundære outcomes. Man skal derfor være varsom med at tolke på analysen af 30-dages genindlæggelser.



Figur 3. Event-studier for primære outcome (A. 30-dages genindlæggelser per 1000 indlæggelser) og sekundære outcomes (B. 30-dages dødelighedsrate per 1000 indlæggelse og C. Gennemsnitlig liggetid under primær indlæggelse), med år 2019 som reference. Justeret for alder, køn, komorbiditeter og socioøkonomisk status gennem uddannelsesniveau og familie indkomst justeret for husstandens størrelse.

Indsatsens direkte omkostninger

Formålet med denne delundersøgelse var at opgøre indsatsens direkte omkostninger. Vores opgørelse af indsatsens direkte omkostninger fremgår af tabel 3. De direkte omkostninger dækket af bevilgede projektmidler, herunder honorarer til eksterne konsulenter og udgifter relateret til implementeringen af indsatsen beløb sig til 2.716.961 DKK. De anvendte personaleressourcer forbrugt under indsatsen udgjorde: i) personalets deltagelse i aktiviteterne 3.771.375 DKK, ii) ressource-træk på den interne arbejdsmiljøkonsulent som var projektleder på indsatsen, eksklusiv bevilgede lønomkostning, 1.095.455 DKK samt iii) ekstra udgifter til deltidsansat HR medarbejder på 319.520 DKK. De samlede direkte omkostninger blev opgjort til 7.903.311 DKK (tabel 3).

Tabel 3: Direkte omkostninger

Omkostningskategori	Pris og lønjustering	Omkostning i DKK
Projektmidler bevilliget	Pris og lønjusteret til 2023 priser	2.716.961
Personaleforbrug	2023 lønniveau	3.771.375
Merforbrug for den interne arbejdsmiljøkonsulent, projektleder på indsatsen	2023 lønniveau	1.095.455
Ekstra HR-medarbejder 20 timer / uge	2023 lønniveau	319.520
Samlede direkte omkostninger		7.903.311

Delmål 5: Guide til organisatorisk håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet

På baggrund af projektets procesevaluering udviklede vi en guide til implementering af organisatoriske indsatser til forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav i arbejdet. Guiden er målrettet arbejdsmiljøprofessionelle, interne eller eksterne, som skal understøtte en tværgående indsats i en større organisation målrettet høje følelsesmæssige krav.

Vi valgte at udvikle en implementeringsguide, da det i særlig grad er resultaterne vedrørende implementering af indsatsen, der var positive. Det var derfor oplagt at tage netop disse erfaringer fra projektet og omsætte til et værktøj, som vil kunne anvendes bredere i andre lignende organisationer. Udviklingen skete i samarbejde med de eksterne konsulenter, der havde gennemført indsatsen, for at sikre et stærkt anvendelsesorienteret fokus. I udviklingen af guiden trak vi på tre videnskilder: 1) procesevalueringen, 2) praksiserfaringerne fra konsulenterne, samt 3) den bredere videnskabelige litteratur om implementering af organisatoriske indsatser til forbedring af medarbejderes mentale helbred. I denne litteratur undersøges det systematisk, hvilke faktorer der henholdsvis støtter og forhindrer organisatoriske indsatser i at blive implementeret [35-37]. Vi gennemgik en lang række faktorer, der havde påvirket implementeringen af indsatsen og de faktorer hvor alle tre videnskilder entydigt pegede på vigtigheden af denne faktor, blev udvalgt til at indgå i guiden. Guiden er desuden afprøvet af repræsentanter fra målgruppen både gennem workshop og interviews.

Guiden er bygget op som en tjekliste med tilhørende refleksionsspørgsmål samt henvisninger til eksterne ressourcer/værktøjer. Man gennemgår i guiden fem vigtige faktorer, som forudsætninger for succesfuld implementering. Guiden kan tilgås via denne URL-adresse: nfa.dk/implementeringsguiden.

Nedenfor i figur 4 ses et udklip fra guiden:

Hvad er topledelsens prioritering?

Topledelsens prioritering består i at de tydeligt i ord og/eller handling viser, at de prioriterer og støtter arbejdsmiljøindsatser.

Spørgsmål

- Prioriteres medarbejdernes trivsel på højde med andre organisatoriske mål?
- Er der nævnt noget om medarbejdertrivsel i strategien?
- Har topledelsen viden om psykisk arbejdsmiljø?

➔ Ja

➔ Nej

Faktaboks

Vi ved fra forskningen at topledelsens prioritering af medarbejdernes trivsel er afgørende for det psykosociale arbejdsmiljø. Der er fx fundet sammenhæng mellem at medarbejderne oplever deres trivsel bliver prioriteret på linje med andre organisatoriske mål og lavere grad af udbrændthed, sygefravær og medarbejderafgang.

Når man undersøger hvilke forhold der enten fremmer eller hæmmer indsatser til at forbedre medarbejdernes mentale helbred på arbejde finder man igen og igen at topledelsens prioritering af indsatsen er en helt central faktor.

Forebyggelse er en holdsport, hvor der er brug for alle roller i organisationen for at lykkes.



Figur 4. Udklip fra den organisatoriske guide

Diskussion

Denne evaluering havde til formål at undersøge effekterne af og mekanismerne bag en omfattende indsats til forebyggelse og håndtering af følelsesmæssige krav på et regionalt hospital. Procesevalueringen viste generelt en høj grad af implementering på tværs af hospitalet, trods udfordringer med tidspres, overbelægning og høj medarbejderomsætning. Der blev udviklet og afprøvet flere nye initiativer undervejs, blandt andet retningslinjer for håndtering af traumatiske hændelser og et onboarding-koncept for nyansatte. Indsatsen bidrog således til at skabe et fælles sprog og øget opmærksomhed på følelsesmæssige krav.

Samlet set fandt vi ingen dokumentation for, at indsatsen havde en målbar effekt på sygefravær eller medarbejderomsætning, når alle medarbejdere blev analyseret samlet. Analysen viste et generelt stigende sygefravær i perioden på både indsats- og kontrolhospital, og mønstrene var stort set ens. På medarbejderomsætning sås heller ingen positiv effekt af indsatsen. Analyserne af afledte sundhedsomkostninger blandt medarbejderne viste generelt set heller ingen målbare forskelle i forhold til kontrolhospitalet, selvom der var svage tendenser til lavere brug af psykolog, psykometriske tests og antidepressiv medicin. For patienterne fandt vi ingen effekter på genindlæggelser. Der var dog indikationer på, at indsatsen havde signifikante effekter for sygeplejersker og læger på nogle af de sundhedsøkonomiske indikatorer. Vi kan dermed ikke afvise at indsatsen kan have haft effekt for udvalgte medarbejdergrupper.

Analysen af indsatsens direkte omkostninger viste, at indsatsen kostede ca. 7,9 mio. DKK, inkluderende både projektmidler og personalets tidsforbrug. Hertil kommer potentielle merudgifter knyttet til uforudsete initiativer, som blev finansieret af afdelingerne selv. Samlet set peger resultaterne på, at indsatsen blev velimplementeret og oplevedes som meningsfuld i praksis, men at den ikke medførte dokumenterbare effekter på de undersøgte udfald, samlet set på arbejdspladsen.

Diskussion af resultaterne i forhold til tidligere litteratur

Vores resultater er i tråd med den eksisterende litteratur, der generelt viser blandede eller beskedne effekter af organisatoriske arbejdsmiljøinterventioner. Et review af otte oversigtsartikler, der tilsammen omfattede 125 indsatser rettet mod burnout, fremhæver, at de mest virksomme tiltag typisk handler om ændringer i arbejdsorganisering, herunder tilpasning af vagtskemaer, reduktion af arbejdsbyrde, forbedringer i workflow, øget jobkontrol, medarbejderinddragelse, social støtte og ledelsesopbakning [15, 38, 39].

Fælles for disse studier er dog, at implementeringen har vist sig afgørende for, om indsatserne faktisk får effekt.

Vores fund om fraværet af målbare effekter på hospitalet skal ses i lyset af netop implementerings- og kontekstforhold. Tidligere studier, peger på, at indsatser ofte er svære at implementere i organisationer, der på forhånd er præget af store arbejdsmiljøudfordringer, selvom behovet for forandring her er størst [35]. Det er derfor bemærkelsesværdigt at indsatsen havde en vellykket implementering i en kontekst præget af overbelægning, høj personaleomsætning og tidspres.

To nyere studier kan perspektivere hvordan kontekstforhold spiller ind på resultaterne af organisatoriske indsatser målrettet høje følelsesmæssige krav. Et australsk kvasi-eksperimentelt studie i ældreplejen viste at en organisatorisk medarbejderinddragende indsats reducerede kvantitative krav og følelsesmæssige krav [40]. Der blev i løbet af indsatsperioden besluttet fra politisk side at øge normeringen på både indsatsplejehjemmene og på kontrolplejehjemmene. Forfatterne konkluderer på baggrund af studiet, at øgede ressourcer i sig selv ikke er nok til at forbedre arbejdsmiljøet, da der ikke sås en forbedring på kontrolplejehjemmene. Sammen med resultaterne af vores forskningsprojekt, tyder disse fund på, at det i fremtidig forskning er væsentligt at belyse samspillet mellem ressourcer og arbejdspladsindsatser målrettet høje følelsesmæssige krav i arbejdet.

En nylig undersøgelse indenfor social-, sundhed- og serviceområdet i 31 europæiske lande (ESENER-undersøgelsen) anvendte data på både organisationsniveau og individniveau til at belyse organisatoriske indsatser målrettet høje følelsesmæssige krav og kvantitative krav [41]. Undersøgelsen viste, at organisatoriske politikker er effektive til at mindske følelsesmæssige krav, men i mindre grad til at mindske kvantitative krav. Denne forskel skyldes ifølge forfatteren, at kvantitative krav i disse sektorer i høj grad er styret af eksternt klient-pres der normalt ikke kan påvirkes internt i organisationen. Kvantitative krav i form af klient-pres vil dog typisk afstedkomme højere følelsesmæssige krav ved at øge intensiteten af det relationelle klientarbejde. Set i sammenhæng med indeværende projekts resultater, tyder dette på, at der er behov for at adressere både branchemæssige ressourceproblematikker og organisatoriske indsatser målrettet høje følelsesmæssige krav samtidigt.

Set i relation til den samlede litteratur på området kan vores resultater derfor tolkes som endnu et eksempel på, at konteksten spiller en afgørende rolle for virkningen af organisatoriske indsatser til forbedring af psykosocialt arbejdsmiljø. Vores fund understreger således behovet for at tænke både implementeringsforhold og strukturelle rammer ind i fremtidige indsatser.

Diskussion af projektets styrker og begrænsninger ift. metoder

En væsentlig styrke ved projektet er, at vi har taget udgangspunkt i at evaluere en indsats som er initieret af hospitalet selv – et naturligt eksperiment. Dette har givet mulighed for at afdække faktorer af væsentlig betydning for implementeringen af en indsats i en udfordret kontekst, som sandsynligvis ikke havde været muligt med en indsats drevet af forskergruppen. En anden væsentlig styrke er den registerbaserede måling af indsatsens effekter. Ved at bruge registerdata har det været muligt at analysere effekter på alle arbejdspladsens medarbejdere, uden bortfald og non-respons, som ofte ses i spørgeskemaundersøgelser. Endvidere muliggjorde det registerbaserede design, at vi kunne gennemføre analyserne med relevante kontrolhospitalet som sammenligning, uden at påføre hverken indsats- eller kontrolhospitalet et tidsforbrug til besvarelse af spørgeskemaer.

En anden styrke er kombinationen af kvantitative og kvalitative metoder. Procevalueringen blev gennemført som en realistisk evaluering, hvilket gjorde det muligt at identificere virkningsmekanismer og kontekstuelle betingelser. Dermed har vi ikke blot fået svar på, om indsatsen virkede, men også vigtig viden om, hvorfor og hvordan.

Der er dog også begrænsninger ved vores valgte metoder. På grund af det registerbaserede design har det ikke været muligt at gennemføre analyser af indsatsens nære effekter, fx på belastningsgrad blandt medarbejderne. Vi har som led i projektet inddraget hospitalets trivselsmålinger. Disse viste heller ikke tegn på en positiv udvikling ift. oplevelsen af følelsesmæssige krav eller støtte fra nærmeste leder ved belastning fra følelsesmæssige krav. Der sås dog en tendens til en forbedret vurdering af social støtte fra kolleger ved belastning fra følelsesmæssige krav i løbet af indsatsperioden.

Vi havde ikke adgang til detaljerede data på afdelingsniveau, og det var derfor ikke muligt at afdække variation i effekterne på afdelingsniveau, eksempelvis ved at sammenligne afdelinger med højere vs. lavere implementeringsgrad. Derudover valgte hospitalet at undtage ca. 10 % af medarbejderne fra at deltage i indsatsen, fordi de havde personaleledelse på et andet hospital. Det er muligt at dette har medført en undervurdering af den reelle effekt af indsatsen. For at vurdere om en sådan undervurdering kan forklare, at vi ikke ser effekter på de undersøgte udfald, gennemførte vi en kvantitativ biasanalyse på analyserne af sygefravær. Resultatet af disse analyser peger på, at dette forhold ikke kan forklare de manglende effekter. Det skal også bemærkes at analysen af effekter er afgrænset til en opfølgningstid til og med 2023, mens der fortsat var indsatsaktiviteter frem til medio 2024. Denne afgrænsning var

nødvendig grundet registrenes opdateringstid, som gjorde at det ikke var muligt at inkludere data fra 2024 og frem. Vi vurderer dog ikke at en længere opfølgningstid ville have givet væsentligt anderledes konklusioner, samlet set.

I lyset af metodernes styrker og begrænsninger, vurderer vi samlet set, at projektets resultater kan ses som et udtryk for den reelle virkning af indsatsen på hospitalet, afgrænset til de undersøgte udfald.

Resultaternes praktiske implikationer

Fra et praksisperspektiv giver resultaterne viden om vigtigheden af nøje at overveje den organisatoriske kontekst, ved iværksættelse af lignende initiativer. Den undersøgte organisation var præget af overbelægning, høj personaleomsætning og tidspres. Under sådanne vilkår synes det usandsynligt, at indsatsen alene kan føre til målbare reduktioner i sygefravær eller personaleomsætning, samt afledte sundhedsmkostninger for medarbejdere og patienter.

Dette betyder ikke, at indsatsen er uden værdi. Tværtimod viste procesevalueringen, at indsatsen bidrog til en styrket forebyggelsespraksis, et fælles sprog og en øget bevidsthed om følelsesmæssige krav. Derfor indikerer resultaterne, at det er muligt, at indsatsen kan have effekt i en mere gunstig kontekst.

En vigtig implikation er derfor, at organisatoriske arbejdsmiljøindsatser ikke bør stå alene. De bør kombineres med strukturelle tiltag, som adresserer grundlæggende vilkår såsom bemanning og arbejdsomfang. Indsatser af denne type kan fungere som et supplement, der understøtter en kulturændring og øger medarbejdernes handlemuligheder, men de kan næppe kompensere for en vedvarende situation med kapacitetsudfordringer og ressourcemangel i organisationen.

For arbejdsgivere og beslutningstagere betyder det, at ressourcer bør prioriteres på en måde, hvor organisatoriske indsatser kobles til bredere strukturelle forbedringer. Indsatserne bør designes, så de både tager højde for implementeringsforhold og strukturelle rammer.

Konklusion

Evalueringen viser, at det er muligt at gennemføre og implementere en omfattende indsats til håndtering af følelsesmæssige krav selv i en kontekst med overbelægning, høj personaleomsætning og tidspres. Procesevalueringen viser, at indsatsen blev oplevet som meningsfuld og førte til forbedringer i forebyggelsespraksis. Der kunne dog ikke

dokumenteres effekter på sygefravær, personaleomsætning eller afledte sundhedsomkostninger samlet set. Projektets resultater tyder – i overensstemmelse med tidligere litteratur – på at kontekst og implementering er afgørende faktorer for organisatoriske arbejdsmiljøindsatser.

Indsatser af denne type kan således ikke forventes at have målbar effekt i organisationer præget af overbelægning, høj personaleomsætning og tidspres. Samlet set peger resultaterne på, at denne type indsatser kan bidrage til forbedret forebyggelsespraksis, men at de fulde effekter sandsynligvis først kan realiseres, hvis de ledsages af bredere strukturelle tiltag. Fremtidige initiativer bør derfor tænkes ind i en helhedsorienteret strategi, hvor organisatoriske og strukturelle forbedringer går hånd i hånd.

Referencer

1. Arbejdsmiljø, D.N.F.f., *Fakta om arbejdsmiljø og helbred*. 2018.
2. Sinclair, S., et al., *Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature*. Int J Nurs Stud, 2017. **69**: p. 9-24.
3. Jonge J, D.C., Van den Tooren M. , *The Demand-Induced Strain Compensation model: Renewed theoretical considerations and empirical evidence*. . The Individual in the Changing Working Life Cambridge University Press, 2008: p. 67-87.
4. Vammen MA, M.S., Hansen Å M, et al. , *Emotional Demands at Work and the Risk of Clinical Depression: A Longitudinal Study in the Danish Public Sector*. Journal of Occupationa and Environmental Medicine, 2016. **58**(10): p. 994-1001.
5. Madsen, I.E., et al., *Does good leadership buffer effects of high emotional demands at work on risk of antidepressant treatment? A prospective study from two Nordic countries*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2014. **49**(8): p. 1209-18.
6. Rugulies R, A.B., Pejtersen JH, *Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register-based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark? Scand J Public Health*, 2010. **38**(3 Suppl): p. 42-50.
7. Framke, E., et al., *Perceived and content-related emotional demands at work and risk of long-term sickness absence in the Danish workforce: a cohort study of 26 410 Danish employees*. Occup Environ Med, 2019. **76**(12): p. 895-900.
8. Madsen, I.E., et al., *Joint association of sleep problems and psychosocial working conditions with registered long-term sickness absence. A Danish cohort study*. Scand J Work Environ Health, 2016. **42**(4): p. 299-308.
9. S Michie, S.W., *Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review*. Occup Environ Med, 2003(60): p. 3-9.
10. van Wyk, B.E. and V. Pillay-Van Wyk, *Preventive staff-support interventions for health workers*. Cochrane Database Syst Rev, 2010(3): p. CD003541.
11. Ruotsalainen, J.H., et al., *Preventing occupational stress in healthcare workers*. Cochrane Database Syst Rev, 2014(12): p. CD002892.
12. Westermann, C., et al., *Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review*. Int J Nurs Stud, 2014. **51**(1): p. 63-71.
13. Regehr C, G.D., Pitts A, et al., *Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis*. The Journal of nervous and mental disease, 2014. **202**(5): p. 353-9.
14. Gilbody S, C.J., Barkham M, et al., *Can we improve the morale of staff working in psychiatric units? A systematic review*. Journal of Mental Health, 2006. **15**(1): p. 7-17.

15. Awa, W.L., M. Plaumann, and U. Walter, *Burnout prevention: a review of intervention programs*. Patient Educ Couns, 2010. **78**(2): p. 184-90.
16. Dreison KC, L.L., Bonfils KA, et al., *Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research*. Journal of Occupational Health Psychology, 2018. **23**(1): p. 18-30.
17. Maricuțoiu, L.P., F.A. Sava, and O. Butta, *The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: A meta-analysis*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 2014. **89**(1): p. 1-27.
18. Delgado, C., et al., *Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature*. Int J Nurs Stud, 2017. **70**: p. 71-88.
19. Wiederhold, B.K., et al., *Intervention for Physician Burnout: A Systematic Review*. Open Med (Wars), 2018. **13**: p. 253-263.
20. Seidler A, T.M., Deckert S, et al., *The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review*. Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 2014. **9**(1):10.
21. Morse, G., et al., *Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation*. Adm Policy Ment Health, 2012. **39**(5): p. 341-52.
22. Andersen LPS, R.A.D., Karlsen IL, et al., *Integreret Voldsforebyggelse. Et interventionsstudie til forebyggelse af vold og trusler i psykiatrien og Kriminalforsorgen*, in Det Nationale forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2021.
23. Jaspers, S.Ø., et al., *Contextualizing Violence Prevention – How Contextual Aspects Influence the Implementation of a Violence Prevention Initiative in Prisons and Psychiatry*. Scandinavian Journal of Work and Organizational Psychology, 2022.
24. Høgsted, R., *Grundbog i belastningspsykologi - forebyggelse af primær og sekundær traumatisering ved psykisk krævende arbejde*. 2018, København: Ictus.
25. Skivington, K., et al., *A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance*. BMJ, 2021. **374**: p. n2061.
26. Nielsen, K. and M. Miraglia, *What works for whom in which circumstances? On the need to move beyond the 'what works?' question in organizational intervention research*. Human Relations, 2017. **70**(1): p. 40-62.
27. Nielsen, K. and A. Noblet, *Organizational interventions for health and well-being. A Handbook for Evidence-based Practice*, 2018. **10**.
28. Saunders RP, E.M., Joshi P., *Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide*. Health Promotion Practices, 2005. **6**(2): p. 134-47.
29. Gupta N, W.-J.C., Abildgaard JS, et al., *Effectiveness of a participatory physical and psychosocial intervention to balance the demands and resources of industrial workers: A cluster-randomized controlled trial*. Scandinavian Journal of Work, Environment Health, 2018(1): p. 58-68.

30. Lopez Bernal, J., S. Cummins, and A. Gasparrini, *The use of controls in interrupted time series studies of public health interventions*. Int J Epidemiol, 2018. **47**(6): p. 2082-2093.
31. Fredriksson, A. and G.M.d. Oliveira, *Impact evaluation using Difference-in-Differences*. RAUSP Management Journal, 2019. **54**(4): p. 519-532.
32. Facchinetti, G., et al., *Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis*. Int J Nurs Stud, 2020. **101**: p. 103396.
33. Miller, D.L., *An Introductory Guide to Event Study Models*. Journal of Economic Perspectives, 2023. **37**(2): p. 203–30.
34. Kristensen, S.R., M. Bech, and W. Quentin, *A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States*. Health Policy, 2015. **119**(3): p. 264-73.
35. Roodbari, H., et al., *Organisational interventions to improve employees' health and wellbeing: A realist synthesis*. Applied Psychology, 2022. **71**(3): p. 1058-1081.
36. Daniels, K., et al., *Implementing practices focused on workplace health and psychological wellbeing: A systematic review*. Soc Sci Med, 2021. **277**: p. 113888.
37. Paterson, C., et al., *Barriers and facilitators to implementing workplace interventions to promote mental health: qualitative evidence synthesis*. Syst Rev, 2024. **13**(1): p. 152.
38. Panagioti, M., et al., *Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Internal Medicine, 2017. **177**(2): p. 195-205.
39. DeChant, P.F., et al., *Effect of Organization-Directed Workplace Interventions on Physician Burnout: A Systematic Review*. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes, 2019. **3**(4): p. 384-408.
40. Chong, J.X.Y., et al., *Reducing Job Demands Through a Participatory Work Redesign Intervention: A Quasi-Experimental Study in Aged Care*. Human Resource Management Journal. **n/a**(n/a).
41. Sjöberg, O., *Managing emotional demands and work intensity in interactive service work: a comparative study of organizational safety measures and control*. Employee Relations: The International Journal, 2025. **47**(9): p. 122-146.

Bilag 1: Fortegnelse over publikationer og produkter fra projektet

Bilag 1 - Oversigt over formidling fra projektet

1. Populærformidling

Mundtlig

1. Arbejdsmiljøkonferencen. Lab25. Workshop: fra belastning til balance: organisatoriske greb til at mindske og håndtere følelsesmæssige krav. 6. oktober 2025.
2. Det Europæiske samarbejdsforum for arbejdsmarkedets parter i hospitalssektoren, HOSPEEM og EPSU. Workshop om work-life balance og mental health. Forebyggelse og håndtering af høje følelsesmæssige krav i arbejdet. 26. september 2025.
3. Foreløbige resultater af indsatsens effekt på sygefravær og turnover (Følhosp). Madsen, I. E. H. Oplæg ved PIVA Følgegruppemøde. 5. maj 2025.
4. Uddannelseskonference, Københavns Professionshøjskole. Keynote: Psykosocial arbejdsmiljø i sundhedssektoren: Hvordan patient- og medarbejdertrivsel kan gå hånd i hånd. 1. november 2024.
5. PIVA følgegruppemøde. Resultater af procesevalueringen for Følhosp. 20. oktober 2024.
6. Arbejdstilsynets Psyk Forum, Syd. NFA's forskning om høje Følelsesmæssige Krav. 27. september 2023.
7. Følelsesmæssige krav i arbejdet og langtidssygefravær, med fokus på mulige forebyggende tiltag. Madsen, I. E. H. Oplæg ved følgegruppemøde for NFAs arbejdsmiljøforskning i regionerne. 24. februar 2022.

Skriftlig

1. Forebyggelse og håndtering af høje følelsesmæssige krav i arbejdet: erfaringer fra Følhosp-projektet (vedlagt)
2. Gittes dilemma: Min borger døde, og jeg er knust – er det forkert at knytte sig til ældre i plejen? Fagbladet FOA. 27. august 2024.
3. Det koster at engagere sig følelsesmæssig i arbejdet. Netavisen PIO. 30. september 2021.
4. Et fælles sprog og mere forebyggelse: Sådan gik det, da hospital satte fokus på høje følelsesmæssige krav. Nyhed på NFAs hjemmeside, offentliggøres efter videnskabelig publikation af resultaterne
5. Nyt værktøj til forebyggende indsatser om høje følelsesmæssige krav. Nyhed på NFAs hjemmeside, forventes offentliggjort 4. kvartal 2025.

6. Guide: Kom godt i gang med at forebygge og håndtere høje følelsesmæssige krav på arbejdspladsen. URL-adresse: nfa.dk/implementeringsguiden . Forventes offentliggjort 4. kvartal 2025.

2. Videnskabelig formidling

Mundtlig

1. Implementing a Multilevel Intervention Targeting Emotional Demands in a Hospital. A Realist Process Evaluation. Sofie Østergaard Jaspers, mundtlig præsentation ved The 21st Stress Research Conference, November 6th, 2025, Copenhagen
2. Improving prevention of emotional demands at work: a controlled interrupted time series study. Ida E. H. Madsen, poster præsentation ved The 21st Stress Research Conference, November 6th, 2025, Copenhagen
3. Jaspers SØ, Rugulies R, Madsen IE. Process Evaluation of a Multilevel Intervention to Manage and Prevent Emotional demands in the Hospital Care Setting. 2024. Abstract fra 16th EAOHP. European Academy of Occupational Health Psychology, Granada, Spanien.
4. Schubert Paaske, L., Damslund, N. S., Madsen, I. E. H., Jaspers, S., Kongstad, L. P., Protecting Healthcare Workers? - Effects of a Multilevel Intervention Targeting Emotional Demands. 44th Nordic Health Economists' Study Group (NHESG) Meeting 13.-15. August 2025.
5. Jaspers S., Jensen, ASR, Andersen, ED, Andersen, MM, Craven, LH, Madsen, IH. Process evaluation of a multilevel intervention to prevent and handle emotional demands in the hospital sector. International Journal of Workplace Health Management. 18th Stress Research Conference 2022, København, Danmark.
6. Følelsesmæssige krav i arbejdet. Jaspers S og Madsen IEH. Oplæg ved DASAMs årsmøde. 20. marts 2025.

Skriftlig

Peer reviewede artikler

1. Jaspers SØ, Jensen, ASR, Andersen, ED, Andersen, MM, Craven, LH, Madsen, IH. Process evaluation of a multilevel intervention to prevent and handle emotional demands in the hospital sector. International Journal of Workplace Health Management (genindsendt til tidsskrift efter peer-review)
2. Madsen, IEH, Craven, LH, Paaske, LS, Kongstad, LP, Larsson, N, Sørensen, JKB, & Jaspers, SØ. Preventing emotional demands at work in a hospital setting: a controlled interrupted time series study. (under udarbejdelse)

3. LH, Paaske, Damslund, NS, Madsen, IEH, Jaspers, SØ, LS, Kongstad. Protecting Healthcare Workers? - Effects of a Multilevel Intervention Targeting Emotional Demands (under udarbejdelse)

Øvrig (fx bogkapitler)

(Angiv titel og medie):

4. Jaspers SØ, Andersen MM, Paaske LS, Kongstad LP & Madsen IEH. Følelsesmæssige krav i arbejdet på hospitaler: Evaluering af en omfattende organisatorisk indsats (FølHosp) Slutrapport til Arbejdsmiljøforskningsfonden for projekt 30-2021-04

