

Sundhedsstyrelsen

Sundhedsfremme på danske arbejdspladser

Fokusgrupper

Februar 2003



Sundhedsstyrelsen

Sundhedsfremme på danske arbejdspladser

Fokusgrupper



Februar 2003

Indhold

Side

1. Indledning	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Metode	2
2. Analyse og resultater	3
2.1 Om grupperne	3
2.2 Udfordringer – Gruppe 1.....	4
2.3 Udfordringer – Gruppe 2.....	8
2.4 Mulige tiltag	10
3. Sammenfatning.....	13

1. Indledning

1.1 Problemstilling

Sundhedsstyrelsen har i en årrække arbejdet med at understøtte initiativer til fremme af sundhed på danske arbejdspladser, og har på den baggrund iværksat en undersøgelse omhandlende udbredelse, erfaringer, holdninger og motivation i forbindelse med sundhedsfremme på arbejdspladser. Undersøgelsen skal ses i sammenhæng med en lignende undersøgelse gennemført i 1997.

Formålet med undersøgelsen er for det første at tegne et statusbillede over sundhedsfremme på danske arbejdspladser, og i den forbindelse undersøge udviklingen i forhold til resultaterne fra 1997. For det andet skal undersøgelsen give input til, hvilke former for støtte og hjælp virksomhederne efterspørger i deres arbejde med sundhedsfremme.

For at løse ovenstående problemstilling har Sundhedsstyrelsen og PLS RAMBØLL valgt at anvende et projektdesign, hvor kvantitative og kvalitative undersøgelsesmetoder kombineres. Den kvantitative del af undersøgelsen er gennemført i november/december 2002, og resultater herfra er beskrevet i en selvstændig rapport. Denne rapport omhandler således alene den del, hvor den *kvalitative* undersøgelsesmetode er bragt i anvendelse.

Formålet med den kvalitative del af undersøgelsen er at opnå dybere indsigt i, hvorledes Sundhedsstyrelsen fremover på bedst mulig vis kan understøtte sundhedsfremmende initiativer på arbejdspladser.

De to central emner for undersøgelsen er:

- Hvilke overvejelser og erfaringer har virksomhederne gjort sig i forbindelse med sundhedsfremmende initiativer på arbejdspladsen?
- Hvilke udfordringer og muligheder er der i det videre arbejde med sundhedsfremme, og hvorledes kan Sundhedsstyrelsen og andre aktører bidrage til at understøtte dette arbejde.

1.2 Metode

Med hensyn til den kvalitative undersøgelse har PLS RAMBØLL afholdt to fokusgruppe-møder i København.

I forbindelse med den kvantitative undersøgelse er respondenterne blevet spurgt, om de eventuelt ville deltage i et gruppemøde. Deltagerne til fokusgrupperne er rekrutteret blandt de, der har svaret positivt herpå. I rekrutteringen er der endvidere taget hensyn til, hvor langt fremme virksomhederne er på området for sundhedsfremme – baseret på deres besvarelse af spørgeskemaet i den kvantitative undersøgelse. Deltagerne i den første gruppe er rekrutteret blandt virksomheder, der er langt fremme på området for sundhedsfremme på arbejdspladsen, mens deltagerne i den anden gruppe er rekrutteret blandt virksomheder, der ikke er nået så langt, men har intentioner og forventninger om at udvikle området.

Deltagerne blev rekrutteret telefonisk, og har efterfølgende fået tilsendt et bekræftelsesbrev.

Gruppe 1 bestående af virksomheder, der er langt fremme, blev afholdt tirsdag d. 18/2 kl. 17-19 hos PLS RAMBØLL. Der blev oprindelig rekrutteret 12 deltagere til mødet, 3 meldte fra på dagen og yderligere 3 dukkede ikke op. Samlet bestod gruppen således af 6 personer.

Gruppe 2 bestående af virksomheder, der ikke var nået så langt, blev afholdt onsdag d. 19/2 kl. 17-19 hos PLS RAMBØLL. Der blev oprindelig rekrutteret 11 deltagere til mødet, 4 meldte fra på dagen og yderligere 3 dukkede ikke op. Samlet bestod gruppen således af 4 personer.

2. *Analyse og resultater*

Fokusgrupperne har resulteret i identifikationen af en række *udfordringer* for det videre arbejde med sundhedsfremme på arbejdspladser.

Grupperne repræsenterer to forskellige segmenter af virksomheder, hvorfor problemstillinger og udfordringer også i et vist omfang er forskellige imellem grupperne. Vi har derfor valgt at strukturere udfordringerne i forhold til de to grupper, eftersom der klart var forskel på, hvor stor vægt og relevans udfordringerne havde i grupperne.

I afsnit 2.2 præsenteres de udfordringer, der primært er identificeret i gruppe 1 – de virksomheder, der er nået langt med sundhedsfremmende initiativer. I afsnit 2.2 beskrives efterfølgende de udfordringer, der primært er identificeret i gruppe 2.

På baggrund af de identificerede udfordringer har vi opstillet en række mulige tiltag, som Sundhedsstyrelsen og andre aktører kan lade sig inspirere af i arbejdet med at understøtte sundhedsfremme på arbejdspladser.

Indledningsvist redegøres kort for deltagerne i de to grupper.

2.1 Om grupperne

Gruppe 1 – Virksomheder, der er langt fremme

Kendetegnende for deltagerne i gruppe 1 er, at de generelt har fastlagt politikker på sundhedsområdet, etableret regler for rygning og alkohol, har forskellige tilbud til medarbejderne om motion, massage, tilskud til fitness og lignende. Den generelle opfattelse blandt deltagerne er, at arbejdet med denne del af sundhedsfremme ligger bag dem. Det primære fokus i dag og fremover er rettet mod det psykiske element i en sund arbejdsplads.

Deltagerne repræsenterer større virksomheder med minimum 50 ansatte fra såvel den offentlige som den private sektor.

Gruppe 2 – virksomheder, der ikke er langt fremme

Kendetegnende for gruppe 2 er, at man kun i begrænset grad eller slet ikke har iværksat sundhedsfremmende initiativer. Problemstillingerne i gruppen er således også anderledes – fx at man møder modstand blandt medarbejderne ved indførelse af rygeregler. Deltagerne repræsenterer mindre virksomheder med maksimalt 30 ansatte, hvilket blandt andet har som konsekvens, at ressourcer i form af tid og penge i langt højere grad er en faktor, set i forhold til gruppe 1.

2.2 Udfordringer – Gruppe 1

Som beskrevet indledningsvist har fokusgrupperne resulteret i identifikationen af en række udfordringer på området for sundhedsfremme på arbejdspladser. I det følgende præsenteres de udfordringer, der på baggrund af vægt og relevans primært hører hjemme i gruppe 1 (virksomheder, der er langt fremme på området).

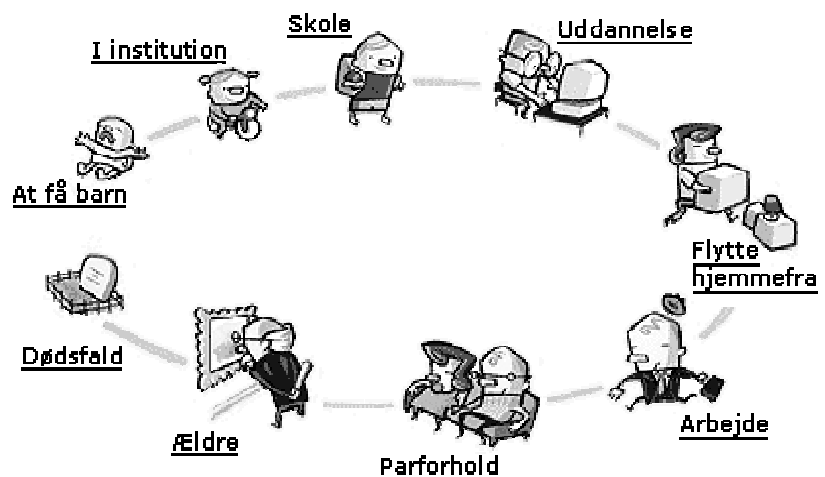
1. **Det udvidede sundhedsbegreb:** Sundhedsfremme på arbejdspladser har hidtil primært fokuseret på områderne kost, motion, rygning og alkohol. Erfaringerne fra gruppeinterviewet viser imidlertid, at der er et klart behov for at udvide det »traditionelle« sundhedsbegreb med en psykisk dimension. Den psykiske dimension knytter sig til medarbejdernes trivsel på arbejdspladsen, oplevelse af kontrol med arbejdsomfang og opgavetyper, samt at arbejdet er meningsfyldt.

Deltagerne blev i gruppediskussionen bedt om at angive, hvad de forstår ved en sund arbejdsplads. Svarerne viste tydeligt, at den psykiske dimension vægter mindst lige så tungt som den traditionelle fysiske dimension.

2. **De nemme frugter er høstet:** Der er generelt en opfattelse af, at det psykiske område sammenlignet med de traditionelle områder, er langt sværere at håndtere. Alle kan indrette et motionsrum – det er primært et spørgsmål om at afsætte økonomiske ressourcer. Problemstillingen er af en anden og sværere karakter, når det gælder håndteringen af stress, mobning, dårligt arbejdsklima eller

andre aspekter af det psykiske arbejdsmiljø. Håndteringen af disse emner er primært ledelsens ansvar og kan ikke uddelegeres til arbejdspladsens »ildsjæl«. Ofte er ledelsen imidlertid ikke sit ansvar bevidst, og mangler desuden viden og konkrete redskaber på området.

3. **Skeletterne ud af skabet:** Efterhånden som de fysiske rammer er på plads bliver de psykiske problemer mere synlige. Opfattelsen i gruppen er, at de psykiske problemer har været der hele tiden, men at fokus hidtil har været rettet på andre sundhedsrelaterede problemstillinger.
4. **Hvor er den koordinerede sammenhængende indsats?:**



Deltagerne i gruppen savner sammenhæng i den offentlige indsats på området for sundhedsfremme. Det offentlige giver med den ene hånd og tager med den anden.

Flere eksempler belyser problemstillingen:

På den ene side tages der fra offentlig side initiativer til sundhedsfremme på fx arbejdspladser. Samtidig skærer man ned på idrætsundervisningen i skoler og gymnasier. Indstillingen til sundhed hænger i høj grad sammen med holdninger og opdragelse. Virksomhederne kan ikke tvinge deres medarbejdere til fx at benytte motionsrummet. Derfor er opdragelse til sundhed vigtigt.

Som et andet eksempel nævnes manglende fleksibilitet i relation til at give ældre og/eller nedslidte medarbejdere mulighed for en gradvis tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, hvor der fx er mulighed for at gå på nedsat tid.

Et tredje eksempel på manglende sammenhæng opleves i forbindelse med skattelovgivningen. På den ene side vil det offentlige gerne have virksomhederne til at gennemføre sundhedsfremmende initiativer overfor deres medarbejdere. På den anden side beskatter man medarbejderne, hvis de fx får betalt et abonnement til fitnesscenteret. Dette rummer i sig selv et paradoks, som endvidere forstærkes, når man tager i betragtning, at der fx ikke er beskatning på uddannelse. En medarbejder kan således få betalt sin HD eller MBA uden at blive beskattet. Både sundhed og uddannelse er at betragte som private goder, og skulle som sådan beskattes på samme vis.

- 5. Virksomhedernes sociale ansvar:** Salg af sundhedsfremme på arbejdspladser hænger i vid udstrækning sammen med salg af ideen om virksomhedernes sociale ansvar. Virksomhederne i gruppen er generelt indforstået med, at de har et socialt ansvar og er villige til at påtage sig et sådant. Et succesfuldt salg hænger imidlertid sammen med at det offentlige agerer som en medspiller – og ikke en modspiller. Gruppen oplever, at det offentlige er præget af kassetænkning, hvilket ofte forhindrer en proaktiv og forebyggende indsats. Alt for ofte er det et spørgsmål om, hvor »aben« skal placeres.

Gruppen giver udtryk for, at man oplever manglende vilje og fleksibilitet fra det offentlige i sundhedsrelaterede problemstillinger. Som eksempel nævnes sager omkring arbejdsrelaterede sygdomme og lidelser. Det offentlige bidrager først med støtte og hjælp, når skaden er sket og medarbejderen evt. er blevet sygemeldt, mens det opleves som vanskeligt at få det offentlige til at bidrage med støtte tidligt i et forløb – fx i forbindelse med omskoling af medarbejdere i forbindelse med nedslidning.

Eksemplet peger igen i retning af, at virksomhederne savner helhed i det offentliges indsats på området for sundhedsfremme.

6. Bliver varen købt – tilbud og politikker er på plads, hvad nu?:

Kendetegnende for gruppen er som skrevet indledningsvist, at man i vid omfang har defineret politikker og etableret tilbud på de traditionelle sundhedsområder. Det kan samtidig konstateres, at der kun i begrænset grad er indbygget dynamik i tilbudene og politikkerne. Der er ikke opstillet mål for, hvad man vil opnå med tilbudene – fx mål for, hvor mange man ønsker skal benytte sig af et givent tilbud. Man følger ikke op på, om tilbudene bliver brugt og der bliver ikke gjort noget særligt for at markedsføre tilbud.

Holdningen er generelt, at der er en grænse for, hvad virksomheden skal blande sig i. Man har etableret tilbudene til medarbejderne, og så må det være op til medarbejderne selv, om de ønsker at benytte sig af tilbudene. En mere aktiv indsats i virksomhederne for at fremme brugen af tilbudene er således begrænset af holdningen til, hvad der er privatliv, og hvad der er arbejdsliv.

Mens der er en markedsmekanisme indbygget i at tilbyde ordninger omkring motion, massage etc. (jf. at disse tilbud er en parameter i kampen om attraktive medarbejdere) er der ingen tilsvarende markedsmekanisme i brugen af disse tilbud.

7. Inddragelse af ledelse: Sundhedsfremme skal gøres til ledelsens projekt – det gælder som allerede nævnt ikke mindst på det psykiske område. Initiativer skal være forankret i ledelsen og ledelsen skal gøres bevidste om deres ansvar for en sund arbejdsplads. Det er vigtigt at kommunikationen om sundhedsfremme rettes til ledelsen, og at man i kommunikationen tager udgangspunkt i, at ledelsen i sidste ende måles på indtjening. Ledelsen tænker og handler primært på baggrund af økonomiske betragtninger – der skal være "value for money".

Det optimale i denne forbindelse vil således være at præsentere

ledelsen dokumentation for effekten af sundhedsfremmende initiativer, fx via reduceret sygefravær og højere motivation til en direkte positiv effekt på bundlinien. Til sammenligning har man i flere år arbejdet med at dokumentere en sammenhæng mellem kundetilfredshed og bundlinie, en sammenhæng, der i dag er vel-dokumenteret og anerkendt. Dokumentation for en tilsvarende effekt mellem sundhedsfremme og bundlinie vil naturligvis være et betydeligt plus i bearbejdningen af ledelsen.

8. **Sundhedsfremme som investering:** Adspurgt, hvorfor man skal have en sund arbejdsplads, peger de fleste svar i retning af virksomhedernes bundlinie. Der skal tjenes penge, og det gør man bedst med sunde, glade og tilfredse medarbejdere. Spørgsmålet er så, om virksomhederne iværksætter sundhedsfremmende initiativer for virksomhedens skyld eller for medarbejdernes skyld. Det generelle indtryk er, at de sundhedsfremmende initiativer iværksettes for medarbejdernes skyld. Det tætteste man kommer et økonomisk argument er, at man gør det for at tiltrække og fastholde medarbejdere.

Pointen i denne forbindelse er, at sundhedsfremme i højere grad *bør* ses som en investering, i og med dette er den bedst metode til at sikre, at området prioriteres i virksomheden.

2.3 Udfordringer – Gruppe 2

Specifikt for gruppe 2 kan der identificeres følgende udfordringer:

1. **Kendskab:** Virksomhederne mangler i udpræget grad kendskab til de muligheder for støtte og hjælp, der er tilgængelige i forbindelse med sundhedsfremme. Det gælder både kendskab til konkret materiale, men også kendskabet til hvilke aktører, det vil være relevant at henvende sig til.

Adspurgt om de kunne forestille sig at benytte sig af støtte og hjælp fra fx Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen eller andre aktører får man således indtryk af, at virksomhederne først i forbindelse med dette spørgsmål bliver op-

mærksom på aktørernes tilstedeværelse og mulige relevans i forbindelse med sundhedsfremme på arbejdspladsen. Der mangler således en bevidsthed om, at disse aktører ikke alene er tilstede i den private sfære, men også er tilstede i arbejdslivet. Gruppen har ikke præferencer for, hvilke aktører man vil benytte, såfremt dette på et tidspunkt bliver relevant.

Hvad angår konkret materiale vakte en forevisning af Sundhedsstyrelsens kampagnemateriale (hæfter vedrørende kost, motion, alkohol og rygning) begejstring blandt flere af mødedeltagerne. Udover indholdet kunne det konstateres, at alene oversigten over kontaktpersoner på bagsiden af hæfterne tilsyneladende opfyldte et udækket behov blandt flere i gruppen. Baseret på gruppens reaktioner er det således ikke et spørgsmål om nødvendigvis at ændre det materiale, der er udarbejdet. Det gælder primært om at markedsføre materialet og ikke mindst markedsføre *muligheden* for støtte og hjælp, således at virksomhederne i højere grad op søger information.

Manglende kendskab til materiale kunne ligeledes konstateres i gruppe 1 (virksomheder, der er langt fremme). Bortset fra en enkelt i gruppen havde man ikke kendskab til det omdelte materiale. Til forskel fra gruppe 2 var det imidlertid tydeligt, at materialet fra Sundhedsstyrelsen ikke vakte den samme begejstring. Dette hænger sammen med, at virksomhederne i gruppe 1 allerede har opstillet politikker og iværksat tilbud, hvorfor materialet ikke har den samme relevans for dem på det nuværende stade.

2. **"Vi gør det selv":** I forlængelse af punkt 1 kan det konstateres, at gruppen i høj grad kan karakteriseres som "gør-det-selv folk". Man søger generelt ikke aktivt information, når man står overfor at skulle iværksætte sundhedsfremmende initiativer. Denne udfordring knytter sig naturligvis ikke til, at personerne i gruppen ikke ved, hvordan man søger information. De samme personer foretager med al sandsynlighed i mange andre sammenhænge aktiv informationssøgning, fx i forbindelse med ansættelse, lønforhandling, køb af private forbrugsgoder etc. Der er imidlertid ikke tradition for, og ingen bevidsthed om, at søge information, når man skal

i gang med sundhedsfremmende initiativer. Konsekvenserne er dels, at der bliver brugt unødigt mange ressourcer på at opfinde den dybe tallerken igen og igen, dels går det ud over kvaliteten og udviklingen på området for sundhedsfremme på arbejdspladser. Virksomhederne bliver ikke inspireret i deres arbejde, og de ved ikke, hvad de går glip af.

3. **"Hvad mester gør"**: Virksomhederne i gruppe 2 har en størrelse, hvor det har stor betydning, »hvad mester gør«. Det handler om rollemodeller. Hvis mester fx ryger, er det vanskeligt for andre medarbejdere at indføre rygregler. Hvis mester drikker alkohol i løbet af dagen, er det ligeledes acceptabelt/fristende for andre at drikke alkohol.
4. **Ressourcer**: Virksomhederne i gruppe 2 har en størrelse, hvor ressourcer i form af såvel tid som penge er en afgørende faktor. Tilbud til disse virksomheder skal således så vidt muligt være gratis, og skal være »nemme at gå til«.

2.4 Mulige tiltag

På baggrund af fokusgrupperne og de udfordringer, der i den forbindelse er identificeret, præsenteres i nedenstående en række mulige tiltag. Det skal understreges, at forslagene ikke er prioriteret og skal som sådan ikke opfattes som en anbefaling af, hvilke tiltag, der skal iværksættes. De mulige tiltag kan eventuelt anvendes som et idekatalog af Sundhedsstyrelsen og andre aktører.

1. **Måltrettet og opsøgende markedsføring**: Generelt skal der sættes fokus på markedsføring af eksisterende og nye tiltag, materialer og lignende.
2. **Koordineret markedsføring**: Etabler et samarbejde mellem de forskellige aktører om samlet markedsføring af sundhedsfremme på arbejdspladsen, fx mellem Sundhedsstyrelsen, Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, Amterne, BST, Kræftens Bekæmpelse.
3. **Markedsføring overfor de mindre virksomheder**: Særligt til de mindre virksomheder gælder det om at markedsføre materiale på

de traditionelle sundhedsfremmende områder, samt markedsføring af mulighederne for støtte og hjælp fra aktørerne på markedet.

4. **Markedsføring overfor de større virksomheder – udarbejdelse af materiale til ledelsen:**

- a. Udarbejd materiale omkring sundhedsfremme, der er skrevet *til ledelsen*. Ledelsen tænker primært økonomisk og har fokus på output. Materialet skal således også være fokuseret på, hvad virksomheden får ud af at iværksætte sundhedsfremmende initiativer, gerne indeholdende en dokumentation af effekter.
 - b. Fokus i de større virksomheder er rettet mod det psykiske arbejdsmiljø. Emnemæssigt skal materialet således være fokuseret mod den psykiske dimension af sundhedsbegrebet indeholdende information og værktøjer, blandt andet til stresshåndtering.
5. **"Bedst med sundhed"**: Udvikle et internetbaseret værktøj, der kan fungere som et forum for erfaringsudveksling, inspiration og benchmarking. Eksempelvis et værktøj, hvor virksomheder via Internettet kan besvare et spørgeskema omhandlende sundhedsfremmende initiativer på arbejdspladsen. Når skemaet er besvaret, kan virksomheden sammenligne egne resultater med andre tilsvarende virksomheder. For at sætte fokus på området og værktøjet kåres der hvert år indenfor visse kategorier en vindervirksomhed, der i forhold til visse kriterier har været "Bedst på sundhed". Værktøjet kan eventuelt integreres på en eksisterende sundhedsportal, fx Sundhed.dk
6. **"Sundhedsregnskab"**: Udvikle et koncept, som gør det muligt for virksomhederne i højere grad at arbejde struktureret med sundhedsfremme. Udgangspunktet kunne være et Sundhedsregnskab for virksomheden, som kan danne udgangspunkt for en struktureret plan, hvor indsatsområder kan identificeres og prioriteres i forhold til, på hvilke områder en indsats vil give den største effekt.
7. **Én indgang til Sundhedsfremme**: Etabler én samlet indgang til "Sundhedsfremme på arbejdspladsen" via Internettet – fx fra Danmark.dk eller Sundhed.dk. Det afgørende i denne forbindelse er, at virksomhederne ved *hvor* de skal søge informationen, og at

de ved, at det er *det rigtige sted* de søger. Det er lettere at udbrede kendskabet til én indgang end til 20 forskellige.

3. *Sammenfatning*

Dette kapitel tjener som en meget kort sammenfatning af de resultater, der er fremkommet på baggrund af afholdelsen af de to fokusgrupper.

Gruppe 1 havde fastlagt politikker på sundhedsområdet, etableret regler for rygning og alkohol, og havde tilbud til medarbejderne omkring motion, massage, tilskud til fitness og lignende.

Opgaven for Sundhedsstyrelsen over denne gruppe virksomheder er således ikke at oplyse om, hvordan de skal etablere en alkoholpolitik. Opgaven består primært i at udvikle, tilbyde og markedsføre sundhedsfremme som en integreret og prioriteret del af det, at drive virksomhed – aktuelt med et behov for bistand i forhold til det psykiske arbejdsmiljø. Virksomhedernes ledelse skal så vidt muligt inddrages i projektet. Markedsføringen er vigtig, eftersom deltagerne hidtil kun i begrænset grad har benyttet sig af støtte og hjælp fra Sundhedsstyrelsen og andre aktører. Det er derfor heller ikke naturligt for virksomhederne at henvende sig her, når de skal i gang med nye tiltag – eller eventuelt udvikle og forbedre eksisterende tiltag.

Deltagerne i **gruppe 2** var virksomheder, der kun i begrænset grad eller slet ikke havde gennemført sundhedsfremmende initiativer, men hvor flere har overvejelser om at sætte initiativer i gang. Opgaven for Sundhedsstyrelsen og andre aktører består her primært i at gøre virksomhederne bevidste om, at der i det hele taget er aktører på markedet, der kan tilbyde dem hjælp – også uden det nødvendigvis koster virksomhederne penge. Kræfterne skal ikke nødvendigvis bruges på at udarbejde nyt materiale, men primært på at markedsføre eksisterende materiale.