

Til
KL, KTO og Sundhedskartellet

Dato
Maj 2010

UNDERSØGELSE VEDR. SUNDHEDSORDNINGER PÅ DET KOMMUNALE OMRÅDE RAPPORT



Til
KL, KTO og Sundhedskartellet

Dokumenttype
Rapport, udkast

Dato
April 2010

UNDERSØGELSE VEDR. SUNDHEDSORDNINGER PÅ DET KOMMUNALE OMRÅDE RAPPORT

INDHOLD

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | Introduktion | 4 |
| 1.1 | Læsevejledning til rapporten | 4 |
| 1.2 | Begrebsafklaring | 4 |
| 1.3 | Om undersøgelsen | 5 |
| 1.3.1 | Fase 1 – Foranalyse | 6 |
| 1.3.2 | Fase 2 – Analyse | 7 |
| 1.3.3 | Kvantitativ survey med institutions- og mellemledere | 8 |
| 1.3.4 | Telefoniske, kvalitative interviews med decentrale ledere | 9 |
| 1.3.5 | Fokusgrupper med medarbejdere | 9 |
| 1.3.6 | Casestudier | 10 |
| 1.4 | Vurdering af de anvendte dataindsamlingsmetoder | 10 |
| 1.4.1 | Undersøgelsens bredde | 11 |
| 1.4.2 | Undersøgelsens udsagnsværdi | 11 |
| 2. | Sammenfatning af rapportens konklusioner | 13 |
| 2.1 | Læsevejledning til rapporten | 13 |
| 2.2 | Begrebsafklaring og kategorisering | 13 |
| 2.3 | Om undersøgelsen | 13 |
| 2.3.1 | Undersøgelsens udsagnsværdi | 14 |
| 2.4 | Udbredelse af sundhedsordninger | 15 |
| 2.5 | Organisering | 16 |
| 2.6 | Efterspørgsel | 18 |
| 2.6.1 | Anvendelse | 19 |
| 2.6.2 | Organiseringens betydning for anvendelse | 20 |
| 2.7 | Vurderet effekt | 21 |
| 2.8 | Sammenfattende konklusion | 22 |
| 3. | Overblik over kommunale sundhedsordninger | 23 |
| 3.1 | Kost- og ernæringsordninger på de kommunale arbejdspladser | 23 |
| 3.2 | Motion og fysisk aktivitet | 24 |
| 3.3 | Behandlingsordninger | 25 |
| 3.4 | Alkohol og rygning | 26 |
| 4. | Organisering af sundhedsordninger | 28 |
| 4.1 | Decentralt og centralt organiserede ordninger | 28 |
| 4.2 | Benyttelse af sundhedsordninger i arbejdstiden | 30 |
| 4.3 | Sundhedsordningernes lokalitet i forhold til arbejdspladsen | 31 |
| 4.4 | Visitation til ordninger | 35 |
| 4.5 | Arbejdsgiverbetaling af sundhedsordninger | 36 |
| 5. | Efterspørgsel | 38 |
| 5.1 | Anvendelse af sundhedsordninger | 38 |
| 5.1.1 | Kost og ernæring | 40 |
| 5.1.2 | Motion og fysisk aktivitet | 41 |
| 5.1.3 | Behandlingsordninger | 41 |
| 5.2 | Organiseringens betydning for efterspørgsel | 42 |
| 5.2.1 | Decentral versus central organisering | 44 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.2.2 | Arbejdstid og efterspørgsel | 44 |
| 5.2.3 | Sundhedsordningernes lokalitet og efterspørgsel | 45 |
| 5.2.4 | Efterspørgsel og visitation | 47 |
| 5.2.5 | Efterspørgsel og arbejdsgiverbetaling | 47 |
| 5.2.6 | Sociale og individuelle aktiviteter | 49 |
| 5.2.7 | Organisering af sundhedsordninger ift. særlige målgrupper | 49 |
| 5.2.8 | Ejerskab for sundhed blandt medarbejderne | 53 |
| 5.2.9 | Kommunikation af ordningerne | 53 |
| 5.3 | Medarbejdernes grænser i forhold til sundhed på arbejdspladsen | 55 |
| 6. | Vurderet effekt | 56 |
| 6.1 | Effekter af sundhedsordninger | 56 |
| 6.1.1 | Vurderede effekter af kost- og ernæringsordninger | 60 |
| 6.1.2 | Effekter af motionsordninger | 60 |
| 6.1.3 | Effekter af behandlingsordninger | 61 |
| 6.2 | Dokumentation af sundhedsordninger indsamlet af kommunerne | 61 |
| 6.2.1 | Målte effekter i kommunernes egen dokumentation | 62 |
| 7. | Pris- og udgiftseksempler | 64 |
| 7.1 | Priser på forskellige typer af sundhedsordninger | 64 |

1. INTRODUKTION

1.1 Læsevejledning til rapporten

Rapporten er bygget op omkring syv overordnede kapitler.

I **kapitel 1** gives en introduktion til undersøgelsen samt en beskrivelse af undersøgelsesdesignet og dataindsamlingen.

I **kapitel 2** samles trådene fra den samlede rapport i en sammenfatning med det formål at give overblik samt at formidle de mest væsentlige dele af undersøgelsens resultater til læsere, der ikke vil læse hele rapporten.

Efterfølgende giver **kapitel 3** et systematisk overblik over de kommunale sundhedsordninger og deres overordnede organisering – dvs. hvor udbredt er ordningerne, på hvilket niveau fastlægges de, og hvordan er billedet fordelt på de forskellige sektorer.

Kapitel 4 behandler organiseringen af de enkelte sundhedsordninger og har som formål at give indblik i forhold som decentral/central organisering, brugerbetaling, visitation og ordningernes lokalitet.

I **kapitel 5** undersøger vi efterspørgslen efter de forskellige ordninger, og i kapitlets anden del går vi et analytisk niveau op og udpeger, hvilke faktorer der umiddelbart kan øge deltagelsen i ordningerne.

Kapitel 6 behandler effekt, hvilket overordnet vil sige udbyttet af ordningerne for såvel kommunerne som medarbejderne.

Til slut giver vi i **kapitel 7** et indblik i de forskellige ordningers pris gennem en række empiriske eksempler fra kommunerne.

1.2 Begrebsafklaring

I rapporten benytter vi en række termer og begreber inden for området af sundhedsordninger, som vi herunder vil afklare betydningen af.

Sundhedsordning

Ved sundhedsordning forstås et tilbud fra arbejdsgiver til de ansatte, som forventes at fremme sundhed for medarbejderne i større eller mindre grad. En sundhedsordning kan bestå af flere eller blot et enkelt tilbud, hvorfor spændvidden af ordningerne varierer. Vi har i rapporten kategoriseret sundhedsordningerne i nedenstående fem områder:

Kost- og ernæringsordninger: Kost- og ernæringsordninger dækker over sundhedsordninger, der involverer kost og ernæring – både viden om og i fysisk forstand. Eksempler på kost- og ernæringsordninger er madordning (enten i kantine eller fra leverandør), frugtordning, foredrag eller arrangementer om kost, væggtabsgrupper og diætist/vægtkonsulent. En afgrænsning, som er gældende i rapporten, er, at vi ikke vurderer om madordningerne er sunde eller ej; og vi spørger heller ikke til kvaliteten.

Motion og fysisk aktivitet: Sundhedsordninger inden for området motion og fysisk aktivitet dækker alle typer tilbud, hvori der indgår et fysisk element med fokus på kondition eller bevægelse. Eksempler på denne type af ordninger er deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer (DHL Stafetten), tilskud til motionsaktiviteter (rabat til svømning, fitness, mv.), motionsrum på arbejdspladsen eller motionshold for de ansatte.

Behandlingsordninger: Behandlingsordninger dækker over sundhedsordninger, hvor den ansatte modtager en form for behandling enten af forebyggende eller udbedrende karakter for en somatisk eller psykisk lidelse. Eksempler på de mest gængse behandlingsordninger er massage, kiropraktik, fysioterapi og psykologhjælp (ikke krisehjælp).

Alkohol: Sundhedsordninger vedrørende alkohol er tilbud om behandling eller rådgivning til medarbejdere, der har et alkoholproblem. Tilbuddene kan have form af rådgivning enten internt på arbejdspladsen eller eksternt. Ligeledes kan arbejdspladsen have rådgivningsmateriale om alkoholproblematikker, ligesom faste procedurer for håndtering af alkoholmisbrug blandt medarbejderne er del af sundhedsordninger vedrørende alkohol.

Rygestop: Sundhedsordninger vedrørende rygestop dækker over forskellige tilbud om økonomisk støtte til rygeafvænningsprodukter, rygestopkurser eller rygestopinstruktører tilknyttet arbejdspladsen.

De fem ovenstående kategorier rummer de fleste af de kommunale arbejdspladsers tilbud om sundhedsordninger. Enkelte ordninger vil dog overskride afgrænsningerne mellem områderne, og andre ordninger vil være på grænsen af, hvad der er relevant i forhold til sundhed. Det er derfor vigtigt at pointere, at kommunerne kan tænke sundhed bredt og ikke nødvendigvis inden for de samme kategorier, som denne rapport er struktureret efter. I forlængelse heraf er de kategorier, som vi har taget op, ikke udtømmende.

1.3 Om undersøgelsen

I forbindelse med overenskomstforhandlingerne er parterne blevet enige om at gennemføre en undersøgelse af sundhedsordninger på de kommunale arbejdspladser. Rambøll Management Consulting er blevet bedt om at løse opgaven. Undersøgelsen er besluttet i enighed mellem KL, KTO og Sundhedskartellet, som ligeledes danner undersøgelsens styregruppe.

Parterne har behov for et forbedret vidensgrundlag i forhold til, hvordan sundhedsordninger bruges i praksis i kommunerne, hvad der efterspørges af medarbejderne, og hvilke effekter de enkelte typer initiativer vides at have.

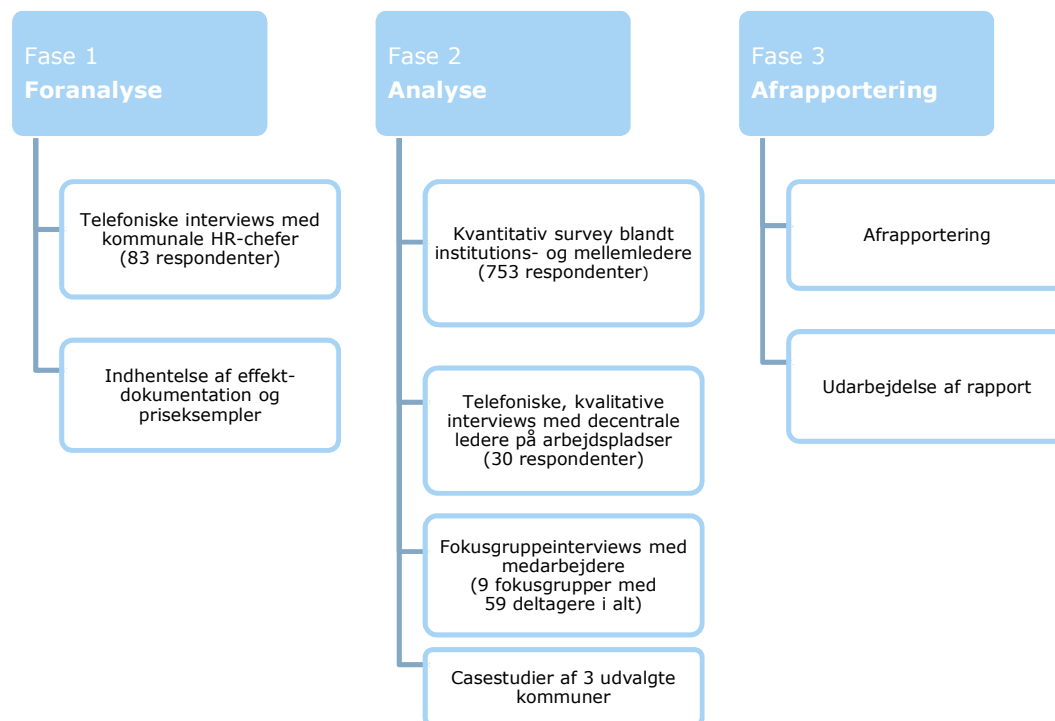
Formålet er at:

- Give parterne et kvalificeret grundlag for stillingtagen til, om og i givet fald hvordan sundhedsordninger kan bidrage til at udvikle trivsel og sundhed og nedbringe sygefraværet.

De sundhedsordninger, der indgår i undersøgelsen, er: Ordninger inden for henholdsvis kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne) samt forebyggende behandling (eks. massage og fysioterapi).

Det centrale element i undersøgelsen er at foretage en bred *kortlægning* af kommunernes eksisterende praksis med hensyn til sundhedsordninger. Undersøgelsens design kan grundlæggende deles op i tre faser, som det fremgår af nedenstående figur.

Figur 1: Undersøgelsens faser (1-3)



1.3.1 Fase 1 – Foranalyse

Det overordnede formål med foranalysen er at tilvejebringe et overblik over, hvilke sundhedsordninger der udbydes i kommunerne, og på hvilket organisatorisk niveau de iværksættes (centralt/decentralt). Foranalysen giver herved et billede af, hvem der typisk har ansvaret for sundhedsordningerne, herunder om der er forskel på de forskellige kategorier af sundhedsordninger. Det bærende metodiske element i foranalysen er telefoniske interviews med kommunale HR-chefer. Interviewene belyser, hvem der er de relevante informanter i den resterende del af undersøgelsen. Samtidig indsamles oplysninger fra HR-cheferne om organiseringen af de kommunale sundhedsordninger, efterspørgslen efter ordninger samt oplevede effekter.

Dette var nødvendigt for at tilrettelægge det endelige analysedesign, så der gives et dækkende billede af den kommunale praksis og erfaring på området. Eksempelvis er der nogle typer af sundhedsordninger, der iværksættes centralt, mens andre iværksættes på arbejdspladsen.

Der blev i alt gennemført 83 telefoninterviews med HR-chefer i kommunerne. Såfremt der var udarbejdet dokumentation for effekterne af konkrete sundhedsordninger, blev HR-cheferne i forbindelse med interviewene bedt om at fremsende dette til Rambøll Management Consulting. På denne måde blev der indhentet lokal dokumentation for effekterne af sundhedsordninger i kommunerne.

Nedenstående tabel viser et af resultaterne af telefoninterviewene med HR-cheferne. Som tallene indikerer, fastlægges en større del af sundhedsordningerne også decentralt i kommunerne.

Tabel 1: Hvilke typer sundhedsordninger tilbyder kommunen til medarbejderne (organisering)?

| | | Ja, det fastlægges centralt | Ja, det fastlægges decentralt af fagchefer i forvaltningen | Ja, det fastlægges decentralt af mellemledere | Nej | Ved ikke |
|--|---------|-----------------------------|--|---|-----|----------|
| Kost og ernæring, fx madordning eller arrangementer om kost | Procent | 39% | 29% | 40% | 22% | 5% |
| | Antal | 32 | 24 | 33 | 18 | 4 |
| Motion og fysisk aktivitet, fx motionsrum eller aktiviteter i arbejdstiden | Procent | 82% | 16% | 19% | 7% | 0 |
| | Antal | 68 | 13 | 16 | 6 | 0 |
| Behandlingsordninger og forsikring, fx massage, kiropraktik | Procent | 64% | 19% | 28% | 16% | 4% |
| | Antal | 53 | 16 | 23 | 13 | 3 |
| Rygestop, fx rygestopkurser | Procent | 87% | 1% | 2% | 11% | 0% |
| | Antal | 72 | 1 | 2 | 9 | 0 |
| Alkohol, fx rådgivning eller behandling for misbrug | Procent | 68% | 2% | 13% | 23% | 0% |
| | Antal | 56 | 2 | 11 | 19 | 0 |

Kilde: Telefonundersøgelse blandt kommunale HR-chefer.

N=83. Tallene summerer ikke til 100 %, da det har været muligt at sætte flere kryds.

Fastlæggelsen af sundhedsordninger kan ikke altid opdeles i kategoriseringen central/decentral, da flere ordninger overskrider denne opdeling ved at være fastlagt overordnet på centralt niveau og være udfyldt i praksis på lokalt niveau.

Dette tjente som et af argumenterne for, at det i undersøgelsen var nødvendigt at gå skridtet 'dybere ned' og gennemføre yderligere dataindsamling på et organisatorisk lavere niveau end HR-cheferne.

Et andet argument for at bevæge undersøgelsen ned på det decentrale niveau er også, at lederne forventeligt har mere direkte adgang til og større viden om sundhedsordningernes efterspørgsel og effekt. Fase 2 blev derfor struktureret i henhold til disse argumenter.

1.3.2 Fase 2 – Analyse

Formålet med fase 2 er at indhente yderligere dokumentation for indholdet i de kommunale sundhedsordninger. Endvidere indsamledes oplysninger om organiseringen af sundhedsordninger, efterspørgslen efter ordninger samt oplevede effekter. På baggrund af foranalysen blev det besluttet af styregruppen at fokusere på ordninger inden for kost og ernæring, motion og fysisk aktivitet samt behandlingsordninger. Temaerne vedrørende rygning og alkohol belyses således ikke i denne del af undersøgelsen. Dette skyldes primært, at HR-cheferne på tværs af de deltagende kommuner gjorde opmærksom på, at disse områder er veludviklede og må anses som en velintegreret del af den kommunale praksis, og at de i mindre omfang end de øvrige ordninger fastlægges decentralt.

Fase 2 består af:

- Kvantitativ survey med institutions- og mellemledere
- Kvalitative telefoninterviews med institutions- og mellemledere
- Fokusgrupper med medarbejdere
- Casestudier.

Foranalysen gav et overordnet billede af, hvilke sundhedsordninger der tilbydes i kommunerne og deres organisering på baggrund af den viden, som HR-cheferne har. Derfor fungerede denne del af undersøgelsen primært som en indikativ 'screening' for den videre dataindsamling på de-

centralt niveau. Undersøgelselementer i fase 2, analysen, gør det muligt at få omfattende viden om sundhedsordningernes udbredelse, organisering, efterspørgsel og effekt på den enkelte arbejdsplads. Hermed kommer undersøgelsen i fase 2 bredt ud ved at nå mange kommunale arbejdspladser, men samtidig i dybden ved at dataindsamlingen er tættere på medarbejderne.

1.3.3 Kvantitativ survey med institutions- og mellemledere

Foranalysen blandt de kommunale HR-chefer viste, at sundhedsordninger i mange kommuner tilrettelægges i samspil med det decentrale ledelsesniveau. Dette er særlig udtalt på området for kost og ernæring, hvor mange kommuner lader det være en decentral beslutning, hvorvidt den enkelte arbejdsplads skal iværksætte særlige tilbud til medarbejderne på dette område.

En medvirkende begrundelse for at gennemføre en survey blandt decentrale ledere har desuden været, at dette niveau er tættere på medarbejderne og derfor har bedre forudsætninger for at vurdere efterspørgsel og effekter af konkrete sundhedsfremmende tiltag. På baggrund af surveyen er det desuden muligt at identificere eventuelle forskelle imellem sektorområder i forhold til sundhedsordninger. Det bør dog nævnes, at der ikke er tilstræbt repræsentativitet på sektor-niveau. Konsekvenserne af dette valg berøres senere i kapitlet (afsnit 1.4.1).

Surveyen blev gennemført i alle kommuner, der deltog i forundersøgelsen, i alt 83 kommuner. Deltagerne i undersøgelsen er udvalgte institutionsledere på tværs af de kommunale sektorområder og ledere i den kommunale administration.

Kontaktoplysningerne på respondenterne blev fundet ved udtræk af kommunale institutioner og ledere i Kommunal Håndbogen samt via supplerende rundringning til kommunerne. De 1495 udtrukne deltagere modtog en skriftlig invitation til at deltage i undersøgelsen, hvor i de blev opfordret til at udfylde spørgeskemaet på internettet. Herefter gennemførtes en telefonisk rykkerrunde, hvor der i første omgang blev spurgt til, om brevet var modtaget, og om modtageren ville have mulighed for at svare inden for svarfristen. I anden omgang fungerede opkaldet som en påmindelse om svarfristen. I begge tilfælde blev respondenterne tilbudt at få tilsendt et link til undersøgelsen pr. e-mail. Undersøgelsens endelige svarprocent er på 56 %, hvilket ses af nedenstående tabel.

Det fremgår endvidere, at der er variationer i svarprocenten på tværs af sektorområderne. Dette skyldes blandt andet, at den telefoniske opfølgning har fokuseret på at hæve antallet af besvarelser i de små respondentgrupper for herved at sikre et solidt datagrundlag på alle områder.

Tabel 2: Kvantitativ survey med mellem- og institutionsledere. Endelig stikprøvestørrelse og svarprocent opdelt på ledertype

| | Central-administrationen | Dagtilbud | Folkeskoler | Ældreområdet | Sociale institutioner | Vej og park | Rengøring/intern service | Jobcenter | Total |
|--|--------------------------|-----------|-------------|--------------|-----------------------|-------------|--------------------------|-----------|-------|
| Bruttoudtræk | 332 | 264 | 242 | 227 | 217 | 81 | 54 | 78 | 1495 |
| Falder uden for undersøgelsens målgruppe | 83 | 8 | 19 | 2 | 29 | 0 | 2 | 0 | 143 |
| Doublet | 4 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Endelig stikprøve | 245 | 256 | 223 | 223 | 187 | 81 | 52 | 78 | 1345 |
| Antal gennemførte besvarelser | 142 | 146 | 109 | 108 | 111 | 54 | 38 | 45 | 753 |
| Renset svarprocent | 58,0% | 57,0% | 48,9% | 48,4% | 59,4% | 66,7% | 73,1% | 57,7% | 56,0% |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

Svarprocenten på 56 % er tilfredsstillende for denne type af internetbaseret survey. Det er ikke muligt at tegne et billede af den del af målgruppen (jf. endelig stikprøve), der ikke har deltaget i undersøgelsen, da vi ikke kender årsagen til frafaldet. Det er dog ikke indtrykket, at der har væ-

ret modstand mod emnet eller spørgeskemaets længde, på baggrund af den kontakt vi har haft med surveyens respondenter.

1.3.4 Telefoniske kvalitative interviews med decentrale ledere

De kvalitative telefoninterviews er indsamlet på arbejdspladsniveau og bruges i rapporten til at nuancere og uddybe data fra de kvantitative kilder. Formålet med disse interviews er således at få uddybet en række af temaerne i undersøgelsen. Hvor surveyen giver et bredt overblik over sundhedsordningerne i kommunerne, er styrken ved de kvalitative telefoninterviews at kunne af-dække mere komplekse sammenhænge og forklaringer i forhold til sundhedsordningerne. Telefoninterviews giver mulighed for, at deltagerne kvalitativt kan give bud på eventuelle barrierer for sundhedsordningerne, ligesom der skabes mulighed for at sætte ord på, hvad der er potenti-alerne i sundhedsordningerne.

Der blev gennemført 30 semistrukturerede telefoninterviews med institutions- og mellemledere i 14 udvalgte kommuner. Kommunerne blev primært udvalgt efter deres erfaringer med kost-, motions- og behandlingsordninger baseret på svarene fra foranalysens interviews med kommunale HR-chefer. Ønsket om en geografiske spredning har ligeledes været vægtet i udvælgelsen, og de 14 udvalgte kommuner består således af fem jyske, fem sjællandske og fire fynske kommuner.

HR-chefer i de udvalgte kommuner blev kontaktet og bedt om at finde oplysninger på institu-tions- og mellemledere med relevante erfaringer med kommunens sundhedsordninger. De udvalgte ledere blev efterfølgende kontaktet og opfordret til at deltage i et telefonisk interview. Der blev tilstræbt en lige fordeling på de forskellige sektorer, men da relevante erfaringer med sundhedsordningerne vægtede højest i udvælgelsen af respondenter, forekommer en vis skævhed i forde-ling mellem sektorerne. I den efterfølgende behandling af disse data bruges sektor ikke som re-levant parameter, idet analysen derimod er tværgående.

1.3.5 Fokusgrupper med medarbejdere

Fokusgrupperne kan – ligesom de kvalitative interviews – belyse og uddybe spørgsmål, der frem-kommer på baggrund af de øvrige datakilder, mens de samtidig har funktion af at repræsentere de kommunale medarbejdere og deres synspunkter i undersøgelsen.

Fokusgrupper er en god måde at indsamle informationer om medarbejdernes holdninger til sundhedsordninger, fx hvad en sundhedsordning bør indeholde, eller hvad der er afgørende for, om en ordning benyttes eller ej. På baggrund af fokusgrupperne er det således muligt at komme tæt på medarbejdernes holdninger, vurderinger og ønsker i forhold til sundhedsordninger, samtidig med at man indsamler mange data på relativt kort tid.

Ni kommuner blev udvalgt til fokusgruppeinterviews med kommunale medarbejdere. Udvalgelsen af kommuner er på samme måde som de kvalitative telefoninterviews primært valgt ud fra kommunernes erfaringer med kost-, motions- og behandlingsordninger, og der blev ligeledes ta-get hensyn til geografisk spredning. For at forstå konteksten for fokusgrupperne og den videre analyse af data, er det centralt at understrege, at deltagerne i fokusgrupperne generelt har en vis grad af erfaring med sundhedsordninger og hermed også adgang til dem. Kommunerne forde-ler sig med fem jyske, tre sjællandske og én fynsk kommune. Der blev således gennemført ni fo-kusgrupper med i alt 59 deltagere, heraf 7 mandlige og 52 kvindelige deltagere. For at opnå en bred repræsentation i fokusgrupperne er der blevet tilstræbt deltagelse af medarbejdere fra for-skellige sektorer i kommunen. De 59 fokusgruppedeltagere fordeler sig således på følgende for-valtningsområder:

- 19 medarbejdere fra ældreområdet
- 18 medarbejdere fra den centrale administration, heraf 2 med lederansvar
- 8 medarbejdere fra diverse dagtilbud
- 5 ansatte fra vej og park, heraf én med lederansvar
- 3 folkeskolelærere
- 3 medarbejdere fra jobcentre
- 2 fra rengøring/intern service
- 1 pædagog fra en social institution

1.3.6 Casestudier

Ud over de kvalitative telefoninterviews og fokusgrupper med medarbejdere er der gennemført casestudier i tre kommuner. Der er udvalgt kommuner, som ifølge HR-chefen har opnået gode resultater mht. deltagelse og vurderet effekt af sundhedsordningerne. I casestudierne afdækkes, hvad baggrunden er for de opnåede resultater, således at andre kommuner kan lade sig inspirere af dette.

Casestudierne gennemførtes ved at interviewe relevante personer, herunder HR-chefer, mellemledere, institutionsledere samt medarbejdere, for derved at få et samlet billede af sundhedsordningerne i casekommunerne.

Casestudierne vil indgå i rapporten som konkrete eksempler, således at de gode kommunale erfaringer fremstår meget konkret og kan virke som inspiration for andre kommuner.

1.4 Vurdering af de anvendte dataindsamlingsmetoder

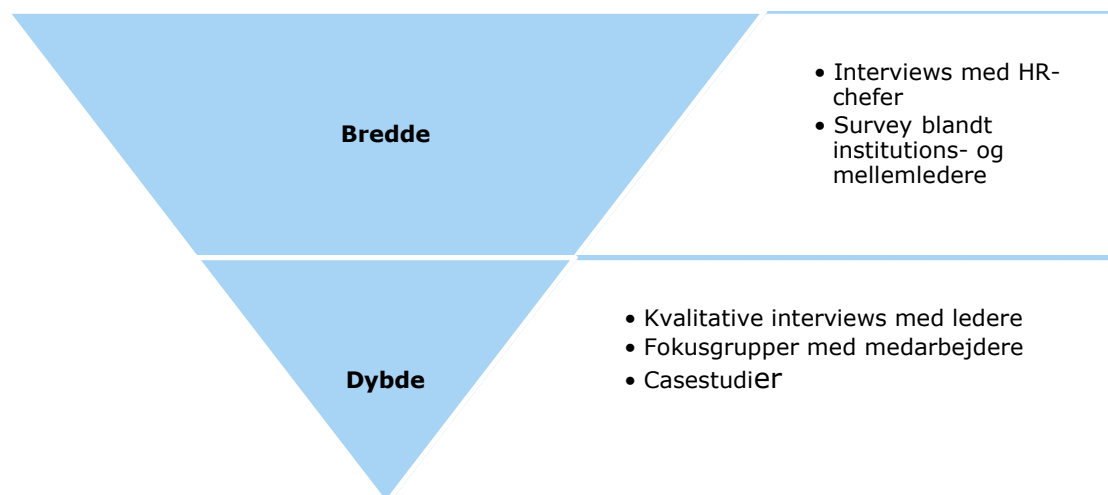
Undersøgelsesdesignet er konstrueret således, at der opnås bedst mulig triangulering af de forskellige indsamlingsmetoder. Dataindsamlingen til undersøgelsen indeholder således både kvantitative og kvalitative metoder målrettet de forskellige målgrupper og undersøgelsesspørgsmål. Samlet set tilvejebringer undersøgelsen herved et solidt grundlag for at belyse de valgte undersøgelsestemaer.

Styrken ved de kvantitative elementer er, at de giver et bredt overblik over området, herunder det konkrete indhold i kommunernes sundhedsordninger samt kommunernes erfaringer og organisering på området. Mens foranalysen blandt HR-chefer afdækkede, hvad kommunen tilbyder fra centralt niveau, giver surveyen blandt institutions- og mellemlidere et samlet billede af, hvilke sundhedsordninger der udbydes. Surveyen blandt institutions- og mellemlidere afdækker således, hvilke tilbud der findes på en given arbejdsplads, uanset om de konkrete tilbud fastlægges på centralt eller decentralt niveau.

For at få en mere nuanceret og dybtgående viden om kommunernes sundhedsordninger, samt hvilke forhold der virker fremmende på fx anvendelse og udbytte, er det nødvendigt at supplere med kvalitative interviews. Dette tillader ledere og medarbejdere at uddybe og forklare sammenhænge mellem fx medarbejdernes udbytte og den praktiske tilrettelæggelse i hverdagen.

Nedenstående figur skitserer anvendelsen af disse principper i dataindsamlingen.

Figur 3: Triangulering af data i undersøgelsen



Den gennemførte survey blandt institutions- og mellemledere er baseret på en række spørgsmål om indhold, organisering, anvendelse og effekt. Der skal i den forbindelse gøres opmærksom på, at den gennemførte dataindsamling har vist, at enkelte spørgsmål fortolkes forskelligt af respondenterne. Det er i forlængelse heraf relevant at nævne begrebet 'sundhed', som vi ikke har defineret yderligere i forbindelse med undersøgelsen. Dette medfører, at vurderingen af, hvorvidt et givent tilbud til de kommunale medarbejdere falder inden for rammerne af sundhedsordninger, er op til den enkelte leder, der har medvirket i undersøgelsen. Undersøgelsen tager derfor ikke stilling til kvaliteten af sundhed i de enkelte ordninger.

To eksempler på ordninger der har været forskellige forståelser af, er for det første kantine- eller madordninger, som en række respondenter har stillet spørgsmål ved, hvorvidt ordningerne i sig selv kan opfattes som et sundhedstilbud. Det er således tydeligt, at denne kategori indeholder to typer besvarelser; henholdsvis respondenter der inkluderer alle former for kantine- og madordninger, samt respondenter der anvender en mere snæver definition og således kun inkluderer kantine- og madordninger, der har fokus på sund kost og ernæring.

For det andet tyder undersøgelsens resultater på, at spørgsmål vedrørende arbejdsgiverbetaling (/brugerbetaling) er blevet fortolket forholdsvis bredt. Kommunalt tilskud til fx motionscenter vil således også kunne indeholde eksempler, hvor der er svaret, at der ydes 'delvis arbejdsgiverbetaling', hvis kommunen har forhandlet en 'firmarabat', og således ikke direkte bidrager med kommunal finansiering til tilbuddet.

1.4.1 Undersøgelsens bredde

Som beskrevet i ovenstående afsnit er der tilsigtet en høj grad af triangulering mellem undersøgelsens dataindsamlingsmetoder, hvilket resulterer i dybde og bredde i datamaterialet.

I forhold til undersøgelsens bredde er det imidlertid vigtigt at understrege, at det primære formål ikke har været at afdække udbredelsen af sundhedsordninger gennem et fuldstændigt billede af de 98 danske kommuner. Bredden af det kvantitative datamateriale er dog alligevel stor, da data er indsamlet på tværs af 83 danske kommuner (ud af 98).

Det har været af betydning for surveyen med kommunale mellem- og institutionsledere, der danner hovedvægten i rapportens kvantitative dataindsamling, at komme bredt ud og samtidig sikre en 'kritisk masse' inden for de enkelte sektorer. Sikringen af den kritiske masse betød, at vi af hensyn til kvaliteten af data ikke ønskede sektorer repræsenteret ved meget få arbejdspladser, da det i sidste ende kunne svække datagrundlaget. I udvælgelsen af respondenter er antallet af besvarelser derfor forsøgt hævet i små respondentgrupper, som beskrevet i afsnit 1.3.3.

Som konsekvens heraf er ikke alle sektorer repræsenteret forholdsmæssigt i undersøgelsen. Denne mulige skævhed i datamaterialet er delvist kompenseret gennem kryds på sektorer i relevante variable, hvorved eventuelle forskelle tydeliggøres.

I forhold til de kvalitative data er der ikke tilstræbt en "repræsentativ" fordeling af respondenter og fokusgruppemedlemmer. Dog er der taget hensyn til en vis spredning på tværs af sektorer i rekrutteringen. Fokusgrupperne består af kommunale medarbejdere med større eller mindre grad af erfaring med og indsigt i sundhedsordninger. De kommunale medarbejders rolle i undersøgelsen er derfor i høj grad at bidrage med nuancering og kvalificering af de indsamlede informationer, hvilket er med til at give de kvalitative data den tilsigtede dybde.

1.4.2 Undersøgelsens udsagnsværdi

Jævnfør ovenstående afsnit om bredde er undersøgelsen ikke udtryk for udbredelsen og erfaringer med sundhedsordninger i samtlige af landets kommuner og på samtlige af de kommunale arbejdspladser, men snarere repræsenterer undersøgelsen et bredt udsnit af den relevante målgruppe.

Undersøgelsen er derfor udsagn for en stor gruppe af kommunale arbejdspladser, der fordeler sig på tværs af de fleste af landets kommuner og på tværs af de kommunale sektorer.

Indsamlingen af data på decentralt niveau, hvor lederne er tættere på medarbejderne, bidrager til en kvalitetssikring af data i forhold til temaerne udbredelse, organisering, efterspørgsel og effekt, der udgør centrale elementer for undersøgelsen. Ligeledes bidrager de kvalitative data med at afdække både arbejdsgiver- og medarbejdersiden i forhold til sundhedsordninger. De kvalitative data har funktion af at kvalificere og nuancere udsagnene fra den kvantitative dataindsamling, hvilket samlet set øger udsagnsværdien af undersøgelsen.

To øvrige forhold er værd at nævne i forhold til udsagnsværdien.

I forhold til belysning af efterspørgsel og anvendelse af ordningerne er det op til respondenterne at vurdere, om disse parametre skal sættes i forhold til, hvorvidt ordningen har en smal eller en bred målgruppe. Det betyder, at en sundhedsordning kan være anvendt af en forholdsvis smal målgruppe (eksempelvis slankehold) og udfylde en vigtig funktion for disse medarbejdere, men alligevel kan respondenterne have svaret 'lav grad af anvendelse', som følge af at efterspørgslen og anvendelsen er lav i forhold til den samlede gruppe af medarbejdere på arbejdspladsen.

Når vi i rapporten behandler temaet effekt, så er der i de fleste tilfælde tale om oplevede effekter på baggrund af ledernes vurderinger eller i fokusgrupperne. Dette medfører, at undersøgelsen ikke kan bruges til systematisk at dokumentere, hvilke sundhedsordninger der har hvilke effekter, men den kan alligevel give en pejling på, hvilke effekter ordningerne har.

2. SAMMENFATNING AF RAPPORTENS KONKLUSIONER

2.1 Læsevejledning til rapporten

Rapporten er bygget op omkring syv overordnede kapitler.

I **kapitel 1** gives en introduktion til undersøgelsen samt en beskrivelse af undersøgelsesdesignet og dataindsamlingen.

I indeværende **kapitel 2** samles trådene fra den samlede rapport i med det formål at give overblik samt at formidle de mest væsentlige af undersøgelsens resultater til læsere, der ikke vil læse hele rapporten.

Efterfølgende giver **kapitel 3** et systematisk overblik over de kommunale sundhedsordninger og deres overordnede organisering – dvs. hvor udbredt er ordningerne, på hvilket niveau fastlægges de, og hvordan er billedet fordelt på de forskellige sektorer.

Kapitel 4 behandler organiseringen af de enkelte sundhedsordninger og har som formål at give indblik i forhold som decentral/central organisering, brugerbetaling, visitation og ordningernes lokalitet.

I **kapitel 5** undersøger vi efterspørgslen efter de forskellige ordninger, og i kapitlets anden del går vi et analytisk niveau op og udpeger, hvilke faktorer der umiddelbart kan øge deltagelsen i ordningerne.

Kapitel 6 behandler effekt, hvilket overordnet vil sige udbyttet af ordningerne for såvel kommunerne som medarbejderne.

Til slut giver vi i **kapitel 7** et indblik i de forskellige ordningers pris gennem en række empiriske eksempler fra kommunerne.

2.2 Begrebsafklaring og kategorisering

I rapporten benytter vi en række termer og begreber inden for området af sundhedsordninger, som for udenforstående kan virke uklare.

Sundhedsordning

Ved sundhedsordning forstås et tilbud fra arbejdsgiver til de ansatte, som forventes at fremme sundhed for medarbejderne i større eller mindre grad. En sundhedsordning kan bestå af flere eller blot et enkelt tilbud, hvorfor spændvidden af ordningerne varierer.

Vi har i rapporten kategoriseret sundhedsordningerne i nedenstående fem områder.

- Kost og ernæring
- Motion og fysisk aktivitet
- Behandlingsordninger
- Alkohol
- Rygestop.

De fem ovenstående kategorier rummer de fleste af de kommunale arbejdspladser tilbud om sundhedsordninger. Enkelte ordninger vil dog overskride afgrænsningerne mellem områderne, og andre ordninger vil være på grænsen af, hvad der er relevant i forhold til sundhed. Det er derfor vigtigt at pointere, at kommunerne kan tænke sundhed bredt og ikke nødvendigvis inden for de samme kategorier, som denne rapport er struktureret efter.

2.3 Om undersøgelsen

I forbindelse med overenskomstforhandlingerne er parterne (KL, KTO og Sundhedskartellet) blevet enige om at gennemføre en undersøgelse af sundhedsordninger på de kommunale arbejdspladser. Rambøll Management Consulting er blevet bedt om at løse opgaven.

Parterne har behov for et forbedret vidensgrundlag i forhold til, hvordan sundhedsordninger bruges i praksis i kommunerne, hvad der efterspørges af medarbejderne, og hvilke effekter de enkelte typer initiativer har.

I rapporten benyttes, som beskrevet i ovenstående afsnit, en kategorisering af sundhedsordninger på fem centrale områder: kost og ernæring, motion og fysisk aktivitet, behandling, alkohol samt rygning. Alkohol og rygning har ikke været de primære fokusområder for undersøgelsen, hvorfor de øvrige tre områder er tillagt mere vægt i rapportens analytiske kapitler.

De benyttede kategoriseringer er ikke udtømmende, og der vil derfor være eksempler på sundhedsordninger, der overskrider disse grænser eller helt falder udenfor.

Det metodiske design i undersøgelsen baserer sig på to faser. I første fase – foranalysen – klarlægges udbredelsen og den overordnede organisering af kommunale sundhedsordninger fra centralt hold som en screening for den videre undersøgelse, mens der i den anden fase – analysen – fokuseres på det decentrale niveau i den kommunale organisering, hvilket medfører bredde og substans i datagrundlaget.

Undersøgelsen bygger på en række kvantitative og kvalitative datakilder:

- Telefoninterview med 83 kommunale HR-chefer
- Kvantitativ survey med 753 institutions- og mellemledere
- 30 kvalitative interviews med institutions- og mellemledere
- 9 fokusgrupper med i alt 59 medarbejdere
- 3 casestudier af udvalgte kommuner.

Undersøgelsesdesignet er konstrueret således, at der opnås bedst mulig triangulering af de forskellige indsamlingsmetoder. Dataindsamlingen til undersøgelsen indeholder således både kvantitative og kvalitative metoder målrettet de forskellige målgrupper og undersøgelsesspørgsmål. Samlet set tilvejebringer undersøgelsen herved et solidt grundlag for at belyse de valgte undersøgelsestemaer ved at sikre både dybde og bredde i dataindsamlingen.

2.3.1 Undersøgelsens udsagnsværdi

Som vi diskuterer i kapitel 1 angående undersøgelsens bredde, er undersøgelsen ikke udtryk for udbredelsen og erfaringer med sundhedsordninger i samtlige af landets kommuner og på samtlige af de kommunale arbejdspladser, men snarere repræsenterer undersøgelsen et bredt udsnit af målgruppen.

Undersøgelsen er derfor udsagn for en stor gruppe af kommunale arbejdspladser, der fordeler sig på tværs af de fleste af landets kommuner og på tværs af de kommunale sektorer.

Der er i udgangspunktet ikke tilstræbt forholdsmæssig repræsentativ i forhold til de kommunale sektorer (centraladministration, dagtilbud, skoler, ældreområdet, sociale institutioner, vej og park, rengøring/intern service og jobcentre). Dette skyldes, at vi i undersøgelsen har vægtet 'kritisk masse' inden for de enkelte sektorer, hvorved små respondentgrupper udvides for at sikre et solidt datagrundlag. Denne mulige skævhed er delvist kompenseret gennem kryds på sektorer i relevante variable, hvorved eventuelle forskelle tydeliggøres.

Indsamlingen af data på decentralt niveau, hvor lederne er tættere på medarbejderne, bidrager til en kvalitetssikring af data i forhold til temaerne udbredelse, organisering, efterspørgsel og effekt, der udgør centrale elementer for undersøgelsen. Ligeledes bidrager de kvalitative data med at afdække både arbejdsgiver- og medarbejdersiden i forhold til sundhedsordninger. De kvalitative data har funktion af at kvalificere og nuancere udsagnene fra den kvantitative dataindsamling, hvilket samlet set øger udsagnsværdien af undersøgelsen.

2.4 Udbredelse af sundhedsordninger

På tværs af de kortlagte områder for sundhedsordninger ses det, at de fleste af de kommunale arbejdspladser tilbyder medarbejderne en eller anden form for sundhedsordning. Undersøgelsen viser imidlertid, at der er variationer i typer af tilbud og mellem de forskellige sektorer.

Vi har i forhold til sundhedsordningernes udbredelse delt rapportens kapitler op i henhold til den kategorisering, som vi præsenterede i ovenstående afsnit (kost, motion og behandling). Ligeledes indgår alkohol og rygning i kapitlet om ordningernes udbredelse.

Udbredelse af kost- og ernæringsordninger

Inden for området af kost- og ernæringsordninger er madordninger og frugtordninger de mest udbredte sundhedsordninger. Foredrag eller arrangementer om kost er relativt udbredte.

I forhold til sektor tilbydes madordning særligt til medarbejdere i den centrale administration (rådhuset) og på jobcentre, hvor henholdsvis 80 % og 84 % af arbejdspladserne tilbyder denne ordning til medarbejderne.

De arbejdspladser, hvor medarbejderne ikke så ofte har madordning, er dagtilbud samt skoler, hvor muligheden for at få tilbudt mad på arbejdspladsen er relativt begrænset. Ligeledes har disse to sektorer sammen med ældreområdet mindre udbud af frugtordninger sammenlignet med de øvrige sektorer.

Udbredelsen af tilbud om vægttabsgrupper og tilbud om diætist/vægttabskonsulent er relativt begrænset, men mest udbredt inden for ældreområdet, rengøringsområdet og på jobcentre.

Udbredelse af motionsordninger

Med hensyn til motion og fysisk aktivitet er de mest udbredte ordninger for samtlige sektorer tilskud til enkeltstående idrætsarrangement (fx Broløbet eller LadyWalk) og tilskud til/betaling af fitnesscenter.

Mellem 64-96 % (variationen skyldes forskelle mellem sektorer) af de kommunale arbejdspladser giver tilskud til deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer, mens 57-71 % giver tilskud til fitness. Hermed er disse to typer af sundhedsordninger nogle af de mest udbredte på tværs af samtlige ordninger.

For ordningen 'motionsrum på arbejdspladsen uden instruktør' skiller ældreområdet sig ud ved, at 47 % af arbejdspladserne har denne ordning. Dette hænger muligvis sammen med, at der på mange ældrecentre er indrettet motionsrum til beboerne, som de ansatte har adgang til.

I forhold til sektor viser data, at centraladministrationen og jobcentrene har en højere udbredelse af motionsordninger, mens dagtilbud og skoler udgør sektorer, der i denne forbindelse typisk har et relativt mindre udbud af ordninger.

Udbredelse af behandlingsordninger

For området af behandlingsordninger viser data, at de mest udbredte behandlingsordninger er massage (26-58 %) og fysioterapi (28-44 %) samt psykologhjælp (18-46 %) og sundhedstjek (19-47 %). For området af behandlingsordninger gælder det dog, at der ikke er ordninger, der er markant mere udbredt end andre.

Med hensyn til sektorforskelle er behandlingsordninger mest udbredt på jobcentre samt på ældreområdet. Også rengøring/intern service har et relativt højere udbud af behandlingsordninger end de øvrige sektorer, dog ikke for så vidt angår psykologhjælp.

Det er værd at nævne i forbindelse med udbredelsen af sundhedsordninger, at tilbuddet om en ordning til medarbejderne ikke i sig selv altid er tilstrækkeligt. Det er tilmed af stor betydning, om medarbejderne rent praktisk har mulighed for at anvende ordningerne. Hermed menes, at forhold som arbejdstid, mulighed for flekstid og transport kan være centrale for den ansattes muligheder for at bruge ordningerne, som vi uddyber nærmere i rapportens kapitel 4 og 5.

Udbredelse af ordninger for alkohol og rygning

Indsatser rettet mod rygning og alkohol er det sidste område inden for sundhedsordninger, som undersøgelsen har afdækket.

Her viser data, at 78 % af kommunerne har tilbud rettet mod alkohol (fx rådgivning eller behandling for misbrug), og 88 % af kommunerne har tilbud om rygestop.

Inden for de enkelte typer af ordninger er det for alkohols vedkommende mest udbredt, at de kommunale arbejdspladser har faste procedurer for, hvordan alkoholmisbrug tages op (60 %) – hvilket typisk vil være en del af personalepolitikken. Dernæst følger interne personer uddannet til rådgivning ved alkoholproblemer (48 %). For rygning er de mest udbredte ordninger kurser i rygestop (96 %) efterfulgt af uddannede rygestopinstruktører (61 %).

Det skal her nævnes, at vi i undersøgelsen ikke beskæftiger os yderligere med alkohol og rygning efter kapitlet om udbredelse (kapitel 3). Denne afgrænsning skyldes, at disse typer af ordninger ofte fastlægges centralt, og at HR-cheferne generelt vurderer, at kommunerne allerede har foretaget en del erfaringsopsamling på dette område, hvorfor undersøgelsens kræfter er anvendt på de øvrige sundhedsordninger.

2.5 Organisering

I undersøgelsen ses der på flere aspekter af temaet organisering, da der ofte er stor variation i, hvordan kommunerne og de enkelte kommunale arbejdspladser organiserer ordningerne.

Konkret kortlægges det i undersøgelsen, hvorvidt sundhedsordningerne:

- Administreres centralt eller på den enkelte arbejdsplads
- Foregår i eller uden for arbejdstiden
- Foregår på arbejdsstedet eller andetsteds
- Har visitation eller er uden forudgående visitation
- Er arbejdsgiverbetalte eller (delvist/fuldt) brugerbetalte.

Disse parametre udgør strukturen for kapitlet om sundhedsordningernes organisering.

Undersøgelsen havde også til formål at behandle temaet *kapacitet*, der grundlæggende rummer to dimensioner. For det første er kapacitet relevant i forhold til, om anvendelsen af sundhedsordningerne fører til kapacitetsproblemer, hvis ordningerne bliver anvendt i så høj grad, at kommunerne er nødsaget til at regulere adgangen til dem – eller alternativt tilføre ekstra midler til ordningerne. Undersøgelsen har belyst dette tema i dataindsamlingen, men det er ikke vurderingen på de kommunale arbejdspladser, at sundhedsordningerne har medført kapacitetsproblemer i en mærkbar udstrækning, hvorfor vi ikke behandler denne dimension yderligere i rapporten. En anden dimension omkring kapacitet er en mere overordnet vurdering af, hvorvidt udbredelsen af sundhedsordningerne til de ansatte i kommunerne reducerer den generelle kapacitet i sundhedssektoren (især behandling som fysioterapi, kiropraktik, osv.), hvilket potentielt vil gå ud over borgerne. Undersøgelsen har ikke datamæssigt grundlag for at foretage en sådan vurdering, men det har ikke været et emne, som respondenterne umiddelbart har udvist bekymring for.

Decentral/central administration af ordningerne

I forhold til ordningernes administration og tilrettelæggelse er der stor variation i, om det foregår centralt eller på den enkelte arbejdsplads. Rammerne for en sundhedsordning kan udstikkes centralt, mens selve den praktiske udformning sker lokalt på den enkelte arbejdsplads, hvorfor det er svært at afgrænse organiseringen af ordningerne til henholdsvis centralt eller decentralt niveau.

For kost- og ernæringsordninger er det tilfældet, at de i højere grad end de øvrige sundhedsordninger er decentralt organiseret i den forstand, at de fastlægges på den enkelte arbejdsplads. Dette hænger sammen med, at madordninger ofte udbydes lokalt på arbejdspladsen, og at det også er nemmere at organisere ordningen der.

For sundhedsordningerne vedrørende motion og behandling er de i højere grad end kost og ernæring fastlagt centralt. 82 % af motionsordningerne tilrettelægges centralt på rådhuset, hvilket af de kvalitative data begrundes med, at motionstilbud ofte dækker alle medarbejdere og foregår i øvrigt uden for arbejdsstedet, hvorfor det er nemmest at organisere dem fra centralt hold. Angående behandlingsordninger er de ikke i lige så høj grad centralt organiserede (64 %).

Arbejdstid

Med hensyn til benyttelse af sundhedsordninger i den betalte arbejdstid er tendensen, at langt de fleste motionsordninger foregår uden for arbejdstiden (66-96 %, pausegymnastik undtaget), mens behandlingsordningerne kan foregå både i og uden for arbejdstiden afhængig af den enkelte ordning. For massage, kiropraktik og fysioterapi foregår behandlingen i den betalte arbejdstid på omkring en fjerdedel af arbejdspladserne, der tilbyder disse ordninger, mens psykologhjælp og sundhedstjek foregår i den betalte arbejdstid på mellem 46-57 % af arbejdspladserne, der tilbyder disse ordninger.

Fra de kvalitative data er billedet, at mange af medarbejderne mener, at det er rimeligt, at motionsordninger foregår i fritiden, mens behandlingsordningerne i højere grad vurderes at relatere sig til arbejdet (fx udbedring af museskade), hvorfor de ifølge medarbejderne i videre udstrækning bør foregå i den betalte arbejdstid.

Der er visse kommunale sektorer, hvor medarbejderne i højere grad kan benytte behandlingsordninger i arbejdstiden. Dette gælder blandt andet massageordning for ansatte i centraladministrationen, vej og park samt på jobcentre.

Ligeledes er en vigtig nuance i forhold til arbejdstid, at medarbejderne på visse arbejdspladser har mulighed for at benytte sundhedsordningerne i løbet af arbejdsdagen, men hvor de selv betaler for den tid, de bruger til ordningen, ved at 'flekse ud'. Derfor er der i undersøgelsen skelnet mellem 'betalt arbejdstid' og 'inden for arbejdstiden'.

Sundhedsordningernes lokalitet

Et andet centralt organiseringsparameter er sundhedsordningernes lokalitet i forhold til arbejdsstedet. Det vil sige, hvorvidt medarbejderne kan benytte sundhedsordningen på deres arbejdsplads (eller i umiddelbar tilknytning), eller om de eventuelt skal langt for at benytte ordningen, hvis den ligger i den anden ende af kommunen.

Data viser, at der er stor spredning i, om ordningerne tilbydes på arbejdsstedet. Massage og sundhedstjek foregår på arbejdspladsen i halvdelen af tilfældene og i endnu højere grad for de ansatte i den centrale administration, på jobcentre og i vej og park.

At disse to typer af ordninger tilbydes på arbejdspladsen hænger sammen med, at de er 'mobile' i den forstand, at de kan flyttes ud til arbejdspladsen. Omvendt kan det være svært at få psykologer eller kiropraktikere ud til arbejdspladsen af praktiske grunde eller andre hensyn.

Fra de kvalitative data ved vi, at tendensen vedrørende placering af sundhedsordningerne på arbejdsstedet ikke er entydig. Der er nemlig – afhængig af ordningens type og arbejdspladsen – forskel på, hvilke tilbud medarbejderne har lyst til at benytte lokalt. Et eksempel er motionsrum på arbejdspladsen for de ansatte i ældreplejen, hvor flere medarbejdere nævnte, at de ikke har lyst til at møde borgerne uden for deres arbejdstid og derfor hellere trænedes andetsteds.

Visitation

Med visitation menes der, hvorvidt medarbejderen skal spørge sin arbejdsgiver om lov til anvendelse af ordningen.

Generelt er billedet, at visitation til sundhedsordningerne ikke er særlig udbredt, hverken inden for området af motions- eller behandlingsordninger. Det betyder, at de kommunale medarbejdere i langt de fleste tilfælde kan deltage i de forskellige ordninger uden forudgående visitationspraksis.

En undtagelse fra ovenstående er psykologhjælp, hvor medarbejderne på 60 % af de adspurgte arbejdspladser, der tilbyder psykologhjælp, skal visiteres til ordningen. Det er dog værd at nævne, at der for mange ordninger – særligt inden for behandlingsområdet – er lagt en regulering ind i form af det antal gange, den enkelte medarbejder kan benytte ordningen. Eksempelvis har medarbejderne i en kommune ret til tre fysioterapibehandlinger årligt uden yderligere visitation.

Der er ikke signifikante forskelle på udbredelsen af visitation til sundhedsordninger mellem de kommunale sektorer.

Arbejdsgiverbetaling af sundhedsordningerne

Den sidste faktor, som vi har undersøgt i forhold til organisering af sundhedsordningerne, er arbejdsgiverbetaling versus fuld eller delvis brugerbetaling af deltagelse i ordningerne. Undersøgelsen viser, at graden af arbejdsgiverbetaling varierer afhængig af ordningens type.

For motionsordningerne betaler arbejdsgiver den fulde udgift for ordningen på omkring halvdelen af arbejdspladserne, der tilbyder ordningerne, dog undtaget fitness, hvor der i højere grad er tale om en delvis arbejdsgiverbetaling (72 % af arbejdspladserne). For fitnessordningerne kan der dog også være tale om en 'firmarabat', som lederne vurderer som en delvis arbejdsgiverbetaling, selvom der ikke direkte er nogen udgift for forbundet hermed for arbejdsgiver, men udelukkende administrative omkostninger.

Hvad angår behandlingsordninger, så skal medarbejderne selv dække udgifterne til ordningen uden bidrag fra arbejdsgiver på 8-12 % af de arbejdspladser, der tilbyder ordningerne. Det er derfor i højere grad tilfældet, at arbejdsgiver betaler enten den fulde udgift til behandlingsordningen (38-80 %) eller dele af den (7-48 %).

Psykologhjælp og sundhedstjek er de behandlingsordninger, der oftest er fuldt arbejdsgiverbetalt (78-80 %), mens massage, kiropraktik og fysioterapi er fuldt arbejdsgiverbetalt i 38-49 % af tilfældene.

I relation til arbejdsgiverbetaling så viser data, at der ikke er nogen klare forskelle mellem sektorerne.

Ovenstående organisationsvariable er, som det vil blive uddybet nedenfor, vigtige i forhold til medarbejdernes anvendelse af sundhedsordningerne samt forskellige grupper af medarbejders adgang til ordningerne. En gennemgående tendens i organiseringen af sundhedsordninger i kommunerne er, at de strukturelt – hermed tænkes primært på lokalitet og åbningstid – ofte er tilpasset de større arbejdspladser som eksempelvis rådhuset eller jobcentrene.

2.6 Efterspørgsel

En central pointe i forhold til efterspørgsel er, at den både rummer en kvantitativ og kvalitativ dimension. En ordning kan således have værdi, fordi den efterspørges *kvantitativt* af en bred målgruppe, pga. at mange medarbejdere har et behov, der matches af tilbuddet. Men efterspørgslen på en ordning kan også være af mere *kvalitativ* karakter, idet ordningen kan efterspørges af en smallere målgruppe, som til gengæld har et mere akut eller omfattende behov for ordningen, fx slankehold eller behandling for rygsmerter.

Temaet om efterspørgsel behandler to forskellige mål i forhold til sundhedsordninger:

- 1) Hvilke ordninger er de mest efterspurgte?
- 2) I hvilken grad anvendes de enkelte ordninger?

Med efterspørgsel menes i denne sammenhæng, hvilke sundhedsordninger lederne har vurderet, at medarbejderne helst vil have. Konkret er der i spørgeskemaet spurgt til, hvilke tre ordninger (ud af en liste med de mest gængse) lederne vurderer som de mest populære/efterspurgte.

Data viser, at de mest efterspurgte/populære sundhedsordninger er massage, frugtordning og madordning. Næsten halvdelen af de adspurgte ledere vurderer således, at disse tre ordninger er de mest efterspurgte tilbud blandt hele paletten af sundhedsordninger.

Det er kendetegnende for disse tre ordninger, at de alle har en bred målgruppe, hvorfor deres popularitet måske ikke er overraskende.

I fokusgrupperne diskuteredes ligeledes, hvilke ordninger medarbejderne kunne tænke sig. Data herfra viser, at to typer ordninger efterspørges flere gange i fokusgrupperne: tilbud om sund kost på arbejdet gennem madordning og mulighed for at blive dækket af en sundhedsforsikring.

Derudover var der i fokusgrupperne et ønske fra medarbejderne om, at ordningerne organiseres bedre med henblik på at øge tilgængeligheden, og at kendskabet til de forskellige ordninger udvides i stedet for at etablere *flere* ordninger. Det er i denne sammenhæng værd at nævne, at de deltagende medarbejdere alle havde et vist udbud af sundhedsordninger på deres arbejdsplads, hvorfor det ikke kan udelukkes, at medarbejdere på øvrige kommunale arbejdspladser efterspørger flere sundhedsordninger.

2.6.1 Anvendelse

Med anvendelse menes, hvor meget sundhedsordningerne i praksis benyttes, hvilket vi i undersøgelsen adskiller fra ordningernes efterspørgsel/popularitet – som beskrevet i ovenstående afsnit. I undersøgelsen er mellem- og institutionslederne blevet bedt om at vurdere, i hvor høj grad de enkelte ordninger anvendes af medarbejderne.

Det skal nævnes, at der i undersøgelsen er kigget på forskelle i anvendelse af sundhedsordninger mellem de enkelte sektorer, men der er ikke fundet signifikante forskelle, hvorfor vi ikke vil udbyde dette aspekt nærmere.

Anvendelse af kost- og ernæringsordninger

For sundhedsordninger på området for kost og ernæring gælder det, at madordning og frugtordning er de mest anvendte. Knap 60 % af de arbejdspladser, der udbyder en madordning, vurderer, at ordninger benyttes i høj eller i meget høj grad. Det tilsvarende tal for frugtordninger er ca. 80 %.

Kendetegnende for de øvrige ordninger på kost og ernæringsområdet er, at de primært benyttes i nogen eller i mindre grad. De øvrige ordninger på området (foredrag om kost, vægtkonsulent eller diætist) har umiddelbart også en smallere målgruppe end mad- og frugtordningerne.

Anvendelse af motionsordninger

For motion og fysisk aktivitet er billedet generelt, at ordningerne typisk anvendes i nogen eller i mindre grad. Den mest anvendte ordning på dette område er enkeltstående idrætsarrangementer, som 58 % af lederne vurderer, anvendes i meget høj grad, i høj grad eller i nogen grad.

Fra fokusgrupperne viser data, at det særligt for motionsordninger kan være svært for medarbejderne at motivere sig selv til at benytte ordningerne. Mange medarbejdere syntes det var rigtig godt, at ordningerne var der, men det var relativt få, der var flittige brugere af motionsordningerne.

Anvendelse af behandlingsordninger

Inden for området af behandlingsordninger er massage, fysioterapi og sundhedstjek de tre mest anvendte ordninger, da omkring en fjerdedel af de adspurgte decentrale ledere vurderer, at ordningerne benyttes i høj eller i meget høj grad.

Samtlige behandlingsordninger har en relativ høj andel af 'anvendes i nogen grad'-svar (29-41 %).

Det er vigtigt at være opmærksom på, at selvom en behandlingsordning umiddelbart har en lav grad af anvendelse, så kan den stadig være vigtig for medarbejderne, da de anvender den, når der er et behov (fx kiropraktik).

Fra fokusgrupperne ved vi, at flere medarbejdere påpegede, at de værdsatte behandlingsordningerne og anskuede dem som et vigtigt led i personaleplejen, selvom de ikke nødvendigvis selv

havde benyttet sig af ordningerne – hvilket er en generel vurdering for hele feltet af sundhedsordninger.

2.6.2 Organiseringens betydning for anvendelse

Et centralt fokus for undersøgelsen har været organiseringens betydning for efterspørgsel af sundhedsordningerne. De decentrale ledere vurderer, at særligt gratis deltagelse i ordningerne, at ordningen kan benyttes i arbejdstiden, og at medarbejderne har indflydelse på ordningen, er faktorer, der kan øge deltagelsen i ordningerne.

Det kvantitative materiale understøtter ovenstående argumenter, da en række statistiske test viser, at ordningernes anvendelse hænger sammen med netop mulighed for at benytte ordningerne i den betalte arbejdstid, om ordningen foregår på arbejdsstedet eller i umiddelbar tilknytning, og om ordningen er arbejdsgiverbetalt.

For massage som særskilt ordning ses en klar sammenhæng mellem, at ordningen er mere anvendt, hvis arbejdsgiver betaler hele udgiften eller dele af udgiften til behandlingen. Fokusgrupperne bakker ligeledes op om dette argument, da hovedparten af medarbejderne mener, at sundhedsordninger vil blive anvendt mere, hvis de er gratis.

En central pointe fra fokusgrupperne i forhold til lokalitet og arbejdstid er således, at ordningerne skal være tilgængelige og fleksible – dvs. at medarbejderne skal kunne benytte sig af dem i løbet af arbejdsdagen – eller alternativt at ordningerne er tilgængelige i forbindelse med starten eller afslutningen på deres arbejdsdag, samt at transporten til og fra ordningen ikke skal være for lang.

Herved udskilles et par klare sammenhænge mellem ledernes og medarbejdernes vurdering. Begge parter mener således, at organisering i form af placering af ordninger på arbejdspladsen (dog afhængig af ordningens type), og at ordningerne er arbejdsgiverbetalte, øger deltagelsen i ordningerne.

Et andet tema, der er relevant for efterspørgslen af sundhedsordninger, er, om aktiviteterne bliver organiseret som kollektive eller individuelle aktiviteter. Undersøgelsens data viser, at der overvejende er enighed om, at kommunerne kan øge anvendelsen af ordningerne, hvis de kan bruges af de ansatte sammen med kolleger. Et eksempel på en sådan ordning er motionshold. Argumentet for kollektive aktiviteter er primært, at det skaber sammenhold på arbejdspladsen og derved styrker det psykiske arbejdsmiljø. Omvendt foretrak nogle medarbejdere i fokusgrupperne, at de gerne vil udøve aktiviteterne alene, da det giver dem mulighed for at være selvbestemmende og fleksible i deres brug af ordningerne.

Undersøgelsen peger ydermere på, at organiseringen af sundhedsordninger i forhold til særlige målgrupper er af betydning for efterspørgslen. Generelt kan det siges, at sundhedsordninger i kommunerne ofte er organiseret således, at de strukturelt passer bedst til ansatte på større arbejdspladser, på trods af at ordningerne i teorien er tilgængelige for alle. Med strukturelt menes, at sundhedstilbud (massage, madordning, motionsrum, etc.) ofte fysisk placeres på større arbejdspladser som rådhuset, og at ansatte med flekstid i højere grad har mulighed for at benytte ordningerne i løbet af arbejdsdagen. De medarbejdere, der således ikke tilgodeses i denne henseende, er dem, der ikke har mulighed for at flekse ud, dem der er på mindre arbejdspladser, hvor ordningerne ikke udbydes lokalt, og ansatte med arbejdstider, der ligger uden for tidsrummet 9-16 (som ordningerne typisk tilpasses).

En udfordring for kommunerne ligger i, at sundhedsordningerne skal nå ud til de medarbejdere, der ikke selv opsøger dem uden yderligere motivation. De omfattende, ofte centralt organiserede sundhedsordninger, er særligt effektive til at nå ud til de såkaldt ressourcestærke medarbejdere, der selv kan navigere i tilbuddene og har en interesse i aktivt at opsøge dem. Undersøgelsen indikerer, at der skal bruges andre tilgange for at nå de medarbejdere, der ikke umiddelbart opsøger arbejdspladsens sundhedstilbud. På baggrund af de gennemførte interviews ses, at to gennemgående træk gør sig gældende for, at sundhedsordninger når ud til grupper af ansatte uden stor interesse for sundhed: skabelse af ejerskab for sundhed hos den enkelte medarbejder og kommunikation af ordningerne.

2.7 Vurderet effekt

Fokus for undersøgelsen i forhold til effekt er de centrale og decentrale lederes *vurdering* af ordningernes effekt, da der ikke er foretaget en decideret og systematisk effektanalyse. Der skelnes i undersøgelsen heller ikke mellem forventede og realiserede effekter, hvorfor undersøgelsen ikke kan vise, at en ordning har den pågældende effekt.

Der er i undersøgelsen ikke skelnet mellem effekt af sundhedsordninger for de enkelte sektorer, da en indledende analyse viste, at der ikke var systematiske forskelle mellem sektorerne.

En central pointe fra undersøgelsen er, at det kan være vanskeligt at udskille effekten af de enkelte elementer i ordningerne. Dette skyldes, at de enkelte ordninger ofte er dele af en større helhed. Det vil sige, at kommunerne ikke nødvendigvis indfører sund kost på arbejdspladsen, fordi de forventer, at det i sig selv kan nedbringe sygefraværet, men den sunde kost er måske led i en større indsats, hvor kommunen vil nedbringe sygefravær, give bedre medarbejderomsorg, øge rekrutteringen osv.

Generelt vurderer stort set ingen af de adspurgte decentrale ledere, at ordningerne *ikke* har nogen effekt. Der er derfor et klart billede af, at de kommunale sundhedsordninger vurderes at have effekter af den ene eller anden art.

I fokusgrupperne pegede medarbejderne på, at sundhedsordninger overordnet set var med til at skabe et positivt kollegialt miljø, hvor medarbejderne oplevede øget fællesskab og gode relationer, ligesom ordningerne bidrog til øget trivsel på arbejdspladsen som helhed.

Nedenfor beskrives de vurderede effekter af de enkelte kategorier af sundhedsordninger.

Vurderede effekter af kost og ernæring

Den væsentligste vurderede effekt af kost- og ernæringsordningerne er forbedret sundhed, da mellem 55-76 % peger på denne effekt. Enkelte ordninger inden for området har ligeledes mere specifikke effekter, som eksempelvis tilbud om vægttabsgrupper og tilknyttede diætister, idet 80 % af lederne mener, at disse to typer tilbud reducerer sygefraværet på arbejdspladsen.

Vurderede effekter af motionsordninger

I lighed med ovenstående sammenhæng peger data på, at den primære effekt af motionsordningerne er forbedret sundhed for medarbejderne. Mellem 65 og 82 % af lederne vurderer, at sundhed er en effekt af motionsordningerne. En af de motionsordninger, som ifølge data giver flere klare effekter, er pausegymnastik, der både menes at give forbedret sundhed, forøget produktivitet, et bedre psykisk arbejdsmiljø og reduceret nedslidning.

Vurderede effekter af behandlingsordninger

De primære vurderede effekter af behandlingsordningerne er reduceret sygefravær og forbedret sundhed. Behandlingsordningerne adskiller sig herved fra de to øvrige områder, da de er særligt virksomme i forhold til at reducere sygefraværet. Ligeledes ser psykologhjælp ud til at være særlig effektiv til at forbedre det psykiske arbejdsmiljø og sikre fastholdelse, mens visse af handlingerne også vurderes at reducere nedslidning.

De kvalitative data viser, at udbredelsen af behandlingsordninger i kommunerne har gjort det mere legitimt for medarbejderne at opsøge behandling, hvilket i sidste ende medfører, at sygdom bliver taget i opløbet, mener medarbejderne. Flere nævnte eksempler på, hvordan de havde benyttet behandlingstilbud og derigennem var kommet hurtigere tilbage på arbejde ved sygdom. Disse udsagn fra medarbejderne bekræfter i høj grad tesen om behandlingsordningerne som værende *forebyggende* for både sygdom af arbejdsbetinget karakter samt sygdom, der er uafhængig af arbejdet.

Et led i undersøgelsen har været at bede kommunerne om at indsende dokumentation af sundhedsordninger, som de selv har forestået. Den generelle tendens er, at ordningerne ikke dokumenteres systematisk i kommunerne. Ofte måler kommunen, hvor mange deltagere der har benyttet en given ordning, og hvorvidt de har været tilfredse med ordningen. Den begrænsede udbredelse af dokumentation af sundhedsordninger skyldes sandsynligvis, at der er tale om et rela-

tivt nyt felt, der stadig er i udvikling, og dernæst at kommunerne ikke iværksætter sundhedsordningerne med øje for bestemte effekter (fx fastholdelse), men derimod som led i den overordnede medarbejderpleje og personalepolitik. Det er derfor vanskeligt at vurdere effekten af sundhedsordningerne isoleret set.

2.8 Sammenfattende konklusion

Undersøgelsen giver et bredt grundlag for at belyse udbredelsen og anvendelsen af sundhedsordninger for en stor gruppe af kommunale arbejdspladser, der fordeler sig på tværs af de fleste af landets kommuner og på tværs af de kommunale sektorer.

Undersøgelsen viser overordnet, at kommunerne tilbyder medarbejderne en sundhedsordning, men at der er stor spændvidde i tilbuddene, både hvad angår udbud og i forhold til sektor. Udbredte ordninger er således madordning (fx kantine), frugtordning samt tilskud til enkeltstående idrætsarrangementer (fx Broløb, LadyWalk), mens tilbud om diætist, adgang til motionsrum og behandlingsordninger bredt set er mindre udbredt. Undersøgelsen viser desuden, at ordningerne typisk foregår uden for den betalte arbejdstid, samt at omfanget af arbejdsgiverbetaling varierer mellem de enkelte sundhedsordninger. Motionsordninger er med undtagelse af tilskud til fitnessmedlemskab fuldt arbejdsgiverbetalt i halvdelen af tilfældene, hvilket tilnærmelsesvis også gælder behandlingsordningerne massage, kiropraktik og fysioterapi, mens psykologhjælp og sundhedstjek oftere er fuldt arbejdsgiverbetalt. Undersøgelsen viser også, at ordningerne typisk er uden visitation fra arbejdsgiver, og at der er forskel på, hvorvidt tilbuddene foregår på arbejdsstedet eller andetsteds i kommunen.

Undersøgelsen viser endvidere, at tilbuddet om en sundhedsordning ikke er ensbetydende med, at medarbejderne benytter ordningen. Organiseringen af ordningerne er i høj grad afgørende for, om de pågældende ordninger anvendes – og hvem de anvendes af. Mest gennemgående for organiseringen af ordningerne er, at de skal være *tilgængelige* for medarbejderne, både hvad angår lokalitet (ikke for langt fra arbejdspladsen) og åbningstid (så de ikke kolliderer med medarbejdernes egen arbejdstid). Desuden vurderes det, at arbejdsgiverbetaling også har betydning for anvendelsen af ordningerne.

Ikke alle kommunale medarbejdere har mulighed for at anvende sundhedsordningerne. Der er forskelle mellem de kommunale sektorer og de enkelte arbejdspladser på, om de ansatte kan benytte ordningerne i løbet af arbejdsdagen, om de ansatte har skæve arbejdstider, der besværliggør brugen af ordningerne, og om arbejdspladserne tilbyder de enkelte ordninger.

En gennemgående vurdering i undersøgelsen er, at medarbejderne får et positivt udbytte af sundhedsordningerne. Der kan være tale om meget generelle effekter som forbedret sundhed, men enkelte ordninger vurderes også at have mere konkrete vurderede effekter som reduceret sygefravær, hvilket først og fremmest gælder behandlingsordninger. Der findes dog ikke megen systematisk, evidensbaseret dokumentation for effekterne af sundhedsordninger i kommunerne. Fokusgruppinterviews med medarbejderne viser i øvrigt, at ordningerne bidrager til øget trivsel på arbejdspladsen som helhed.

3. OVERBLIK OVER KOMMUNALE SUNDHEDSORDNINGER

I dette kapitel gives et samlet overblik over de forskellige kommunale sundhedsordninger og deres udbredelse.

Kommunerne tilbyder medarbejderne en bred række af sundhedsordninger på områderne kost og ernæring, motion og fysisk aktivitet, behandlingsordninger samt rygning og alkohol. Disse femkategorier repræsenterer overordnet de typiske sundhedsordninger, der iværksættes inden for området (jf. afsnit 1.2). I praksis adskiller kommunerne dog ikke altid sundhed fra øvrig personalepleje eller tiltag på arbejdspladsen, hvorfor kategoriseringen af områderne primært tjener som overblik.

Kapitlet er opbygget således, at udbredelsen af sundhedsordningerne inden for de fem områder vises særskilt i hvert deres afsnit, dog behandles alkohol og rygning i samme afsnit af hensyn til overskueligheden.

Data for områderne kost og ernæring, motion og fysisk aktivitet samt behandlingsordninger baserer sig på surveyen med mellem- og institutionsledere, der giver et solidt fundament for at vurdere udbredelsen af ordninger målt for hver enkelt arbejdsplads. For disse områder kan vi ligeledes se på forskelle i udbredelsen af ordninger mellem de forskellige sektorer, der her er afgrænset til centraladministrationen (rådhuset og forvaltninger), dagtilbud (vuggestuer og børnehaver), folkeskoler, ældreområdet (både plejecentre og hjemmeplejen), sociale institutioner (dag- og botilbud), vej og park, rengøring/intern service og jobcentre.

Med hensyn til alkohol og rygning er baggrunden for disse data telefoninterviews med HR-chefer, da vi i undersøgelsen valgte udelukkende at spørge til disse typer af ordninger på centralt niveau (jf. kapitel 1).

Efter indeværende kapitel om sundhedsordningernes udbredelse vil vi i kapitel 4 se nærmere på ordningernes organisering, der er central for medarbejdernes mulighed for at benytte ordningerne, mens vi i kapitel 5 ser på efterspørgslen efter og anvendelsen af de enkelte ordninger.

3.1 Kost- og ernæringsordninger på de kommunale arbejdspladser

Som vi indledende beskrev i kapitel 1, tilrettelægges visse sundhedsordninger typisk på decentralt frem for centralt niveau. Dette er særlig udtalt på området for kost og ernæring, hvor mange kommuner lader det være op til den enkelte arbejdsplads, hvorvidt der skal iværksættes tilbud til medarbejderne på dette område.

Som vi senere skal se i kapitel 4, er der dog også praktiske hensyn, der influerer på udbredelsen.

Nedenstående tabel viser udbredelsen af forskellige kost- og ernæringsordninger på de kommunale arbejdspladser i forhold til sektor.

Tabel 3: Tilbydes medarbejderne på din arbejdsplads følgende tilbud vedrørende kost og ernæring?

| Sektor | Mad- ordning for de ansatte | Frugt- ordning | Foredrag eller ar- range- menter om mad og sund kost | Tilbud om vægttabs- grupper | Har til- knyttet diætist/ vægtkon- sulent | Andet | Antal |
|--|--------------------------------------|-------------------|--|-----------------------------------|---|---------|-------|
| | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | |
| Leder i den centra- le administration (rådhuset) | 80% | 60% | 42% | 27% | 17% | 29% | 142 |
| Dagtilbudsleder | 12% | 30% | 32% | 19% | 9% | 21% | 146 |
| Skoleleder | 23% | 39% | 18% | 13% | 1% | 19% | 109 |
| Leder på ældreom- rådet | 32% | 32% | 50% | 37% | 22% | 28% | 108 |
| Leder af sociale in- stitutioner | 50% | 65% | 33% | 18% | 14% | 20% | 111 |
| Mellemlider i vej og park | 32% | 69% | 28% | 15% | 11% | 17% | 54 |
| Mellemlider rengø- ring/intern service | 63% | 45% | 34% | 32% | 18% | 18% | 38 |
| Jobcenterchef | 84% | 60% | 44% | 33% | 16% | 31% | 45 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

N = 753. Datagrundlaget for tabellen er således den samlede population fra surveyen.

Generelt set fremgår det af tabellen, at madordning (kantine eller andet dagligt madtilbud) samt frugtordning er de to mest udbredte sundhedsordninger inden for området. Foredrag eller arrangementer om kost er relativt udbredt, ligesom lidt mere end hver femte arbejdsplads i undersøgelsen tilbyder vægttabsgrupper. De mest udbredte ordninger under kategorien 'andet' er for dette område kostvejledning, livsstilskurser og sundhedsguider (uddannelse af medarbejdere i at vejlede kolleger om sund kost m.m.).

Hvis de enkelte sektorer betragtes særskilt i forhold til kost og ernæring, så er den mest gennemgående tendens, at særligt madordninger i højere grad udbydes i den centrale administration samt på jobcentre.

Dagtilbudsområdet har i forhold til de øvrige sektorer det laveste udbud af madordninger og frugtordninger. For skoleområdet gælder det, at der ligeledes er et lavt udbud af madordninger, mens skolerne ligeledes i mindre grad end de øvrige sektorer tilbyder de ansatte foredrag eller arrangementer om mad og sund kost eller tilbud om vægttabsgrupper.

3.2 Motion og fysisk aktivitet

Motion og fysisk aktivitet er ligeledes en del af de kommunale sundhedstilbud, og som vi skal se, hører denne type af tilbud til de mest udbredte sundhedsordninger på de kommunale arbejdspladser.

Nedenstående tabel viser udbredelsen af de forskellige tilbud inden for området af motion og fysisk aktivitet.

Tabel 4: Tilbydes medarbejderne på din arbejdsplads følgende tilbud vedrørende motion og fysisk aktivitet?

| | Deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer | Tilskud til/betaling af medlemskab til motionscenter/fitnesscenter eller lign. | Motionsrum på arbejdspladsen u. instruktør | Motionshold på arbejdspladsen m. instruktør | Daglig "pause-gymnastik" | Frikort til kommunens idrætsfaciliteter | Andet | Antal |
|--|--|--|--|---|--------------------------|---|---------|-------|
| | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | |
| Sektor | | | | | | | | |
| Leder i den centrale administration (rådhuset) | 87% | 62% | 38% | 30% | 12% | 14% | 15% | 142 |
| Dagtilbudsleder | 64% | 69% | 4% | 9% | 3% | 14% | 14% | 146 |
| Skoleleder | 75% | 68% | 16% | 5% | 0% | 14% | 6% | 109 |
| Leder på ældreområdet | 72% | 71% | 47% | 24% | 14% | 17% | 18% | 108 |
| Leder af sociale institutioner | 71% | 61% | 26% | 14% | 9% | 20% | 22% | 111 |
| Mellemlider i vej og park | 72% | 57% | 35% | 30% | 24% | 13% | 11% | 54 |
| Mellemlider rengøring/intern service | 79% | 58% | 32% | 29% | 5% | 8% | 13% | 38 |
| Jobcenterchef | 96% | 71% | 36% | 38% | 13% | 16% | 16% | 45 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

N = 753. Datagrundlaget for tabellen er således den samlede population fra surveyen.

Som det fremgår af tabellen, er tilbud til medarbejdernes deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer en meget udbredt ordning på de kommunale arbejdspladser. Ligeledes er tilskud til eller fuld betaling af medlemskab i et motionscenter udbredt i kommunerne.

Eksempler på enkeltstående idrætsarrangementer, som arbejdspladserne støtter, er LadyWalk, Broløb, DHL Stafetten mv. Øvrige eksempler på tilbud til medarbejderne vedrørende motion og fysisk aktivitet fra kategorien 'andet' er "Vi cykler på arbejde" (som flere kommuner nævner), "Arbejdspladsen motionerer" og skridttællere.

Med hensyn til udbredelse af motion og fysisk aktivitet på arbejdspladserne ses ikke ligeså klare mønstre i forhold til sektor, som det var gældende på kost- og ernæringsområdet. Dog viser tabellen, at centraladministrationen og jobcentrene har en højere udbredelse af disse typer ordninger, mens dagtilbud og skoler udgør sektorer, der i denne forbindelse typisk har et noget mindre udbud af ordninger.

For ordningen 'motionsrum på arbejdspladsen uden instruktør' skiller ældreområdet sig ud ved, at 47 % af arbejdspladserne har denne ordning. Dette hænger muligvis sammen med, at der på mange ældrecentre er indrettet motionsrum til beboerne, som de ansatte har adgang til.

3.3 Behandlingsordninger

Kommunerne har også en række tilbud til deres medarbejdere vedrørende forskellige typer af behandling. Behandlingsordningerne er primært af forebyggende karakter, men enkelte ordninger såsom fysioterapi og psykologhjælp kan ligeledes bruges som 'akut' behandling af medarbejderne.

Nedenstående tabel viser udbredelsen af de mest typiske behandlingsordninger på de kommunale arbejdspladser.

Tabel 5: Tilbydes medarbejderne på din arbejdsplads følgende tilbud vedrørende behandling?

| Sektor | | Massage | Kiropraktik | Fysio- terapi | Psyko- loghjælp | Sund- hedstjek | Andet | Antal |
|--|--|---------|-------------|------------------|--------------------|-------------------|---------|-------|
| | | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | |
| Leder i den centrale administration (rådhuset) | | 41% | 17% | 31% | 31% | 38% | 11% | 142 |
| Dagtilbudsleder | | 32% | 16% | 30% | 36% | 23% | 12% | 146 |
| Skoleleder | | 26% | 13% | 28% | 36% | 20% | 3% | 109 |
| Leder på ældreområdet | | 46% | 26% | 44% | 46% | 33% | 15% | 108 |
| Leder af sociale institutioner | | 44% | 16% | 32% | 43% | 19% | 14% | 111 |
| Mellemlider i vej og park | | 35% | 13% | 37% | 35% | 30% | 4% | 54 |
| Mellemlider rengøring/intern service | | 50% | 21% | 42% | 18% | 29% | 13% | 38 |
| Jobcenterchef | | 58% | 18% | 31% | 42% | 47% | 9% | 45 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

N = 753. Datagrundlaget for tabellen er således den samlede population fra surveyen.

Som det ses af tabellen, så er de mest udbredte behandlingsordninger på de kommunale arbejdspladser massage og fysioterapi. Tabellen viser samtidig, at øvrige relativt hyppigere udbudte ordninger er sundhedstjek og psykologhjælp. Enkelte arbejdspladser i undersøgelsen har behandlingsordninger, der falder uden for de ovennævnte kategorier. Disse er primært zoneterapi, akupunktur og stress-coaching.

Hvis man kigger på, hvilke sektorer der har det største udbud af behandlingsordninger, så ses det af tabellen, at særligt jobcentre, rengøring/intern service og ældreområdet har et højere udbud af behandlingsordninger. Data viser dog ikke yderligere markante forskelle i forhold til de forskellige sektors udbud af behandlingsordninger.

En central pointe, som vi senere vil uddybe i kapitel 4, er, at udbredelsen af sundhedsordninger – herunder også behandlingsordninger, i praksis begrænses af medarbejdernes adgang til ordningerne. Eksempelvis kan arbejdspladsen godt udbyde en behandlingsordning, men det er dermed ikke sikkert, at alle medarbejdere kan benytte sig af den, hvis deres arbejdstid ikke passer med ordningen eller transporten til ordningen er for lang. Ligeledes begrænses antallet af gange medarbejderne kan benytte en behandlingsordning ofte; eksempelvis har medarbejderne i en kommune ret til tre fysioterapibehandlinger årligt uden yderligere visitation.

3.4 Alkohol og rygning

Som nævnt i indledningen af kapitlet har vi i undersøgelsen ikke beskæftiget os med områderne alkohol og rygning på decentralt niveau. Denne afgrænsning skyldes, at denne type ordninger oftest fastlægges centralt, og ligeledes vurderedes det af HR-cheferne, at kommunerne allerede har foretaget en del erfaringsopsamling på dette område, hvorfor undersøgelsens kræfter er anvendt på de øvrige sundhedsordninger.

Dog er det stadig muligt at undersøge udbredelsen af alkohol- og rygestopordninger på baggrund af telefoninterviews med HR-cheferne. Undersøgelsen blandt kommunale HR-chefer viste:

Alkohol og rygning

- 78 % af kommunerne har tilbud rettet mod alkohol
- 88 % af kommunerne har et tilbud vedr. rygestop til medarbejderne

Kilde: Telefoninterviews med HR-chefer.

Nedenstående tabel viser udbredelsen af de forskellige ordninger vedrørende alkohol i de kommuner, som tilbyder ordninger på området.

Tabel 6: Blandt kommuner der har tilbud vedr. alkohol: Hvilke tilbud, ordninger eller lignende har kommunen, der kan hjælpe ansatte med alkoholproblemer?

| | Ja | Nej | Ved ikke | Total | Antal |
|---|-----|-----|----------|-------|-------|
| Interne personer uddannet til rådgivning ved alkoholproblemer | 48% | 50% | 2% | 100% | 58 |
| Tilknyttet eksterne rådgivere vedrørende alkoholproblemer | 31% | 66% | 3% | 100% | 58 |
| Materialer om alkoholproblemer | 28% | 69% | 3% | 100% | 58 |
| Faste procedurer for hvordan alkoholmisbrug tages op | 60% | 33% | 7% | 100% | 58 |
| Andet | 35% | 60% | 5% | 100% | 58 |

Kilde: Telefoninterviews med HR-chefer.

Note: Tabellen viser udbredelsen af ordninger blandt de kommuner, der har svaret 'ja' til, at de organiserer tilbud vedrørende alkohol centralt.

Ovenstående tabel viser, at det er udbredt, at kommunerne har faste procedurer for, hvordan alkoholmisbrug tages op blandt tilbuddene vedrørende alkohol, og dernæst interne personer uddannet til rådgivning ved alkoholproblemer.

Nedenstående tabel viser udbredelsen af kommunernes tilbud vedrørende rygestop.

Tabel 7: Blandt kommuner der har tilbud vedr. rygestop: Hvilke tilbud, ordninger eller lignende har kommunen, der kan hjælpe rygere, som ønsker at holde op med at ryge?

| | Ja | Nej | Ved ikke | Total | Antal |
|--|-----|-----|----------|-------|-------|
| Økonomisk støtte til nikotinprodukter eller andre rygeafvænningsprodukter | 7% | 89% | 4% | 100% | 72 |
| Kurser i rygestop | 96% | 4% | 0% | 100% | 72 |
| Uddannede rygestopinstruktører; enten ansat på arbejdspladsen eller eksterne | 61% | 36% | 3% | 100% | 72 |
| Materialer om rygestop | 51% | 42% | 7% | 100% | 72 |
| Andet | 11% | 86% | 3% | 100% | 72 |

Kilde: Telefoninterviews med HR-chefer.

Note: Tabellen viser udbredelsen af ordninger blandt de kommuner, der har svaret 'ja' til, at de organiserer tilbud vedrørende rygestop centralt.

Af tabellen ses det, at kommunerne primært afholder kurser i rygestop i forhold til andre rygestopordninger. Dog har en relativ stor andel af kommunerne ligeledes uddannede rygestopinstruktører eller materialer omkring rygestop.

4. ORGANISERING AF SUNDHEDSORDNINGER

I kapitel 3 så vi udbredelsen af forskellige sundhedsordninger. I dette kapitel vil fokus være rette mod deres organisering.

Med organisering menes den måde, som sundhedsordningerne er tilrettelagt, udformet og reguleret – såvel på overordnet niveau som praktisk. Eksempelvis har det betydning for deltagelsen i en ordning, hvorvidt den er uden visitation, og om det koster noget for medarbejderne.

De faktorer, som vi har lagt vægt på i undersøgelsen, er, hvorvidt de konkrete ordninger:

- Administreres centralt eller på den enkelte arbejdsplads
- Foregår i eller uden for arbejdstiden
- Foregår på arbejdsstedet eller andetsteds
- Har visitation eller er uden forudgående visitation
- Er arbejdsgiverbetalte eller (delvist/fuldt) brugerbetalte.

Kapitlet tjener primært til en beskrivelse af forskellige måder at organisere sundhedsordninger. I de følgende kapitler vil vi bevæge os et analytisk niveau op og undersøge, hvordan organisering kan have betydning for efterspørgslen af ordningerne (kap. 5).

Undersøgelsen havde også til formål at behandle temaet *kapacitet*, der grundlæggende rummer to dimensioner. For det første er kapacitet relevant i forhold til, om anvendelsen af sundhedsordningerne fører til kapacitetsproblemer, hvis ordningerne bliver anvendt i så høj grad at kommunerne er nødsagede til at regulere adgangen til dem – eller alternativt tilføre ekstra midler til ordningen. Undersøgelsen har belyst dette tema i dataindsamlingen, men det er ikke vurderingen på de kommunale arbejdspladser, at sundhedsordningerne har medført kapacitetsproblemer i en mærkbar udstrækning, hvorfor vi ikke behandler denne dimension yderligere i rapporten. En anden dimension om kapacitet er en mere overordnet vurdering af, hvorvidt udbredelsen af sundhedsordningerne til de ansatte i kommunerne reducerer den generelle kapacitet i sundhedssektoren (især behandling som fysioterapi, kiropraktik osv.), hvilket potentielt vil gå ud over borgerne. Undersøgelsen har ikke datamæssigt grundlag for at foretage en sådan vurdering, men det har ikke været et emne, som respondenterne umiddelbart har udvist bekymring for.

4.1 Decentralt og centralt organiserede ordninger

Inden for sundhedsordninger er der forskellige måder for kommunerne organisatorisk at tilrettelægge de forskellige ordninger: De kan udbydes og tilrettelægges centralt i kommunen (via HR), eller de kan tilrettelægges decentralt i de enkelte forvaltninger eller på den enkelte arbejdsplads. Der er altså flere niveauer i kommunernes organisering af sundhedsordninger, der bevæger sig fra den centrale HR-afdeling til den enkelte arbejdsplads.

Det er ofte tilfældet, at rammerne for sundhedsordninger ofte udstikkes centralt, men selve udformningen af dem kan ske decentralt, hvorfor den samme ordning kan organiseres forskelligt fra arbejdsplads til arbejdsplads.

Tabel 8: Fastlægges sundhedsordningerne centralt eller decentralt i kommunen?

| | | Fastlægges centralt | Fastlægges decentralt i forvaltningerne | Fastlægges decentralt af mellemledere | Ordningerne tilbydes ikke | Ved ikke |
|-----------------------------------|---------|---------------------|---|---------------------------------------|---------------------------|----------|
| Kost og ernæring | Procent | 39% | 29% | 40% | 22% | 5% |
| | Antal | 32 | 24 | 33 | 18 | 4 |
| Motion og fysisk aktivitet | Procent | 82% | 16% | 19% | 7% | 0% |
| | Antal | 68 | 13 | 16 | 6 | 0 |
| Behandlingsordninger | Procent | 64% | 19% | 28% | 16% | 4% |
| | Antal | 53 | 16 | 23 | 13 | 3 |

Kilde: Telefoninterviews med kommunale HR-chefer. Flere svar mulige.

N = 83.

Ovenstående tabel viser organiseringen af ordninger vedrørende henholdsvis kost og ernæring, motion og fysisk aktivitet og behandling i kommunerne. Ser vi først på kost og ernæring, fremgår det af tabellen, at ordninger vedrørende kost og ernæring i højere grad end de øvrige sundhedsordninger fastlægges decentralt.

For tilrettelæggelse af motionsordninger i kommunerne viser tabellen en klar tendens i retning af, at centralt organiserede ordninger dominerer billedet. Hvad angår behandlingsordninger, tilrettelægges de ligeledes hovedsageligt centralt, dog ikke i lige så høj grad som motionsordningerne.

De kvalitative interviews samt casestudier viser, at der er høj grad af variation i, hvilke typer af kost- og ernæringstilbud kommunerne tilrettelægger henholdsvis centralt og decentralt, da flere slags ordninger kan tilrettelægges både centralt og decentralt. Eksempler på disse er frugtordninger og arrangementer eller foredrag om sund kost. Endvidere viser de kvalitative data, at særligt kantinedriften tilrettelægges decentralt, da den knytter sig til et specifikt arbejdssted. Tilknyttede vægtskulentere eller diætister tilrettelægges oftest centralt, mens væggtabsgrupper både kan iværksættes på tværs af organisatoriske enheder eller lokalt på den enkelte arbejdsplads, som fokusgrupperne illustrerede.

Angående motionsordninger viser de kvalitative data, at den centrale organisering skyldes, at tilbuddene dækker rabat til fitnesscentre, rabat til svømmefaciliteter eller favorable priser til ryghold for kommunens ansatte. Når disse motionsordninger organiseres centralt, er det fordi, de omfatter samtlige af kommunens ansatte og ikke knytter sig til et specifikt arbejdssted. For de motionsordninger, der tilrettelægges decentralt enten i forvaltningen eller af mellemledere, så peger de kvalitative data på, at det primært er motionshold, som afholdes lokalt i en afdeling eller på en institution.

Behandlingsordninger indgår ofte i en sundhedspakke¹, som kommunen tilkøber for alle eller store grupper blandt dens ansatte – hvilket forklarer den høje grad af central organisering for denne type ordninger. Hvis behandlingsordningerne er organisatorisk tilrettelagt decentralt, så kan vi på baggrund af fokusgrupperne og interviewene konkludere, at det hovedsageligt er ordninger, der henvender sig til en bestemt personale- eller faggruppe, såsom fysioterapi til ansatte på plejehjem.

Når der læses på tværs af de tre områder i tabellen, ses, at den kommunale organisering af sundhedsordningerne tilpasses ordningens type – hvilket ligeledes bakkes op af de kvalitative data. Eksempelvis vil meget brede ordninger, såsom rabat på fitness være, tilrettelagt centralt, mens mere 'snævre' ordninger, såsom pausegymnastik på rådhuset, blive tilrettelagt decentralt.

På baggrund af de indsamlede data fra kommunale ledere fremgår det, at der er en vis fleksibilitet i de ordninger, der tilrettelægges både centralt og decentralt, sådan at kommunen ofte har iværksat en række ordninger fra centralt hold, men den enkelte arbejdsplads har så mulighed for at udvide ordningerne, hvis det er ønsket fra den lokale ledelse. Det typiske billede fra kommu-

¹ En sundhedspakke kan eksempelvis indeholde tilbud om behandling hos kiropraktor, massage og psykologhjælp. Afhængig af pakken udformning, er der begrænset antal klip til hver behandling, fx 6 gange massage på et år.

nerne er altså, at der fra centralt hold udstikkes en ramme for kommunens sundhedsordninger. Denne ramme kan så fyldes ud af lokale ordninger, som eksemplerne fra ovenstående afsnit illustrerer.

4.2 Benyttelse af sundhedsordninger i arbejdstiden

Der forskel på, hvorvidt kommunerne tilbyder sundhedsordninger til benyttelse i arbejdstiden eller i de ansattes fritid. Selvom aktiviteterne foregår i arbejdstiden, er det ofte ikke betalt arbejdstid, da medarbejderne 'flekser ud', mens de benytter tilbuddet, fx massage eller motionshold. Ligeledes bruger mange kommunalt ansatte deres pauser til fx behandlingsordninger. Når vi fremover taler om arbejdstid, er det vigtigt at hæfte sig ved, at der er tale om *betalt arbejdstid*. Kost og ernæring er ikke inddraget i denne oversigt, da arbejdstid ikke er et relevant parameter i den sammenhæng, idet mange kommunale ansatte har betalt frokostpause.

Nedenstående tabel viser, hvorvidt henholdsvis motion og fysisk aktivitet og behandlingsordninger foregår i arbejdstiden.

Tabel 9: Foregår tilbuddene (sundhedsordningerne) i den betalte arbejdstid?

| | | Ja | Nej | Ved ikke | Antal |
|--|---------|-----|-----|----------|-------|
| Motion og fysisk aktivitet | | | | | |
| Deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer | Procent | 5% | 93% | 2% | 100% |
| | Antal | 29 | 526 | 13 | 568 |
| Tilskud til/betaling af medlemskab til motionscenter/fitnesscenter eller lign. | Procent | 3% | 95% | 2% | 100% |
| | Antal | 16 | 466 | 10 | 492 |
| Motionsrum på arbejdspladsen u. instruktør | Procent | 16% | 81% | 3% | 100% |
| | Antal | 32 | 165 | 7 | 204 |
| Motionshold på arbejdspladsen m. instruktør | Procent | 13% | 81% | 6% | 100% |
| | Antal | 19 | 118 | 9 | 146 |
| Daglig "pausegymnastik" | Procent | 96% | 2% | 3% | 100% |
| | Antal | 65 | 1 | 2 | 68 |
| Frikort til kommunens idrætsfaciliteter | Procent | 3% | 94% | 4% | 100% |
| | Antal | 3 | 106 | 4 | 113 |
| Andet (motion) | Procent | 29% | 66% | 5% | 100% |
| | Antal | 32 | 72 | 5 | 109 |
| Behandlingsordninger | | | | | |
| Massage | Procent | 29% | 65% | 6% | 100% |
| | Antal | 86 | 193 | 16 | 295 |
| Kiropraktik | Procent | 24% | 69% | 7% | 100% |
| | Antal | 31 | 90 | 9 | 130 |
| Fysioterapi | Procent | 28% | 65% | 7% | 100% |
| | Antal | 71 | 162 | 18 | 251 |
| Psykologhjælp (ud over krisehjælp) | Procent | 57% | 33% | 10% | 100% |
| | Antal | 158 | 92 | 29 | 279 |
| Sundhedstjek | Procent | 46% | 46% | 8% | 100% |
| | Antal | 99 | 99 | 17 | 215 |
| Andet (behandling) | Procent | 42% | 53% | 5% | 100% |
| | Antal | 33 | 41 | 4 | 78 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

Med hensyn til motion ses af tabellen, at tilbuddene langt overvejende foregår uden for arbejdstiden. En undtagelse er daglig pausegymnastik, der typisk foregår i den betalte arbejdstid. Behandlingsordninger tilbydes i højere grad end motionsordninger i arbejdstiden, og særligt psykologhjælp og sundhedstjek foregår i arbejdstiden.

Fra fokusgrupperne er det generelle indtryk, at medarbejderne kan se rimeligheden i, at motion og fysisk aktivitet ikke ligger i den betalte arbejdstid. Medarbejderne mener ikke, at det at gå til fx fitness er en del af arbejdet – og derfor skal betales af arbejdsgiver (ud over tilskuddet til ordningen), selvom de vurderer, at motion har relevans for det både dem selv og arbejdsgiver.

Hvad angår behandlingstilbuddene, så er billedet mere 'broget', idet behandlingsordninger kan foregå både i og uden for den betalte arbejdstid, som tabellen viser. Forskellen mellem motions- og behandlingstilbuddene på dette parameter skyldes flere hensyn. Et praktisk element er, at det rent fysisk er nemmere at have massageordning på arbejdspladsen (medarbejderne går en og en i løbet af arbejdsdagen) end et yoga- eller fodboldhold, som flere kommuner har forklaret. Der næst ansues behandlingsordninger for medarbejderne i højere grad end motion som noget, der relaterer sig til arbejdet, hvorfor både medarbejdere og ledere i interviewene har givet udtryk for, at det i visse tilfælde kan foregå i den betalte arbejdstid. Eksempler herpå er stressamtaler med psykolog eller fysioterapi til fysisk belastede medarbejdere, hvilket i begge tilfælde relaterer sig direkte til arbejdsfunktionen.

I forbindelse med variabelen 'foregår tilbuddene i den betalte arbejdstid?' har vi undersøgt, om der er forskelle mellem de forskellige kommunale sektorer, hvilket en statistisk test verificerer, at der er. Massage foregår oftere i den betalte arbejdstid for medarbejdere i den centrale administration, i vej og park samt på jobcentre. En ordning, hvor der ligeledes viste sig en signifikant forskel, er sundhedstjek, hvor medarbejdere i vej og park, den centrale administration, rengøring/intern service og på jobcentre i højere grad får tilbudt ordningen i den betalte arbejdstid end de øvrige sektorer.

4.3 Sundhedsordningernes lokalitet i forhold til arbejdspladsen

Et andet punkt under organisering af sundhedsordninger er den fysiske placering af sundhedsordninger på eller uden for arbejdsstedet – altså lokaliteten for ordningerne. Argumentationen er grundlæggende, at det er nemmere for medarbejderne at benytte de ordninger, der fysisk udbydes på arbejdspladsen eller i umiddelbar nærhed heraf. I den kvantitative del af undersøgelsen har vi under dette tema afgrænset os til behandlingsordninger, da relevansen er størst for dette område (som yderlige uddybes i kapitel 5).

Tabel 10: Foregår (behandlings)tilbuddene på arbejdsstedet eller i umiddelbar tilknytning?

| | | Ja | Nej | Ved ikke | Antal |
|------------------------------------|---------|-----|-----|----------|-------|
| Massage | Procent | 51% | 47% | 3% | 100% |
| | Antal | 149 | 138 | 8 | 295 |
| Kiropraktik | Procent | 22% | 75% | 3% | 100% |
| | Antal | 29 | 97 | 4 | 130 |
| Fysioterapi | Procent | 32% | 64% | 4% | 100% |
| | Antal | 81 | 161 | 9 | 251 |
| Psykologhjælp (ud over krisehjælp) | Procent | 23% | 71% | 5% | 100% |
| | Antal | 65 | 199 | 15 | 279 |
| Sundhedstjek | Procent | 52% | 42% | 7% | 100% |
| | Antal | 111 | 90 | 14 | 215 |
| Andet | Procent | 53% | 44% | 4% | 100% |
| | Antal | 41 | 34 | 3 | 78 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

Som det ses af tabellen, er der forholdsvis stor spredning i tallene, hvilket indikerer, at der ikke er gennemgående tendenser for, om behandlingstilbuddene foregår på eller uden for arbejdsstedet. De kvalitative data viser, at det for visse arbejdspladser har været en prioritet, at behandlingen skal foregå på arbejdsstedet, mens andre arbejdspladser har vurderet, at det logistisk er nemmere, hvis behandlingen foregår ét eller flere steder (fx behandlingscentre).

Massage og sundhedstjek (henholdsvis 51 og 52 %) foregår i højere grad end de andre tilbud på eller i umiddelbar tilknytning til arbejdsstedet, hvilket hænger sammen med, at tilbuddene ofte udbydes som 'mobile' til arbejdspladsen. Omvendt er det svært eller uhensigtsmæssigt at få psykologer eller kiropraktikere til at komme ud på arbejdspladsen.

I lighed med variabelen vedrørende (betalt) arbejdstid viser en statistisk test, at der ligeledes er en sammenhæng mellem sektor, og om tilbuddene foregår på arbejdsstedet. Dette betyder, at visse sektorer i højere grad tilbyder deres medarbejdere, at de kan benytte sundhedsordningerne på arbejdsstedet.

Hvad angår massage, kiropraktik og fysioterapi tilbydes medarbejdere i vej og park og på jobcentre oftere behandlingen på arbejdsstedet. Medarbejdere i den centrale administration har dog også overvejende mulighed for massage og fysioterapi på arbejdsstedet. Med hensyn til sundhedstjek er det hovedsageligt medarbejdere fra den centrale administration, vej og park, rengøring/intern service og jobcentre, der får tilbudt denne ordning på arbejdsstedet.

CASE 1: Behandling på arbejdspladsen

I Frederikssund Kommune har man valgt at placere dele af behandlingsordningen decentralt på fire kommunale arbejdspladser for at sikre alle kommunens medarbejdere en god tilgængelighed.

Baggrund:

Sundhedsordningen er igangsat af Frederikssund Kommune for at forebygge og behandle arbejdsrelaterede skader blandt medarbejderne. Alle ca. 4.500 ansatte i Frederikssund Kommune kan benytte sig af tilbuddene i sundhedsordningen, der bl.a. består af behandlingsordningen, der omfatter fysioterapi, massage og kiropraktik. Det er muligt at modtage behandling, hvis man har smerter, som er hæmmende for den daglige trivsel og virke på arbejdspladsen.

For fysioterapi og massages vedkommende foregår behandlingen på fire kommunale arbejdspladser geografisk spredt i kommunen, mens den kiropraktiske behandling udføres på en klinik tæt ved rådhuset, da det ikke praktisk og logistisk er muligt at flytte rundt på de mange instrumenter og tunge udstyr. I forbindelse med udformningen af ordningen var det fra begyndelsen et afgørende mål, at organiseringen skulle sikre, at ordningen var umiddelbar tilgængelig for alle kommunens medarbejdere uanset arbejdspladsen fysiske placering.

Formål og målgruppe:

Sundhedsordningen er igangsat af Frederikssund Kommune for at forebygge og behandle arbejdsrelaterede skader blandt medarbejderne. De overordnede formål med sundhedsordningen er at gøre Frederikssund Kommune mere attraktiv, således at det bliver nemmere at rekruttere og fastholde dygtige medarbejdere, at reducere antallet af sygedage og at have fokus på glade og sunde medarbejdere.

Målgruppen er alle medarbejdere, der måtte have et behov for at modtage behandling. Sidste år nåede kommunen op på ca. 1.300 tilmeldte medarbejdere, hvilket svarer til, at ca. ¼ af kommunens medarbejdere benyttede ordningen.

Indhold:

Behandlingstilbuddet fungerer som en elektronisk klippekortsordning, hvor medarbejderne køber et klippekort, der kan dække op til 6 behandlinger for 300 kr. Der kan max købes ét klippekort pr. medarbejder pr. år. Klippekortet er gyldigt i et år, og ubrugte klip kan ikke refunderes eller videreføres til en ny periode.

Ønskes et behandlingsforløb fortsat, ud over det ordningen giver mulighed for, er dette muligt om end dette foregår mellem leverandør og medarbejder, hvorfor behandlingen er dyrere, men dog stadig billigere end ved behandling i det normale system.

Medarbejderne booker selv tider via internettet. På booking sitet er der således en kalenderfunktion, hvori det fremgår, hvor og hvornår behandlerne er på de enkelte steder. Det er således muligt at booke behandlinger, der passer såvel tidsmæssigt som geografisk ind i den enkelte medarbejders hverdag. Behandlingerne foregår primært uden for den betalte arbejdstid, om end det typisk er muligt at afspadsere. De nærmere omstændigheder foregår dog efter konkret aftale med den nærmeste leder.

Behandlingsordningen varetages af en ekstern leverandør.

CASE 1: Behandling på arbejdspladsen

Organisering:

Det var et krav fra kommunens side, at behandlingsordningen rent praktisk skulle være decentralt organiseret, således at behandlingerne kunne foregå på de af kommunen bestemte behandlingssteder.

Kravet om, at behandlingsordningen skal foregå på udvalgte kommunale institutioner, bunder i en klar forventning om, at ordningens succes – i første omgang hvorvidt folk bruger ordningen – i høj grad afhænger af, hvorvidt behandlingen er placeret tæt på folks arbejdsplads. Fra Frederikssund Kommunes side vurderer man, at der ikke er nok medarbejdere, der vil benytte sig ordningen, hvis behandlingerne ikke foregår på eller tæt på arbejdspladsen.

Rent praktisk og logistisk er det ikke muligt, at ordningen foregår på *alle* kommunens institutioner eller arbejdspladser, selvom det ville være det mest optimale, da man herved ville sikre alle medarbejder lige muligheder for at kunne benytte ordningen. Man har som et kompromis mellem det optimale ønskelige og det praktisk og logistisk mulige således udvalgt fire konkrete behandlingssteder fordelt i kommunens fire byer (Slangerup, Jægerspris, Skibby og Frederikssund).

Rådhuset var på forhånd tiltænkt som behandlingssted grundet arbejdspladsens størrelse, mens de sidste tre behandlingssteder (to skoler og ét idræts- og kulturcenter) blev valgt ud fra en liste af institutioner, der på kommunens opfordring havde tilbudt at stille lokaler til rådighed for behandlingsordningen. I kombination med ønsket om en geografisk spredning samt hensyntagen til, hvilke lokaler der egnede sig bedst til formålet, blev de sidste tre behandlingssteder således udvalgt. På denne måde sikres, at der findes et behandlingssted forholdsvis tæt på alle kommunale medarbejders arbejdsplads.

Udbytte:

Sidste år var ca. ¼ af medarbejderne tilmeldt ordningen, og det vurderes, at de tilmeldte medarbejdere benytter ordningen i vidt omfang.

I forbindelse med hver behandling registreres patientens smerter, og behandleren kan således følge, om behandlingerne har en effekt. Der findes en sundhedsprofil på nettet for den enkelte medarbejder, hvor den ansatte kan følge med i, hvordan det går. På denne måde registreres effekten af behandlingerne, så både medarbejderne og kommunen på aggregeret niveau løbende kan se forbedringerne. Kommunen ser på tallene kvartalsmæssigt. Tallene viser ifølge en medarbejder i personaleafdelingen i Frederikssund Kommune, at det er ganske få tilfælde, hvor behandlingerne ikke har en effekt. Der er pt. dog ikke noget decideret mål på ordningens effekt på sygefraværet.

Gode råd:

- Den eksterne leverandør skal kunne håndtere de logistiske udfordringer, der er forbundet med at have flere behandlingssteder
- Geografisk spredte behandlingssteder
- Booking af tider over internettet
- Medarbejdernes betaling for ordningen foregår mellem leverandør og medarbejder.

4.4 Visitation til ordninger

Med visitation menes der, hvorvidt medarbejderen skal spørge sin arbejdsgiver om lov til anvendelse af ordningen. Adgangen til sundhedsordningerne reguleres forskelligt fra kommune til kommune og fra ordning til ordning. Ingen visitation til ordninger kan potentielt medføre store udgifter for kommunen, mens det samtidig opfattes som meget positivt blandt medarbejderne, hvis de ikke skal spørge chefen om lov, som vi vil uddybe nærmere nedenfor.

Nedenstående tabel giver et overblik over, hvordan visitationen til de forskellige sundhedsordninger tegner sig. Kost og ernæring er ikke relevant for dette parameter, da kommunalt ansatte ikke visiteres til madordninger, men adgangen begrænses derimod af, hvilke arbejdspladser der praktisk tilbyder ordningen, og hvilke tidspunkter på døgnet den ansatte arbejder.

Tabel 11: Er deltagelsen fri for alle medarbejdere (visitation eller ej)?

| | | Ja | Nej | Ved ikke | Antal |
|--|---------|-----|-----|----------|-------|
| Motion og fysisk aktivitet | | | | | |
| Deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer | Procent | 89% | 8% | 3% | 100% |
| | Antal | 507 | 44 | 17 | 568 |
| Tilskud til/betaling af medlemskab til motionscenter/fitnesscenter eller lign. | Procent | 86% | 10% | 4% | 100% |
| | Antal | 421 | 51 | 20 | 492 |
| Motionsrum på arbejdspladsen u. instruktør | Procent | 90% | 7% | 3% | 100% |
| | Antal | 184 | 15 | 5 | 204 |
| Motionshold på arbejdspladsen m. instruktør | Procent | 84% | 11% | 6% | 100% |
| | Antal | 122 | 16 | 8 | 146 |
| Daglig "pausegymnastik" | Procent | 93% | 0% | 7% | 100% |
| | Antal | 63 | 0 | 5 | 68 |
| Frikort til kommunens idrætsfaciliteter | Procent | 89% | 4% | 7% | 100% |
| | Antal | 101 | 4 | 8 | 113 |
| Behandlingsordninger | | | | | |
| Massage | Procent | 86% | 13% | 1% | 100% |
| | Antal | 254 | 37 | 4 | 295 |
| Kiropraktik | Procent | 83% | 15% | 2% | 100% |
| | Antal | 108 | 20 | 2 | 130 |
| Fysioterapi | Procent | 81% | 18% | 2% | 100% |
| | Antal | 202 | 44 | 5 | 251 |
| Psykologhjælp (ud over krisehjælp) | Procent | 39% | 60% | 1% | 100% |
| | Antal | 110 | 166 | 3 | 279 |
| Sundhedstjek | Procent | 86% | 9% | 5% | 100% |
| | Antal | 184 | 20 | 11 | 215 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

Af tabellen ses det, at deltagelse i langt de fleste sundhedsordninger – både hvad angår motion og behandling – er uden visitation. Med hensyn til motionsordninger så er billedet, at omkring 90 % af de kommunale arbejdspladser lader medarbejderne benytte tilbuddene uden visitation.

For behandlingsordninger gælder det, at medarbejderne i højere grad skal spørge deres arbejdsgivere om lov til deltagelse i ordningen sammenholdt med motionsordningerne. Overvejende skal medarbejdere dog som oftest ikke visiteres til behandlingsordningerne. En ordning, der skiller sig ud i denne sammenhæng, er psykologhjælp, hvor medarbejderne på 60 % af de adspurgte arbejdspladser skal visiteres, før de kan benytte ordningen.

Den lave grad af visitation til ordningerne medfører, at kommunerne potentielt har større udgifter til ordningerne, hvis mange medarbejdere vælger at benytte sig af dem, givet at arbejdsgiver har

udgifter pr. bruger af ordningerne, eller hvis de foregår i den betalte arbejdstid. For motionsordningerne kan den meget lave grad af visitation til tilbuddene ligeledes begrundes med, at motion vedrører alle medarbejdere, og at der ikke knytter sig til et specielt behov, som ligger til grund for, at medarbejderne benytter ordningen. Med hensyn til behandlingsordningerne er visitation på området en smule mere almindeligt, da behandling ofte knytter sig til et fysisk 'problem', som den ansatte måtte have. Særligt psykologhjælp kendetegnes i højere grad af visitation, hvilket skyldes, at prisen pr. medarbejder er høj, ligesom ordningen normalvist ikke opfattes af lederne som en alment tilbud, men snarere relevant ved livskriser, stress osv.

På trods af at tabellen viser høj grad af fri deltagelse i ordningerne, så ved vi på baggrund af de kvalitative data, at der ofte er indbygget en vis regulering af tilbuddene, navnlig på behandlingsordningerne. Eksempelvis har nogle kommuner et begrænset antal gange, medarbejderne kan benytte fysioterapiordningen (eksempelvis 3 gange pr. år) og herefter er behandling for egen regning. Dette gælder særligt for de udgiftstunge behandlinger, mens motionsordningerne som regel indeholder ubegrænset brug for medarbejderne.

På baggrund af data ses der ikke nogen tydelige forskelle mellem sektorerne i forhold til visitation til ordningerne.

4.5 Arbejdsgiverbetaling af sundhedsordninger

Graden af arbejdsgiverbetaling til sundhedsordningerne varierer betragteligt mellem ordningerne. Visse kommuner forsøger at gøre brugerbetalingen meget lav – eller helt gratis – for at motivere flest muligt medarbejdere til at benytte ordningerne, mens andre kommuner prioriterer anderledes og fastholder, at hovedparten af betalingen for ydelser skal ligge hos medarbejderen selv.

Det skal bemærkes, at nogle arbejdsgivere forstår dele af konceptet brugerbetaling forskelligt, da det i nogle tilfælde anskues sådan, at arbejdsgiver har givet et bidrag til betalingen ved at forhandle en rabat på en given ydelse (fx fitness) hjem, selvom rabatten ikke er en direkte udgift for arbejdsgiver, men udelukkende administrative omkostninger. Derfor kan enkelte af svarene i kategorien 'delvis brugerbetalt' basere sig på rabatter, som ikke er en egentlig udgift for arbejdsgiver.

I nedenstående tabel ses graden af brugerbetaling på tværs af de forskellige sundhedsordninger, dog ikke kost- og ernæringsordninger, da vi i den kvantitative undersøgelse ikke har kigget på brugerbetaling i forhold til dette område.

Tabel 12: Er sundhedsordningerne helt eller delvist brugerbetalt?

| | | Helt brugerbetalt | Delvist brugerbetalt | Arbejdsgiverbetalt | Ved ikke | Antal |
|--|---------|-------------------|----------------------|--------------------|----------|-------|
| Motion og fysisk aktivitet | | | | | | |
| Deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer | Procent | 16% | 31% | 47% | 7% | 100% |
| | Antal | 88 | 173 | 266 | 41 | 568 |
| Tilskud til/betaling af medlemskab til motionscenter/fitnesscenter eller lign. | Procent | 13% | 72% | 11% | 4% | 100% |
| | Antal | 64 | 355 | 55 | 18 | 492 |
| Motionsrum på arbejdspladsen u. instruktør | Procent | 15% | 20% | 64% | 1% | 100% |
| | Antal | 30 | 41 | 131 | 2 | 204 |
| Motionshold på arbejdspladsen m. instruktør | Procent | 20% | 24% | 49% | 7% | 100% |
| | Antal | 29 | 35 | 72 | 10 | 146 |
| Daglig "pausegymnastik" | Procent | 16% | 2% | 79% | 3% | 100% |
| | Antal | 11 | 1 | 54 | 2 | 68 |
| Frikort til kommunens idrætsfaciliteter | Procent | 11% | 27% | 51% | 11% | 100% |
| | Antal | 12 | 31 | 58 | 12 | 113 |

| | | Helt brugerbetalt | Delvist brugerbetalt | Arbejdsgiverbetalt | Ved ikke | Antal |
|------------------------------------|---------|-------------------|----------------------|--------------------|----------|-------|
| Behandlingsordninger | | | | | | |
| Massage | Procent | 12% | 48% | 38% | 2% | 100% |
| | Antal | 35 | 140 | 113 | 7 | 295 |
| Kiropraktik | Procent | 8% | 40% | 46% | 6% | 100% |
| | Antal | 10 | 52 | 60 | 8 | 130 |
| Fysioterapi | Procent | 10% | 38% | 49% | 4% | 100% |
| | Antal | 25 | 94 | 123 | 9 | 251 |
| Psykologhjælp (ud over krisehjælp) | Procent | 8% | 9% | 80% | 3% | 100% |
| | Antal | 22 | 25 | 224 | 8 | 279 |
| Sundhedstjek | Procent | 10% | 7% | 78% | 5% | 100% |
| | Antal | 21 | 15 | 168 | 11 | 215 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

Tabellen viser, at arbejdsgiverne afholder sundhedsordningernes fulde udgift for mellem 11-80 % af ordningerne. Denne store spredning dækker over, at der er visse ordninger, som arbejdsgiver ofte betaler hele udgiften til (pausegymnastik, psykologhjælp, sundhedstjek), mens andre ordninger i højere grad betales af medarbejderne selv (medlemskab af fitnesscenter, massage). Hvorvidt medarbejderen skal betale delvist til ordningen, eller om den er gratis, varierer mellem de enkelte ordninger og kommuner.

På motionsområdet ses, at billedet er relativt ens i den forstand, at ordningerne er fuldt ud arbejdsgiverbetalt på omkring halvdelen af de adspurgte arbejdspladser. Særligt én ordning skiller sig ud fra denne tendens, nemlig tilskud til fitnesscenter, da ordningen kun er arbejdsgiverbetalt på 11 % af de arbejdspladser, der tilbyder ordningen.

Hvad angår behandlingsordningerne, så er det kun ca. 10 % af de arbejdspladser, der tilbyder ordningerne, hvor medarbejderne selv skal betale for ordningerne uden tilskud. Det er derimod mere almindeligt, at kommunerne betaler en større eller mindre del af udgiften til behandlingen, afhængig af hvilken ordning der er tale om. Der er sjældent brugerbetaling for psykologhjælp og sundhedstjek, mens massage og kiropraktik er de ordninger, hvor medarbejderne oftest delvist selv må betale.

Data viser ingen signifikante forskelle mellem de kommunale sektorer i forhold til arbejdsgiverbetaling af sundhedsordningerne.

5. EFTERSPØRGSEL

I foregående kapitel fik vi et overblik over kommunernes organisering af sundhedsordninger. I indeværende kapitel beskrives efterspørgslen efter de forskellige sundhedsordninger i kommunerne, som vi i anden del af kapitlet vil kæde sammen med tematikkerne fra kapitel 4 ved at undersøge organisatoriske faktoreres betydning for efterspørgsel.

I kapitlet benyttes data fra surveyen med mellem- og institutionsledere som den primære kilde, da ledere på dette organisatoriske niveau antages at have en mere direkte og hermed bedre adgang til information om medarbejdernes anvendelse af de enkelte ordninger, end kommunerne har fra centralt hold (HR-chefer). Desuden suppleres der, ligesom i de foregående kapitler, med kvalitative data for at beskrive sammenhænge og nuancer, som de kvantitative data ikke umiddelbart giver.

Første del af kapitlet vil omhandle efterspørgsel efter sundhedsordninger på et deskriptivt plan. Efterspørgslen efter sundhedsordninger er målt på to niveauer i surveyen. For det første er der overordnet spurgt til, hvilke ordninger, de adspurgte institutions- og mellemledere vurderer, er mest populære og efterspurgt blandt kommunens medarbejdere. For det andet er der spurgt til, i hvor høj grad de enkelte sundhedsordninger anvendes af medarbejderne på de kommunale arbejdspladser.

Anden del af kapitlet tager udgangspunkt i en mere analytisk vinkel af tematikken omkring efterspørgsel. Her vil vi belyse, hvilke faktorer der i data peger på, at ordningerne bliver efterspurgt – eller knap så efterspurgt.

Til slut i kapitlet behandler vi emnet angående etiske grænser for sundhed på arbejdspladsen og medarbejdernes holdninger til dette.

Der er i undersøgelsen foretaget statistiske test for at undersøge eventuelle forskelle på efterspørgsel mellem de kommunale sektorer, men testene fandt ingen signifikante sammenhænge, hvorfor vi ikke behandler denne dimension i kapitlet.

5.1 Anvendelse af sundhedsordninger

Som vi så i kapitel 3, tilbyder kommunerne ofte et bredt sæt af sundhedsordninger til deres medarbejdere.

En vigtig nuance i forhold til efterspørgsel er, at en ordnings popularitet både kan forstås i kvantitativ og kvalitativ forstand. Eksempelvis henvender væggtabsgrupper sig til et begrænset udsnit af de kommunale ansatte, hvorfor populariteten bredt set er tilsvarende lav. Ordningen kan dog sagtens være særdeles populær blandt den relevante målgruppe. Modsat ser vi af data, at madordningerne er populære, hvilket harmonerer med argumentet, at de henvender sig bredt til medarbejderne. Når lederne er blevet spurgt, er det derfor med ovenstående nuance in mente, hvilket betyder, at spørgsmålet om ordningernes popularitet er subjektivt tolket af de adspurgte.

Nedenstående tabel viser, hvordan mellem- og institutionslederne vurderer efterspørgslen på tværs af samtlige af de typiske ordninger. For at læse tabellen er det vigtigt at fremhæve, at hver informant blev bedt om at pege på de tre mest populære/efterspurgte sundhedsordninger på hans/hendes arbejdsplads.

Tabel 13: Hvilke tre ordninger er efter din vurdering mest populære/efterspurgte blandt medarbejderne?

| | Antal | Procent |
|--|-------|---------|
| Ordning Massage | 366 | 49% |
| Frugtordning – adgang til frugt i løbet af arbejdsdagen | 343 | 46% |
| Madordning for de ansatte | 339 | 45% |
| Tilskud til/betaling af medlemskab til motionscenter/fitnesscenter eller lign. | 272 | 36% |
| Fysioterapi | 175 | 23% |
| Deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer | 134 | 18% |
| Frikort til kommunens idrætsfaciliteter | 110 | 15% |
| Psykologhjælp (ud over krisehjælp) | 112 | 15% |
| Motionsrum på arbejdspladsen u. instruktør | 90 | 12% |
| Motionshold på arbejdspladsen m. instruktør | 65 | 8% |
| Sundhedstjek | 50 | 7% |
| Kiropraktik | 38 | 5% |
| Har tilknyttet diætist/vægtkonsulent | 28 | 4% |
| Foredrag eller arrangementer om mad og sund kost | 25 | 3% |
| Tilbud om væggtabsgrupper | 11 | 2% |
| Andet | 16 | 2% |
| Daglig "pausegymnastik" | 9 | 1% |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.
N=753.

Tabellen viser, at de mest populære/efterspurgte ordninger blandt medarbejderne ifølge de adspurgte ledere er massage, frugtordninger og madordninger. Næsten halvdelen af de adspurgte institutions- og mellemledere vurderer således, at disse tre ordninger er blandt de mest efterspurgte. Dernæst vurderer ca. en tredjedel, at tilskud til/betaling af medlemskab til motionscenter er blandt de mest populære sundhedsordninger i kommunerne.

De mest efterspurgte sundhedsordninger fordeler sig altså over de tre hovedområder, dvs. kost og ernæring, motion og fysisk aktivitet og behandlingsordninger, hvorfor det ikke entydigt kan sige, at populariteten af et enkelt område overstiger de andre. I fokusgrupperne understøttedes dette synspunkt, da flere af medarbejderne fremhævede bredden af sundhedsordningerne på deres arbejdsplads som en styrke. I forlængelse heraf fandt de det svært at udpege et område, der entydigt skulle have prioritet frem for et andet.

Andre populære ordninger er deltagelse i enkeltstående idrætsaktiviteter, frikort til kommunens idrætsfaciliteter og psykologhjælp, som det fremgår af tabellen.

Ligeledes har lederne kun mulighed for at vurdere ordningernes popularitet på baggrund af de ordninger, der faktisk udbydes på deres arbejdsplads. Dette sætter naturlige begrænsninger for målingen af efterspørgsel/popularitet, da medarbejderne ikke kan benytte ordninger, der ikke udbydes til dem.

Et input, der kan nuancere betragtningerne omkring ordningernes efterspørgsel/popularitet, er fokusgrupperne, hvor medarbejderne direkte er blevet spurgt om, hvilke sundhedsordninger de godt kunne tænke sig. Medarbejderne i fokusgrupperne har erfaring med sundhedsordninger, hvilket skal tages i betragtning i fortolkningen af denne del af undersøgelsen. Data herfra viser, at to typer ordninger efterspørges flere gange i fokusgrupperne. Disse to er henholdsvis tilbud om sund kost på arbejdspladsen gennem madordning og mulighed for at blive dækket af en sundhedsforsikring. Flere medarbejdere nævner, at det vil være godt med muligheden for at spise et sundt måltid mad på arbejdspladsen til en rimelig pris. På trods af at madordninger findes på mange kommunale arbejdspladser, så er budskabet fra fokusgrupperne, at maden ikke nødvendigvis er hverken sund eller billig.

Andre ordninger, der ligeledes efterspørges af medarbejderne i fokusgrupperne, er frugtordninger (for dem som ikke allerede har det), fokus på psykisk sundhed – eksempelvis brug af stresscoach og fri adgang til kommunens idrætsfaciliteter. En dimension, som ligeledes blev diskuteret i fokusgrupperne, var et ønske fra visse medarbejdere, der gerne så, at sundhed blev tænkt systematisk ind i alle kommunens aktiviteter/tilbud. Som eksempel på dette nævnte en deltager, at det var inkonsekvent, at der var kage som mødeforplejning til et arrangement om motionsløb.

Som vi senere vil vende tilbage til, var det største ønske for medarbejderne i fokusgrupperne imidlertid ikke flere sundhedsordninger, men derimod at ordningerne organiseres med henblik på tilgængelighed, og at kendskabet til de forskellige ordninger udbredes. Det er i denne sammenhæng dog værd at nævne, at de deltagende medarbejdere alle havde et vist udbud af sundhedsordninger på deres arbejdsplads, hvorfor det ikke kan udelukkes, at medarbejdere på øvrige arbejdspladser efterspørger flere eller andre sundhedsordninger.

5.1.1 Kost og ernæring

Hvor vi i ovenstående afsnit fik et overordnet billede af efterspørgsel på sundhedsordningerne, vil vi nu bevæge os niveauet ned for at undersøge, hvilke ordninger der er særligt anvendt inden for de enkelte områder.

Nedenfor ses medarbejdernes anvendelse af tilbud inden for kost og ernæring på baggrund af surveyen med mellem- og institutionsledere.

Tabel 14. I hvilken grad anvender medarbejderne tilbuddene inden for kost og ernæring?

| | | I meget høj grad | I høj grad | I nogen grad | I mindre grad | Slet ikke | Ved ikke/ Ikke relevant | Antal |
|---|---------|------------------|------------|--------------|---------------|-----------|----------------------------|-------|
| Madordning for de ansatte | Procent | 25% | 32% | 27% | 11% | 1% | 1% | 100% |
| | Antal | 84 | 107 | 88 | 37 | 4 | 5 | 325 |
| Frugtordning – adgang til frugt i løbet af arbejdsdagen | Procent | 50% | 29% | 16% | 4% | 0% | 1% | 100% |
| | Antal | 179 | 104 | 58 | 13 | 1 | 5 | 360 |
| Foredrag eller arrangementer om mad og sund kost | Procent | 3% | 11% | 36% | 33% | 5% | 11% | 100% |
| | Antal | 7 | 30 | 96 | 87 | 14 | 30 | 264 |
| Tilbud om vægttabsgrupper | Procent | 1% | 2% | 18% | 35% | 21% | 21% | 100% |
| | Antal | 2 | 4 | 32 | 62 | 37 | 37 | 174 |
| Har tilknyttet diætist/vægtkonsulent | Procent | 1% | 3% | 16% | 37% | 20% | 24% | 100% |
| | Antal | 1 | 3 | 15 | 36 | 19 | 23 | 97 |
| Andet | Procent | 22% | 13% | 34% | 20% | 4% | 7% | 100% |
| | Antal | 39 | 23 | 59 | 34 | 7 | 12 | 174 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

Det ses af tabellen, at de kost- og ernæringstilbud, der anvendes mest af medarbejderne, er frugt- og madordninger. Af de arbejdspladser, der har en madordning, svarer knap 60 %, at ordningen i høj eller i meget høj grad anvendes af medarbejderne. Af de arbejdspladser, der tilbyder en frugtordning, svarer knap 80 % således, at ordningen i høj eller i meget høj grad anvendes af medarbejderne.

Kendetegnende for de resterende tilbud er, at de arbejdspladser, der tilbyder dem, generelt vurderer, at de anvendes af medarbejderne i nogen eller i mindre grad. Dette peger på, at mad- og frugtordninger henvender sig bredt til medarbejderne, mens foredrag om kost, vægttabsgrupper eller diætist har en lidt smallere målgruppe. På baggrund af tallene kan vi dog ikke sige, hvorvidt disse smallere målgrupper benytter tilbuddene eller ej.

Hvis vi sammenholder ovenstående tal med data fra undersøgelsen med HR-cheferne, så stemmer billedet godt overens, da HR-cheferne ligeledes vurderer, at madordninger og frugtordninger er de mest anvendte ordninger blandt kost- og ernæringstilbuddene.

5.1.2 Motion og fysisk aktivitet

Motion og fysisk aktivitet udgør det andet område inden for sundhedsordninger, som vi har med i undersøgelsen. Nedenstående tabel viser, i hvor høj grad medarbejderne vurderes at anvende tilbud om motion og fysisk aktivitet.

Tabel 15. I hvilken grad anvender medarbejderne tilbuddene inden for motion og fysisk aktivitet?

| | | I meget høj grad | I høj grad | I nogen grad | I mindre grad | Slet ikke | Ved ikke/ Ikke relevant | Antal |
|--|---------|------------------|------------|--------------|---------------|-----------|----------------------------|-------|
| Deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer | Procent | 3% | 17% | 38% | 31% | 9% | 3% | 100% |
| | Antal | 14 | 99 | 214 | 174 | 53 | 14 | 568 |
| Tilskud til/betaling af medlemskab til motionscenter/fitnesscenter eller lign. | Procent | 1% | 9% | 40% | 32% | 7% | 11% | 100% |
| | Antal | 5 | 43 | 196 | 158 | 35 | 55 | 492 |
| Motionsrum på arbejdspladsen u. instruktør | Procent | 1% | 7% | 36% | 44% | 5% | 7% | 100% |
| | Antal | 2 | 15 | 73 | 89 | 10 | 15 | 204 |
| Motionshold på arbejdspladsen m. instruktør | Procent | 1% | 8% | 39% | 31% | 12% | 10% | 100% |
| | Antal | 2 | 11 | 57 | 45 | 17 | 14 | 146 |
| Daglig "pausegymnastik" | Procent | 0% | 12% | 41% | 32% | 6% | 9% | 100% |
| | Antal | 0 | 8 | 28 | 22 | 4 | 6 | 68 |
| Frikort til kommunens idrætsfaciliteter | Procent | 2% | 12% | 43% | 28% | 4% | 12% | 100% |
| | Antal | 2 | 13 | 48 | 32 | 5 | 13 | 113 |
| Andet | Procent | 12% | 22% | 39% | 18% | 3% | 6% | 100% |
| | Antal | 13 | 24 | 43 | 20 | 3 | 6 | 109 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

Som det ses af tabellen ovenfor, vurderer institutions- og mellemliderne generelt, at medarbejderne hovedsageligt anvender motionstilbuddene i nogen eller i mindre grad. Kun mellem 9 og 20 % af de adspurgte vurderer således, at de enkelte motionstilbud anvendes i høj eller i meget høj grad af medarbejderne.

Det mest anvendte tilbud er deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer, som godt en femtedel af institutions- og mellemliderne vurderer, at medarbejderne anvender i høj eller i meget høj grad. Data fra undersøgelsen med HR-cheferne bekræfter, at deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer er den mest anvendte motionsordning.

Fra fokusgrupperne ved vi, at fitnessordninger er relativt værdsat som personalepleje, men det var ikke det generelle billede, at mange medarbejdere gjorde brug af dem ofte. Flere af medarbejderne beskrev, at de gerne ville benytte ordningen, men at de havde svært ved at motivere sig selv, eller at de var faldet fra efter noget tid.

5.1.3 Behandlingsordninger

Det tredje område, som undersøgelse fokuserer på i forhold til sundhedsordninger, er behandling. Med hensyn til efterspørgslen efter disse ydelser må det tages som forbehold, at vi ikke ved, hvorvidt lederne svarer ud fra, om medarbejderne anvender tilbuddet, når behovet er der, eller om de snarere tænker på efterspørgsel i kvantitativ forstand (hvor mange medarbejdere der har anvendt ordningen inden for fx det seneste år).

Nedenstående tabel viser medarbejdernes anvendelse af behandlingsordninger.

Tabel 16. I hvilken grad anvender medarbejderne behandlingstilbuddene?

| | | I meget høj grad | I høj grad | I nogen grad | I mindre grad | Slet ikke | Ved ikke/ Ikke relevant | Antal |
|------------------------------------|---------|------------------|------------|--------------|---------------|-----------|----------------------------|-------|
| Massage | Procent | 9% | 18% | 41% | 19% | 4% | 9% | 100% |
| | Antal | 25 | 54 | 122 | 55 | 12 | 27 | 295 |
| Kiropraktik | Procent | 2% | 10% | 39% | 25% | 5% | 18% | 100% |
| | Antal | 3 | 13 | 51 | 33 | 7 | 23 | 130 |
| Fysioterapi | Procent | 5% | 16% | 43% | 22% | 4% | 10% | 100% |
| | Antal | 13 | 41 | 108 | 55 | 9 | 25 | 251 |
| Psykologhjælp (ud over krisehjælp) | Procent | 2% | 10% | 29% | 44% | 7% | 8% | 100% |
| | Antal | 6 | 29 | 81 | 122 | 18 | 23 | 279 |
| Sundhedstjek | Procent | 7% | 17% | 31% | 27% | 6% | 12% | 100% |
| | Antal | 16 | 37 | 67 | 57 | 13 | 25 | 215 |
| Andet | Procent | 9% | 26% | 33% | 18% | 8% | 6% | 100% |
| | Antal | 7 | 20 | 26 | 14 | 6 | 5 | 78 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

Som det ses af tabellen ovenfor, er de mest anvendte behandlingsordninger massage, fysioterapi og sundhedstjek. Mellem 20 og 25 % af institutions- og mellemliderne vurderer således, at disse tilbud anvendes af medarbejderne i høj eller i meget høj grad. Kun ca. hver tiende af lederne vurderer, at kiropraktik og psykologhjælp anvendes i høj eller i meget høj grad. Anvendelsen af behandlingsordninger illustrerer argumentet, som vi fremførte i afsnit 5.1, at efterspørgslen til en vis grad er afhængig af, om ordningen er relevant for mange medarbejdere. Det mest klare eksempel er tilbud om psykologhjælp, der sandsynligvis kun er relevant for en lille gruppe af medarbejdere, hvorfor efterspørgslen er tilsvarende lav. Dog viser data fra fokusgrupperne, at tilbud om psykologhjælp værdsættes af medarbejderne, da ordningen kan have stor værdi for den enkelte medarbejder, hvis behovet skulle opstå.

Sammenholdt med data fra undersøgelsen med HR-cheferne, så vurderer de anvendelsen af behandlingsordninger væsentligt højere end de decentrale ledere (jf. tabel 17). Hvad angår anvendelsen af de enkelte ordninger vurderer HR-cheferne, at kiropraktik og sundhedstjek er de mest anvendte ordninger.

Hidtil har kapitlet givet overblik over efterspørgslen efter de forskellige sundhedsordninger, mens vi nu vil undersøge, hvilke faktorer – primært vedrørende organisering af ordningerne – der har betydning for efterspørgslen.

5.2 Organiseringens betydning for efterspørgsel

Efterspørgslen efter sundhedsordninger er afhængig af forskellige faktorer, da behovet for en ordning ikke alene afgør, hvorvidt den bliver populær. Vi har i undersøgelsens kvalitative del lagt vægt på at få forståelse af, hvad det er der gør – navnlig i kraft af ordningernes organisering – at medarbejderne anvender ordningerne eller potentielt set ville anvende dem i højere grad.

Nedenstående tabel viser, hvilke faktorer, lederne mener, der kan øge deltagelsen i sundhedsordningerne.

Tabel 17: Hvilke faktorer kan efter din vurdering øge deltagelsen i sundhedsordningerne?

| | Procent | Antal |
|--|---------|-------|
| Det er gratis | 78% | 590 |
| Det er i arbejdstiden | 48% | 364 |
| Medarbejderne har indflydelse på ordningen – planlægning, indhold etc. | 47% | 353 |
| Ordningen kan bruges sammen med kolleger (kollektive aktiviteter) | 37% | 279 |
| Det er på arbejdspladsen | 25% | 185 |
| Tilbuddet er tilgængeligt hele døgnet | 17% | 126 |
| Ordningen kan bruges alene (individuelle aktiviteter) | 14% | 103 |
| Der er brugerbetaling | 2% | 11 |
| Det er uden for arbejdstid | 2% | 16 |
| Andet | 2% | 11 |
| Det er uden for arbejdspladsen | 1% | 10 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere
N=753.

Af tabellen ses det, at lederne særligt fremhæver, at deltagelsen i ordningerne er gratis, at det er i arbejdstiden, at medarbejderne har indflydelse på ordningen som faktorer, der kan øge deltagelsen i sundhedsordningerne.

Det er ligeledes vigtigt, at ordningen kan bruges sammen med kolleger, og at ordningen er på arbejdspladsen, vurderer lederne.

Strukturen af de følgende afsnit er lagt i henhold til de organisatoriske faktorer, som har vist sig at have betydning i forhold til efterspørgslen.

De organisatoriske faktorer, som vi kigger på i forhold til efterspørgsel er om ordningerne:

- Administreres centralt eller på den enkelte arbejdsplads
- Foregår i eller udenfor arbejdstiden
- Foregår på eller uden for arbejdsstedet
- Kræver visitation eller er uden visitation
- Er arbejdsgiverbetalte eller (delvist/fuldt) brugerbetalte.

Det har ligeledes været et led i undersøgelsen at se på, hvilke af ovenstående organiseringsfaktorer der kan påvises statistisk at have betydning for efterspørgslen af sundhedsordningerne. Testene skulle vise, hvorvidt organisering af en givet ordning har betydning for anvendelsen af ordningen på baggrund af surveyen med mellem- og institutionsledere.

Tre variable viste sig at være signifikante i forhold til efterspørgsel: lokalitet (om ordningen findes på arbejdsstedet eller i nærheden), arbejdstid (om ordningen finder sted i den betalte arbejdstid) og brugerbetaling (om ordningen kræver hel, delvis eller ingen brugerbetaling). De fundne sammenhænge vil blive uddybet løbende i nedenstående afsnit.

I kapitlet behandles desuden en række øvrige tematikker, som har vist sig at være relevante for efterspørgsel på baggrund af de kvalitative data:

- Sociale og individuelle aktiviteter
- Organisering af ordninger ift. særlige målgrupper
- Ejskab for sundhed blandt medarbejderne
- Kommunikation af ordningerne.

5.2.1 Decentral versus central organisering

Flere af de kvalitative kilder indikerer, at organisering af sundhedsordninger på den lokale arbejdsplads kan have positiv betydning for efterspørgslen efter visse ordninger, ligesom central organisering i kommunens HR- eller sundhedsafdeling kan have fordele for andre ordninger, hvilket ligeledes i sidste ende øger efterspørgslen.

Eksempelvis er det fordelagtigt, at visse typer af motionsordninger samt behandlingsordninger tilrettelægges centralt, da kommunen som samlet arbejdsplads kan forhandle større rabatter hjem på fx fitnessaftaler. Ligeledes har kommunerne en *brandingværdi* af, at de som arbejdsplads har en 'basispakke', som tilbydes alle ansatte vedrørende medarbejdersundhed, hvilket kan være gavnligt i relation til rekruttering, som både ledere og medarbejdere fremhæver i de kvalitative data.

Et argument fra fokusgrupperne, der vejer imod en udelukkende central organisering af sundhedsordninger, er, at kommunen primært får aktiveret de medarbejdere, der selv opsøger sundhedsordningerne. Der er mere afstand mellem dem, der er bannerførere for ordningen (centrale HR), og den enkelte medarbejder, hvis medarbejderen ikke er ansat i centralforvaltningen, hvilket medfører, at medarbejdere, der ikke interesserer sig for og opsøger sundhed, heller ikke gør brug af den. Derfor er en vis grad af implementering af ordningen på den lokale arbejdsplads afgørende for at motivere medarbejderne, men der skal dog tages hensyn til den enkelte ordning, hvorfor sammenhængen ikke er entydig.

De kommunale sundhedsordninger tilrettelægges efter frivillighedsprincippet, idet den enkelte ansatte ikke er forpligtet af sin chef eller andre til at gøre brug af ordningerne, men de kvalitative data viser, at forpligtelsen bliver større, des tættere på medarbejderen ordningen er organiseret. Medarbejderne ser både fordele og ulemper ved denne form for forpligtelse, men i forhold til efterspørgslen kan den 'uformelle forpligtelse' til at følge trop med resten af afdelingen eller arbejdspladsen være af betydning.

En anden nuance, som kom frem i fokusgrupperne og interviewene, er, at decentrale sundhedsordninger i højere grad kan tilpasses den enkelte arbejdsplads' behov. For visse arbejdspladser kan det være oplagt med decentrale sundhedsordninger, hvis eksempelvis pædagoger i daginstitutioner har særlige behov for motion. Imidlertid opnår kommunerne ikke i samme grad stor driftsfordele ved at tilrettelægge sundhedsordninger decentralt, som det fx er tilfældet med rabatordninger til fitness eller behandling.

5.2.2 Arbejdstid og efterspørgsel

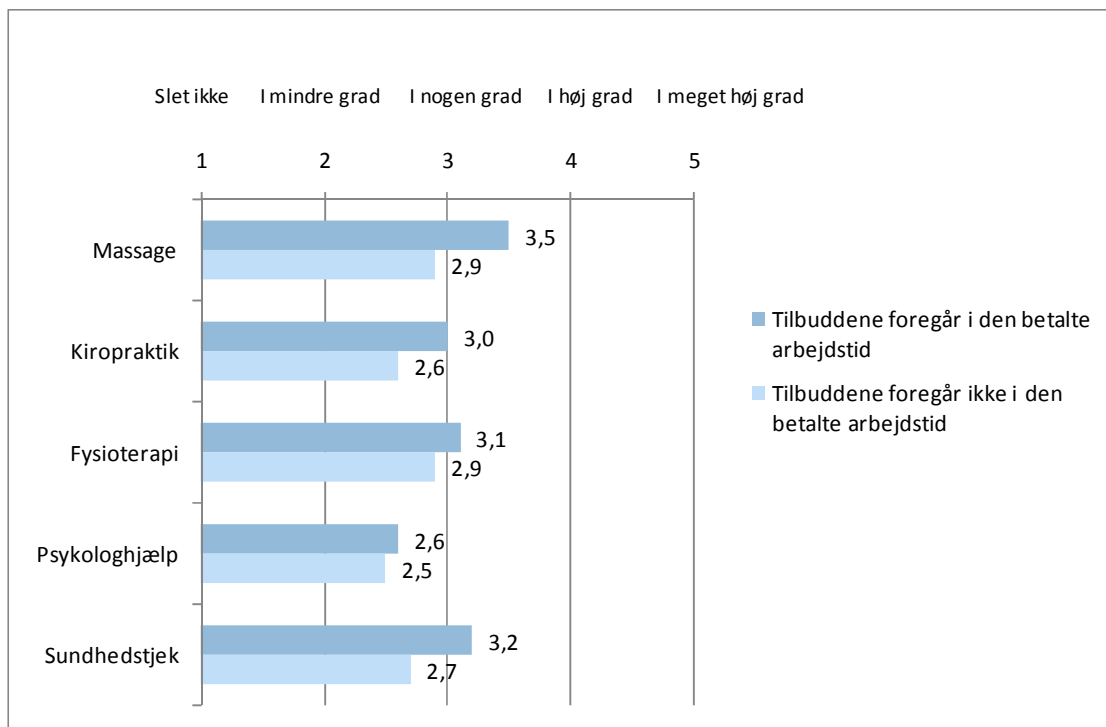
Af afsnit 4.2 fremgik det, at der er forskel på, hvilke ordninger der tilbydes i den betalte arbejdstid, ligesom der er variation i, hvilke kommuner og arbejdspladser der vælger at udbyde ordningerne i den betalte arbejdstid.

I forhold til anvendelse vurderer mellem- og institutionslederne, jf. tabel 17, at det vil øge populariteten af sundhedsordningerne, hvis de i højere grad foregik i den betalte arbejdstid.

Nedenstående figur viser denne sammenhæng illustreret ved anvendelse af behandlingsordninger i forhold til arbejdstid.

Figuren læses således, at søjlens (tal)værdi viser lederens vurdering af, hvor anvendt den pågældende behandlingsordning er. Jo højere værdi, desto mere anvendt er ordningen. Søjlens farve indikerer, om tilbuddene foregår i den betalte arbejdstid eller ej. Eksempelvis vurderer lederne, at massage er mere anvendt, hvis tilbuddet foregår i den betalte arbejdstid (værdi 3,5), end hvis tilbuddet ikke foregår i den betalte arbejdstid (værdi 2,9). De følgende figurer i kapitlet følger samme logik.

Figur 3: Anvendelse i forhold til arbejdstid



Figuren viser, at der er en sammenhæng mellem anvendelse af sundhedsordninger, og om de foregår i den betalte arbejdstid på den måde, at tilbuddene i højere grad anvendes, hvis de foregår i den betalte arbejdstid. De klareste sammenhænge ses for massage, sundhedstjek og kiropraktik, hvor lederne vurderer, at ordningerne er betragteligt mere anvendt, hvis de foregår i den betalte arbejdstid. Motionsordningerne er ikke taget med i denne sammenhæng, da det kun er pausedygymnastik, der typisk tilbydes i den betalte arbejdstid.

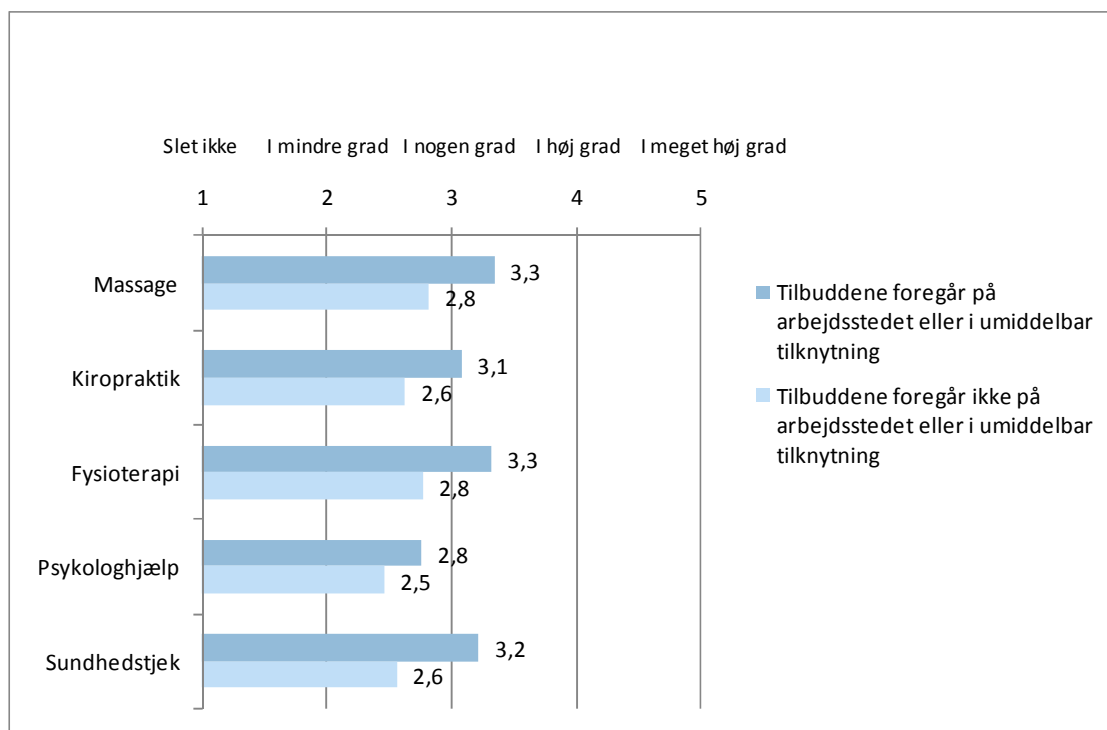
På baggrund af fokusgrupperne så fremgår det, at medarbejderne ikke i overvejende grad deler lederens synspunkt om, at efterspørgslen vil øges for sundhedsordningerne generelt, hvis de udbydes i den betalte arbejdstid. I hvert fald var det ikke denne del af diskussionen vedrørende arbejdstid, der optog dem mest. Som tidligere diskuteret i afsnit 4.2 så skelnede medarbejderne dog til en vis grad mellem motions- og behandlingsordninger i forhold til betalt arbejdstid, idet de grundlæggende mener, at det er rimeligt, at arbejdsgiver betaler for arbejdstiden, når de ansatte benytter behandlingsordninger, hvor årsagen til behandlingen skyldes arbejdets karakter (fx fysioterapi til pædagoger med løfteskader).

Medarbejderne i fokusgrupperne var i denne sammenhæng mere fokuserede på at understrege, at sundhedsordningerne skal tilpasses deres arbejdstider. Eksempelvis er det vigtigt ikke at bruge unødigt ventetid, før motionsholdet starter, eller at afskære visse medarbejdergrupper fra at deltage på grund af deres arbejdstid. Med hensyn til temaet arbejdstid var der altså fra medarbejdersiden større interesse i en fleksibel indretning af sundhedsordninger, så de tilpasses forskellige arbejdstider, end at tiden, som medarbejderne bruger på ordningerne, nødvendigvis skal være betalt af arbejdsgiver.

5.2.3 Sundhedsordningernes lokalitet og efterspørgsel

Begrundelsen for at inddrage lokalitet af tilbuddene som parameter i undersøgelsen er grundlæggende spørgsmålet om, hvorvidt en placering på eller i nærhed af arbejdspladsen får flere medarbejdere til at benytte tilbuddet. Nedenstående figur viser sammenhængen mellem anvendelse af behandlingsordninger og tilbuddenes lokalitet.

Figur 4: Anvendelse i forhold til sundhedsordningernes lokalitet



Figuren viser, at der er en synlig sammenhæng mellem anvendelse af hvert af de fem typer behandlingsordninger og lokalitet, sådan at medarbejderne i højere grad anvender de ordninger, der foregår på arbejdsstedet eller i umiddelbar tilknytning. Det er derfor særligt for behandlingsordninger motiverende for efterspørgslen, at medarbejderne har mulighed for at benytte ordningen, tæt på hvor de arbejder, så de ikke skal bruge tid på transport. Sammenhængen er ligeledes fundet statistisk signifikant.

Det skal nævnes, at sundhedsordningernes lokalitet kun er undersøgt i relation til behandlingsordninger, da det ved starten af undersøgelsen ikke skønnedes relevant for kost og ernæring, mens det delvist undersøges vedrørende motionsordninger ved at spørge om motionshold på arbejdspladsen (jf. tabel 17).

Surveyen med mellem- og institutionsledere bekræfter den fundne sammenhæng, da en høj andel af de adspurgte ledere mener, at placering af ordninger på arbejdspladsen vil øge deltagelsen i sundhedsordninger (jf. tabel 19). Som vi dog skal se, har medarbejderne både argumenter for og imod at placere sundhedsordningerne på arbejdspladsen afhængigt af den enkelte sundhedsordning.

I fokusgrupperne understøttedes ovenstående argument, idet medarbejderne fremhævede, at deltagelse i sundhedsordningerne gerne skulle være så nemt som muligt, hvilket også betyder en placering der er tæt på arbejdspladsen. Medarbejderne argumenterede for, at hvis ordningen var på arbejdspladsen, så kunne de nemmere benytte den, når de var på vej til/fra arbejde eller i løbet af dagen, hvis ens arbejde tillader det. Dette er særlig relevant for medarbejdere, der ikke bor i nærheden af arbejdspladsen.

Visse arbejdspladser har dog, som både ledere og medarbejdere har fremhævet, ikke størrelsen til at have behandlings- eller motionsordninger på arbejdspladsen, hvorfor dette parameter er mest relevant for større kommunale arbejdspladser, såsom forvaltninger, eller centre af en vis størrelse.

Omvendt var enkelte medarbejdere i fokusgrupperne ikke umiddelbart interesserede i, at ordningerne placeredes fysisk på deres arbejdsplads. Eksempelvis finder medarbejderne det ikke nødvendigvis hensigtsmæssigt, at kollegerne ser, at de går til vægtkonsulent eller psykolog. Endvidere ønsker nogle medarbejdere at komme væk fra arbejdspladsen efter endt arbejdstid for at se på noget andet og opleve miljøforandringen (navnlig motionstilbud).

Lokalitet har altså en betydning for, hvor "bekvemmeligt" det er for medarbejderne at benytte ordningerne, og både de kvantitative og kvalitative data peger i retning af, at deltagelsen øges, hvis sundhedsordningerne udbydes på arbejdspladsen. Interviewene tyder på, at kommunerne reflekterer over, hvilke ordninger det er hensigtsmæssigt at placere lokalt på arbejdspladsen, jf. ovenstående diskussion.

5.2.4 Efterspørgsel og visitation

Visitation til ordningerne – hermed menes, om deltagelsen kræver godkendelse fra arbejdsgiver – kan have betydning for efterspørgslen. I de kvalitative interviews giver lederne udtryk for, at fri tilgang til ordningerne har stor betydning i form af signalværdi og anvendelse af ordningerne. Lederenes argument er i stil med nedenstående afsnit om arbejdsgiverbetaling, hvor netop lav pris eller gratis ordninger sender et signal om, at sundhedsordninger skal være tilgængelige for samtlige medarbejdere.

Medarbejderne, som har medvirket i fokusgrupperne, var i høj grad enige om, at den frie tilgang til ordningerne var et vigtigt element i deres respektive kommuners sundhedsordninger. Adgangen uden om lederen til tilbud er et signal om, at medarbejderne selv er ansvarlige, og de undgår den – i medarbejdernes øjne – potentielt ubehagelige samtale med deres leder, hvor de skal spørge om lov. Ligeledes handler det for medarbejderne om personalepleje, og de anskuer i høj grad den frie deltagelse som et centralt led heri.

En vigtig pointe angående den frie deltagelse er, at på trods af at deltagelsen i ordningerne er fri, så er det ikke alle personale- og faggrupper, der har mulighed for at anvende ordningerne på grund af praktiske forhindringer, såsom arbejdstid, transportafstande etc. Derfor er det ikke kun visitationspraksis, der er afgørende for efterspørgslen, men ligeledes de andre faktorer, som vi diskuterer i indeværende kapitel.

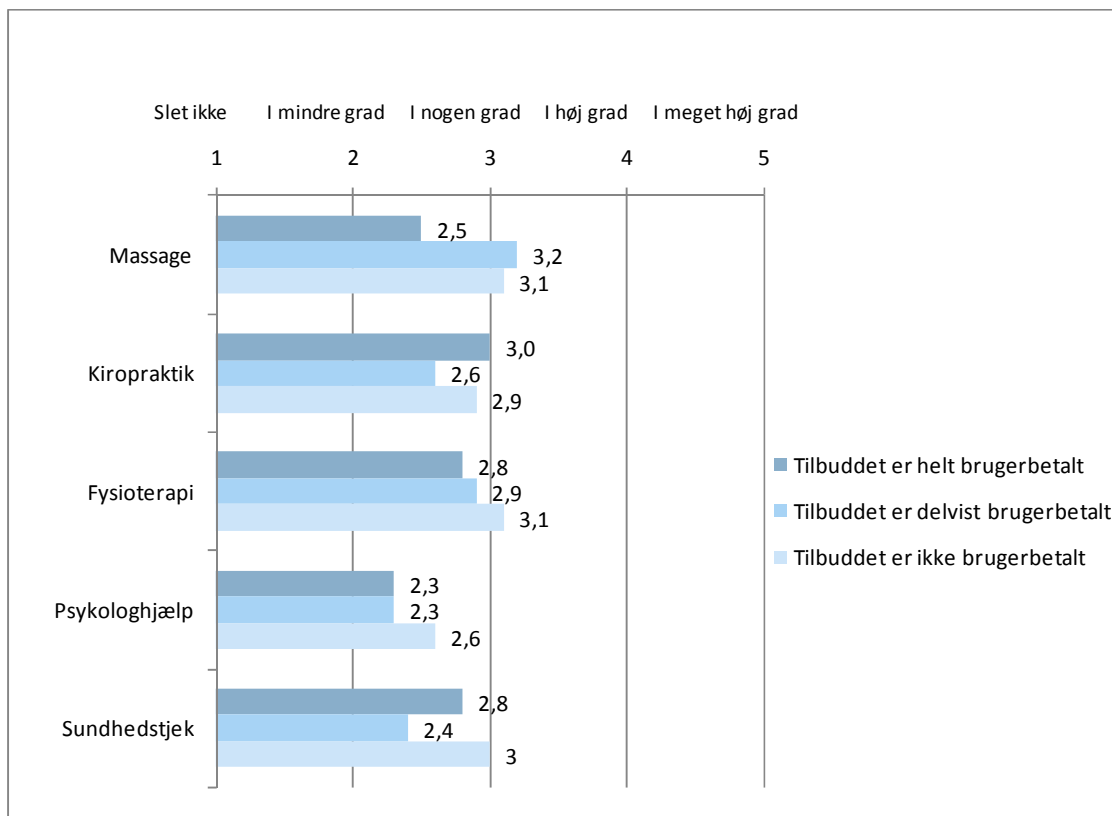
5.2.5 Efterspørgsel og arbejdsgiverbetaling

Arbejdsgiverbetaling udgør et centralt element i den praktiske organisering af sundhedsordningerne, da der, som vi så i kapitel 4, er variation mellem, hvor meget kommunerne lader medarbejdernes betale af udgifterne til sundhedsordningerne.

I forhold til efterspørgsel er det spørgsmålet, hvad brugerbetaling betyder i forhold til medarbejdernes anvendelse af ordningerne.

Fra surveyen med mellem- og institutionsledere kan vi se, at det, at en ordning er gratis, vurderes som den allervigtigste faktor til at øge deltagelsen (78 %). Når lederne mener, at sammenhængen er så klar, er det interessant at undersøge, om der ligeledes er en statistisk signifikant sammenhæng mellem de to variable. Testen viser, at der er en signifikant sammenhæng mellem enkelte af variablene. Nedenstående figur vises sammenhængen i grafisk form.

Figur 5: Anvendelse af sundhedsordninger i forhold til brugerbetaling



Af figuren ses det, at sammenhængen ikke er gennemgående for hele området af behandlingsordninger, men snarere gør sig gældende for enkelte af ordningerne. Af den statistiske test kunne vi se, at sammenhængen er signifikant for fysioterapi og psykologhjælp, mens det ikke kan udledes, at de andre ordninger benyttes mere eller mindre på grund af brugerbetaling.

For massage som særskilt ordning viser figuren en tendens i retning af, at ordningen vurderes væsentligt mindre anvendt, når medarbejderne selv skal afholde hele udgiften.

På trods af de relativt klare sammenhænge mellem brugerbetaling og anvendelse viser en række leders udsagn fra de kvalitative interviews, at der er en række problemstillinger, der skal overvejes i forbindelse med gratis sundhedsordninger.

For det første nedsættes medarbejdernes forpligtelse over for en ordning, hvis den er gratis, mener nogle af lederne. Dette skyldes, at der ikke er nogen økonomisk konsekvens, hvis en medarbejder eksempelvis ikke møder op til massagen eller det motionshold, vedkommende har tilmeldt sig. For det andet kan gratisordninger løbe ind i problemer med kapaciteten. Hvis eksempelvis massage gøres gratis, så er der pludselig mange medarbejdere, der vil have massage hver uge, viser erfaringer fra enkelte arbejdspladser.

På trods af disse problemstillinger så er budskabet fra fokusgrupperne, at det, at en ordning er gratis for medarbejderne, er særdeles vigtigt for, om de i sidste ende kommer til at benytte den. Medarbejderne i fokusgrupperne fremhævede særligt de ordninger, som det er svært at motivere sig selv til at benytte – som typisk er motion af den ene eller anden art. For disse ordninger oplever medarbejderne, at hvis ordningen er gratis, så har ”man ingen undskyldning over for sig selv” for ikke at benytte ordningen. Medarbejderne diskuterede dog også de mulige problemer, der opstår, hvis der ikke er nogen konsekvenser for dem, der ikke møder op til aftaler, hold etc., og der blev peget på, at små bøder eller lignende kunne være fornuftigt.

Et aspekt ved de gratis sundhedsordninger, som såvel medarbejderne og lederne har sympati for, er, at det giver mulighed for alle kommunens ansatte for at deltage i tilbuddene uanset deres indkomst og økonomiske situation.

5.2.6 Sociale og individuelle aktiviteter

Motionsordninger kan organiseres enten som individuelle aktiviteter (eksempelvis styrketræning i fitnesscenter) eller som sociale aktiviteter (holdsport eller motion i fællesskab). Det interessante ved at undersøge denne tematik i forhold til sundhedsordninger er, om der skabes efterspørgsel i forhold til forskellige målgrupper med de to typer af aktiviteter.

I surveyen med mellemlidende svarer 37 %², at det er en vigtig faktor for, om deltagelsen i ordningen øges, at sundhedsordningen bruges sammen med kolleger (kollektive aktiviteter). Omvendt mener kun 14 % af de adspurgte, at ordninger, der organiseres som individuelle aktiviteter, kan øge deltagelsen i sundhedsordningerne. Dette indikerer, at kommunerne på lederniveau oplever, at medarbejderne i højere grad vil benytte sig af ordninger med kollektive aktiviteter, såsom fælles gymnastik eller svømning.

Fra fokusgrupperne bekræftes lederne holdning langt hen ad vejen, da mange medarbejdere mener, at det sociale element – og altså kollektive aktiviteter – udgør en vigtig faktor for deltagelse i sundhedsordninger. På baggrund af interviewmaterialet tyder det dog på, at det for visse sektorer er svært at organisere og iværksætte kollektive aktiviteter, som fx motionshold, da der ikke er en interesse blandt medarbejderne i at dyrke motion sammen efter arbejdstid. Disse sektorer er særligt ældreplejen, vej og park samt rengøring, hvor medarbejderne måske ikke i så høj grad selv opsøger motionstilbud, hvilket flere medarbejdere fra disse sektorer gav udtryk for. Det er svært at sige, på hvilke arbejdspladser det lykkes at få succes med kollektive aktiviteter, der omhandler sundhed, men fra fokusgrupperne er indtrykket, at det kræver en vis grad af sammenhold medarbejderne imellem samt bannerførere på arbejdspladsen, der kan motivere de andre til at deltage. Der er dog også et aspekt omkring skiftende arbejdstider, der kan have betydning for, om det er muligt at etablere kollektive aktiviteter.

Argumentet for kollektive aktiviteter, som vi senere vil behandle i kapitlet om effekt, er primært, at det skaber mere sammenhold på arbejdspladsen samt bedre psykisk arbejdsmiljø. Det er derfor illustrativt, at de arbejdspladser, der i forvejen har et stærkt kollegialt sammenhold, får forstærket dette yderligere gennem kollektive aktiviteter, mens arbejdspladser uden stærke sociale bånd mellem de ansatte ikke så ofte gør brug af denne form for aktiviteter.

Omvendt er argumentet for individuelle aktiviteter, at det giver den enkelte medarbejder mulighed for at være fleksibel omkring brugen af ordninger, så de passer til den enkeltes behov. Flere deltagere i fokusgrupperne gav udtryk for, at de foretrækker selv at bestemme, hvad de vil lave og hvornår, hvorfor arbejdspladsen tilfredsstillende 'individualister' i højere grad ved at tilbyde individuelle motionstilbud eller andre sundhedsordninger af individuel karakter.

5.2.7 Organisering af sundhedsordninger i forhold til særlige målgrupper

Som vi så i afsnit 3.5, er der forskelle imellem de enkelte kommunale sektorer i forhold til, hvilke sundhedsordninger der tilbydes medarbejderne. Eksempelvis tilbydes madordninger i langt højere grad til ansatte i den centrale administration end til medarbejdere i dagtilbud.

Generelt kan det siges, at sundhedsordninger i kommunerne ofte er organiseret således, at de strukturelt passer bedst til ansatte på større arbejdspladser, på trods af at ordningerne i teorien er tilgængelige for alle. Med strukturelt menes, at sundhedstilbud (massage, madordning, motionsrum, etc.) ofte fysisk placeres på større arbejdspladser, såsom rådhuset, og at ansatte med flekstid i højere grad har mulighed for at benytte ordningerne i løbet af arbejdsdagen. Vi vil i dette afsnit fokusere på, hvilke organisatoriske udfordringer der ligger i at få sundhedsordningerne til at nå ud til særlige målgrupper og hermed opnå en bredere efterspørgsel.

² Respondenterne kunne vælge mellem flere faktorer, så de 37 % indikerer, at de adspurgte mellemlidende fandt, at det sociale element i sundhedsordningerne er et af de vigtigste blandt mange forskellige, hvis man skal øge deltagelsen i tilbuddene.

Mange af de kommunalt ansatte har en arbejdstid, der ofte ligger uden for tidsrummet 9-16. Medarbejdere på ældreområdet og inden for rengøring (osv.) oplever, at flere af kommunernes sundhedsordninger ikke er tilpasset deres arbejdstider, som mange i fokusgrupperne gjorde opmærksom på. Hvis en medarbejder på et ældrecenter eksempelvis har aftenvagt fra kl. 15-23, så er det umuligt at nå de motionshold, som ofte lægges i eftermiddagstimerne. De medarbejdere, som oplevede at have problemer af denne art, gav udtryk for, at de godt var klar over, at arbejdspladsen ikke kan indrette tilbuddene efter 'minoriteten', men at kommunen som arbejdsgiver gerne måtte tænke mere over medarbejdergrupper med skæve arbejdstider. Dette vil grundlæggende kræve en større fleksibilitet i tilbuddene, lød det fra fokusgrupperne.

Et tema, som i fokusgrupperne viste sig særligt relevant for medarbejdere på små arbejdspladser eller dem, der arbejder ude hele dagen, er muligheden for at benytte sig af sundhedsordninger i løbet af arbejdsdagen. Eksempelvis har ansatte på rådhuset bedre mulighed for at gå til massage i løbet af arbejdsdagen ved at flekse ud, mens en medarbejder fra daginstitutionerne eller skoler typisk vil skulle vente til arbejdsdagen er omme. Ønsket fra medarbejderne i fokusgrupperne var, at sundhedsordningerne skulle gøre fleksible, sådan at åbningstiderne også passede dem, der ikke har mulighed for at gå i løbet af dagen. Alternativt nævnte medarbejderne, at kommunerne bør forsøge at tilrettelægge arbejdet fleksibelt i den forstand, at alle typer medarbejdere kan indpasse brug af sundhedstilbuddene i forhold til deres arbejdsdag.

For disse medarbejdergrupper, som er beskrevet ovenfor, er der på baggrund af fokusgruppeinterviewene efterspørgsel efter sundhedsordninger, som i højere grad er decentralt – eller i hvert fald fleksibelt – organiseret, da de sandsynligvis vil imødekomme medarbejdernes behov i højere grad.

En vigtig tematik, der går igen på tværs af de kommunale sundhedsordninger, er, hvordan ordningerne bedst muligt bredes ud, så de også rammer de medarbejdere, der ikke normalt benytter sig af sundhedsordninger. Disse grupper af medarbejdere findes på alle arbejdspladser, men i de kvalitative interviews samt fokusgruppeinterviewene tyder data på, at der ligger en særlig udfordring i at få medarbejdere fra vej og park, ældreplejen og rengøring til at benytte sundhedsordningerne. Andre grupper, som kan betegnes som særligt udfordrende i denne sammenhæng, er etniske minoriteter, som en fokusgruppe gjorde opmærksom på.

Den mest centrale udfordring for kommunerne, hvilket også understøttes af lederne selv i interviewene, ligger i, at sundhedsordningerne skal nå ud til de medarbejdere, der ikke selv opsøger dem frivilligt. De omfattende, ofte centralt organiserede sundhedsordninger er særligt effektive til at nå ud til de såkaldt ressourcestærke medarbejdere, der selv kan navigere i tilbuddene og har en interesse i aktivt at opsøge dem. De kvalitative data indikerer derimod, at der skal bruges andre tilgange for at nå de medarbejdere, der ikke umiddelbart opsøger arbejdspladsens sundheds tilbud. På baggrund af ledernes og medarbejdernes erfaringer kan vi se, at to gennemgående træk gør sig gældende for, at sundhedsordninger når ud til de mindst motiverede grupper; ejerskab for sundhed hos den enkelte medarbejder og kommunikation af ordningerne. Vi vil derfor kigge nærmere på disse to emner.

CASE 2: Sundhedsordning til medarbejdere med fysisk belastende job

Horsens Kommune har som led i deres sundhedspolitik for medarbejderne lavet en sundhedsordning i samarbejde med en privat udbyder. Sundhedsordningen omfatter medarbejdere med fysisk belastende job.

Baggrund:

Sundhedsordningen passer ind i Horsens Kommunes overordnede sundhedspolitik, der bygger på et ønske om at gøre en indsats for sundhed og trivsel for alle kommunens ansatte. Ud over den konkrete sundhedsordning, som er målrettet medarbejdere med fysisk belastende job, har kommunen et motionsrum, der kan benyttes af alle ansatte i kommunen.

Baggrunden for den nuværende sundhedsordning er, at Horsens Kommune for nogle år siden på grund af stigninger i sygefraværet iværksatte et pilotprojekt for halvdelen af de ansatte på ældreområdet, hvor en privat aktør udbød behandlingsordninger.

Udbyderen af pilotprojektet gav en effektgaranti med det mål at nedsætte sygefraværet med minimum 1 dag pr. medarbejder årligt. Dette mål blev ikke fuldt ud realiseret, men kommunen valgte alligevel at fortsætte projektet, da medarbejderne meldte tilbage, at behandlingstilbuddet medvirkede til en hurtigere bedring af arbejdsrelaterede gener og dermed også forebyggelse af længerevarende gener med sygefravær til følge.

Formål og målgruppe:

Formålet med sundhedsordningen har to dimensioner; at nedsætte sygefraværet – som var den oprindelige hensigt – og medarbejderpleje, som viste sig at være et centralt element. Målgruppen for sundhedsordningen er medarbejdere med et fysisk belastende arbejde. Sundhedsordningen tilbydes på ældreområdet, rengøringsområdet samt driftsområdet i Teknik og Miljø, i alt ca. 1.800 medarbejdere. Ordningen er flerstrengt på den måde, at den indeholder flere behandlingstilbud inden for samme pakke med det overordnede sigte at reducere arbejdsrelaterede gener gennem tilbuddene.

Indhold:

Sundhedsordningen indbefatter tre inhouse-klinikker i kommunen med tilbud om fysiomassage, fysioterapi, akupunktur og kiropraktik til behandling af arbejdsrelaterede gener. Behandlingerne startes altid op hos fysioterapeuten, som har mulighed for at visitere til de andre behandlingsformer i ordningen, når der er behov for det.

Klinikkerne har en samlet åbningstid på 70 timer om ugen. Sundhedsordningen er gratis for medarbejderne, og de kan selv gå ind og booke tider til behandling via en sundhedsportal på internettet. Behandlingerne varer i gennemsnit 30 minutter.

Organisering:

Den daglige drift og administration af klinikkerne foretages af et privat firma. Ordningen betales centralt af HR-afdelingen, ligesom behandlingslokalerne er stillet til rådighed af kommunen. Den valgte organisering beror på, at kommunen ikke selv har de nødvendige ressourcer, behandlere og administrativt personale, der skal være til rådighed for at kunne administrere og drive en sundhedsordning.

Der er en løbende dialog mellem kommunen og den private leverandør, eksempelvis kontakter kommunen leverandøren vedrørende nye medarbejdere, der skal tilknyttes ordningen og vedrørende medarbejdere, der stopper. Der afholdes desuden jævnligt møder vedrørende forbruget af ordningen, evt. flytning/omkonvertering af behandlingstyper i ordningen, ændrede åbningstider mv.

CASE 2: Sundhedsordning til medarbejdere med fysisk belastende job

Udbytte:

Medarbejderne angiver i en spørgeskemaundersøgelse, at de er yderst positive over for sundhedsordningen. Effekterne ved, at medarbejderne har en behandlingsmulighed, er, at de kommer hurtigere i gang efter en sygemelding eller helt undgår sygemelding ved at få hurtig behandling. I kommunen følges udbyttet af sundhedsordningen nøje i forhold til reduktion i sygefravær. Man har i kommunen et sideløbende projekt, der alene fokuserer på sygefravær, derfor er det svært at adskille effekterne af sundhedsordningen og dette projekt.

Fordelen ved det tætte samarbejde mellem kommunen og leverandøren er, at firmaet ud over behandlingerne også har mulighed for at orientere sig om, hvad der findes af hjælpemuligheder internt i kommunen ud over sundhedsordningen og dermed måske kan "skubbe lidt på", hvis der er nogle ting, der vil være godt at få taget hånd om i medarbejderens daglige arbejde, fx skånehensyn. Det kan i sidste ende betyde, at medarbejderen undgår sygemelding og hurtigere kommer i bedring frem for at overhøre de arbejdsrelaterede gener der kunne være, og dermed risikere længerevarende gener og måske sygemelding.

Evt. gode råd:

- Vælg en udbyder, der ønsker at samarbejde om ordningen.
- Behandlerne skal være uddannede.
- Behandlerne skal være bevidste om, at tilbuddet er for medarbejdere med arbejdsrelaterede gener – det betyder, at de skal være i stand til at kunne sige fra over for medarbejdere, der ikke kommer med arbejdsrelaterede gener.
- Vær i tæt dialog med det firma, der skal forestå ordningen.
- Sørg for grundig information om ordningen, så det er helt klart, hvad den kan og ikke kan bruges til.
- Gode informationsmøder om ordningen til de medarbejdere der skal være omfattet og gerne med mulighed for at kunne møde behandlerne.
- Sørg for åbningstider, der også tilgodeser medarbejdergrupper, der ikke arbejder mellem kl. 8.00 - 16.00

5.2.8 Ejerskab for sundhed blandt medarbejderne

En vigtig læring, som flere af de kvalitative interviews og fokusgrupperne har peget på, er, at hvis kommunerne skal lykkes med at få flere medarbejdere til at interessere sig for sundhed, så skal der skabes ejerskab hos den enkelte medarbejder og dennes nærmeste personalegruppe. Data peger på, at der er flere måder kommunerne kan skabe ejerskab for sundhedsordningerne blandt medarbejderne.

Én tilgang, som har vist sig at have succes flere steder, er, at der udpeges sundhedsambassadører eller sundhedsrepræsentanter på lokalt niveau, eksempelvis i de enkelte teams eller afdelinger. Disse medarbejdere har så efter en kort uddannelse eller et kursus ansvaret for – sammen med ledelsen – at udbrede kendskabet til sundhedsordningerne samt gennem det eksisterende kollegiale netværk at motivere til brug af ordningerne. Tiltag som disse får bragt ejerskabet af ordningerne ned fra ledelsesniveau til medarbejderniveau, hvilket gør, at sundhed bliver et tema, som er en mere integreret del af arbejdsdagen for de ansatte. Ligeledes bliver sundhed en social platform, som medarbejderne kan være fælles om, hvilket styrker sammenholdet og det psykiske arbejdsmiljø, som flere arbejdspladser fra undersøgelsen har erfaret.

En anden dimension af ejerskabstematikken er medarbejderindflydelse på sundhedsordningerne. Fra surveyen med mellem- og institutionsledere peger 47 % af de adspurgte på, at medarbejderindflydelse er en af de faktorer, der kan øge deltagelsen i sundhedsordningerne. Fra en fokusgruppe fremgik det, at medarbejderindflydelse på udformningen af en konkret ordning havde været central, da de i sidste ende var endt op med at have forskellige versioner af ordningen i de enkelte teams på baggrund af deres specifikke behov. I fokusgrupperne var der bredt set opbakning til synspunktet, at medarbejderne gerne ville have indflydelse på ordningerne, idet der her ved er større sandsynlighed for, at ordningerne møder medarbejdernes behov, samt at ordningerne bliver mere nærværende og personlige for medarbejderne.

5.2.9 Kommunikation af ordningerne

I forlængelse af ovenstående afsnit så viser data fra undersøgelsen, at den rette kommunikation af sundhedsordningerne er et centralt værktøj for høj anvendelse af ordningerne, særligt i forhold til at mobilisere medarbejdere, der ikke naturligt opsøger sundhedstilbuddene. Fra de kvalitative interviews med ledere med ansvar for sundhed på decentralt niveau fremgår det, at den traditionelle kommunikation af sundhedsordninger via intranet og fælles nyhedsbrev/mail ikke altid er den mest effektive kommunikationsform.

De medarbejdere i fokusgrupperne, der ikke selv er flittige brugere af kommunens intranet, samt de interviewede ledere giver udtryk for, at kommunikationen af sundhedsordninger skal gøres personlig og "face-to-face", hvis den skal være effektiv. Der er to grundlæggende problemer i at bruge de mere almindelige kommunikationsværktøjer som intranet og e-mail. Det ene er, at informationer drukner, hvorfor flere medarbejdere i fokusgrupperne mente, at de ansatte simpelt hen glemmer det hurtigt igen. Det andet problem er, at store grupper blandt de kommunale medarbejdere ikke har en daglig brug af hverken intranet eller e-mail i deres arbejde, hvorfor disse grupper bliver ufrivilligt forbigået. De arbejdspladser, der har haft succes med sundhedsordninger, peger på, at en farbar vej er at gøre kommunikationen mere personlig, hvilket aktiverer en bredere målgruppe. Et forslag, som ligeledes blev diskuteret i flere fokusgrupper, er, at der kommer repræsentanter for ordningerne eller eksterne sundhedskonsulenter ud på den enkelte arbejdsplads og informerer om og motiverer til brug af ordningerne.

Med hensyn til kommunikation af ordningerne skal det tilføjes, at flere kommuner har gode erfaringer med, at kommunikationen målrettes den gruppe af medarbejdere, der tiltænkes at bruge ordningen. Har kommunen en meget bred ordning som eksempelvis en sundhedspakke med forskellige behandlingsordninger, så er intranettet en god platform, hvor medarbejderen kan overskue de mange tilbud. Hvis kommunen derimod har til hensigt, at en stor gruppe medarbejdere i fx teknisk forvaltning, hvor mange ikke sidder på kontor, skal benytte de fælles motionsordninger i højere grad, så er det vigtigt, at kommunikationen bliver personlig og bliver båret af mennesker tæt på medarbejderne.

CASE 3: Kommunikation af sundhedsordninger gennem "Sundhedsuge" for alle medarbejdere i Ballerup Kommune

Baggrund og formål:

I Ballerup afholdes en sundhedsuge i september for alle kommunens medarbejdere. Efter flere års fokus på sundhed blev der i 2009 for første gang afholdt en sundhedsuge. 2010-udgaven er pt. i støbeskeen, og det er således hensigten, at der hvert år afholdes en sundhedsuge for kommunens medarbejdere.

Formålet med Sundhedsugen er, at der bliver sat fokus på, at kommunen ønsker at gå foran med sundhed for de ansatte og derigennem sikre, at organisationen har glade og sunde medarbejdere.

Sundhedsugen er herved med til at skabe opmærksomhed om kommunens forskellige sundhedstilbud for medarbejderne, der især placerer sig inden for motions- og behandlingstilbud. Alle ansatte i Ballerup Kommune har således adgang til:

- Kommunens sundhedsklinik, der bl.a. tilbyder fysioterapi, massage, kostvejledning og sundhedstjek
- Gratis adgang til svømmehal
- Gratis motionshold på kommunens krop og job-skole (tidligere Rygskolen), hvor to afspændingspædagoger er ansat
- Gratis vandaerobic
- Wellness-aftener for personalegrupper
- Powerwalk-hold – hvor man blot skal møde op (gratis)
- Fælles DHL Stafetten-arrangement
- Ladywalk
- Rabataftaler med fire fitnesscentre.

Indhold:

Programmet for sundhedsugen byder på mange forskellige aktiviteter, eksempelvis motionshold, sundhedstjek, foredrag om kost og motion, løb, gåture og cykelture. Programmet for ugen er tilrettelagt således, at aktiviteterne foregår forskellige steder i kommunen og på alle hverdage. Der er desuden et stort motionsløb for alle medarbejdere om søndagen. Til de fleste aktiviteter er der ingen tilmeldingspligt, medarbejderne møder blot op til den aktivitet, de har lyst til.

Udbytte:

Medarbejderne er generelt glade for Sundhedsugen, fordi de mener, at motion med kolleger skaber sammenhold og et godt arbejdsklima. Variationen af aktiviteter får desuden medarbejdernes øjne op for, hvilke motionstilbud kommunen har, og hvad der lige passer til deres behov og temperament. Mange medarbejdere i Ballerup benytter motionstilbuddene i kommunen.

Gode råd:

Det foreslås af medarbejderne, at aktiviteterne i Sundhedsugen også ligger uden for normal arbejdstid, da ikke alle har mulighed for at gå i arbejdstiden, eksempelvis pædagoger og hjemmehjælpere.

Gode erfaringer:

- Sundhedsugen åbner medarbejdernes øjne for motion
- Sundhedsugen er en måde at formidle de gode effekter af motion til mange medarbejdere
- Medarbejderne motiveres til at dyrke motion gennem fælles aktiviteter med deres kolleger.

5.3 Medarbejdernes grænser i forhold til sundhed på arbejdspladsen

Sundhed på arbejdspladsen er på grund af den store vækst i ordninger og tilbud både i den offentlige og private sektor blevet et tema i samfundsdebatten. I forhold til efterspørgsel er det derfor relevant at have med som element, hvorvidt de kommunale medarbejdere generelt set efterspørger mere sundhed på arbejdspladsen, og hvor deres grænser (eventuelt) går.

På baggrund af fokusgrupperne er den overordnede betragtning, at medarbejderne i langt størstedelen af tilfældene anskuer medarbejdersundhed som et gode og som et led i kommunernes medarbejderpleje. Sundhedsfremme bliver af medarbejderne typisk anskuet som et middel for kommunen til at vise dem, at de bliver værdsat.

Medarbejderne i fokusgrupperne blev bedt om at vurdere, hvornår sundhedsinitiativer overskred deres grænser i konkrete situationer, men der var ingen, der umiddelbart havde haft "grænseoverskridende" oplevelser. Et generelt indtryk fra fokusgrupperne var, at grænsen går ved, at arbejdsgiver overskrider medarbejdernes privatsfære ved at blande sig i eksempelvis kost eller medarbejdernes vægt. Imidlertid er grænsen mellem arbejde og privatliv relativt svær at definere præcist, hvad angår sundhedsfremme, som flere medarbejdere fremhævede.

Flere af medarbejderne i fokusgrupperne var enige om, at krav om sundhed til medarbejderne skal relatere sig til arbejdsfunktionen. Eksempelvis er det rimeligt at stille krav om en pædagogs fysiske formåen, hvis han/hun skal løfte børn og være med i leg, som det blev nævnt i en fokusgruppe. Ellers skal kommunerne passe på med kun at ville have én type (sunde) medarbejdere, da der stadig skal være plads til alle, som en anden fokusgruppe diskuterede.

6. VURDERET EFFEKT

I foregående kapitel så vi, hvordan efterspørgslen efter ordningerne fordelte sig, og hvilke faktorer der har betydning for, om efterspørgslen øges. I dette kapitel vil vi fokusere på ledernes vurderede effekt af sundhedsordningerne, da denne dimension ligeledes er central for undersøgelsen.

Når vi i følgende afsnit bruger termen 'effekt' om virkningerne af de kommunale sundhedsordninger, er det med et vist forbehold. Der findes nemlig ikke megen systematisk dokumentation af indsatserne, der kan påvise effekt i forsknings- eller evalueringsmæssig forstand. Det være sagt, så er der i indeværende undersøgelses datamateriale et godt grundlag for at indikere, hvilke vurderede effekter sundhedsordningerne har, ligesom enkelte kommuner til en vis grad selv har arbejdet med at dokumentere effekterne af deres sundhedsordninger. Det er disse to kilder, som vi vil beskæftige os med i kapitlet.

Statistiske test viser, at de vurderede effekter af sundhedsordningerne ikke varierer systematisk mellem de forskellige kommunale sektorer i en sådan grad, at der er signifikante sammenhænge.

6.1 Effekter af sundhedsordninger

I undersøgelsen er der målt effekt af sundhedsordningerne på en række af kategorier, som kommunerne vurderer, at sundhedsordningerne afføder i større eller mindre grad. Disse kategorier er: sundhed, produktivitet, image, forbedret psykisk arbejdsmiljø, reduceret sygefravær, rekruttering, fastholdelse og reduceret nedslidning.

De adspurgte ledere har ligeledes kunne supplere med øvrige effekter, som de mener, at ordningerne har haft på deres arbejdsplads.

Det er i denne forbindelse centralt, at der er tale om forventede effekter, som de adspurgte ledere giver en vurdering af, om de mener, er opnået som resultat af sundhedsordningerne. Mens nogle af effektvariablene er relativt håndfaste, som eksempelvis reduceret sygefravær, så er andre kategorier som fx sundhed en relativt bred størrelse, som kan rumme mange dimensioner. Det bør betragtes som en eventuel fejlkilde i denne del af undersøgelsen, at vi ikke kan sige med sikkerhed, om lederne udtaler sig om *forventede* eller *oplevede* effekter.

Før vi går ind på de enkelte områder, vil vi opridsse en række effekter, som medarbejderne i fokusgrupperne tilkendegav som gennemgående for sundhedsordninger. Først og fremmest anskues sundhedsordninger som medarbejderpleje, jf. afsnit 5.3, og det vurderes derfor, at ordningerne som helhed skaber trivsel på arbejdspladserne. Samtidig fremhæves det sociale elementer, som ordninger på tværs af områderne har, givet at det er aktiviteter, der udføres i fællesskab med kollegerne. Sundhedsordninger kan hermed bidrage til et positivt kollegialt miljø, hvor medarbejderne oplever fællesskab og gode relationer, lød det fra fokusgrupperne.

Det var ikke muligt i fokusgrupperne at komme meget nærmere effekterne end nogle generelle betragtninger, som det ses af ovenstående. Kapitlet bærer derfor præg af, at det i undersøgelsen ikke har været muligt med de eksisterende datakilder at komme meget tæt på entydige sammenhænge mellem organisation og effekt. Hverken de centrale ledere, de decentrale ledere eller medarbejderne ligger inde med en viden om udbyttet af ordningerne i forhold til den detaljerede planlægning, implementering, etc. Med dette forbehold in mente så mener vi, at surveyen suppleret med de kvalitative data giver et godt overblik over, hvilke typer af sundhedsordninger der giver hvilke effekter.

De tre følgende tabeller viser de vurderede effekter af sundhedsordningerne for de enkelte områder på baggrund af surveyen med mellem- og institutionsledere. Tabellerne er lagt ned horisontalt for at kunne være på siden.

Tabel 18: Hvad er efter din vurdering de væsentligste effekter af tilbuddene vedrørende kost og ernæring?

| | | Sundhed | Produktivitet | Image | Psykisk arbejdsmiljø | Reduceret sygefravær | Rekruttering | Fastholdelse | Reduceret nedslidning | Andet | Ingen effekt | Ved ikke | I alt |
|---|---------|---------|---------------|-------|----------------------|----------------------|--------------|--------------|-----------------------|-------|--------------|----------|-------|
| Madordning for de ansatte | Procent | 55,1% | 20,6% | 24,9% | 45,5% | 8,9% | 9,5% | 21,5% | 1,8% | 5,2% | 7,4% | 6,5% | 100% |
| | Antal | 179 | 67 | 81 | 148 | 29 | 31 | 70 | 6 | 17 | 24 | 21 | 325 |
| Frugtordning – adgang til frugt i løbet af arbejdsdagen | Procent | 75,6% | 18,1% | 35,8% | 46,7% | 10,6% | 6,1% | 13,9% | 1,4% | 2,2% | 1,7% | 3,6% | 100% |
| | Antal | 272 | 65 | 129 | 168 | 38 | 22 | 50 | 5 | 8 | 6 | 13 | 360 |
| Foredrag eller arrangementer om mad og sund kost | Procent | 61,7% | 6,1% | 21,2% | 38,3% | 25,8% | 5,3% | 11,7% | 6,8% | 1,9% | 4,2% | 11,7% | 100% |
| | Antal | 163 | 16 | 56 | 101 | 68 | 14 | 31 | 18 | 5 | 11 | 31 | 264 |
| Tilbud om væggtabsgrupper | Procent | 58,6% | 8% | 11,5% | 20,7% | 39,1% | 2,3% | 8% | 19% | 2,3% | 6,9% | 15,5% | 100% |
| | Antal | 102 | 14 | 20 | 36 | 68 | 4 | 14 | 33 | 4 | 12 | 27 | 174 |
| Har tilknyttet diætist/vægtkonsulent | Procent | 58,8% | 8,2% | 12,4% | 18,6% | 40,2% | 4,1% | 10,3% | 15,5% | 3,1% | 2,1% | 16,5% | 100% |
| | Antal | 57 | 8 | 12 | 18 | 39 | 4 | 10 | 15 | 3 | 2 | 16 | 97 |
| Andet | Procent | 67,8% | 13,8% | 18,4% | 38,5% | 27,6% | 5,2% | 10,9% | 15,5% | 6,3% | 6,3% | 6,3% | 100% |
| | Antal | 118 | 24 | 32 | 67 | 48 | 9 | 19 | 27 | 11 | 11 | 11 | 174 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

Tabel 19: Hvad er efter din vurdering de væsentligste effekter af tilbuddene vedrørende motion og fysisk aktivitet?

| Motion og fysisk aktivitet | | Sundhed | produktivitet | Image | Psykisk arbejds- miljø | Reduceret sygefravær | Rekruttering | fastholdelse | Reduceret nedslidning | Andet | Ingen effekt | Ved ikke | I alt |
|--|---------|---------|---------------|---------|---------------------------|-------------------------|--------------|--------------|--------------------------|---------|-----------------|-------------|---------|
| | | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent | Procent |
| Deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer | Procent | 68,0% | 4,8% | 32,2% | 61,1% | 18,1% | 2,5% | 16,2% | 6,7% | 4,9% | 3,9% | 5,8% | 100,0% |
| | Antal | 386 | 27 | 183 | 347 | 103 | 14 | 92 | 38 | 28 | 22 | 33 | 568 |
| Tilskud til/betaling af medlemskab til motionscenter/fitnesscenter eller lign. | Procent | 75,0% | 4,9% | 20,5% | 33,7% | 39,8% | 4,5% | 15,9% | 18,9% | 1,6% | 2,2% | 9,6% | 100,0% |
| | Antal | 369 | 24 | 101 | 166 | 196 | 22 | 78 | 93 | 8 | 11 | 47 | 492 |
| Motionsrum på arbejdspladsen u. instruktør | Procent | 80,4% | 7,4% | 23,0% | 40,2% | 35,3% | 4,9% | 15,7% | 15,7% | 1,5% | 2,0% | 5,9% | 100,0% |
| | Antal | 164 | 15 | 47 | 82 | 72 | 10 | 32 | 32 | 3 | 4 | 12 | 204 |
| Motionshold på arbejdspladsen m. instruktør | Procent | 82,2% | 10,3% | 26,0% | 34,2% | 37,0% | 2,1% | 17,8% | 19,2% | 2,7% | 0,7% | 6,2% | 100,0% |
| | Antal | 120 | 15 | 38 | 50 | 54 | 3 | 26 | 28 | 4 | 1 | 9 | 146 |
| Daglig "pausegymnastik" | Procent | 64,7% | 22,1% | 8,8% | 47,1% | 25,0% | 1,5% | 7,4% | 26,5% | 1,5% | 1,5% | 8,8% | 100,0% |
| | Antal | 44 | 15 | 6 | 32 | 17 | 1 | 5 | 18 | 1 | 1 | 6 | 68 |
| Frikort til kommunens idrætsfaciliteter | Procent | 76,1% | 5,3% | 23,0% | 27,4% | 28,3% | 5,3% | 23,9% | 13,3% | 1,8% | 1,8% | 11,5% | 100,0% |
| | Antal | 86 | 6 | 26 | 31 | 32 | 6 | 27 | 15 | 2 | 2 | 13 | 113 |
| Andet | Procent | 73,4% | 11,0% | 14,7% | 44,0% | 43,1% | 2,8% | 11,9% | 33,9% | 3,7% | 2,8% | 2,8% | 100,0% |
| | Antal | 80 | 12 | 16 | 48 | 47 | 3 | 13 | 37 | 4 | 3 | 3 | 109 |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere

Tabel 20: Hvad er efter din vurdering de væsentligste effekter af tilbuddene vedrørende behandlingsordninger?

| Behandlingsordninger | | Sundhed | produktivitet | Image | Psykisk ar- bejdsmiljø | Reduceret sygefravær | Rekruttering | fastholdelse | Reduceret nedslidning | Andet | Ingen effekt | Ved ikke | I alt |
|---------------------------------------|---------|---------|---------------|-------|---------------------------|-------------------------|--------------|--------------|--------------------------|-------|-----------------|-------------|--------|
| | | Procent | | | | | | | | | | | |
| Massage | Procent | 62,7% | 10,5% | 14,9% | 40,0% | 58,3% | 3,1% | 15,3% | 34,9% | 1,0% | 1,7% | 4,7% | 100,0% |
| | Antal | 185 | 31 | 44 | 118 | 172 | 9 | 45 | 103 | 3 | 5 | 14 | 295 |
| Kiropraktik | Procent | 58,5% | 16,2% | 12,3% | 24,6% | 72,3% | 2,3% | 13,1% | 35,4% | 0,0% | 0,0% | 6,9% | 100,0% |
| | Antal | 76 | 21 | 16 | 32 | 94 | 3 | 17 | 46 | 0 | 0 | 9 | 130 |
| Fysioterapi | Procent | 31,0% | 18,6% | 11,2% | 28,9% | 73,1% | 2,5% | 13,2% | 42,6% | 0,0% | 0,4% | 4,1% | 100,0% |
| | Antal | 75 | 45 | 27 | 70 | 177 | 6 | 32 | 103 | 0 | 1 | 10 | 242 |
| Psykologhjælp (ud over krisehjælp) | Procent | 29,4% | 7,9% | 6,8% | 82,1% | 64,5% | 1,1% | 30,5% | 16,8% | 0,4% | 0,4% | 5,0% | 100,0% |
| | Antal | 82 | 22 | 19 | 229 | 180 | 3 | 85 | 47 | 1 | 1 | 14 | 279 |
| Sundhedstjek | Procent | 75,8% | 7,9% | 23,7% | 34,4% | 45,6% | 2,8% | 12,1% | 20,9% | 1,9% | 1,4% | 9,3% | 100,0% |
| | Antal | 163 | 17 | 51 | 74 | 98 | 6 | 26 | 45 | 4 | 3 | 20 | 215 |
| Andet | Procent | 47,4% | 10,3% | 7,7% | 48,7% | 64,1% | 5,1% | 21,8% | 28,2% | 1,3% | 1,3% | 9,0% | 100,0% |

Kilde: Survey med mellem- og institutionsledere.

Grundlæggende er en interessant pointe på baggrund af tabellerne, at meget få af de adspurgte ledere mener, at sundhedsordningerne *ikke* har nogen effekt. Der er derfor et klart billede af, at de kommunale sundhedsordninger vurderes at have effekter af den ene eller anden karakter.

6.1.1 Vurderede effekter af kost- og ernæringsordninger

De væsentligste effekter af tilbuddene vedrørende kost og ernæring er, jf. tabel 18, først og fremmest øget sundhed, da mellem 55-76 % af lederne mener, at de forskellige ordninger medfører forbedret sundhed.

Denne tendens understøttes ligeledes af HR-cheferne, der ligeledes vurderer, at den primære effekt af kost- og ernæringsordningerne var sundhed.

Med hensyn til mad- og frugtordninger vurderer lederne, at disse former for tilbud medfører øget produktivitet på arbejdspladsen samt forbedrer det psykiske arbejdsmiljø. Omkring en ud af fem af de adspurgte mener at kunne se den førstnævnte sammenhæng, mens lige under halvdelen vurderer at kunne se sammenhængen mellem mad- og frugtordninger og forbedret psykisk arbejdsmiljø. Data indikerer ligeledes, at særligt frugtordninger giver arbejdspladserne et bedre image, mens madordninger kan være et led i fastholdelsen af medarbejdere.

Derudover vurderes frugtordninger, madordninger samt arrangementer om mad og sund kost at have en positiv effekt på arbejdspladsens psykiske arbejdsmiljø. Det er svært at vurdere, hvordan disse sammenhænge nøjagtig forekommer, men på baggrund af undersøgelsens øvrige data ved vi, at mad- og frugtordninger er populære, hvilket tilsyneladende giver glade medarbejdere.

De væsentligste kilder til reduceret sygefravær inden for området kost og ernæring er tilbud om vægttabsgrupper og ordning med tilknyttet vægtkonsulent/diætist. Selvom disse tilbud henvender sig til en relativt snæver målgruppe, så mener lederne, at effekten i forhold til sygefravær er klar (40 %). Disse to ordninger har ligeledes en betydning i forhold til reduceret nedslidning af medarbejderne.

I fokusgrupperne blev det påpeget, at madordninger ligeledes kan have et socialt aspekt, da medarbejderne mødes omkring spisningen. Hvis kantinen er sund, kan det ligeledes motivere medarbejderne til at få sundere kostvaner, mente medarbejderne i en fokusgruppe.

Som helhedsbetragtning er det værd at have med, at årsagen til, at det kan være svært at udskille effekter for de enkelte ordninger, er, at ordningerne er del af en helhed. Det vil sige, at kommunerne ikke nødvendigvis indfører sund kost på arbejdspladsen, fordi sygefraværet skal nedbringes, men den sunde kost er måske led i et større projekt, hvor kommunen vil nedbringe sygefravær (give bedre trivsel, rekruttere osv.). Dette aspekt gælder ikke blot for kost- og ernæringsordninger, men derimod for alle typer af sundhedsordninger.

6.1.2 Effekter af motionsordninger

I lighed med kost- og ernæringsordninger så ser det ud til, at sundhed er den primære effekt af motionsordningerne. Mellem 65 og 82 % af lederne vurderer, at forbedret sundhed er en effekt af de forskellige motionstilbud (jf. tabel 19).

HR-cheferne vurderer ligeledes, at de primære effekter af motionsordninger er en forbedret sundhed, men tilmed mener de, at ordningerne forbedrer rekruttering, psykisk arbejdsmiljø og sygefravær.

Daglig pausegymnastik har ifølge mellem- og institutionslederne flere klare effekter. Ud over den øgede sundhed så giver pausegymnastik en øget produktivitet, et bedre psykisk arbejdsmiljø og reduceret nedslidning.

Deltagelse i enkeltstående idrætsarrangementer vurderes at være effektiv i forhold til at forbedre kommunen/arbejdspladsens image – ved at kommunen viser sit ansigt udadtil, mens det ligeledes giver et bedre psykisk arbejdsmiljø.

Tabellen viser, at reduceret sygefravær bedst nås gennem tilskud til eller betaling af fitnessmedlemskab, motionsrum på arbejdspladsen og motionshold på arbejdspladsen. De adspurgte ledere vurderer altså, at de mere fysisk krævende og hyppige ordninger reducerer sygefraværet mest.

I en fokusgruppe mente medarbejderne, at udbyttet af de motionsordninger, som de benyttede sig af, primært var socialt, da intensiteten ikke var høj nok til, at sundheden blev mærkbart forbedret. Dog var budskabet, at de kollektive motionstilbud medfører både sundhed og sociale bånd mellem kollegerne.

Et par af de øvrige fokusgrupper talte om, at motion kan være et godt middel til at forebygge og behandle stresssymptomer.

6.1.3 Effekter af behandlingsordninger

Af tabel 20 ses det, at lederne vurderer, at de primære effekter af behandlingsordningerne er reduceret sygefravær (46-73 %) og forbedret sundhed (29-76 %). Behandlingsordningerne adskiller sig herved fra de to øvrige områder, da de er særligt virksomme i forhold til at reducere sygefraværet.

Denne tendens underbygges af data fra undersøgelsen med HR-cheferne, hvor det ligeledes blev vurderet, at de primære effekter af behandlingsordningerne er en forbedring af sygefraværet. Sekundært vurderede HR-cheferne, at behandlingsordningerne giver en forbedring af sundhed, mulighederne for fastholdelse samt reduktion i nedslidningen af medarbejderne.

Med hensyn til reduceret nedslidning vurderer lederne, at ordningerne massage, kiropraktik og fysioterapi er relativt effektive. Fysioterapi vurderes desuden til at have en større effekt end de andre ordninger i forhold til produktivitet, hvilket nok skal begrundes med, at fysioterapien kan afhjælpe fysiske skader og lidelser, som hindrer medarbejderes optimale udførelse af arbejdet.

En anden tendens, der er tydelig i tabellen, er sammenhængen mellem psykologhjælp og psykisk arbejdsmiljø (82 %). Psykologhjælp ser ydermere ud til at være et godt instrument i forhold til fastholdelse.

Sundhedstjek, som er populære i kommunerne, har primært effekt i form af forbedret sundhed og forbedret image, hvor ordningen udmærker sig i forhold til de øvrige tilbud på området. Fra fokusgrupperne var budskabet, at sundhedstjek var en ordning, som kunne sætte gang i medarbejderne, ved at de tager fat i motion, kost osv., efter deres sundhedstilstand er kortlagt.

De kvalitative data viser, at udbredelsen af behandlingsordninger i kommunerne har gjort det mere legitimt for medarbejderne at opsøge behandling, hvilket i sidste ende medfører, at sygdom bliver taget i opløbet, mener medarbejderne. Flere nævnte eksempler på, hvordan de havde benyttet behandlingstilbud og derigennem var kommet hurtigere tilbage på arbejde ved sygdom. Disse udsagn fra medarbejderne bekræfter i høj grad tesen om behandlingsordningerne som værende *forebyggende* for både sygdom af arbejdsbetinget karakter samt sygdom, der er uafhængig af arbejdet.

6.2 Dokumentation af sundhedsordninger indsamlet af kommunerne

Som led i undersøgelsen af sundhedsordninger på det kommunale område har vi bedt de deltagende kommuner om at indsende dokumentation af effekterne for deres sundhedsordninger. Hensigten med dette element er at supplere undersøgelsens dataindsamling med erfaringer indsamlet af kommunerne selv, sådan at elementet vedrørende effekt kan udbygges yderligere.

En central pointe, som er værd at nævne, er, at det umiddelbart kan være svært at måle effekterne af de enkelte udspecificerede ordninger, da fx sygefravær eller psykisk arbejdsmiljø afhænger af mange forskellige ting og ikke udelukkende en enkelt sundhedsordning. Kommunerne måler formodentlig alle udviklingen i sygefravær, medarbejdertilfredshed osv., men da det er svært at udskille resultaterne som særskilte effekter af sundhedsordninger, har mange kommuner på nuværende tidspunkt ikke overblik over det eksakte udbytte af ordningerne.

I lighed med vores egen dataindsamling afspejler den indsendte dokumentation fra kommunerne, at de ikke har stor erfaring med (effekt)dokumentation af sundhedsordningerne. Årsagen til dette skyldes sandsynligvis to ting. For det første er sundhedstiltag ikke noget arbejdspladserne har arbejdet med i en lang årrække (bredt set), og for det andet er sundhedsordningerne ikke i alle tilfælde tiltænkt at have bestemte effekter.

Hvis eksempelvis kommune X iværksætter et sundhedsprojekt som led i generel personalepleje, og kommunen ikke tiltænker yderligere effekter end tilfredse medarbejdere, er det heller ikke sikkert, at kommunen opstiller succeskriterier og effektmål eksempelvis i forhold til sygefravær.

Nedenstående tabel viser en oversigt over den dokumentation, som vi har modtaget fra kommunerne.

Tabel 21: Oversigt over indsendt dokumentation af effekter for sundhedsordninger

| Sundhedsordning | Dokumentationstype | Effekt målt? | Intern/ekstern dokumentation |
|------------------------------------|--|--------------|------------------------------|
| Kost og ernæring | Status over slanketilbud | Ja | Intern |
| Rygestop | Status over rygestopkurser | Ja | Intern |
| Rygestop | Dokumentationsværktøjer | Nej | Intern |
| Motionsordning/kost/behandling | Evaluerings af trivselstiltag | Ja | Intern |
| Motionsordning, behandlingsordning | Høringssvar | Nej | Intern |
| Motionsordning | Notat om kommunens motionstilbud | Nej | Intern |
| Motionsordning | Evaluerings | Ja | Intern |
| Behandlingsordning | Rapport over resultater med sundhedsprofiler | Nej | Ekstern |
| Behandlingsordning | Personalepolitisk regnskab | Nej | Intern |
| Behandlingsordning | Status | Nej | Ekstern |
| Behandlingsordning | Arbejdsmiljøregnskab | Ja | Intern |
| Behandlingsordning | Rapport | Ja | Ekstern |
| Behandlingsordning | Evaluerings af sundhedsordningen | Ja | Intern |

Af tabellen ses det, at vi har modtaget dokumentation af forskellig karakter fra i alt 13 kommuner. Den første kolonne viser, hvilken kategori af sundhedsordning dokumentationen omhandler, mens anden kolonne viser typen af dokumentation. I tredje kolonne har vi vurderet, om dokumentationen reelt måler effekt forstået på den måde, at der skal være målt virkninger af en bestemt indsats enten kvalitativt eller kvantitativt. Et eksempel på dokumentation, der ikke måler effekt, er en status over hvor mange deltagere, der har deltaget i et motionsløb, men hvor kommunen ikke har fokuseret på udbyttet af motionsløbet. I sidste kolonne har vi noteret, hvorvidt dokumentationen er foretaget internt eller af en ekstern partner.

Med hensyn til kategorien af sundhedsordninger viser tabellen, at hovedvægten af dokumentationen omhandler motions- og behandlingsordninger.

Godt halvdelen af den indsendte dokumentation behandler spørgsmål om effekt. Typen af effekt, som dokumentationen måler, afhænger af de relevante parametre, som kommunen har opstillet som succeskriterier for ordningen. For rygestopkurser er det oplagt at måle, hvorvidt deltagerne er stoppet med at ryge, mens det for en behandlingsordning er mere oplagt at måle på, hvorvidt medarbejderne har vurderet behandlingen som virksom i forhold til deres behov.

6.2.1 Målte effekter i kommunernes egen dokumentation

Da grundlaget for effektmålinger forestået af kommunerne selv er relativt spinkelt, vil vi her fokusere på at gengive typen af dokumentation, hvilket vil sige, hvilke slags effekter kommunerne typisk måler på, når de evaluerer deres sundhedsordninger.

Vi vil ikke inddrage rygestopkurser, da resten af undersøgelsen ikke har fokus på denne type ordning, men rygestopkurser udgør ellers den type ordning, det er umiddelbart nemmest for kommunerne at måle effekt på (er medarbejderen stoppet med at ryge?: ja/nej)

De parametre, som der måles på i den indsendte dokumentation, er typisk:

- Hvor mange deltagere er der i de forskellige ordninger? (Hvilket ikke siger noget om effekt som sådan)
- Hvor tilfredse er medarbejderne med ordningen?
- Er den generelle trivsel på arbejdspladsen øget siden ordningen/ordningerne indførtes?
- Reduceres sygefraværet på arbejdspladsen?
- Behandlingsordning: Vurderer medarbejderne behandlingen som effektiv?
- Behandlingsordning: Vurderer medarbejderne deres helbred som forbedret efter x antal behandlinger?
- Vægttabshold: Hvor mange kilo har deltagerne tabt tilsammen?
- Motionsordning: Hvordan er betydningen af ordningen i forhold til medarbejdernes fysiske og psykiske velvære?

De ovenstående effektparametre indikerer, at kommunerne primært fokuserer på at måle, hvor mange der benytter ordningen, og hvor tilfredse medarbejderne er med ordningen. Dog ses det med visse behandlingsordninger, at kommunen ligeledes er interesseret i at måle, hvorvidt behandlingen har været effektiv. For de meget målrettede ordninger som rygestopkurser og vægttabshold er det tilmed almindeligt, at kommunen er interesseret i at måle den direkte effekt i form af antal af rygestop blandt kursusedtagerne eller de tabte antal kilo på vægttabsholdet.

Med hensyn til resultaterne af den indsendte dokumentation er det ikke muligt at tilføje kvalificerede nuancer til indeværende undersøgelse, da datagrundlaget simpelthen er for spinkelt. Dog er der i materialerne et overordnet billede af, at sundhedsordningerne har positive effekter for de medarbejdere, der benytter dem. Det kommer til udtryk på forskellige parametre som fx trivsel, tilfredshed med ordningerne og reduceret sygefravær. På baggrund af kommunernes egen dokumentation er tendensen, at kommunerne får et udbytte af sundhedsordningerne, som er i overensstemmelse med de forventninger, kommunerne har til ordningerne.

7. PRIS- OG UDGIFTSEKSEMPLER

Et centralt tema for undersøgelsen er sammenhængen mellem omkostninger og udbytte af sundhedsordninger. Vi har i undersøgelsens indledende fase indhentet pris- og udgiftseksempler på forskellige sundhedsordninger i 42 kommuner, der har medvirket i undersøgelsen.

Det er vigtigt at understrege, at det ikke er muligt på baggrund af de indsamlede data at udtale sig om *sammenhængen* mellem ordningernes omkostninger og deres effekt. Dette medfører, at vi ikke kan beregne ordningernes "nettoutgift" eller såkaldte *cost-effectiveness*. Kommunerne ligger ganske enkelt ikke inde med data, der muliggør dette, hvilket ligger i forlængelse af kapitel 6 om effekt. Derfor er der tale om ordningernes bruttoutgifter, når vi i dette kapitel behandler temaet om pris og udgifter til sundhedsordningerne.

Det er dog muligt at give et overblik over, hvor meget forskellige sundhedsordninger typisk koster, hvilket både i sig selv og sammenholdt med rapportens øvrige kapitler giver et interessant bidrag til undersøgelsen.

7.1 Priser på forskellige typer af sundhedsordninger

Vi har på baggrund af de indhentede prisseksempler opnået indsigt i, hvad forskellige ordninger typisk koster, hvilket giver et vigtigt bidrag til det samlede overblik over sundhedsordningerne.

Kommunerne er blevet bedt om at være så præcise som muligt i angivelsen af priser, men da dette element af undersøgelsen baserer sig på telefoniske data, skal priserne i udgangspunktet betragtes som overslag.

Nedenstående bokse viser eksempler på sundhedsordninger og deres indhold og pris inden for de tre overordnede områder (kost og ernæring, motion og behandling).

KOSTVEJLEDNING

Kommunen tilbyder kurser og foredrag om kostvaner og overvægtsproblemer. Kurserne foregår som hold bestående af 8-12 deltagere, der mødes én gang om ugen i en 6-8 ugers periode. Medarbejderne tilmelder sig hos den ansvarlige diætist, der står for organiseringen af holdene. Tilmelding foregår efter "først til mølle"-princippet. Diætisten tilretter og fordeler holdende ud fra de tilmeldtes årsager og ønsker til deltagelse. Således er der hold med forskelligt fokus. Nogle hold er fokuseret på store vægttab, andre på små vægttab, mens andre igen omhandler kostvaner mere generelt. Der er ingen visitation til holdene, men fordeling og udvælgelse af deltagerne foregår ud fra diætisten professionelles vurdering. Holdene afvikles uden for arbejdstiden med både eftermiddags- og aftenhold, så det er muligt for alle medarbejdere at deltage uanset arbejdstid. Ydelsen blev tidligere leveret igennem kommunens sundhedscenter, men foregår i dag hos den ansvarlige diætist.

Antal medarbejdere omfattet af ordningen: 3.600

Pris: 100.000 kr./år

TILSKUD TIL TRÆNING I PRIVAT FITNESS-CENTER

Kommunen har indgået en kontrakt til en værdi af 1 million kr. med en række private fitnesscentre i kommunen, hvor kommunens medarbejdere kan få medlemskab til et lavere kontingent. Prisen pr. måned er 150 kr. pr. medarbejder, der herved har fri adgang til de forskellige fitnesscentre i hele åbnings-tiden.

Antal medarbejdere omfattet af ordningen: 8.000

Kommunens udgift: 1.000.000 kr. årligt

Kommunens udgift pr. medarbejder: 125 kr./år

MOTIONS HOLD

Kommunen udbyder motionshold inden for pilates, løb, yoga og gymnastik til medarbejderne for derved at skabe gode rammer for medarbejdernes sundhed. Det er samtidig en bevidst strategi, at motionen tilbydes på holdbasis, således at løbetræningen eller pilates-øvelserne også styrker de sociale bånd på arbejdspladsen.

Antal medarbejdere der har benyttet sig af ordningen: ca. 100 medarbejdere om ugen.

Kommunens udgift: 100.000 kr./år

BEHANDLINGSORDNING

Kommunen tilbyder medarbejderne en sundhedsordning med mulighed for at få fysioterapi, massage og sundhedstjek. Fysioterapi og sundhedstjek betales helt af kommunen, imens medarbejderne selv skal betale 50 kr. for ½ times massage. Medarbejderne kan frit benytte fysioterapien, under forudsætning af at det er arbejdsrelaterede skader. Ca. 80 % af udgifterne til ordningen udgøres af fysioterapi. Sundhedstjekket foregår som et frivilligt tilbud om udarbejdelse af en sundhedsprofil, hvor fedtprocent, kondital og generel sundhedstilstand måles.

Antal medarbejdere omfattet af ordningen: 3.600

Kommunens samlede udgift: 2.000.000 kr./år

Kommunens udgift pr. medarbejder: 555 kr./år

Priseksemplerne viser, at der kan være stor forskel i omkostningerne for kommunerne, afhængig af hvilke ordninger der tilbydes, og hvordan de organiseres. Typisk er behandlingsordninger dyrest sammenlignet med andre typer af ordninger, som kommunerne udbyder, viser de indsendte data.

Årsagen til, at behandlingsordningerne er de dyreste, hænger sammen med, at de forebyggende behandlinger er udgiftstunge tilbud (psykologhjælp, massage, kiropraktor, etc.), som oftest foregår som individuel aktivitet modsat mange af motionsaktiviteterne.

Som vi så i afsnit 4.6 udgør brugerbetaling også et relevant parameter for en kommune eller en kommunal arbejdsplads' udgifter til sundhedsordningerne. Billedet fra afsnit 4.6 var, at brugerbetalingen for den enkelte ordning afhænger af dens type, fx betaler man ofte en del af fitnessabonnementet og massage, mens psykolog ofte ikke koster medarbejderen noget. Fra de kvalitative data ved vi, at de enkelte kommuner regulerer og indretter brugerbetalingen forskelligt, da pris i høj grad er en motiverende faktor for deltagelse i ordningerne (jf. kapitel 5).

Ordningerne vedrørende kost og ernæring, som typisk vil være tilbud om madordning (kantine) eller frugtordning, har det ikke været muligt at indhente priseksempler på inden for rammerne af undersøgelsen, men det er relativt almindeligt, at kommunerne giver tilskud til kantinedriften – det er dog op til den enkelte kommunale arbejdsplads at bestemme dette. Priserne på maden skal fastsættes således, at prisniveauet svarer til prisniveauet i andre private og offentlige kantiner, ligesom det er en centralt erklæret målsætning, at der tilbydes sund mad³.

En af årsagerne til, at det er svært at udskille og hente udgiftstal for kost og ernæring, er, at kantinedrift og tilskud hertil ikke betragtes som en sundhedsordning, men snarere som generel drift, hvorfor HR-funktionen i kommunerne, som vi har haft som datakilde i denne del af undersøgelsen, ikke ligger inde med tal for denne type ordning.

³ Cirkulære nr. 9020 af 28. januar 2008.