

Evaluering af MED-udvalgenes implementering af Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne

2010

RAPPORT

ENDELIG  
VERSION

17. AUGUST 2010

## INDHOLD

<b>1. INDLEDNING OG BAGGRUND.....</b>	<b>5</b>
1.1 Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne .....	6
1.2 Læsevejledning og rapportstruktur .....	6
<b>2. HOVEDKONKLUSIONER.....</b>	<b>8</b>
Alle aftalens delområder er implementeret i de fleste kommuner .....	8
Kommunerne arbejdede også med medarbejdernes trivsel og sundhed før aftalen .....	10
Flere forskellige måder at organisere implementeringen .....	11
Rum for lokal udfyldelse af retningslinjerne .....	12
Både systematisk og mindre systematisk opfølgning på retningslinjerne .....	12
Barrierer og fremmede faktorer varierer på tværs af del-områderne .....	13
Overvejende positive holdninger til aftalens indhold .....	13
Men også en del kritik af aftalens form .....	14
Opfordringer til aftaleparterne .....	15
<b>3. IMPLEMENTERING AF AFTALEN .....</b>	<b>16</b>
3.1 Overordnet organisering af implementeringen af aftalen .....	16
3.2 Retningslinjernes detaljeringsniveau .....	17
3.3 Metoder til kommunikation og opfølgning ud i MED-strukturen .....	17
3.3.1 Opfølgning .....	18
3.4 Holdninger til trivselsaftalen .....	19
3.5 Samarbejde mellem ledelses- og medarbejdersiden om implementeringen ..	21
3.6 Opfordringer til de centrale parter .....	22
<b>4. TRIVSELSMÅLINGER .....</b>	<b>23</b>
4.1 Status på implementeringen .....	23
4.2 Organisering af implementeringen af trivselsmålinger .....	26
4.3 Barrierer og fremmede faktorer .....	28
4.3.1 Barrierer .....	28

4.3.2	Fremmende faktorer.....	29
<b>5.</b>	<b>SUNDHEDSFREMMEINITIATIVER .....</b>	<b>30</b>
5.1	Status på implementeringen .....	30
5.2	Organisering af implementeringen af sundhedsfremmeordninger .....	34
5.3	Barrierer og fremmende faktorer .....	36
5.3.1	Barrierer .....	36
5.3.2	Fremmende faktorer.....	37
<b>6.</b>	<b>SAMMENHÆNG MELLEM RESSOURCER OG ARBEJDSMÆNGDE</b>	<b>38</b>
6.1	Status på implementeringen .....	38
6.2	Organisering af implementeringen .....	40
6.3	Barrierer og fremmende faktorer .....	41
6.3.1	Barrierer .....	41
6.3.2	Fremmende faktorer.....	42
<b>7.</b>	<b>SYGEFRAVÆRSSAMTALER EFTER LÆNGERE TIDS FRAVÆR ...</b>	<b>43</b>
7.1	Status på implementeringen .....	43
7.2	Organisering af implementeringen .....	46
7.3	Barrierer og fremmende faktorer .....	46
7.3.1	Barrierer .....	46
7.3.2	Fremmende faktorer.....	46
<b>8.</b>	<b>HANDLINGSPLANER I FORBINDELSE MED APV .....</b>	<b>48</b>
8.1	Status på implementeringen .....	48
8.2	Organisering af implementeringen .....	50
8.3	Barrierer og fremmende faktorer .....	51
8.3.1	Barrierer .....	51
8.3.2	Fremmende faktorer.....	52
<b>9.</b>	<b>INDSATS MOD ARBEJDSBETINGET STRESS.....</b>	<b>53</b>

9.1	Status på implementeringen .....	53
9.2	Barrierer og fremmende faktorer .....	57
9.2.1	Barrierer .....	57
9.2.2	Fremmende faktorer.....	57
<b>10.</b>	<b>INDSATS MOD VOLD .....</b>	<b>59</b>
10.1	Status på implementeringen .....	59
10.2	Barrierer og fremmende faktorer .....	62
10.2.1	Barrierer .....	62
10.2.2	Fremmende faktorer.....	63
<b>11.</b>	<b>INDSATS MOD MOBNING OG CHIKANE.....</b>	<b>64</b>
11.1	Status på implementeringen .....	64
11.2	Barrierer og fremmende faktorer .....	67
11.2.1	Barrierer .....	67
11.2.2	Fremmende faktorer.....	67
<b>12.</b>	<b>METODE .....</b>	<b>68</b>
12.1	Eksplorative interview.....	68
12.2	Survey til HMU'er .....	68
12.3	Kvalitative interview i kommuner .....	69

## 1. INDLEDNING OG BAGGRUND

Denne rapport beskriver resultaterne fra evalueringen af "Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne." Evalueringen er gennemført i perioden april til juni 2010.

Formålet med evalueringen er at give overenskomstparterne et indblik i, *hvor langt* kommunernes MED og SU-udvalg er kommet i arbejdet med at skabe endnu mere trivsel og sundhed på arbejdspladserne, og *hvor* dan de er kommet dertil. Formålet er også få indblik i, hvordan samarbejdsudvalgene/kommunerne arbejder med at fremme trivsel og sundhed på arbejdspladserne.

Fokus i evalueringen er således at belyse kommunernes MED- og SU-udvalgs implementering af aftalen, henholdsvis:

- **Hvor langt** MED-udvalgene (både hoved- og lokale MED-udvalg) er kommet med implementeringen?
- **Hvordan** udvalgene/kommunerne arbejder med at fremme trivsel og sundhed på arbejdspladserne, herunder med fokus på initiativer, som udspringer af aftalen, men suppleret af andre initiativer, som ligeledes forankres i MED-udvalgene?
- **Hvilke initiativer** udvalgene har taget eller vil tage?
- **Gode eksempler** på særligt hensigtsmæssige processer i forbindelse med implementering af aftalen?
- Eventuelle processuelle **barrierer** for implementeringen?

Evalueringen baserer sig på en kombination af kvalitative og kvantitative dataindsamlingsmetoder. Evalueringen er baseret på følgende hovedelementer gennemført i nævnte rækkefølge:

- **Et eksplorativt fokusgruppeinterview** med repræsentanter for aftaleparterne, henholdsvis KL og KTO.
- **Spørgeskemaundersøgelse til formænd og næstformænd** i samtlige kommuners hoved-MED-udvalg. Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført ved hjælp af en kombination webbaserede spørgeskemaer og telefoninterview.
  - 76 af 111 formænd har besvaret spørgeskemaet, dvs. en svarprocent på 68,5 pct.
  - 64 af 108 næstformænd har besvaret spørgeskemaet, dvs. en svarprocent på 59,3 pct.<sup>1</sup>
- **Kvalitative interview med i alt 26 repræsentanter** for kommunernes hoved-MED-udvalg og MED-udvalg på forvaltningsniveau og lokalt niveau fordelt på 23 interview (fordi tre interview er gennemført som dobbeltinterview). De kvalitative interview fordeler sig på otte kommuner.

Evalueringen er gennemført af Epinion A/S for KL, KTO og Sundhedskartellet.

---

<sup>1</sup> At antallet af formænd og næstformænd er højere end antallet af kommuner, skyldes, at der i de magistratstyrede kommuner findes mere en ét hoved-MED-udvalg. Variationen i antallet af formænd og næstformænd skyldes vakante næstformandsposter o.l.

## 1.1 Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne

"Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne," herefter Trivselsaftalen, trådte i kraft 1. april 2008. Trivselsaftalen mellem KL, Sundhedskartellet og KTO har til formål, at:

- skabe grundlag for forbedring og udvikling af de ansattes trivsel og sundhed på arbejdspladsen
- styrke grundlaget for kommunernes forebyggelses- og fastholdelsesindsats
- skabe grundlag for at nedbringe sygefraværet

I henhold til Trivselsaftalen skal der i MED-systemet aftales retningslinjer på en række områder, herunder trivselsmålinger, sygefravær, indsats mod vold, mobning og chikane. Desuden skal ledelsen redegøre for budgettests konsekvenser for arbejds- og personaleforhold.

Jf. KTO-forligets bilag 6.2 og Sundhedskartel-forligets bilag 1.B. til protokollat af 18. februar 2008 vedr. del-forlig 3 skal der medio 2009 foretages en evaluering af, hvor langt kommunernes MED-udvalg er kommet i opfølgningen på aftalen, herunder belysning af gode eksempler og eventuelle barrierer. Det er resultaterne af denne evaluering, som præsenteres i indeværende rapport.

### § 2. Aftalens formål

Denne aftale har til formål, at:

- skabe grundlag for forbedring og udvikling af de ansattes trivsel og sundhed på arbejdspladsen
- styrke grundlaget for kommunernes forebyggelses- og fastholdelsesindsats
- skabe grundlag for at nedbringe sygefraværet

Bemærkning:

*Parterne er enige om, at denne aftale ikke ændrer ved arbejdsmiljølovens princip om, at arbejdsgiveren har hovedansvaret m.h.t. at sørge for, at arbejdsforholdene er sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarlige. Aftalen ændrer heller ikke ved det ansvar, arbejdsmiljøloven tillægger arbejdsledere og ansatte med hensyn til at deltage i samarbejdet om sikkerhed og sundhed og medvirke til, at arbejdsforholdene er sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarlige inden for vedkommendes arbejdsområde. Endelig ændrer aftalen ikke ved Arbejdstilsynets kompetence på området.*

*Trivselsaftalen, § 2*

## 1.2 Læsevejledning og rapportstruktur

I det følgende præsenteres evalueringens samlede resultater.

Indledningsvis præsenteres i **kapitel 2** evalueringens hovedkonklusioner.

Derefter beskrives i **kapitel 3** kommunernes MED-udvalgs implementering af Trivselsaftalen på overordnet niveau; hvad kendetegner generelt implementeringen af aftalen på overordnet niveau, og kan der identificeres fælles karakteristika ved de valgte implementeringsmodeller i kommunerne?

I de efterfølgende **kapitler 4-11** beskrives implementeringen af de enkelte delområder i aftalen i detaljer. For hvert delområde gives en status på implementeringen, særlige forhold i relation til implementeringen og organiseringen af hvert delområde beskrives, ligesom der i hvert kapitel beskrives, hvad der eventuelt har medvirket til at hæmme eller fremme implementeringsprocessen på hvert delområde. I beskrivelsen af implementeringen af hvert delområde inddrages både resultater fra de kvalitative interview og den (kvantitative) spørgeskemaundersøgelse til HMU'er.

Afslutningsvis beskrives i **kapitel 12** evalueringens metode, herunder validiteten af resultaterne.

## 2. HOVEDKONKLUSIONER

*Evalueringen viser, at alle delområderne i Trivselsaftalen er implementeret i flertallet af kommunerne. Uanset, om formænd eller næstformænd i kommunernes hoved-MED-udvalg spørges, viser undersøgelsen, at alle delområder hver især er implementeret i mere end 6 ud af 10 kommuner.*

*Samtidig ses, at aftalen er den direkte årsag til, at kommunerne har aftalt retningslinjer på flere af trivselsaftalens delområder – F.eks. ses, at mellem cirka 40 til 60 % af formænd og næstformænd i kommunerne svarer, at deres retningslinjer for trivselsmålinger, indsats mod stress samt indsats mod vold, mobning og chikane er aftalt på **grund af** trivselsaftalen.*

*Omvendt ses, at retningslinjerne for f.eks. sygefraværssamtaler og handlingsplaner for opfølgning på APV kun i begrænset omfang er aftalt på grund af trivselsaftalen. Det kan blandt andet skyldes, at Trivselsaftalen på disse områder spiller sammen med allerede eksisterende lovgivning fra før aftalens ikrafttræden.*

*Evalueringen viser dog også, at mange kommuner også før aftalen havde retningslinjer eller procedurer på mange af Trivselsaftalens delområder.*

*Evalueringens resultater er primært baseret på en spørgeskemaundersøgelse til formænd (svarprocent: 68,5 %) og næstformænd (svarprocent: 59,3 %) i samtlige kommuners hoved-MED-udvalg samt kvalitative interview med i alt 26 repræsentanter for kommunernes hoved-MED-udvalg og MED-udvalg på forvaltningsniveau og lokalt niveau. Det er evaluators vurdering, at data i undersøgelsen er af høj kvalitet i relation til validitet og repræsentativitet.*

### Alle aftalens delområder er implementeret i de fleste kommuner

Tabel 2.1.1. nedenfor viser andelen af kommuner, som svarer "ja" til, at de har implementeret de enkelte delområder i Trivselsaftalen. Tabellen giver således et samlet billede af, hvor langt kommunerne er kommet med implementeringen af hele aftalen, og herunder hvilke delområder, kommunerne er længst med.

Tabel 2.1.1: Andel, som har implementeret de enkelte delområder i Trivselsaftalen. I tabellen vises kun den andel, som har svaret "ja" til, at pågældende del-område er implementeret.

	Formænd	Næstformænd
Trivselsmålinger: Retningslinjer er aftalt	76 % (58)	69 % (44)
Sundhed: Retningslinjer er aftalt	70 % (53)	59 % (38)
Ledelsen redegør årligt i hoved-MED-udvalget for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold	84 % (64)	62 % (40)
Sygefraværssamtaler: Retningslinjer er aftalt	100 % (76)	88 % (56)
Handlingsplaner for opfølgning på APV: Retningslinjer er aftalt	75 % (57)	64 % (41)
Arbejdsbetinget stress: Retningslinjer er aftalt	88 % (67)	80 % (51)
Vold: Retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats er aftalt	89 % (68)	75 % (48)
Mobning og chikane: Retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats er aftalt	68 % (52)	61 % (39)

Det ses, at alle delområder kendetegnes af, at det store flertal af kommunerne svarer, at de har implementeret delområdet, eksempelvis aftalt retningslinjer i hoved-MED-udvalget.

Evalueringen viser videre, at yderligere en del kommuner er i gang med implementeringen af trivselsaftalen, selvom de endnu ikke har implementeret alle delområder. Dette fremgår af tabel 2.1.2. neden for.

Tabel 2.1.2: Andel, som er i gang med implementering af de enkelte delområder i Trivselsaftalen. I tabellen vises kun den andel, som har svaret "Vi er i gang med at aftale retningslinjerne, men vi er endnu ikke færdige" på spørgsmålet om, hvorvidt pågældende del-område er implementeret.

	Formænd	Næstformænd
Trivselsmålinger: I gang med at aftale retningslinjer	16 % (12)	25 % (16)
Sundhed: I gang med at aftale retningslinjer	12 % (9)	19 % (12)
Sygefraværssamtaler: I gang med at aftale retningslinjer	0 % (0)	9 % (6)
Handlingsplaner for opfølgning på APV: De lokale MED-udvalg er i gang med at aftale retningslinjer	11 % (8)	12 % (8)
Arbejdsbetinget stress: I gang med at aftale retningslinjer	9 % (7)	11 % (7)
Vold: I gang med at aftale retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats	8 % (6)	19 % (12)
Mobning og chikane: I gang med at aftale retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats	12 % (9)	28 % (18)

Evalueringen viser således, at de fleste af de kommuner, som IKKE har implementeret delområder, er i gang. På alle delområder gælder, at mere end tre fjerdedele har implementeret aftalen eller er i gang med implementeringen.

### Kommunerne arbejdede også med medarbejdernes trivsel og sundhed før aftalen

Det er dog ikke kun på grund af Trivselsaftalen, at kommunerne arbejder med trivsel og sundhed for medarbejderne.

Således viser tabel 2.1.3. neden for, i hvor mange af de kommuner, som har retningslinjer (el. lign.) på de enkelte delområder, at aftale om retningslinjer er sket på grund af aftalen, eller om retningslinjerne eksisterede før aftalens ikrafttræden 1. april 2008.

Tabel 2.1.3: Andel, som svarer, at kommunens retningslinjer på det pågældende delområde er aftalt PÅ GRUND AF Trivselsaftalen.

	Formænd	Næstformænd
Trivselsmålinger: Retningslinjerne er aftalt på grund af aftalen	47 % (27)	57 % (25)
Sundhed: Retningslinjerne er aftalt på grund af aftalen	34 % (18)	37 % (14)
Ledelsen redegør årligt i hoved-MED-udvalget for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold på grund af aftalen	15 % (11)	27 % (12)
Sygefraværssamtaler: Retningslinjer er aftalt på grund af aftalen	14 % (11)	23 % (13)
Handlingsplaner for opfølgning på APV: Retningslinjer er aftalt på grund af aftalen	14 % (8)	20 % (8)
Arbejdsbetinget stress: Retningslinjer er aftalt på grund af aftalen	40 % (27)	47 % (24)
Vold: Retningslinjer er aftalt på grund af aftalen	38 % (26)	40 % (19)
Mobning og chikane: Retningslinjer er aftalt på grund af aftalen	60 % (31)	59 % (23)

*Note: Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer etc. for området, er blevet stillet dette spørgsmål.*

Det fremgår, at især delområderne trivselsmålinger, sundhed, indsats mod arbejdsbetinget stress, samt indsats mod vold, mobning og chikane i høj grad er iværksat på grund af aftalen. Omvendt ses, at redegørelse for budgettets konsekvenser for arbejdsforhold, sygefraværssamtaler og handlingsplaner for opfølgning på APV kun i et mindretal af kommunerne er implementeret på grund af Trivselsaftalen.

## Flere forskellige måder at organisere implementeringen

Evalueringen viser, at der kan identificeres en række forskellige måder at organisere implementeringen af Trivselsaftalen. Først og fremmest peger evalueringen på, at der kan identificeres fire modeller for organiseringen af implementeringen på overordnet niveau - selvom de fleste kommuners implementering sandsynligvis vil rumme elementer på tværs af de fire modeller:

- Model 1:** Stående og tværgående arbejdsgruppe under hoved-MED-udvalget, som er tovholder på at aftale retningslinjer og følge op på implementeringen. Som regel med HR-staben som sekretariat. Evalueringen tyder på, at modellen er mest udbredt i store kommuner.
- Model 2:** Hoved-MED-udvalget udstikker linjerne ved selv at aftale retningslinjer. HR-staben fungerer som initiativ og tovholder, ligesom HR står for opfølgningen. 1. udkast til nedskrevne retningslinjer mv. vil som regel være udarbejdet af HR-staben.

- Model 3:** Ingen generel organisering på tværs af delområder. I stedet ses adhoc-arbejdsgrupper på delområderne, eller at retningslinjer udstikkes direkte fra hoved-Med-udvalget ud i MED-strukturen. Samtidig ses i denne model, som ikke er mødt i store kommune (+ 50.000 indbyggere), en tendens til mindre systematisk opfølgning end i de to modeller ovenfor. .
- Model 4:** Ingen generel organisering, idet hovedlinjerne for implementering udstikkes direkte fra hoved-MED med høj grad af lokal udfyldelse. Denne model har den højeste grad af lokal udfyldelse og den mindst systematiske opfølgning.

## Rum for lokal udfyldelse af retningslinjerne

Uanset organiseringsmodel lægges i langt de fleste kommuner vægt på vigtigheden af, at der skal være stort rum til at udfylde retningslinjerne områdevist og/eller lokalt. Kommunerne fremhæver, at ensartede retningslinjer sjældent giver mening i en så stor og forskelligartet organisation som en kommune, fordi behovene og betingelserne er forskellige på tværs af forvaltninger, institutioner og arbejdsområder. Samtidig stemmer lokal udfyldelse af retningslinjer godt overens med, at mange kommuner primært opererer med værdibaseret ledelse.

Dog ses forskelle i retningslinjernes detaljeringsgrad på tværs af aftalens delområder. F.eks. er retningslinjerne for sygefraværssamtaler meget specifikke, mens retningslinjer for indsatsen mod eksempelvis vold, mobning og chikane ofte vil have mere karakter af et sæt af overordnede værdier, som udfyldes lokalt under hensyntagen til lokale behov og kendetegn.

Informationen om nye retningslinjer fra hoved-MED-udvalget eller påbud om lokal udarbejdelse til de lokale MED-udvalg sker typisk gennem referaterne. I stort set alle kommuner ses desuden, at medarbejderrepræsentanterne tager informationen ud blandt deres decentrale repræsentanter gennem den eksisterende struktur (f.eks. TR-møder), mens HR-staben sideløbende bærer retningslinjerne ud i ledelsesstrukturen eller til sikkerhedslederne. Hertil nævnes også større medarbejdermøder centralt og på forvaltnings- og lokalt niveau i forbindelse med informationen om nye retningslinjer eller konkrete initiativer.

## Både systematisk og mindre systematisk opfølgning på retningslinjerne

Kommunernes opfølgning på retningslinjernes udfyldelse og overholdelse sker både efter systematiske og mindre systematiske procedurer. Af mere systematiske opfølgningsmetoder kan nævnes:

- Opfølgning via arbejdsmiljøregnskabet og/eller trivselsmålinger/APV ved hjælp af konkrete målepunkter.
- Opfølgning via direktør- og lederkontrakter ses i et mindre antal kommuner i forhold til især reduktion af sygefravær.
- I enkelte kommuner ses desuden eksempler på, at opfølgningen på implementeringen af retningslinjer sker gennem andre systematiske rapporteringer på driftsområder, f.eks. kvalitetsrapporter på skoleområdet.

Udover disse systematiske metoder til opfølgning peges på, at en vigtig del af opfølgningen sker via mere **ikke-systematiske** "mund-til-mund" kanaler, eksempelvis medarbejdermøder, på fællesmøder i MED-strukturen osv.

## Barrierer og fremmede faktorer varierer på tværs af del-områderne

I evalueringen er respondenterne spurgt til, om de har oplevet henholdsvis barrierer eller fremmede faktorer i forbindelse med implementeringen af Trivselsaftalen. Resultaterne viser, at der både på tværs af delområder og på hvert specifikt delområde nævnes meget forskelligartede barrierer og fremmede faktorer på tværs af kommunerne.

Den mest udbredte **barriere**, som går på tværs af flere delområder, er den generelle økonomiske konjunktur, der vanskeliggør initiativer, som indebærer for mange omkostninger i sparetider. Barrieren nævnes blandt at været aktuel i forhold til trivselsmålinger og sundhedsfremmeordninger og initiativer. Derudover nævnes i flere kommuner, at definitionsproblemer og afgrænsninger har udgjort en barriere i relation til indsats mod arbejdsbetinget stress (hvad er arbejdsbetinget, og hvad hidrører fra privatlivet?), sygefraværssamtaler (hvor går grænserne mellem støtte og kontrol?), mobning og chikane (hvad er mobning og chikane?).

I relation til **fremmede faktorer** kan kun identificeres én faktor, som går igen på tværs af Trivselsaftalens del-områder; nemlig at det har været relativt ligetil at opnå enighed parterne imellem, fordi begge parter har været enige om det fornuftige i at lave tiltag på det givne område.

## Overvejende positive holdninger til aftalens indhold

Holdningerne til Trivselsaftalens **indhold** er som oftest positive blandt de interviewede ledelses- og medarbejderrepræsentanter. På centralt niveau, i hoved-MED-udvalgene, men i endnu højere grad på lokalt niveau, fortælleres i de kvalitative interview, at der generelt er enighed mellem ledelse og medarbejdere om indsatserne i Trivselsaftalen.

De mest udbredte positive tilkendegivelser om Trivselsaftalen relaterer sig oftest til symbolværdien i aftalen, og de signaler, som den sender til kommunerne.

Det fremhæves, at aftalen i nogle kommuner har fungeret som "løftestang" eller katalysator for, at kommunen er kommet i gang med en mere systematisk tilgang til trivsel og sundhed på arbejdspladserne. I andre kommuner peges på, at aftalen har været et godt supplement til allerede igangværende indsats, fordi den har givet anledning til at se nærmere på, om indsatsen kunne blive bedre. I disse tilfælde omtales aftalen som en god anledning til at "ryste posen" i forhold til initiativer, som måske trængte til "genoplivning" eller reorganisering.

Flere steder nævnes i de kvalitative interview, at aftalen ikke blot har været positiv for arbejdet med sundhed og trivsel, men også for MED-systemet som sådan. Således fortælleres, at aftalen har betydet, at MED-systemet (og dermed medarbejderne) har fået en mere fremtrædende – og formel – rolle i forhold til disse områder.

Tilsvarende fortæller repræsentanter for kommunens HR-funktion i flere tilfælde, at aftalen har givet dem et værktøj til at "få sat skub i tingene."

## Men også en del kritik af aftalens form

Omvendt ses også, at en del hoved-MED-udvalgsrepræsentanter kritiserer Trivselsaftalens form. Kritikken ses fra såvel ledere som medarbejdere i de kvalitative interview, men er mest udtalt blandt ledere. Kritikken går på, at aftalen er udtryk for utidig indblanding og unødvendig bureaukratisering af det positive arbejde, som kommunernes MED-systemer udmærket selv kan finde ud af.

Således går meget af kritikken på, at de pågældende kommuner havde mange initiativer og indsatser også før aftalen. Derfor opfattes aftalen som et forsøg på at diktere, hvordan kommunerne skal implementere et indhold, som man i store træk er enige i og allerede i gang med. Kritikken fremkommer især på centralt niveau i kommunerne, og kommer hovedsagelig fra ledelsesrepræsentanter men i mindre omfang også fra centralt placerede medarbejderrepræsentanter.

Samtidig kritiseres, at aftalen hovedsageligt handler om udarbejdelse af retningslinjer, hvilket opfattes som udtryk for en gammeldags tænkning, der strider imod kommunernes decentralisering, værdibaseret ledelse, og som ikke er fremmende for en god dialog mellem ledelse og medarbejdere.

På mere generelt plan peger repræsentanter fra flere kommuner på, at der er utrolig mange og forskelligartede initiativer i gang inden for trivsel og sundhed på arbejdspladsen, f.eks. ny lovgivning om arbejdsmiljø, om sygefraværssamtaler og kommunernes generelle fokus på forebyggelse også i relation til borgerne osv. Alt sammen områder, der bidrager til, at der er mange og ofte fragmenterede initiativer i gang, som kommunerne skal forholde sig til på alle niveauer i organisationen. Dét kan i sig selv være hæmmende for implementeringen af Trivselsaftalen, simpelthen fordi der opstår mæthed blandt medarbejdere og ledere. Og fordi der ikke er plads i den daglige drift til at implementere og fordøje initiativerne.

## Opfordringer til aftaleparterne

Evalueringen har tilvejebragt en række opfordringer fra kommunernes MED-udvalgsrepræsentanter til, hvad de centrale parter kan gøre for at være behjælpelige med at fremme implementeringen af Trivselsaftalen.

Følgende opfordringer blev givet:

- Parterne opfordres til at understøtte kommunernes arbejde med Trivselsaftalen ved hjælp af aktuelt informationsmateriale, kampagner, skabeloner, værktøjer og andre signaler, som på en konkret og praktisk måde kan fungere som inspiration. Desuden efterspørges, at parterne tager initiativ til forskningsbaseret dokumentation for, hvad der "virker" i forhold til at fremme trivsel og sundhed.
- Samtidig efterspørges en afbureaukratisering og decentralisering af arbejdet. Mere præcist efterspørges større frihedsgrader lokalt i kommunerne, mere rum til samarbejde mellem parterne på arbejdspladsen, at de lokale repræsentanter i højere grad inviteres til at byde ind, når aftaler udformes, og at de centrale parter begrænser indsatsen til inspiration, så mest muligt overlades til den enkelte arbejdsplads.
- Af meget konkrete forslag peger flere på det paradoksale i, at behandling ikke beskattes mens forebyggelse er udsat for beskatning. Parterne opfordres til at bruge kræfter på at påvirke lovgivningen på dette punkt ved at presse på for at gøre visse sundhedsrelaterede personalegoder skattefrie.
- Desuden udtrykkes ønske om, at vejledninger og kurser (f.eks. PUF) i forbindelse med denne type af aftaler kommer ud på et tidligere tidspunkt.

### 3. IMPLEMENTERING AF AFTALEN

I dette kapitel beskrives implementeringen af aftalen på "generelt niveau". Det vil sige, hvordan implementeringen af hele aftalen er grebet an i kommunerne.

#### 3.1 Overordnet organisering af implementeringen af aftalen

I de kvalitative interview i udvalgte kommuner er MED-repræsentanterne spurgt til, hvordan kommunerne har organiseret udmøntningen af Trivselsaftalen på generelt niveau. Har man eksempelvis valgt en samlet organiseringsmodel for implementeringen af alle delområder i aftalen, eller er implementeringsmodellerne forskellige fra delområde til delområde i aftalen?

De kvalitative interview indikerer, at der i hvert fald kan identificeres fire modeller for organiseringen af implementeringen på overordnet niveau. Disse fire modeller skitseres i figur 3.1.1. nedenfor.

Figur 3.1.1. Implementeringsmodeller i kommunerne

<p><b>Model 1: Stående og tværgående arbejdsgruppe under hoved-MED-udvalget:</b></p>	<p><b>Model 2: Hoved-MED-udvalget udstikker linjerne med HR-staben som initiator og tovholder:</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er nedsat en permanent arbejdsgruppe bestående af HMU-medlemmer, som er tovholder på at aftale retningslinjer, der derefter godkendes af HMU.</li> <li>• Arbejdsgruppen er ligeledes tovholder på opfølgning</li> <li>• Arbejdsgruppens sekretariat udgøres som regel af HR-staben.</li> <li>• Især mødt i store kommuner (50.000+ indbyggere)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HMU står selv for at aftale retningslinjerne uden organisering af permanent arbejdsgruppe</li> <li>• Oftest initieres aftale af retningslinjer af HR-staben, som også udarbejder 1. udkast</li> <li>• HR-staben står for opfølgning, som rapporteres til HMU</li> <li>• Ingen særlige kommunekarakteristika</li> </ul>
<p><b>Model 3: Ingen generel organisering. Adhoc-arbejdsgrupper på alle delområder</b></p>	<p><b>Model 4: Ingen generel organisering. Implementering udstikkes direkte fra hoved-MED med høj grad af lokal udfyldelse</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HMU aftaler og udstikker overordnede visioner, som ad hoc arbejdsgrupper arbejder videre med på de enkelte delområder</li> <li>• Ikke arbejdsgrupper på alle delområder, i nogle tilfælde blot retningslinjer direkte fra HMU ud i MED-strukturen</li> <li>• Tendens til, at der under denne model sker mindre systematisk opfølgning end i model 1 og 2</li> <li>• Ikke mødt i store kommuner (50.000+ indbyggere)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HMU aftaler og udstikker retningslinjer direkte ud i MED-strukturen, enten via referater eller via særlige oplæg på delområder</li> <li>• Ofte vil der være tale om en høj grad af lokal udfyldelse af overordnede retningslinjer fra HMU</li> <li>• Tendens til, at denne model er forbundet med den laveste grad af systematisk opfølgning</li> <li>• Ikke mødt i store kommuner (50.000+ indbyggere)</li> </ul>

Det understreges, at de listede modeller ikke nødvendigvis er udtømmende, men udelukkende er eksempler på implementeringsmodeller, som er mødt gennem de kvalitative interviews i forbindelse med denne evaluering. Samtidig bemærkes, at de fleste kommuners implementering sandsynligvis vil rumme elementer på

tværs af de fire modeller i figuren – af samme grund kan det ikke fastlægges præcist, hvor mange kommuner, der følger hver af de skitserede modeller.

## 3.2 Retningslinjernes detaljeringsniveau

Der kan være stor forskel på detaljeringsgraden i de retningslinjer, som aftales af hoved-MED-udvalgene i kommunerne. På overordnet plan lægges dog i langt de fleste kommuner vægt på vigtigheden af, at der skal være stort rum til at udfylde retningslinjerne områdevist og/eller lokalt. Det bliver betonet, at:

- Ensartede retningslinjer sjældent giver mening i en så heterogen organisation som en kommune, fordi behovene og betingelserne er forskellige i f.eks. dagplejen, på rådhuset og på det tekniske område
- Mange kommuner er meget decentraliserede og opererer primært med værdibaseret ledelse. Så går det ikke med detailregulering
- Den lokale "udfyldelse" af retningslinjerne er nødvendig for at skabe ejerskab. Ellers bliver retningslinjerne bare en ligegyldig papirtiger.

Der er også stor forskel i detaljeringsgraden mellem aftalens delområder. Eksempelvis vil retningslinjerne for sygefraværssamtaler være meget specifikke – med nøjagtig angivelse af, hvem der gør hvad og hvornår – mens retningslinjer for indsatsen mod eksempelvis vold, mobning og chikane ofte vil have mere karakter af et sæt af overordnede værdier, som udstikkes fra hoved-MED-udvalget til områdevis og lokal udfyldelse, der kan tage hensyn til relevansen på det givne område eller den givne institution.

I denne forbindelse knytter sig en særlig udfordring til de magistratstyrede kommuner, da kommunens øverste MED-udvalg som regel kun udarbejder meget overordnede retningslinjer, mens det er MED-udvalg på forvaltningsniveau, der hovedsagligt udarbejder de indholdsmæssige retningslinjer. Med mere eller mindre uafhængige forvaltninger er der desuden behov for en tværgående ledelsesmæssig koordinering/styring, hvilket i de to magistratstyrede kommuner, som har deltaget i evalueringens kvalitative interview fortrinsvis sker i den stående Personalestyregruppe/arbejdsgruppe.

## 3.3 Metoder til kommunikation og opfølgning ud i MED-strukturen

Det er vanskeligt at udlede generaliserbare resultater om processen for implementeringen igennem MED-strukturen, herunder hvordan mere eller mindre detaljerede retningslinjer kommunikeres ud i MED-strukturen og "tilbage igen" i forbindelse med hoved-MED-udvalgets opfølgning på den decentrale implementering.

Nogle steder er hoved-MED-udvalget startet med at behandle Trivselsaftalen som en stor samlet "pakke," og de har derfra lagt en plan – "lavet et procedurepapir." Andre steder har hoved-MED-udvalget taget de forskellige delelementer efterhånden, som det er faldet naturligt i forhold til resten af organisationen. I alle kommuner vil der dog reelt være tale om en kombination, idet implementeringen på alle delområder tager hensyn til, hvilke initiativer og indsatser kommunerne havde, før aftalens ikrafttræden.

Informationen om nye retningslinjer fra hoved-MED-udvalget eller påbud om lokal udarbejdelse til de lokale MED-udvalg sker typisk gennem referaterne. Et medlem af et lokalt MED-udvalg fortæller, at "man selv skal holde sig ajour." Samtidig fortælles dog fra flertallet af kommunerne, at man centralt er gode til at afholde informationsdage og lignende.

I stort set alle kommuner vil det desuden være tilfældet, at medarbejderrepræsentanterne spreder informationerne blandt deres decentrale repræsentanter gennem den eksisterende struktur (f.eks. TR-møder), mens HR-staben for sin del bærer retningslinjerne ud i ledelsesstrukturen eller til sikkerhedslederne. Hertil nævnes også større medarbejdermøder centralt, på forvaltnings- og lokalt niveau i forbindelse med informationen om nye retningslinjer eller konkrete initiativer.

### 3.3.1 Opfølgning

I de kvalitative interview er identificeret en række overordnede metoder til **systematisk** opfølgning på implementeringen af aftalen og hoved-MED-udvalgets retningslinjer i MED-systemet:

- Eksempler på den mest systematiske opfølgning ses i de kommuner, hvor rapportering og opfølgning på implementeringsstatus sker via arbejdsmiljøregnskabet og/eller trivselsmålinger/APV. Her er formuleret specifikke målepunkter, og der er faste intervaller for afrapporteringen.
- Desuden ses i et mindretal af de interviewede kommuner, at opfølgning også sker ved hjælp af direktørkontrakter og lederkontrakter, sidstnævnte dog i begrænset omfang og med begrænset held. Denne metode anvendes i de deltagende kommuner primært i relation til nedbringelse af sygefraværet.
- I flere kommuner peges på, at den mest systematiske opfølgning på implementeringsstatus og effekter sker gennem trivselsmålinger og/eller APV (som oftest reelt er eller vil blive slået sammen i samme måling).
- I enkelte kommuner ses desuden eksempler på, at opfølgningen på implementeringen af retningslinjer sker gennem andre systematiske rapporteringer på driftsområder, f.eks. kvalitetsrapporter på skoleområdet.

Udover de systematiske metoder til opfølgning på retningslinjer og initiativer peges i alle kommuner på, at en vigtig del af opfølgningen ligeledes sker via mere **ikke-systematiske** "mund-til-mund" kanaler, eksempelvis medarbejdermøder, på fællesmøder i MED-strukturen osv. I den forbindelse peger flere – især ledere – på, at man fra centralt hold i kommunen i øvrigt har godt styr på, hvilke arbejdssteder, der er "fremme i busen," og hvilke der ikke er gennem den uformelle dialog, som foregår i kommunerne. Flere nævner, at de "godt ved, hvem der skal hjælpes i gang, og hvem der sagtens selv kan finde ud af det."

I de kvalitative interview ses et enkelt eksempel på en kommune, hvor interviewpersonerne pegede på, at systematisk opfølgning på implementering ikke finder sted. Også i denne kommune peges på, at der dog finder en ikke-systematisk opfølgning sted, f.eks. på medarbejdermøder, på fællesmøder i MED-strukturen osv.

### 3.4 Holdninger til trivselsaftalen

Langt de fleste af interviewpersonerne i de kvalitative interview tilkendegiver, at det er positivt med en sådan aftale – selvom den nok ikke gør en kæmpe stor forskel i det daglige arbejde. Det gælder for både de interviewede repræsentanter for ledelsessiden og medarbejdersiden, at de i overvejende grad er positive overfor Trivselsaftalens **indhold**, selvom der dog generelt ses en lidt mere positiv holdning til aftalen blandt medarbejderrepræsentanterne end blandt ledelsesrepræsentanterne.

Omvendt tilkendegiver flere en lidt mere negativ holdning til Trivselsaftalens **form**, hvor begge parter – om end dog mest udtalt på ledelsessiden - udtrykker, at det kan opfattes formalistisk og bureaukratisk, når aftalen fordrer udarbejdelsen af ”retningslinjer” på de forskellige delområder.

På **positiv-siden** fremhæves især, at aftalen i nogle kommuner har fungeret som ”løftestang” eller katalysator for, at kommunen er kommet i gang med en mere systematisk tilgang til trivsel og sundhed på arbejdspladserne. I andre kommuner peges på, at aftalen har været et godt supplement til allerede igangværende indsats, fordi den har givet anledning til at se nærmere på, om indsatsen kunne blive bedre. I disse tilfælde omtales aftalen som en god anledning til at ”ryste posen” i forhold til initiativer, som måske trængte til revitalisering. De mest udbredte positive tilkendegivelser om Trivselsaftalen relaterer sig oftest til symbolværdien i aftalen og de signaler, som den sender til kommunerne. I de kvalitative interview bliver der især peget på følgende positive holdninger:

- Aftalen sender et vigtigt signal og er med til at sikre ekstra fokus på trivsel og sundhed på arbejdspladserne
- Aftalen har nogle steder været med til at sætte især arbejdsbetinget stress, vold, mobning og chikane på dagsordenen i kommunen
- Det kan dog være svært at skelne, hvad der skyldes aftalen, og hvad der skyldes en mere generel tendens i samfundet/på arbejdsmarkedet – altså om det mere skyldes et generelt fokus på f.eks. stress end selve aftalen. I den forbindelse peger nogle interviewpersoner netop på, at aftalen er med til at sikre en indsats på de områder, som det er nødvendigt at fokusere på grundet deres aktualitet, eksempelvis vold og arbejdsbetinget stress
- På nogle arbejdspladser (dog typisk ikke hos interviewpersonen selv!) er der behov for klare retningslinjer for at trivsel og sundhed bliver prioriteret. ”Der er altid nogle procenter af arbejdspladserne, der har brug for at blive dunket i hovedet”
- I nogle kommuner tilkendegiver man, at aftalen har betydet, at MED-systemet (og dermed medarbejderne) har fået en mere fremtrædende – og formel – rolle i forhold til disse områder

- I flere tilfælde siger repræsentanter for kommunens HR-funktion, at aftalen giver dem et værktøj til at "få sat skub i tingene"

I forlængelse af disse positive tilkendegivelser, fremhæver de fleste interviewpersoner, at man "havde langt det meste i forvejen", og at de revisioner af eksisterende retningslinjer mv., man har foretaget, typisk har været i småtingsafdelingen. Altså at kommunernes tilgang til trivsel og sundhed ikke har ændret sig ret meget som følge af aftalen. Men som tidligere nævnt betyder det ikke, at de mener, at aftalen er ligegyldig. Den har gjort en lille (positiv) forskel, synes de fleste.

På **negativ-siden** knytter de fleste tilkendegivelser netop an til, at de fleste kommuner havde mange initiativer og indsatser også før aftalen. Kritik af aftalen udspringer således oftest af opfattelsen af, at aftalen er udtryk for utidig indblanding og unødvendig bureaukratisering af det positive arbejde, som kommunernes MED-systemer udmærket selv kan finde ud af. Således er kritikken primært rettet mod aftalens form, idet aftalen dikterer, hvordan kommunerne skal implementere et indhold, som man i store træk er enige i og allerede i gang med. Kritikken fremkommer især på centralt niveau, og kommer hovedsagelig fra ledelsesrepræsentanter, men i mindre omfang også fra centralt placerede medarbejderrepræsentanter.

I forlængelse heraf fremhæves følgende kritik af aftalen og aftalens form:

- Flere af de centralt placerede interviewpersoner betegner aftalen som værende primært af symbolsk karakter, fordi stort set alle kommuner var i gang allerede før Trivselsaftalen trådte i kraft
- Flere af interviewpersoner på centralt niveau – især ledelsesrepræsentanter, men også medarbejderrepræsentanter – synes, at aftalen hovedsagligt handler om udarbejdelse af retningslinjer, hvilket er udtryk for en gammeldags tænkning, der strider imod kommunernes decentralisering, værdibaseret ledelse, og som ikke er fremmede for en god dialog mellem ledelse og medarbejdere
- Retningslinjer i sig selv ikke gør en forskel. Man risikerer nemt, at fokus især bliver rettet imod retningslinjerne i sig selv, frem for imod det egentlige mål. Når retningslinjerne er udarbejdet, kan man sætte flueben og gå tilbage til arbejdet, uden at noget er ændret. I stedet for fokus på retningslinjer, ønsker flere en aftale, der går mere i retning af f.eks. en politik eller en række indsatsområder
- Enkelte af interviewpersonerne, herunder såvel enkelte formænd som en enkelt næstformand, siger, at aftalen er udtryk for en rettighedstænkning, hvor det nemt kommer til at handle om, hvem der skal gøre hvad, og hvem der har ret til hvad – i stedet for, hvordan man opnår mere sundhed og trivsel. En interviewperson siger, at det ligner en aftale, der er blevet til efter tilspidset forhandling – ikke efter en konstruktiv dialog. Og dermed risikerer man ifølge interviewpersonen, at situationen omkring implementeringen ude i kommunerne bliver lige sådan
- Enkelte ledelsesrepræsentanter anser aftalen for at være udtryk for et ønske fra de centrale parter om at kunne kontrollere kommunerne. F.eks. kaldes aftalen for "en styrende tænkemåde", "omklamrende" eller "tenderende umyndiggørelse på både kommuneniveau og individniveau"

På mere generelt plan peger repræsentanter fra flere kommuner på, at der er utrolig mange og forskelligartede initiativer i gang inden for trivsel og sundhed på arbejdspladsen. Eksempelvis peges på ny lovgivning om arbejdsmiljø, om sygefraværssamtaler og på kommunernes generelle fokus på forebyggelse også i relation til borgerne o.m.a. Alt sammen områder, som bidrager til, at der er mange og ofte fragmenterede initiativer i gang, som kommunerne skal forholde sig til på alle niveauer i organisationen. Det kan i sig selv være hæv-

mende for implementeringen af Trivselsaftalen, simpelthen fordi der opstår mæthed blandt medarbejdere og ledere. Og fordi der ikke er plads i den daglige drift til at implementere – endsige fordøje – de mange initiativer.

I forlængelse heraf peger en del interviewpersoner på, at også Trivselsaftalen indeholder rigtig mange delområder, som til dels kan opfattes som fragmenterede elementer, der ikke er sammentænkt i tilstrækkelig grad i aftalen. Det er således ikke så meget aftalen i sig selv, der er en stor opgave, men snarere summen af de mange ting, som arbejdspladserne er tvunget til arbejde med som følge af lovgivning, aftaler, kommunale beslutninger etc. Ofte ender det med, at man mister sammenhængen mellem de mange nye krav.

### 3.5 Samarbejde mellem ledelses- og medarbejdersiden om implementeringen

De fleste respondenter i de kvalitative interview beretter om en positiv tilgang til samarbejdet mellem ledelses- og medarbejderside i relation til trivselsaftalen og de emner, som aftalen omhandler. Det gælder for så vidt både i relation til tilgangen til MED-systemet som sådan og i relation til samarbejdet om implementering af Trivselsaftalen.

Der ses dog også eksempler på kommuner, hvor tilgangen til Trivselsaftalen og samarbejdet betragtes som mere "politiseret" – dette dog i et mindretal af de besøgte kommuner, hvor det samtidig ser ud til, at uenigheder primært findes i relation til hoved-MED-udvalget, mens der blandt de lokale MED-repræsentanter, som er interviewet, ser ud til at være en høj grad af enighed.

Et godt eksempel på det fælles fodslag ses f.eks. på delområdet om sundhedsfremmeordninger, hvor begge parter er tilhængere af sundhedsfremmeordninger, men med lidt varierende begrundelser. Således fremhæver ledelsessiden reduktion af sygefravær med henblik på besparelser som primært incitament til sundhedsfremmeordninger, mens medarbejdersiden primært begrunder initiativer med medarbejdernes velvære ud fra tankegangen om, at fremmøde er sundere for den enkelte selv og kollegaerne end fravær. Sundhedsfremmeområdet fremhæves således særligt som et område, hvor det i flere af de undersøgte kommuner har været relativt nemt at finde fælles fodslag.

#### Oplevelse af forskellige ressourcer mellem ledelses- og medarbejderside

I et mindretal af kommunerne har enkelte hoved-MED-udvalgsrepræsentanter fra medarbejdersiden peget på, at det kan være svært for medarbejdersiden at holde trit med ledelsessiden pga. ulige ressourcer. Således peger et par interviewpersoner på, at ledelsessiden har en HR-stab, mens medarbejderrepræsentanterne ikke har samme ressourcer. Det opfattes i disse tilfælde som et problem, fordi det betyder, at medarbejderrepræsentanterne dermed ikke kan levere ligeværdigt indspil til det faglige indhold for retningslinjer o. lign., som er udarbejdet af HR-staben.

Direkte adspurgt om denne problematik, er der dog også enkelte repræsentanter for ledelsessiden, som peger på, at de føler, at det omvendte er tilfældet – nemlig at medarbejderrepræsentanterne oftest har

mulighed for at være forberedt, dels i forhold til det faglige indhold, dels i forhold til indmeldinger fra deres side af MED-systemet grundet mere systematiske indmeldinger fra baglandet.

### 3.6 Opfordringer til de centrale parter

Både i spørgeskemaundersøgelsen til hoved-MED-udvalgenes formænd og næstformænd og i de kvalitative interview er respondenterne bedt om at komme med forslag til, hvad de centrale parter kan gøre for at være behjælpelige med at fremme implementeringen af Trivselsaftalen. Følgende opfordringer blev givet:

- Parterne bør løbende forsøge at facilitere arbejdet i form af aktuelt informationsmateriale, kampagner, skabeloner, værktøjer og andre signaler, som på en konkret og praktisk måde kan fungere som inspiration. Desuden efterspørges en synliggørelse af de gode eksempler og erfaringer – altså information om *best practice* på området. Eksempelvis kunne parterne tage initiativ til forskningsbaseret dokumentation for, hvad der "virker" i forhold til at fremme trivsel og sundhed
- Samtidig efterspørges en afbureaukratisering og decentralisering af arbejdet. Mere præcist efterspørges større frihedsgrader lokalt i kommunerne, mere rum til samarbejde mellem parterne på arbejdspladsen, at de lokale repræsentanter i højere grad inviteres til at byde ind, når aftaler udformes, og at de centrale parter begrænser indsatsen til inspiration, så mest muligt overlades til den enkelte arbejdsplads
- Af meget konkrete forslag peger flere på det paradoksale i, at behandling ikke beskattes mens forebyggelse er udsat for beskatning. Parterne opfordres til at bruge kræfter på at påvirke lovgivningen på dette punkt ved at presse på for at gøre visse sundhedsrelaterede personalegoder skattefrie
- Desuden udtrykkes ønske om, at vejledninger og kurser (f.eks. PUF) i forbindelse med denne type af aftaler kommer ud på et tidligere tidspunkt

## 4. TRIVSELSMÅLINGER

### § 3. Trivselsmålinger

Stk. 1. Kommunen er fra 2008 forpligtet til, mindst hvert tredje år, at foretage målinger af medarbejdernes tilfredshed og trivsel, herunder det psykiske arbejdsmiljø. Målingerne kan ske i tilknytning til den lovpligtige arbejdspladsvurdering. Første måling skal gennemføres snarest muligt, senest sammen med næste APV.

Stk. 2. Kommunens øverste medindflydelses- og medbestemmelsesudvalg aftaler retningslinjer for indhold og opfølgning på målingerne, jf. stk. 1. Såfremt sikkerhedsarbejdet ikke varetages i det øverste medindflydelses- og medbestemmelsesudvalg forudsættes det, at indsatsen koordineres med kommunens øverste sikkerhedsudvalg.

*Trivselsaftalen, § 3*

I dette afsnit beskrives evalueringens resultater vedrørende det punkt i Trivselsaftalen, som omhandler trivselsmålinger blandt kommunens medarbejdere.

### 4.1 Status på implementeringen

Nedenstående tabel 4.1.1 viser, hvor langt kommunerne er kommet med at aftale retningslinjer for indhold og opfølgning på trivselsmålinger, jf. § 3, stk. 2 i Trivselsaftalen. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra henholdsvis formænd og næstformænd. Antallet af faktiske svar i hver celle er angivet i parentes.

Tabel 4.1.1: Har hoved-MED-udvalget aftalt retningslinjer for kommunens trivselsmålinger?

	Formænd	Næstformænd
Ja	76 % (58)	69 % (44)
Vi er i gang med at aftale retningslinjerne, men vi er endnu ikke færdige	16 % (12)	25 % (16)
Vi er ikke i gang endnu, men det er fastsat, hvornår vi begynder at aftale retningslinjerne	5 % (4)	0 % (0)
Nej	3 % (2)	3 % (2)
Ved ikke/ikke relevant	0 % (0)	3 % (2)
Total	100 % (76)	100 % (64)

Af tabel 4.1.1 fremgår det, at 76 % af formændene og 69 % af næstformændene bekræfter, at man har aftalt retningslinjer for kommunens trivselsmålinger.

Samtidig fremgår det, at tre procent af henholdsvis formændene og næstformændene svarer, at man hverken er i gang med at aftale retningslinjer for området eller har fastsat hvornår, man begynder at aftale retningslinjer for området. De tre procent af henholdsvis formænd og næstformænd udgøres af i alt fire af undersøgelsens respondenter – to formænd og to næstformænd. Disse er efterfølgende blevet spurgt, hvorfor der endnu ikke er aftalt retningslinjer for området. På dette spørgsmål svarer én respondent "ved ikke", én angiver den igangværende ansættelse af en ny kommunaldirektør som årsagen, én svarer at hoved-MED-udvalget først begynder sit arbejde i august 2010 og slutteligt svarer én, at man inden årets udgang vil have udfærdiget et "årshjul" for opgaverne i hoved-MED-udvalget, herunder udfærdigelsen af retningslinjer for området.

Nedenstående tabel 4.1.2 viser, hvor vidt de kommuner, som har aftalt retningslinjer for trivselsmålingerne, har gjort det *som følge af* Trivselsaftalen, eller om retningslinjerne eksisterede, før aftalen trådte i kraft den 1. april 2008. Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer for området, er blevet stillet dette spørgsmål. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 4.1.2: Er retningslinjerne for trivselsmålingerne aftalt på grund af "Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne," eller eksisterede retningslinjerne før aftalen trådte i kraft 1. april 2008?

	Formænd	Næstformænd
Retningslinjerne er aftalt på grund af aftalen	47 % (27)	57 % (25)
Retningslinjerne eksisterede også før aftalens ikrafttræden 1. april 2008, men vi har revideret dem i henhold til aftale	29 % (17)	25 % (11)
Vi har retningslinjer for vores trivselsmålinger, som er udarbejdet uafhængigt af aftalen	16 % (9)	7 % (3)
Vi havde en personalepolitik for vores trivselsmålinger, som vi har revideret i henhold til aftalen	7 % (4)	7 % (3)
Ved ikke / ikke relevant	2 % (1)	5 % (2)
Total	100 % (58)	100 % (44)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt retningslinjer for kommunens trivselsmålinger.*

Af tabel 4.1.2 fremgår det, at 47 % af formændene og 57 % af næstformændene i de kommuner, der har aftalt retningslinjer, bekræfter, at retningslinjerne for området er aftalt på grund af Trivselsaftalen.

Lidt færre – henholdsvis 36 % af formændene og 32 % af næstformændene i de kommuner, der har aftalt retningslinjer – oplyser, at kommunen har revideret retningslinjer eller personalepolitik i forhold til trivselsmålinger.

De kvalitative interview indikerer, at der i de tilfælde, hvor kommunerne har revideret deres retningslinjer omkring trivselsmålinger, som regel er tale om mindre justeringer. Men selvom den indholdsmæssige revision af retningslinjerne altså sjældent er særlig omfattende, har aftalen i flere kommuner haft den konsekvens, at retningslinjerne for trivselsmålinger ikke længere er et rent ledelsesansliggende, men udarbejdes i kommunens øverste MED-udvalg.

Jf. § 3, stk. 1 i Trivselsaftalen er kommunerne fra aftalens ikrafttrædelse forpligtet til, mindst hvert tredje år at foretage målinger af medarbejdernes tilfredshed og trivsel. Nedenstående tabel 4.1.3 viser, hvor vidt kommunerne inden for de seneste tre år har foretaget målinger af medarbejdernes tilfredshed eller trivsel. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 4.1.3: Er der inden for de seneste 3 år foretaget målinger af medarbejdernes tilfredshed eller trivsel?

	Formænd	Næstformænd
Ja	86 % (65)	76 % (47)
Vi er ikke i gang endnu, men det er fastsat, hvornår vi skal foretage målingen	5 % (4)	11 % (7)
Nej	8 % (6)	10 % (6)
Ved ikke/ikke relevant	1 % (1)	3 % (2)
Total	100 % (76)	100 % (62)

Af tabel 4.1.3 fremgår det, at 86 % af formændene og 76 % af næstformændene bekræfter, at man inden for de seneste tre år har foretaget målinger af medarbejdernes tilfredshed eller trivsel. Fem procent af formændene og 11 % af næstformændene svarer, at man ikke har foretaget en måling inden for de seneste tre år, men at man har fastsat, hvornår en sådan skal foretages. Endelig svarer henholdsvis otte procent af formændene og ti procent af næstformændene, at man inden for de seneste tre år *ikke* har foretaget målinger. Det er altså omkring hver tiende kommune, der hverken har gennemført eller planlagt trivselsmålinger.

## 4.2 Organisering af implementeringen af trivselsmålinger

Nedenstående tabel 4.2.1 viser, hvorvidt man i kommunerne har besluttet, i hvilket omfang retningslinjerne for trivselsmålingerne skal udfyldes lokalt, og i så fald hvilken beslutning man har truffet. Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer for området, er blevet stillet dette spørgsmål. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 4.2.1: Har hoved-MED-udvalget besluttet, i hvilket omfang retningslinjerne skal udfyldes lokalt, f.eks. i forhold til sektorer eller institutioner?

	Formænd	Næstformænd
Ja, retningslinjerne skal udfyldes lokalt	59 % (34)	70 % (31)
Ja, hoved-MED-udvalgets retningslinjer skal ikke udfyldes lokalt	31 % (18)	18 % (8)
Nej, det har hoved-MED-udvalget ikke taget stilling til	7 % (4)	7 % (3)
Ved ikke / ikke relevant	3 % (2)	5 % (2)
Total	100 % (58)	100 % (44)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt retningslinjer for kommunens trivselsmålinger.*

Af tabel 4.2.1 fremgår det, at hoved-MED-udvalget i de fleste kommuner (59-70 %) har vedtaget, at retningslinjerne skal udfyldes lokalt, mens hoved-MED-udvalget omvendt i 18-31 % af kommunerne har vedtaget, at retningslinjerne *ikke* skal udfyldes lokalt. I de resterende kommuner – cirka hver tiende – har hoved-MED-udvalget ikke taget stilling til, om retningslinjerne skal udfyldes lokalt, eller respondenterne ved det ikke.

Der er meget stor forskel på, hvordan de kommuner, der har indgået i de kvalitative interview, har valgt at organisere kommunens trivselsmålinger. Variationen handler især om, i hvilken grad trivselsmålingerne tilrettelægges og gennemføres fra centralt hold i kommunen eller ej. Der kan identificeres mindst fire forskellige "tilgange":

<p><b>Model 1: Centraliseret og standardiseret tilgang</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det øverste MED-udvalg vedtager retningslinjer for indhold og proces i forbindelse med en samlet trivselsmåling for hele kommunen</li> <li>• HR-afdelingen sørger for den praktiske gennemførelse af målingen og for den centrale opfølgning</li> <li>• Alle arbejdspladser modtager en trivselsrapport, og arbejder herefter med opfølgning på trivselsmålingen</li> </ul>	<p><b>Model 2: Forvaltningsbaseret tilgang</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primært i de magistratsstyrede kommuner er det i nogle tilfælde de enkelte forvaltninger, der udfylder retningslinjer for trivselsmålinger</li> <li>• Det øverste MED-udvalg vedtager muligvis nogle overordnede retningslinjer</li> <li>• De enkelte forvaltninger tilrettelægger og gennemfører selv deres trivselsmålinger. Både indhold og proces kan variere fra forvaltning til forvaltning</li> </ul>
<p><b>Model 3: Decentral tilgang</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det øverste MED-udvalg vedtager, at man lokalt aftaler, hvordan arbejdspladsens trivselsmåling skal gennemføres</li> <li>• HR-afdelingen stiller et valgfrit it-værktøj til rådighed, som arbejdspladserne kan benytte. Ingen central opfølgning</li> <li>• De enkelte arbejdspladser tilrettelægger og gennemfører selv deres trivselsmålinger. Både indhold og proces kan variere fra arbejdsplads til arbejdsplads</li> </ul>	<p><b>Model 4: Alternative tilgange til egentlige trivselsmålinger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I en af casekommunerne har man valgt at tilbyde et alternativ til en egentlig trivselsmåling i form af et gruppe- og dialogbaseret, "reflektorisk" værktøj til afklaring af medarbejdergruppens trivsel</li> <li>• Den enkelte arbejdsplads – typisk det lokale MED-udvalg – vedtager, om man ønsker en egentlig trivselsmåling, en dialogproces eller en kombination</li> <li>• HR-afdelingen understøtter processen og opfølgningen</li> </ul>

## 4.3 Barrierer og fremmende faktorer

### 4.3.1 Barrierer

Formændene og næstformændene er blevet spurgt, om de har oplevet særlige forhold, som har **besværliggjort** arbejdet med at aftale retningslinjer for trivselsmålinger. 21 % af formændene og 29 % af næstformændene svarer bekræftende, at de har oplevet besværliggørende forhold. Der peges først og fremmest på følgende barrierer:

- Hovedparten af respondenterne anfører problemer eller diskussioner omkring sikring af medarbejdernes anonymitet som et besværliggørende forhold
- Desuden nævner flere ventetiden i forhold til udviklingen af værktøjer og materialer til Trivselsmeter som hæmmende for processen. En enkelt kommune fortæller, at de har fravalgt Trivselsmeter grundet de mange tekniske problemer og forsinkelser
- Herudover peger flere respondenter på en generel "metaltræthed" hos medarbejderne som følge af tidligere målinger og evalueringer. Det opleves som et stort ressourcetræk i organisationen at skulle følge op, og effekterne af tidligere målinger og opfølgningen har i visse tilfælde ikke fæstnet sig, før næste måling skal foretages

Der peges således primært på barrierer og besværliggørende faktorer, som ikke er direkte relateret til Trivselsaftalen.

Skepsissen over for trivselsmålinger er blevet uddybet og nuanceret i flere af de kvalitative interview. Mange interviewpersoner giver udtryk for, at der er eller har været en del medarbejdere (og ledere), der er skeptiske i forhold til trivselsmålinger. Interviewene tyder dog samtidig på, at denne skepsis i langt de fleste tilfælde bliver afløst af tilfredshed og "lettelse" over trivselsmålingerne. Flere repræsentanter fra de lokale MED-udvalg giver i interviewene udtryk for, at de har været rigtig glade for deres trivselsmålinger, og at det har været et godt og anvendeligt redskab efterfølgende. I enkelte tilfælde kunne man dog godt have ønsket sig lidt mere central understøttelse og opfølgning.

Som nævnt i afsnit 4.2 har en af casekommunerne valgt at afprøve en alternativ tilgang til egentlige trivselsmålinger, nemlig i form af en gruppebaseret dialogproces på arbejdspladserne. De hidtidige erfaringer med processen er overvejende positive, men det øverste MED-udvalg har endnu ikke udarbejdet retningslinjer for trivselsmålinger, fordi udvalget afventer resultaterne af pilotprojektet omkring den alternative tilgang.

I en enkelt af casekommunerne har kommunale besparelser også haft betydning for, at kommunens trivselsmålinger – og dermed også retningslinjerne for trivselsmålinger – er blevet udskudt.

### 4.3.2 Fremmede faktorer

Formænd og næstformænd er også spurgt til, om de har oplevet særlige forhold, som har **fremmet** arbejdet med at aftale retningslinjer for trivselsmålinger. Det er tilfældet i en fjerdedel af kommunerne (25 % af formændene og 26 % af næstformændene svarer bekræftende):

- Mest udbredt er det, at der peges på, at det var fremmede for arbejdet, at kommunen i forvejen havde fokus på eller var bevidst om vigtigheden af medarbejdernes trivsel. Det betød konkret, at der var enighed om nødvendigheden af trivselsmålinger, men flere nævner at Trivselsaftalen var medvirkende til en endelig realisering heraf

#### **Holdninger til trivselsmålinger generelt**

I flere interview gav interviewpersonerne udtryk for holdninger til trivselsmålinger generelt, som ikke relaterer sig til implementering af Trivselsaftalen, men som kan have relevans for andre kommuner, hvorfor de alligevel medtages her.

Som nævnt i afsnit 4.3.1 oplever man i flere af casekommunerne en vis skepsis over for trivselsmålinger blandt ledere og medarbejdere – i hvert fald før trivselsmålingerne gennemføres. Et afgørende faktor i forhold til gennemførelsen af målingerne er således at tilrettelægge en proces, der kan være med til at overvinde den skepsis. I den forbindelse peges der blandt andet på, at følgende faktorer kan være medvirkende:

- Omfattende involvering af medarbejderrepræsentanter i processen, så det blandt andet tydeliggøres at formålet er udvikling – ikke kontrol
- Sikring af medarbejdernes anonymitet, herunder tydelig kommunikation herom
- Sikring af, at målingen giver mening lokalt, og at medarbejdere og ledere decentralt har ejerskab til processen, så der ikke bliver tale om en 'pligt opgave' (i stil med APV, anføres det), men et anvendeligt redskab for arbejdspladserne.

*Pointer fra kvalitative interview*

- Desuden nævnes hoved-MED-udvalgenes involvering og koordinering som fremmede for arbejdet, ligesom der i enkelte tilfælde peges på det gratis værktøj til trivselsmålinger, Trivselsmeter (se [www.trivselsmeter.dk](http://www.trivselsmeter.dk)). Som beskrevet i foregående afsnit er Trivselsmeter dog også i andre kommuner blevet oplevet som hæmmende for processen omkring trivselsmålinger.

## 5. SUNDHEDSFREMMEINITIATIVER

### § 4. Sundhedsfremmeordning

Stk. 1. Der skal i kommunens øverste medindflydelses- og medbestemmelsesudvalg aftales retningslinjer vedrørende sundhed. Retningslinjerne skal have til formål at fremme en forebyggende indsats i forhold til medarbejdernes sundhed og arbejdsmiljø. Retningslinjerne skal indeholde konkrete sundhedsfremmeinitiativer.

Bemærkning: Det øverste medindflydelses- og medbestemmelsesudvalg beslutter, i hvilket omfang retningslinjerne skal udfyldes lokalt (f.eks. i forhold til sektor/institution).

Sundhedsfremmeindsatsen kan f.eks. indeholde tilbud om massage, fysioterapi, kiropraktor, motion, rygestopkurser, kostvejledning, psykologhjælp, helbredsbedømmelse og zoneterapi.

Stk. 2. Sundhedsfremmeinitiativernes effekt og anvendelse drøftes og evalueres i medindflydelses- og samarbejdssystemet med passende mellemrum.

Bemærkning: Drøftelserne kunne f.eks. finde sted i forbindelse med drøftelser af APV, trivselsmålinger eller sygefraværstatistikker.

Jf. § 4 i trivselsaftalen, skal der i kommunernes øverste MED-udvalg aftales retningslinjer vedrørende sundhed, herunder konkrete sundhedsfremmeinitiativer. Sundhedsfremmeinitiativernes effekt og anvendelse skal desuden drøftes i MED-systemet med passende mellemrum.

I dette afsnit beskrives evalueringens resultater om sundhedsfremmeordning for kommunens medarbejdere.

### 5.1 Status på implementeringen

Nedenstående tabel 5.1.1 viser, hvor langt kommunerne er kommet med implementeringen af sundhedsfremmeordning, jf. § 4 i Trivselsaftalen. Kommunerne er i undersøgelsen til hoved-MED-udvalgene blevet spurgt, hvor vidt hoved-MED-udvalget har aftalt retningslinjer for kommunens sundhedsfremmeordning. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 5.1.1: Har Hoved-MED-udvalget aftalt retningslinjer vedrørende sundhed?

	Formænd	Næstformænd
Ja	70 % (53)	59 % (38)
Vi er i gang med at aftale retningslinjerne, men vi er endnu ikke færdige	12 % (9)	19 % (12)
Vi er ikke i gang endnu, men det er fastsat, hvornår vi påbegynder at aftale retningslinjerne	9 % (7)	2 % (1)
Nej	5 % (4)	17 % (11)
Ved ikke/ikke relevant	4 % (3)	3 % (2)
Total	100 % (76)	100 % (64)

Af tabel 5.1.1 fremgår det, at 70 % af formændene og 59 % af næstformændene bekræfter, at man har aftalt retningslinjer vedrørende sundhed. 12 % af formændene og 19 % af næstformændene svarer, at man er i gang med at aftale retningslinjerne, men endnu ikke er færdige med arbejdet. Svarene fra formænd og næstformænd er således relativt forskellige på dette spørgsmål. Det skyldes dels, at en del af svarene er afgivet af formænd og næstformænd i forskellige kommuner. Der ses dog også forskelle på formænd og næstformænds svar i de kommuner, hvor der er kommet svar fra begge. I de fleste tilfælde skyldes forskellen således, at lidt flere formænd svarer, at kommunen har retningslinjer, mens relativt flere næstformænd omvendt svarer, at man er i gang med at aftale retningslinjer men ikke er færdige. Kun i fem kommuner svarer formand og næstformand direkte modstridende på spørgsmålet, hvorvidt kommunen har retningslinjer eller ej.

Samtidig fremgår det af tabel 5.1.1, at fem procent af formændene og 17 % af næstformændene svarer, at man hverken er i gang med at aftalte retningslinjer for området eller har fastsat hvornår, man begynder at aftale retningslinjer for området. Det er bemærkelsesværdigt, at der er betydelig forskel på andelen af henholdsvis formænd og næstformænd, der mener, at kommunens øverste MED-udvalg *ikke* har aftalt retningslinjer vedrørende sundhed. I alt er der tale om 15 af evalueringens respondenter – fire formænd og 11 næstformænd. Disse er efterfølgende blevet spurgt, hvorfor der endnu ikke er aftalt retningslinjer for området. På dette spørgsmål svarer syv respondenter "ved ikke," mens de resterende anfører årsager som økonomiske begrænsninger, at retningslinjerne hovedsageligt udfyldes af sikkerhedsorganisationerne i overensstemmelse med lokale aftaler, at hoved-MED-udvalget først begynder sit arbejde i august 2010, eller at man rent faktisk er i gang med arbejdet. Dermed er der altså rent faktisk lidt flere kommuner, som **er i gang**, selv om de indledningsvis svarer, at de ikke er i gang med at aftale retningslinjer vedrørende sundhed.

Nedenstående tabel 5.1.2 viser, hvorvidt man i kommunerne har aftalt retningslinjer for sundhedsfremmende initiativer som følge af Trivselsaftalen eller som følge af eksisterende retningslinjer gældende før aftalen trådte i kraft den 1. april 2008. Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt ret-

ningslinjer for området, er blevet stillet dette spørgsmål. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 5.1.2: Er retningslinjerne for sundhedsfremmende initiativer aftalt på grund af "Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne," eller eksisterede retningslinjerne, før aftalen trådte i kraft 1. april 2008?

	Formænd	Næstformænd
Retningslinjerne er aftalt på grund af aftalen	34 % (18)	37 % (14)
Retningslinjerne eksisterede også før aftalens ikrafttræden 1. april 2008, men vi har revideret dem i henhold til aftale	21 % (11)	32 % (12)
Vi har retningslinjer for vores sundhedsfremmende initiativer, som er udarbejdet uafhængigt af aftalen	32 % (17)	13 % (5)
Vi havde en personalepolitik for vores sundhedsfremmende initiativer, som vi har revideret i henhold til aftalen	9 % (5)	11 % (4)
Ved ikke / ikke relevant	4 % (2)	8 % (3)
Total	100 % (53)	100 % (38)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt retningslinjer for sundhed.*

Af tabel 5.1.2 fremgår det, at 34 % af formændene og 37 % af næstformændene i de kommuner, der har aftalt retningslinjer for sundhed, bekræfter, at retningslinjerne for området er aftalt på grund af Trivselsaftalen. Hertil kommer, at 21 % af formændene og 32 % af næstformændene i de kommuner, der har aftalt retningslinjer for sundhed, svarer, at der også før Trivselsaftalens ikrafttrædelse 1. april 2008 eksisterede retningslinjer for området, men at man efterfølgende har revideret disse i henhold til aftalen. 32 % af formændene og 13 % af næstformændene angiver, at man har retningslinjer for området, som er udarbejdet uafhængigt af og ikke er revideret i henhold til Trivselsaftalen.

Jf. Trivselsaftens § 4, stk. 1 skal retningslinjerne vedrørende sundhed indeholde konkrete sundhedsfremmende initiativer, som eksempelvis tilbud om motion, rygestopkurser, mv. Nedenstående tabel 5.1.3 viser, hvorvidt de i kommunerne aftalte retningslinjer indeholder sådanne konkrete sundhedsfremmende initiativer. Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer for området, er blevet stillet dette spørgsmål.

Tabel 5.1.3: Indeholder retningslinjerne vedrørende sundhed konkrete sundhedsfremmende initiativer?

	Formænd	Næstformænd
Ja	92 % (49)	87 % (33)
Nej	6 % (3)	13 % (5)
Ved ikke/ikke relevant	2 % (1)	0 % (0)
Total	100 % (53)	100 % (38)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt retningslinjer for sundhed.*

Af tabel 5.1.3 fremgår det, at 92 % af formændene og 87 % af næstformændene bekræfter, at retningslinjerne vedrørende sundhed indeholder konkrete sundhedsfremmende initiativer. Seks procent af formændene og 13 % af næstformændene svarer, at dette ikke er tilfældet.

#### **Typen af sundhedsfremmeinitiativer**

Da kommunernes og regionernes konkrete sundhedsfremmeordninger analyseres og evalueres i andet regi (se f.eks. KL, KTO og Sundhedskartellet's rapport, "Undersøgelse vedr. sundhedsordninger på det kommunale område") har det ikke været hensigten i denne evaluering at afdække, hvilke konkrete sundhedsfremmende initiativer, som kommunerne arbejder med. Men de kvalitative interview viser, at der er tale om en meget bred og varieret palet af initiativer.

De kvalitative interview tyder på, at flertallet af sundhedsfremmeinitiativer er centrale tilbud, der kan benyttes af alle kommunens medarbejdere, eller som den enkelte arbejdsplads kan vælge at tilbyde sine medarbejdere. Hertil kommer typisk både forvaltnings- og faggruppespecifikke samt lokale initiativer. De forvaltningsspecifikke, faggruppespecifikke og lokale initiativer afspejler ofte særlige behov inden for et bestemt område, f.eks. tilbud om kiropraktorbehandling til rengøringspersonale.

I langt de fleste tilfælde er der tale om frivillige tilbud, som enten er tilgængelige for alle kommunens medarbejdere, eller som den enkelte arbejdsplads (ledelsen eller det lokale MED-udvalg) kan vælge at tilbyde sine medarbejdere. Der er kun i få tilfælde tale om obligatoriske tiltag, som f.eks. at arbejdspladserne skal redegøre for deres sundhedsfremmeindsats inkl. Ressourceforbruget, eller at sundhed skal drøftes i forbindelse med medarbejderudviklingssamtaler (MUS).

*Pointer fra kvalitative interview*

Jf. Trivselsaftens § 4 Stk. 2 skal sundhedsfremmeinitiativernes effekt med passende mellemrum drøftes i kommunernes MED-system. Nedenstående tabel 5.1.4 viser, hvor vidt det i kommunerne er aftalt, hvornår denne drøftelse skal finde sted. Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer for området, er blevet stillet dette spørgsmål.

Tabel 5.1.4: Er det aftalt i kommunens MED-system, hvornår effekterne samt anvendelse af sundhedsfremmeinitiativerne skal drøftes?

	Formænd	Næstformænd
Ja	68 % (36)	76 % (29)
Nej	26 % (14)	16 % (6)
Ved ikke/ikke relevant	6 % (3)	8 % (3)
Total	100 % (53)	100 % (38)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt retningslinjer for sundhed.*

Af tabel 5.1.4 fremgår det, at 68 % af formændene og 76 % af næstformændene bekræfter, at tidspunktet for drøftelsen af sundhedsfremmeinitiativernes effekt og anvendelse er aftalt i kommunernes MED-system. Omvendt svarer 26 % af formændene og 16 % af næstformændene, at et sådant tidspunkt ikke er aftalt. Resten ved det ikke.

I forbindelse med de kvalitative interview er vi ikke stødt på eksempler på egentlige effektevalueringer af sundhedsfremmeinitiativerne – udover opfølgning på sygefraværstatistikker. Interviewene tyder snarere på, at der i de fleste tilfælde mere er tale om drøftelser af initiativernes udbredelse, end deres effekter. I en kommune stiller man eksempelvis krav om, at de enkelte forvaltninger redegør for, hvilke sundhedsfremmende initiativer, de har, og hvor mange ressourcer, der anvendes på dem.

## 5.2 Organisering af implementeringen af sundhedsfremmeordninger

Nedenstående tabel 5.2.1 viser, hvor vidt man i kommunerne har besluttet, i hvilket omfang retningslinjerne for sundhedsfremmeordninger skal udfyldes lokalt og i så fald, hvilken beslutning man har truffet. Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer for området, er blevet stillet overfor dette spørgsmål. Fordelingen af svarene er opdelt på svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 5.2.1: Har hoved-MED-udvalget besluttet i hvilket omfang retningslinjerne skal udfyldes lokalt, f.eks. i forhold til sektorer eller institutioner?

	Formænd	Næstformænd
Ja, retningslinjerne skal udfyldes lokalt	64 % (34)	66 % (25)
Ja, hoved-MED-udvalgets retningslinjer skal ikke udfyldes lokalt	19 % (10)	18 % (7)
Nej, det har hoved-MED-udvalget ikke taget stilling til	11 % (6)	5 % (2)
Ved ikke / ikke relevant	6 % (3)	11 % (4)
Total	100 % (53)	100 % (38)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt retningslinjer for sundhed.*

Af tabel 5.2.1 fremgår det, at 64 % af formændene og 66 % af næstformændene i de kommuner, der har aftalt retningslinjer for sundhed, bekræfter, at man har besluttet, at retningslinjerne skal udfyldes lokalt. 19 % af formændene og 18 % af næstformændene bekræfter derimod, at man har besluttet, at retningslinjerne *ikke* skal udfyldes lokalt. De resterende 16-17 % af respondenterne svarer enten, at hoved-MED-udvalget endnu ikke har taget stilling til spørgsmålet om, hvorvidt retningslinjerne for området skal udfyldes lokalt, eller at de ikke ved, om dette er tilfældet.

Flere interviewpersoner understreger, at der er meget stor forskel på, hvilke sundhedsfremmende initiativer, der er behov for på forskellige områder. I forhold til nogle personalegrupper, er der behov for et stort fokus på følgevirkninger af det fysiske arbejdsmiljø, andre steder er det især livsstilsfaktorer (f.eks. KRAM-faktorerne), der skal fokuseres på, mens der i forhold til atter andre grupper primært er behov for at fokusere på det psykiske arbejdsmiljø. Et par interviewpersoner undrer sig derfor over, at det i aftalen er fastlagt, der i det *øverste* MED-udvalg skal udarbejdes retningslinjer indeholdende *konkrete* sundhedsfremmeinitiativer. Dette bør efter deres opfattelse ske lokalt.

## 5.3 Barrierer og fremmende faktorer

### 5.3.1 Barrierer

Formænd og næstformænd er i undersøgelsen blevet spurgt til, om de har oplevet henholdsvis særlige forhold, som har besværliggjort arbejdet med at aftale retningslinjer vedrørende sundhed og konkrete sundhedsfremmende initiativer, eller om de omvendt har oplevet forhold, som har fremmet arbejdet.

19 % af såvel formændene og næstformændene har oplevet **besværliggørende** forhold, og de er efterfølgende blevet bedt beskrive disse.

En stor del af respondenterne anfører, at den generelle økonomiske situation har besværliggjort arbejdet vedrørende sundhed og sundhedsfremmende initiativer, og at nye skatteregler har gjort det svært at fastholde de eksisterende konkrete initiativer. Desuden vidner respondenternes beskrivelser om, at diskussioner af mere teoretisk karakter har besværliggjort arbejdet; kan man f.eks. etisk forsvare at presse sine medarbejdere til at forholde sig til deres egen sundhed, kan man forsvare, at det offentlige tilbyder sine medarbejdere private sundhedsforsikringer, hvad er forskellene mellem sundhedsforsikringer og almindeligt sundhedsfremme, er sundhed arbejdspladsens eller den enkelte medarbejders ansvar, hvordan skelnes mellem borgere og medarbejdere?

En håndfuld af de respondenter fra såvel ledelses- som medarbejderside, der har oplevet besværliggørende forhold for arbejdet med sundhedsordninger, påpeger det for dem ubegribelige i, at behandlingsdelen i forbindelse med sundhedsfremmeinitiativer *ikke* beskattes, mens forebyggelsesdelen omvendt beskattes. Samtidig peges på, at skattelovgivningen på området i det hele taget er for indviklet. I flere kommuner peges på beskatningsregler for sundhedsinitiativer som en meget direkte og markant stopklods for kommunernes arbejde.

Ovennævnte barrierer går igen i de kvalitative interview. Netop dette element i Trivselsaftalen er typisk meget afhængigt af, at der afsættes økonomiske ressourcer til indsatsen. Så til trods for gode hensigter afhænger implementeringen ofte i høj grad af dels det økonomiske råderum og dels af, hvor højt den lokale ledelse prioriterer ressourcer til netop dette område. I forlængelse heraf peger en interviewperson på, at det er vigtigt med ledelsesrepræsentanter fra et passende højt niveau i den (eventuelle) arbejdsgruppe, der arbejder med sundhedsfremmeinitiativer.

Også spørgsmålet omkring grænsen mellem arbejdsfæren og privatsfæren går igen som et dilemma – eller ligefrem en barriere – i flere af de kvalitative interview. Skal arbejdspladsen for eksempel "blande sig i," om medarbejderne ryger, er overvægtige eller drikker i fritiden? Skal der i så fald være tale om frivillige tilbud (f.eks. rygestopkurser, gratis/billige motionstilbud, etc.), et "moderat pres" (f.eks. at man stiller en badevægt frem i afdelingen) eller tvang (f.eks. rygeforbud i arbejdstiden)? Hvor går grænsen for, hvornår arbejdspladsen må og bør "blande sig i" private forhold? Der er tale om svære etiske spørgsmål, som kræver en grundig drøftelse. Et par interviewpersoner efterspørger i den forbindelse en mere ensartet tilgang til disse dilemmaer – enten på kommunalt niveau eller på landsplan.

### 5.3.2 Fremmende faktorer

22 % af formændene og 13 % af næstformændene svarer, at de har oplevet særlige forhold, som har **fremmet** arbejdet med at aftale retningslinjer vedrørende sundhed og konkrete sundhedsfremmende initiativer.

Disse respondenter er efterfølgende blevet bedt beskrive disse fremmende faktorer. Respondenternes beskrivelser er meget mangfoldige, men flest angiver, at et stigende fokus på, bevidsthed om og interesse for sundhed har fremmet arbejdet. Desuden nævner flere, at der i forvejen eksisterede en mængde initiativer på området, som man kunne tage udgangspunkt i.

Et andet forhold, som flere respondenter nævner, er en generel velvilje og interesse i området fra alle involverede parter. Denne pointe fremhæves tillige i flere af de kvalitative interview i kommunerne. Det fremhæves, at både ledelses- og medarbejderside bakker op om sundhedsfremmende initiativer, om end det sker med forskellige begrundelser. Således fremhæver ledelsessiden reduktion af sygefravær med henblik på besparelser som primært incitament til sundhedsfremmeordninger, mens medarbejdersiden primært begrundes initiativer med medarbejdernes velvære ud fra tankegangen, at fremmøde er sundere for den enkelte selv og kollegaerne end fravær.

Sundhedsfremmeområdet fremhæves således som et område, hvor det i flere af de undersøgte kommuner har været relativt nemt at finde fælles fodslag om hensigterne, men hvor økonomien i mange tilfælde er den begrænsende faktor.

## 6. SAMMENHÆNG MELLEM RESSOURCER OG ARBEJDSMÆNGDE

### § 5. Pligt til redegørelse om sammenhæng mellem ressourcer og arbejdsomængde

I tilknytning til kommunens budgetbehandling skal ledelsen – i det øverste medindflydelsesorgan – redegøre for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold, herunder eventuelle konsekvenser i forhold til sammenhængen mellem ressourcer og arbejdsomængde.

Bemærkning: Der gøres opmærksom på, at i henhold til Rammeaftale om medindflydelse og medbestemmelse § 8, stk. 3 nr. 1 skal der aftales retningslinjer for proceduren for drøftelse af budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold.

Der gøres endvidere opmærksom på, at i medfør af MED-rammeaftalens § 7, stk. 2 og Aftale og tillidsrepræsentanter, samarbejde og samarbejdsudvalg § 16, stk. 4 skal informationen "gives på et så tidligt tidspunkt, på en sådan måde og i en sådan form, at det giver gode muligheder for en grundig drøftelse, så medarbejdernes/ medarbejderrepræsentanternes synspunkter og forslag kan indgå i grundlaget for ledelsens og/eller kommunalbestyrelsens beslutninger.

*Trivselsaftalen, § 5*

Jf. § 5 i aftalen, skal ledelsen – i det øverste medindflydelsesorgan – redegøre for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold. Inden Trivselsaftalen fremgik dette krav også af Rammeaftale om medindflydelse og medbestemmelse. I dette afsnit beskrives evalueringens resultater vedrørende kommunernes pligt til at redegøre for sammenhængen mellem ressourcer og arbejdsomængde.

### 6.1 Status på implementeringen

Nedenstående tabel 6.1.1 viser, i hvilken grad ledelsen årligt redegør i hoved-MED-udvalget for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold, jf. § 5 i Trivselsaftalen.

Tabel 6.1.1: Redegør ledelsen årligt i hoved-MED-udvalget for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold, herunder eventuelle konsekvenser i forhold til sammenhængen mellem ressourcer og arbejdsmængde?

	Formænd	Næstformænd
Ja	84 % (64)	62 % (40)
Nej	3 % (2)	22 % (14)
Nej, redegørelsen finder sted lokalt	12 % (9)	8 % (5)
Ved ikke/ikke relevant	1 % (1)	8 % (5)
Total	100 % (76)	100 % (64)

Af tabel 6.1.1 fremgår det, at 84 % af formændene og 62 % af næstformændene bekræfter, at den årlige redegørelse for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold finder sted. Hertil kommer, at 12 % af formændene og otte procent af næstformændene svarer, at redegørelsen finder sted, men at den sker lokalt. En procent af formændene og 22 % af næstformændene angiver, at redegørelsen IKKE finder sted.

Der er således relativt stor forskel på, hvad henholdsvis formænd og næstformænd svarer på dette spørgsmål. Det skyldes både, at formænd og næstformænd i nogle tilfælde er fra forskellige kommuner. Hvis kommuner, hvor der er kommet svar fra både formænd og næstformænd betragtes isoleret, ses dog også forskelle i svarene. Således er der otte kommuner i undersøgelsen, hvor formand og næstformand har svaret modstridende på, om redegørelsen finder sted.

Nedenstående tabel 6.1.2 viser, hvor vidt den årlige redegørelse for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold finder sted som følge af Trivselsaftalen, eller om redegørelsen også fandt sted, før aftalen trådte i kraft 1. april 2008. Kun de respondenter, som bekræfter, at redegørelse finder sted, er blevet stillet dette spørgsmål.

Tabel 6.1.2: Finder de årlige redegørelser sted på grund af "Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne", eller eksisterede redegørelserne, før aftalen trådte i kraft 1. april 2008?

	Formænd	Næstformænd
Redegørelserne finder sted på grund af aftalen	15 % (11)	27 % (12)
Redegørelserne eksisterede også før aftalens ikrafttræden 1. april 2008, men vi har revideret dem i henhold til aftalen	25 % (18)	38 % (17)
Redegørelserne eksisterende også før aftalens ikrafttræden 1. april 2008	55 % (40)	33 % (15)
Ved ikke / ikke relevant	5 % (4)	2 % (1)
Total	100 % (73)	100 % (45)

*Note: Omfatter kun de kommuner, hvor ledelsen årligt redegør for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold i hoved-MED-udvalget.*

Af tabel 6.1.2 fremgår det, at 15 % af formændene og 27 % af næstformændene i de kommuner, hvor ledelsen årligt redegør for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold i hoved-MED-udvalget, bekræfter, at den årlige redegørelse finder sted på grund af Trivselsaftalen.

25 % af formændene og 38 % af næstformændene svarer, at der også før Trivselsaftalens ikrafttrædelse 1. april 2008 fandt sådanne redegørelser sted, men at man efterfølgende har revideret disse i henhold til aftalen. 55 % af formændene og 33 % af næstformændene angiver imidlertid, at redegørelserne også fandt sted før Trivselsaftalens ikrafttrædelse, men angiver ikke, at man efterfølgende har revideret disse i henhold til den nu gældende aftale.

Samlet kan det konkluderes, at flertallet af kommuner har implementeret denne del af Trivselsaftalen, men at det kun nogle steder er sket som følge af Trivselsaftalen. Det hænger sammen med, at ledelsen mange steder også tidligere redegjorde for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold i hoved-MED-udvalget som følge af MED-rammeaftalen.

## 6.2 Organisering af implementeringen

Det fremgår af Trivselsaftalen, at ledelsens redegørelse for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold, herunder eventuelle konsekvenser i forhold til sammenhængen mellem ressourcer og arbejdsmængde, skal ske i det øverste medindflydelsesorgan og i tilknytning til kommunens budgetbehandling. Flere af casekommunerne har udarbejdet en fast årsplan for, hvornår og hvordan hoved-MED-udvalget skal orienteres. Derudover vælger man – ifølge flere interviewpersoner – ofte også at gøre rede for budgettets

konsekvenser for arbejds- og personaleforhold på andre niveauer i MED-strukturen – både på forvaltningsniveau og lokalt.

## 6.3 Barrierer og fremmende faktorer

### 6.3.1 Barrierer

Formænd og næstformænd er i spørgeskemaundersøgelsen spurgt til, om de har oplevet særlige forhold, som har **besværliggjort** arbejdet med at implementere årlige redegørelser for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold. 15 % af formændene og 29 % af næstformændene har oplevet forhold, som besværliggør redegørelsen. Respondenternes beskrivelser kan sammenfattes i to overordnede pointer:

- *For det første*, at der er ofte tale om komplekse økonomiske sammenhænge, som det kan være vanskeligt at formidle på et overordnet niveau
- *For det andet*, at budgettet er udtryk for politiske prioriteringer og forhandlinger, og som sådan kan budgettet blive revideret, efter at redegørelsen har fundet sted. Og budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforholdene kan ydermere være vanskelige at vurdere, før budgettet er udmøntet.

Også i de kvalitative interview med udvalgte kommuner peges på barrierer for redegørelsen for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold. Faktisk peger flere interviewpersoner på, at dette er det mest udfordrende element i aftalen. Flere interviewpersoner giver udtryk for, at dette er det element i Trivselsaftalen, der giver anledning til den højeste grad af konflikt mellem ledelses- og medarbejdersiden.

Primært peges på, at det er vanskeligt at redegøre for budgettets konsekvenser for ressourcerne, idet besparelser i en del kommuner udmøntes lokalt – baseret på udmeldinger fra det politiske niveau om den procentvise reduktion af de lokale budgetter ("salami-" eller "grønthøster-metoden".)

Derudover peger flere kommuner på, at netop dette punkt har været lidt vanskeligt at udmønte, fordi der har været tvivl om, hvordan redegørelsen, som fordres med Trivselsaftalen, adskiller sig fra de redegørelser, som naturligt er en del af de årlige budgetdrøftelser.

### 6.3.2 Fremmende faktorer

Formænd og næstformænd er også spurgt til, om de har oplevet særlige forhold, som har **fremmet** arbejdet med at implementere årlige redegørelser for budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold. Ni procent af formændene og 12% af næstformændene svarer bekræftende på spørgsmålet om fremmende faktorer. Eneste fællesnævner i svarene på dette spørgsmål går på, at det konstante pres på kommunernes økonomi på sin vis har virket befordrende på samarbejdet om dette punkt, fordi der skal skæres i et omfang, som simpelthen nødvendiggør tæt samarbejde og dialog med henblik på bedst muligt at imødegå de negative konsekvenser af stramme budgetter.

Samtidig peges på, at aftalens krav om redegørelsen har haft den positive effekt for viljen til samarbejde, at redegørelsen har medført en tidligere og i nogle tilfælde mere kontinuert informationsdeling mellem ledelse og medarbejderrepræsentanter (i hoved-MED-udvalg).

Som nævnt ovenfor peger flere interviewpersoner i de kvalitative interview på, at de har gode erfaringer med at udarbejde en årsplan eller et "årshjul", der beskriver, hvornår det øverste MED-udvalg skal have materiale, orienteres om og drøfte budgettet. Ved at sikre, at sammenhængen mellem ressourcer og arbejds-mængde drøftes løbende gennem året – i stedet for kun i forbindelse med budgetbehandlingen – føler medarbejderne sig bedre orienteret, og det bliver "mindre voldsomt" for dem. For eksempel siger en interviewperson, at en sådan årsplan har "skabt ro i HMU" omkring dette spørgsmål.

## 7. SYGEFRAVÆRSSAMTALER EFTER LÆNGERE TIDS FRAVÆR

### § 7. Sygefraværssamtaler efter længerevarende fravær

Stk. 1. Medarbejdere med længerevarende sygefravær har ret til en sygefraværssamtale med nærmeste leder. Lederen tager initiativ til gennemførelsen af samtalen.

Bemærkning: Sygefravær af mere end 4 ugers varighed vil normalt være at betragte som længerevarende sygefravær. Der vil kunne afholdes sygefraværssamtaler tidligere end efter 4 uger. I forbindelse med længerevarende sygefraværsløb kan der være behov for, at der er kontakt mellem arbejdspladsen og den sygemeldte ad flere omgange, herunder evt. behov for mere end én egentlig samtale mellem den sygemeldte og denne nærmeste leder.

Stk. 2. Formålet med gennemførelse af sygefraværssamtaler er at få sygemeldte medarbejdere hurtigere tilbage og fastholdt i job.

Stk. 3. Såfremt sygefraværet har en sådan karakter, at både leder og medarbejder er enige om, at tilbagevenden til arbejdet på normale vilkår er forhindret varigt eller i en længerevarende periode, aftaler leder og medarbejder en handleplan for det fremadrettede forløb.

Bemærkning: Indholdet i handleplanerne kan bl.a. være om muligheden for tilpasning af den sygemeldtes jobfunktioner eller for omplacering. Lederen bør sikre sig, at en handleplan, som måtte blive aftalt i forbindelse med en samtale, er forstået af begge samtaleparter, samt at det er klart, hvem der har ansvar og initiativpligt. Ved udarbejdelse af handleplan henledes opmærksomheden på notatpligten, jf. offentlighedsloven.

Det er forudsat at kommunerne i tide er opmærksomme på ansatte, der på grund af sygdom og/eller midlertidig nedsættelse af arbejdsniveauet er udstødningstruede. Kommunen undersøger de eksisterende muligheder for justering af ansættelsesbetingelserne samt for at fastholde på ordinære vilkår f.eks. via ændret arbejdstilrettelæggelse, omplacering eller omskoling til andet arbejde, jf. også Aftale om Socialt Kapitel § 2, stk. 2.

Stk. 4. Kommunens øverste medindflydelses- og medbestemmelsesudvalg aftaler retningslinjer om sygefraværssamtaler.

*Trivselsaftalen, § 7*

I dette afsnit beskrives evalueringens resultater vedrørende det punkt i Trivselsaftalen, som omhandler sygefraværssamtaler efter længerevarende fravær.

### 7.1 Status på implementeringen

Nedenstående tabel 7.1.1 viser, hvor langt kommunerne er kommet med implementeringen af sygefraværssamtaler efter længerevarende fravær, jf. § 7 i Trivselsaftalen. Kommunerne er i undersøgelsen til hoved-MED-udvalgene blevet spurgt til, hvorvidt hoved-MED-udvalget har aftalt retningslinjer for sygefraværssamtaler.

Tabel 7.1.1: Har hoved-MED-udvalget aftalt retningslinjer for sygefraværssamtaler?

	Formænd	Næstformænd
Ja	100 % (76)	88 % (56)
Vi er i gang med at aftale retningslinjerne, men vi er endnu ikke færdige	0 % (0)	9 % (6)
Vi er ikke i gang endnu, men det er fastsat, hvornår vi begynder at aftale retningslinjerne	0 % (0)	2 % (1)
Nej	0 % (0)	0 % (0)
Ved ikke/ikke relevant	0 % (0)	2 % (1)
Total	100 % (76)	100 % (64)

Af tabel 7.1.1 fremgår det, at alle formændene (100 %) og 88 % af næstformændene bekræfter, at man har aftalt retningslinjer for området, hvilket er tæt på samtlige af de i evalueringen inkluderede kommuner. Ingen formænd og kun et par næstformænd svarer, at man ikke er i gang med at aftalte retningslinjer for området men har fastsat hvornår, man begynder at aftale retningslinjer for området. Ingen – hverken formænd eller næstformænd – svarer, at man slet ikke har foretaget sig noget. Forskellen på formænd og næstformænds svar skyldes således næsten udelukkende, at formændene i nogle tilfælde svarer, at retningslinjerne er aftalt, mens næstformændene svarer, at man er i gang men ikke færdige.

Nedenstående tabel 7.1.2 viser, hvorvidt man i kommunerne har aftalt retningslinjer for sygefraværssamtaler som følge af Trivselsaftalen eller som følge af eksisterende retningslinjer gældende før aftalen trådte i kraft 1. april 2008. Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer for området, er blevet stillet overfor dette spørgsmål.

Tabel 7.1.2: Er retningslinjerne for sygefraværssamtaler aftalt på grund af "Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne", eller eksisterede retningslinjerne, før aftalen trådte i kraft 1. april 2008?

	Formænd	Næstformænd
Retningslinjerne er aftalt på grund af aftalen	14 % (11)	23 % (13)
Retningslinjerne eksisterede også før aftalens ikrafttræden 1. april 2008, men de er revideret i henhold til aftalen	42 % (32)	45 % (25)
Vi havde en personalepolitik for vores sygefraværssamtaler, som vi har revideret i henhold til aftalen	13 % (10)	29 % (16)
Retningslinjer for sygefraværssamtaler er udarbejdet uafhængigt af aftalen	29 % (22)	4 % (2)
Ved ikke / ikke relevant	1 % (1)	0 % (0)
Total	100 % (76)	100 % (56)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt retningslinjer for sygefraværssamtaler.*

14 % af formændene og 23 % af næstformændene svarer, at retningslinjerne for området er aftalt på grund af Trivselsaftalen. 42 % af formændene og 45 % af næstformændene svarer, at der også før Trivselsaftalens ikrafttrædelse 1. april 2008 eksisterede retningslinjer for området, men at man efterfølgende har revideret disse i henhold til aftalen. 29 % af formændene og 4 % af næstformændene angiver imidlertid, at man har retningslinjer for området, som er udarbejdet uafhængigt af og ikke er revideret i henhold til aftalen. Rigtig mange kommuner havde således retningslinjer for sygefraværssamtaler inden Trivselsaftalen trådte i kraft.

Det bekræftes i de kvalitative interview, hvor flere interviewpersoner siger: "Det havde vi meget godt styr på i forvejen." Men aftalen har flere steder medført, at retningslinjerne for sygefraværssamtaler nu aftales i det øverste MED-udvalg i stedet for at være en ledelsesbeslutning.

De kvalitative interview viser, at kommunernes retningslinjer i de fleste tilfælde indebærer, at der gennemføres sygefraværssamtaler tidligere end fire uger inde i sygdomsperioden. I enkelte tilfælde (lokalt) bliver medarbejderne allerede kontaktet ved den 1. sygefraværdsdag. Og i et enkelt tilfælde berettes lokalt, at lederen tager en samtale med alle medarbejdere, der har mere end ti sygefraværdsdage akkumuleret – altså uanset om disse er sammenhængende eller ej.

## 7.2 Organisering af implementeringen

De kvalitative interview viser, at man i mange kommuner har valgt centralt at udarbejde "minimumsstandarder" for gennemførelse af sygefraværssamtaler, mens man ofte lokalt kan vælge at gennemføre sygefraværssamtaler udover dette niveau.

Som det fremgår af Trivselsaftalen, er det den nærmeste leder, der tager initiativ til samtalen, og samtalen foregår med den nærmeste leder. I én af casekommunerne har man derudover valgt, at en central afdeling også gennemfører sygefraværssamtaler med medarbejdere (dog på et andet tidspunkt i fraværsløbet end lederen.) Dette fremhæves som meget positivt, fordi disse samtaler i meget høj grad opleves som et tilbud til medarbejderen, hvor man i fællesskab afklarer, hvad der kan øge medarbejderens chance for hurtig tilbagevenden til jobbet. Andre steder har man erfaringer med at inddrage eksterne firmaer i processen omkring sygefraværssamtaler.

## 7.3 Barrierer og fremmende faktorer

### 7.3.1 Barrierer

Formænd og næstformænd er i undersøgelsen til hoved-MED-udvalg spurgt, hvorvidt man i kommunerne har oplevet særlige forhold, som har **besværliggjort** arbejdet med at aftale retningslinjer for sygefraværssamtaler. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Relativt få, henholdsvis fire procent af formændene og seks procent af næstformændene har oplevet besværliggørende forhold, og de er efterfølgende blevet bedt beskrive disse. Fire ud af de i alt syv respondenter, som har oplevet besværliggørende forhold, anfører usikkerhed om indholdet af sygefraværssamtalerne som en barriere. Man er generelt i tvivl om, hvilken type samtaler, der skal være tale om, og mere specifikt, om de skal virke som en kontrol- eller omsorgsinstitution. Samtidig oplever én det som en barriere, at der i Trivselsaftalen er formuleret nogle minimumsstandarder, der giver mulighed for vide fortolkninger.

Ifølge et par af interviewpersonerne i de kvalitative interview, har der i deres respektive kommuner været debat om, hvorvidt gennemførelse af sygefraværssamtaler tidligere end fire uger var udtryk for en forbedring eller forringelse af medarbejdernes forhold. Ledersiden har anført, at der var tale om et ekstra tilbud til medarbejderne, der i forlængelse af samtalerne eventuelt kan få psykologbistand, særlige arbejdsvilkår eller andet, mens medarbejderrepræsentanter har ment, at der var tale om en unødvendig kontrol af medarbejderne.

### 7.3.2 Fremmende faktorer

Formænd og næstformænd er også spurgt, om de har oplevet særlige forhold, som har **fremmet** arbejdet med at aftale retningslinjer for sygefraværssamtaler.

14 % af formændene og 13 % af næstformændene har oplevet fremmende forhold. To tredjedele af respondenterne anfører den generelle bevidsthed og enighed om behovet for sygefraværssamtaler og for at løse problemerne med fravær som et fremmende forhold for arbejdet med at aftale retningslinjer.

Flere nævner også afholdelsen af fælles arrangementer, som eksempelvis temadage om sygefravær, og allerede eksisterende politikker på området, som faciliterende for arbejdet.

Flere interview – især med repræsentanter fra de lokale MED-udvalg – indikerer, at mange medarbejdere tager godt imod sygefraværssamtalerne. Der er derfor eksempler på, at lokal enighed mellem ledelse og medarbejdere har været fremmende for at udarbejde lokale retningslinjer eller procedurer for sygefraværssamtaler på arbejdspladsen.

## 8. HANDLINGSPLANER I FORBINDELSE MED APV

### § 8. Retningslinjer vedr. handlingsplaner i forbindelse med APV'er

Det lokale medindflydelses- og medbestemmelsesudvalg eller samarbejdsudvalg aftaler retningslinjer for udarbejdelse af handlingsplaner, hvis der konstateres problemer i arbejdspladsvurderingen (APV). Handlingsplaner drøftes i sikkerhedsudvalget/MED-udvalget.

Bemærkning: Institutionerne har i henhold til arbejdsmiljølovgivningen pligt til at udarbejde arbejdspladsvurderinger (APV) samt til at følge op på resultaterne af disse. I forbindelse med udarbejdelse af en handlingsplan i tilknytning til arbejdspladsens APV til løsning af specifikke arbejdsmiljøproblemer, skal handlingsplanen i henhold til arbejdsmiljølovgivningen indeholde konkrete anvisninger på, hvordan problemet skal løses, ligesom det tydeligt skal fremgå, hvordan og hvornår der skal følges op på planen. Det gælder både i forhold til det fysiske og det psykiske arbejdsmiljø.

I henhold til arbejdsmiljølovgivningen skal kommunens sikkerhedsorganisation inddrages i planlægningen, tilrettelæggelsen og gennemførelsen af samt opfølgning på APV'en. Såfremt sikkerhedsarbejdet ikke varetages af et MED-udvalg, forudsættes at indsatsen koordineres med sikkerhedsorganisationen..

*Trivselsaftalen, § 8*

I dette afsnit beskrives evalueringens resultater vedrørende det punkt i Trivselsaftalen, som omhandler retningslinjer for udarbejdelse af handlingsplaner i forbindelse med arbejdspladsvurderinger.

### 8.1 Status på implementeringen

Nedenstående tabel 8.1.1 viser, hvor langt kommunerne er kommet med implementeringen af retningslinjer for udarbejdelse af handlingsplaner i forbindelse med arbejdspladsvurderinger, jf. § 8 i Trivselsaftalen.

Kommunerne er i undersøgelsen til hoved-MED-udvalg blevet spurgt, hvor vidt de lokale MED-udvalg har aftalt retningslinjer for udarbejdelse af handlingsplaner, såfremt der konstateres problemer i arbejdspladsvurderingen. Fordelingen af svarene er opdelt på svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 8.1.1: Har de lokale MED-udvalg aftalt retningslinjer for udarbejdelse af handlingsplaner, såfremt der konstateres problemer i arbejdspladsvurderingen?

	Formænd	Næstformænd
Ja	75 % (57)	64 % (41)
De lokale MED-udvalg er i gang med at aftale retningslinjerne, men er endnu ikke færdige	11 % (8)	12 % (8)
De lokale MED-udvalg er ikke i gang endnu, men det er fastsat, hvornår de begynder at aftale retningslinjerne	1 % (1)	0 % (0)
Nej	3 % (2)	8 % (5)
Ved ikke/ikke relevant	11 % (8)	16 % (10)
Total	100 % (76)	100 % (64)

75 % af formændene og 64 % af næstformændene bekræfter, at de lokale MED-udvalg har aftalt retningslinjer for udarbejdelse af handlingsplaner, såfremt der konstateres problemer i arbejdspladsvurderingen. 11 % af formændene og 12 % af næstformændene angiver, at de lokale MED-udvalg er i gang med at aftale retningslinjerne, men endnu ikke er færdige med arbejdet. Det langt overvejende flertal har altså retningslinjer eller er i gang med at aftale dem.

En mindre del, henholdsvis tre procent af formændene og otte procent af næstformændene, svarer, at de lokale MED-udvalg hverken er i gang med at aftalte retningslinjer for området eller har fastsat, hvornår man begynder at aftale retningslinjer for området. I alt er der tale om syv respondenter – to formænd og fem næstformænd. Disse er efterfølgende blevet spurgt, hvorfor de lokale MED-udvalg endnu ikke har aftalt retningslinjer for området. Tre svarer ”ved ikke”, mens de resterende anfører årsager, som at der ikke er konstateret problemer, som har nødvendiggjort en aftale om retningslinjer på området, at hoved-MED-udvalget ikke har opfordret til en aftale om retningslinjer på området, eller at hoved-MED-udvalget endnu ikke er færdige med arbejdet.

Endelig skal det bemærkes, at forholdsvis mange formænd og næstformænd (hhv. 11 % og 16 %) ikke ved, om de lokale MED-udvalg har aftalt retningslinjer for udarbejdelse af handlingsplaner, såfremt der konstateres problemer i arbejdspladsvurderingen. Det hænger sandsynligvis sammen med, at disse retningslinjer skal aftales i de lokale MED-udvalg.

Nedenstående tabel 8.1.2 viser, hvor vidt man i de lokale MED-udvalg har aftalt retningslinjer for udarbejdelse af handlingsplanerne som følge af Trivselsaftalen, eller om retningslinjerne eksisterede før Trivselsaftalen.

Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer for området, er blevet stillet dette spørgsmål.

Tabel 8.1.2: Er retningslinjerne for udarbejdelse af handlingsplanerne aftalt i de lokale MED-udvalg på grund af "Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne", eller eksisterede retningslinjerne, før aftalen trådte i kraft 1. april 2008?

	Formænd	Næstformænd
Retningslinjerne er aftalt på grund af aftalen	14 % (8)	20 % (8)
Retningslinjerne eksisterede også før aftalens ikrafttræden 1. april 2008, men de er revideret i henhold til aftalen	40 % (23)	61 % (25)
Retningslinjer for handlingsplaner er udarbejdet uafhængigt af aftalen	32 % (18)	17 % (7)
Ved ikke / ikke relevant	14 % (8)	2 % (1)
Total	100 % (57)	100 % (41)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt retningslinjer for udarbejdelse af APV-handlingsplaner.*

14 % af formændene og 20 % af næstformændene i de kommuner, der har aftalt retningslinjer for udarbejdelse af APV-handlingsplaner, oplyser, at retningslinjerne for området er aftalt på grund af Trivselsaftalen. Dermed er dette delområde ét af de delelementer i Trivselsaftalen, hvor færrest kommuner har aftalt retningslinjer som følge af aftalen.

Det hænger primært sammen med, at mange kommuner havde retningslinjer i forvejen. 40 % af formændene og 61 % af næstformændene svarer, at der også før Trivselsaftalens ikrafttrædelse 1. april 2008 eksisterede retningslinjer for området, men at man efterfølgende har revideret disse i henhold til aftalen.

## 8.2 Organisering af implementeringen

Nedenstående tabel 8.2.1 viser, hvor vidt man i hoved-MED-udvalgene har taget initiativ til, at retningslinjerne for udarbejdelse af handlingsplaner bliver aftalt i de lokale MED-udvalg. Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer for området, er blevet stillet dette spørgsmål. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra formænd og næstformænd.

Tabel 8.2.1: Har hoved-MED-udvalget taget initiativ til, at retningslinjerne aftales i de lokale MED-udvalg?

	Formænd	Næstformænd
Ja, hoved-MED-udvalget har aftalt en central retningslinje/køreplan for, hvordan de lokale udvalg skal arbejde med APV	65 % (37)	61 % (25)
Ja, hoved-MED-udvalget har opfordret de lokale udvalg til at aftale retningslinjer	19 % (11)	27 % (11)
Nej	9 % (5)	10 % (4)
Ved ikke/Ikke relevant	7 % (4)	2 % (1)
Total	100 % (57)	100 % (41)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt retningslinjer for udarbejdelse af APV-handlingsplaner.*

Tabel 8.2.1 fremgår det, at det er mest udbredt, at hoved-MED-udvalget har aftalt en central retningslinje/køreplan for, hvordan de lokale udvalg skal arbejde med APV. Henholdsvis 65 % af formændene og 61 % af næstformændene svarer, at hoved-MED-udvalget har aftalt en central retningslinje for, hvordan de lokale MED-udvalg skal arbejde med handlingsplaner i forbindelse med arbejdspladsvurderinger. 19 % af formændene og 27 % af næstformændene svarer, at man i hoved-MED-udvalget alene har opfordret de lokale MED-udvalg til at aftale retningslinjer for området.

Flere af de kvalitative interview indikerer, at der i de tilfælde, hvor kommunens øverste MED-udvalg har aftalt en central retningslinje eller køreplan, typisk vil være tale om en meget overordnet guideline.

Det er typisk de lokale sikkerhedsgrupper på arbejdspladserne, der står for udarbejdelse af og opfølgning på arbejdspladsvurderingerne. Hvis der foretages nogen form for central opfølgning på handlingsplanerne, handler det typisk "blot" om at sikre, at der er udarbejdet handlingsplaner.

## 8.3 Barrierer og fremmende faktorer

### 8.3.1 Barrierer

Ni procent af formændene og 11 % af næstformændene svarer, at de har oplevet særlige forhold, som har besværliggjort arbejdet med at aftale retningslinjer for udarbejdelse af handlingsplaner lokalt, såfremt der konstateres problemer i arbejdspladsvurderingen.

De 12 respondenter (seks formænd og seks næstformænd), der er tale om, giver meget forskellige beskrivelser af de besværliggørende forhold. Nogle nævner, hvordan overlap mellem arbejdspladsvurderingerne

og andre målinger og evalueringer besværliggør arbejdet, samtidig med at der ikke er enighed hos alle parter om arbejdspladsvurderingernes relevans. Desuden nævnes overgangen til nye elektroniske systemer, diskussioner omkring anonymitet, manglende viden, tid og koordinering som besværliggørende forhold. Enkelte anfører også, at kommunikationsvejen fra hoved-MED-udvalget til de lokale MED-udvalg er lang. Der er således hovedsagligt tale om praktiske eller metodiske udfordringer.

### 8.3.2 Fremmende faktorer

Tre procent af formændene og syv procent af næstformændene har oplevet særlige forhold, som har fremmet arbejdet med at aftale retningslinjer for udarbejdelse af handlingsplaner lokalt. Også hvad angår fremmende faktorer, anfører i alt seks respondenterne meget forskellige beskrivelser. Enigheden om, at disse retningslinjer nødvendigvis skal udformes, da det er et krav i henhold til aftalen, har for nogle virket som et fremmende forhold. I forlængelse heraf, har der generelt været et ønske om at løse opgaven, hvorfor samarbejdet mellem parterne har været godt.

## 9. INDSATS MOD ARBEJDSBETINGET STRESS

### § 9. Indsats mod arbejdsbetinget stress

Der skal i medindflydelses- og medbestemmelsesudvalg eller samarbejdssystemet aftales retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats for at identificere, forebygge og håndtere problemer i tilknytning til arbejdsbetinget stress, jf. vedlagte protokollat (bilag 1) om indsats mod arbejdsbetinget stress. Såfremt sikkerhedsarbejdet ikke varetages af et MED-udvalg, forudsættes at indsatsen koordineres med sikkerhedsorganisationen.

Bemærkning: Bestemmelsen er ikke ny, men blev aftalt ved O.05, jf. Rameaftale om medindflydelse og medbestemmelse, § 8, stk. 4, og Aftale om tillidsrepræsentanter, samarbejde og samarbejdsudvalg § 17, stk. 3.

*Trivselsaftalen, § 9*

I dette afsnit beskrives evalueringens resultater vedrørende det punkt i Trivselsaftalen, som omhandler indsatsen mod arbejdsbetinget stress.

### 9.1 Status på implementeringen

Nedenstående tabel 9.1.1 viser, hvor langt kommunerne er kommet med implementeringen af indsatsen mod arbejdsbetinget stress, jf. § 9 i Trivselsaftalen. Kommunerne er i undersøgelsen til hoved-MED-udvalgene blevet spurgt, hvor vidt der er aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsbetinget stress. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 9.1.1: Er der aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsbetinget stress?

	Formænd	Næstformænd
Ja	88 % (67)	80 % (51)
Vi er i gang med at aftale retningslinjerne, men vi er endnu ikke færdige	9 % (7)	11 % (7)
Vi er ikke i gang endnu, men det er fastsat, hvornår vi begynder at aftale retningslinjerne	0 % (0)	2 % (1)
Nej	1 % (1)	5 % (3)
Ved ikke/ikke relevant	1 % (1)	3 % (2)
Total	100 % (76)	100 % (64)

88 % af formændene og 80 % af næstformændene bekræfter, at man har aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsbetinget stress. Ni procent af formændene og 11 % af næstformændene angiver, at man er i gang med at aftale retningslinjerne, men endnu ikke er færdige med arbejdet. Således har næsten alle adspurgte kommuner retningslinjer for indsatsen mod arbejdsbetinget stress.

Kun en procent af formændene og fem procent af næstformændene svarer, at man hverken er i gang med at aftalte retningslinjer for området eller har fastsat hvornår, man begynder at aftale retningslinjer for området. I alt er der tale om fire af evalueringens respondenter – én formand og tre næstformænd – og disse er efterfølgende blevet spurgt, hvorfor man endnu ikke har aftalt retningslinjer for området. På dette spørgsmål svarer én respondent ”ved ikke”, mens de resterende anfører årsager som, at man i forvejen har en godt beskrevet politik på området, at man har et langt bredere sundhedsfokus, og at man har manglet en sikkerhedsleder til at sætte arbejdet i gang.

Nedenstående tabel 9.1.2 viser, hvor vidt man i kommunerne har aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsrelateret stress som følge af Trivselsaftalen eller som følge af eksisterende retningslinjer gældende før aftalen trådte i kraft 1. april 2008. Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer for området, er blevet stillet dette spørgsmål.

Tabel 9.1.2: Er retningslinjerne for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsbetinget stress aftalt på grund af "Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne", eller eksisterede retningslinjerne, før aftalen trådte i kraft 1. april 2008?

	Formænd	Næstformænd
Retningslinjerne er aftalt på grund af aftalen	40 % (27)	47 % (24)
Retningslinjerne eksisterede også før aftalens ikrafttræden 1. april 2008, men vi har revideret dem i henhold til aftale	24 % (16)	25 % (13)
Vi har retningslinjer for vores samlede indsats mod arbejdsbetinget stress, som er udarbejdet uafhængigt af aftalen	30 % (20)	18 % (9)
Vi havde en stresspolitik, som vi har revideret i henhold til aftalen	4 % (3)	4 % (2)
Ved ikke / ikke relevant	1 % (1)	6 % (3)
Total	100 % (67)	100 % (51)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsbetinget stress.*

40 % af formændene og 47 % af næstformændene bekræfter, at retningslinjerne for området er aftalt på grund af Trivselsaftalen. Yderligere omkring en fjerdedel af formænd og næstformænd svarer, at der også før Trivselsaftalens ikrafttræden eksisterede retningslinjer, men at disse efterfølgende er revideret i henhold til aftalen. 30 % af formændene og 18 % af næstformændene angiver, at man har retningslinjer for området, som er udarbejdet uafhængigt af og ikke er revideret i henhold til Trivselsaftalen.

Nedenstående tabel 9.1.3 viser, hvem der har aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsbetinget stress. Respondenterne har haft mulighed for at afgive mere end ét svar og derfor summer procentandelene til mere end 100. Fordelingen af svarene er opdelt på svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 9.1.3: Hvem har aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsbetinget stress? (Mulighed for at angive flere svar)

	Formænd	Næstformænd
Hoved-MED-udvalget eller tilsvarende	91 % (61)	94 % (48)
MED-udvalg på forvaltnings- eller områdeniveau	16 % (11)	20 % (10)
MED-udvalg på institutionsniveau	21 % (14)	35 % (18)
Andet, beskriv venligst	4 % (3)	0 % (0)
Ved ikke/ikke relevant	0 % (0)	2 % (1)
Total	(67)	(51)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsbetinget stress. Tallene summerer ikke til 100%, fordi respondenterne har kunne angive mere end ét svar.*

Tabel 9.1.3 viser, at stort set alle – såvel formænd som næstformænd – svarer, at kommunens hoved-MED-udvalg eller tilsvarende har aftalt retningslinjerne for området. 16 % af formændene og 20 % af næstformændene svarer, at også MED-udvalg på forvaltnings- eller områdeniveau har været med til at aftale retningslinjerne for området. Hvad angår deltagelse fra MED-udvalg på institutionsniveau angiver 21 % af formændene og 35 % af næstformændene, at disse – enten alene eller i samarbejde med andre – har aftalt retningslinjerne for området.

Tabel 9.1.4 viser, hvad der er indeholdt i retningslinjerne om arbejdsbetinget stress.

Tabel 9.1.4: Hvad er indeholdt i retningslinjerne om arbejdsbetinget stress? (Mulighed for flere svar)

	Formænd	Næstformænd
Retningslinjer for at identificere problemer med arbejdsbetinget stress	79 % (53)	82 % (42)
Retningslinjer for at forebygge problemer med arbejdsbetinget stress	96 % (64)	84 % (43)
Retningslinjer for at håndtere problemer med arbejdsbetinget stress	93 % (62)	84 % (43)
Ved ikke/ikke relevant	3 % (2)	4 % (2)
Total	(67)	(51)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsbetinget stress. Tallene summerer ikke til 100%, fordi respondenterne har kunne angive mere end ét svar.*

Det fremgår, at langt den overvejende del af respondenterne svarer, at retningslinjerne indeholder såvel retningslinjer for at identificere problemerne, for at forebygge problemer samt for at håndtere problemerne.

## 9.2 Barrierer og fremmende faktorer

### 9.2.1 Barrierer

Ni procent af formændene og 19 % af næstformændene har oplevet særlige forhold, som har **besværliggjort** arbejdet med at aftale retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsbetinget stress. Hovedparten af disse respondenter anfører, at det har været svært at definere præcist, hvori arbejdsrelateret stress egentlig består. Hvordan afgør man, om problemerne skyldes arbejdsrelaterede eller private forhold og følgelig, om det er organisationens eller den enkeltes ansvar?

Samtidig har nogle oplevet, at fænomenet ikke defineres ens af alle i organisationen, hvilket især er med til at besværliggøre arbejdet, når ledelses- og medarbejderside ikke deler den samme opfattelse. Andre anfører ressourcemæssige, tidsmæssige og økonomiske (behov for konsulentbistand, uddannelse af stressvejledere, m.v.) begrænsninger som besværliggørende.

### 9.2.2 Fremmende faktorer

13 % af formændene og 15 % af næstformændene har oplevet særlige forhold, som har **fremmet** arbejdet med at aftale retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til arbejdsbetinget stress. Flere anfører i den forbindelse, hvordan allerede eksisterende tiltag og værktøjer fungerede som inspiration og dermed har fremmet og fokuseret arbejdet med retningslinjerne. Flere nævner direkte KTO-aftaler, Sund-

hedskartelaftaler, Trivselsaftalen, Trepartsaftalen og overenskomster som fremmende for arbejdet. Desuden nævnes, at der i forvejen var en stor interesse for og bevidsthed om problemerne med arbejdsrelateret stress. Det skyldes blandt andet konkrete tilfælde af arbejdsrelateret stress på arbejdspladsen og nødvendigheden af at fokusere på medarbejdernes ressourcer i en tid med ressourceknaphed. En generel samarbejdsvillighed og enighed fra alle involverede parter nævnes også på dette punkt som fremmende for arbejdet.

## 10. INDSATS MOD VOLD

### § 10. Indsats mod vold, mobning og chikane

Stk. 1. Der skal i medindflydelses- og medbestemmelsessystemet eller samarbejdssystemet aftales retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats for at identificere, forebygge og håndtere problemer i tilknytning til forekomsten af vold, mobning og chikane i tilknytning til udførelsen af arbejdet, jf. vedlagte protokollat (bilag 2). Forpligtigelsen omfatter også vold, mobning og chikane fra 3. person. I de kommuner, hvor der ikke er indgået en MED-aftale, eller hvor sikkerhedsarbejdet ikke varetages af et MED-udvalg, forudsættes indsatsen koordineret med sikkerhedsorganisationen.

Stk. 2. Hvis der ikke senest den 1. april 2010 er opnået enighed om retningslinjerne skal ledelsen ensidigt fastlægge retningslinjer på området.

Bemærkning: Af EU-aftalen om vold og chikane fremgår det, at "Enterprises need to have a clear statement outlining, that harassment and violence will not be tolerated." Direkte oversat betyder det: "Virksomheder må have en tydelig erklæring, som angiver at chikane og vold ikke tolereres."

*Trivselsaftalen, § 9*

I dette afsnit beskrives evalueringens resultater vedrørende det punkt i Trivselsaftalen, som omhandler indsatsen mod vold.

### 10.1 Status på implementeringen

Nedenstående tabel 10.1.1 viser, hvor langt kommunerne er kommet med implementeringen af indsatsen mod vold, jf. § 10 i Trivselsaftalen. Kommunerne er i undersøgelsen til hoved-MED-udvalgene blevet spurgt, hvor vidt der i MED-systemet er aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats for at identificere, håndtere og forebygge problemer i tilknytning til vold. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 10.1.1: Har MED-systemet aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats for at identificere, håndtere og forebygge problemer i tilknytning til vold?

	Formænd	Næstformænd
Ja	89 % (68)	75 % (48)
Vi er i gang med at aftale retningslinjerne, men vi er endnu ikke færdige	8 % (6)	19 % (12)
Vi er ikke i gang endnu, men det er fastsat, hvornår vi begynder at aftale retningslinjerne	0 % (0)	2 % (1)
Nej	1 % (1)	3 % (2)
Ved ikke/ikke relevant	1 % (1)	2 % (1)
Total	100 % (76)	100 % (64)

89 % af formændene og 75 % af næstformændene bekræfter, at der er aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats mod vold. Otte procent af formændene og 19 % af næstformændene angiver, at man er i gang med at aftale retningslinjerne, men endnu ikke er færdige med arbejdet. Forskellen på formændenes og næstformændenes svar skyldes altså, at nogle formænd svarer, at kommunen har retningslinjer, mens lidt flere næstformænd svarer, at man er i gang med at aftale dem, men endnu ikke er færdige. Næsten alle kommuner har således retningslinjer eller er i gang med at aftale dem.

En procent af formændene og tre procent af næstformændene svarer, at man hverken er i gang med at aftalte retningslinjer for området eller har fastsat hvornår, man begynder at aftale retningslinjer for området. I alt er der tale om tre af evalueringens respondenter – én formand og to næstformænd, hvor af to svarer, at den enkelte arbejdsplads har lavet retningslinjer, og at der er aftalt retningslinjer, men de er aftalt andetsteds end i MED-systemet. Reelt er der altså flere kommuner, som har retningslinjer, end det umiddelbart ser ud til i tabellen.

Nedenstående tabel 10.1.2 viser, hvorvidt man i kommunerne har aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til vold som følge af Trivselsaftalen eller som følge af eksisterende retningslinjer fra før aftalen trådte i kraft. Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer for området, er blevet stillet dette spørgsmål.

Tabel 10.1.2: Er retningslinjerne for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til vold aftalt på grund af ”Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne”, eller eksisterede retningslinjerne, før aftalen trådte i kraft 1. april 2008?

	Formænd	Næstformænd
Retningslinjerne er aftalt på grund af aftalen	38 % (26)	40 % (19)
Retningslinjerne eksisterede også før aftalens ikrafttræden 1. april 2008, men vi har revideret dem i henhold til aftale	25 % (17)	35 % (17)
Vi har retningslinjer for vores samlede indsats mod arbejdsbetinget vold, som er udarbejdet uafhængigt af aftalen	22 % (15)	19 % (9)
Vi havde en personalepolitik for vores samlede indsats mod arbejdsbetinget vold, som vi har revideret i henhold til aftalen	6 % (4)	4 % (2)
Ved ikke / ikke relevant	9 % (6)	2 % (1)
Total	100 % (68)	100 % (48)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt for arbejdspladsens samlede indsats for at identificere, håndtere og forebygge problemer i tilknytning til vold*

38 % af formændene og 40 % af næstformændene bekræfter, at retningslinjerne for området er aftalt på grund af Trivselsaftalen. 25 % af formændene og 35 % af næstformændene svarer, at allerede eksisterende retningslinjer er revideret pga. aftalen. 22 % af formændene og 19 % af næstformændene angiver, at allerede eksisterende retningslinjer videreføres i uredigeret form.

Nedenstående tabel 10.1.3 viser, hvem der har aftalt retningslinjerne for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til vold.

Tabel 10.1.3: Hvem har aftalt retningslinjerne for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til vold? (Mulighed for flere svar).

	Formænd	Næstformænd
Hoved-MED-udvalget eller tilsvarende	93 % (63)	92 % (44)
MED-udvalg på forvaltnings- eller områdeniveau	29 % (20)	40 % (19)
MED-udvalg på institutionsniveau	26 % (18)	56 % (27)
Andet, beskriv venligst	4 % (3)	10 % (5)
Ved ikke/ikke relevant	0 % (0)	0 % (0)
Total	(68)	(48)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats for at identificere, håndtere og forebygge problemer i tilknytning til vold. Tallene summerer ikke til 100%, fordi respondenterne har kunne angive mere end ét svar.*

Langt hovedparten af såvel formænd som næstformænd svarer, at kommunens hoved-MED-udvalg eller tilsvarende enten alene eller i samarbejde med andre har aftalt retningslinjerne for området. Yderligere svarer omkring en tredjedel af formænd og næstformænd, at område-MED-udvalg ligeledes er med til at aftale retningslinjerne for området.

26 % af formændene og 56 % af næstformændene svarer, at også MED-udvalg på institutionsniveau deltager i aftalen af retningslinjer – altså en relativt markant forskel på formænd og næstformænds svar på dette punkt. Forskellen på formænd og næstformænds svar ses også, når kun de kommuner, hvor der er kommet svar fra begge, betragtes isoleret. Der er altså reelt forskel på, hvad formænd og næstformænd svarer på dette spørgsmål.

## 10.2 Barrierer og fremmende faktorer

### 10.2.1 Barrierer

En mindre del af respondenterne, henholdsvis syv procent af formændene og 11 % af næstformændene har oplevet særlige forhold, som har **besværliggjort** arbejdet med at aftale retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til vold.

Disse 12 respondenter angiver forskellige forhold som hæmmende for processen. Nogle finder samlingen af vold, mobning og chikane under ét punkt udfordrende, selvom der selvfølgelig er snitflader mellem de tre.

Desuden nævnes det, at vold forekommer i forskellige arbejdssituationer og kontekster, og måske netop derfor nævner flere, at retningslinjerne er blevet meget overordnede, fordi den lokale udmøntning må tilpasses situationen. Igen nævnes begrænsede tidsmæssige ressourcer i forhold til opgavemængden som et besværliggørende forhold.

Særligt sidste argument, at retningslinjerne nødvendigvis må være meget overordnede fra centralt hold i kommunen og med en tilsvarende høj grad af lokal tilpasning – går igen i de kvalitative interviews. Således nævner langt de fleste – såvel medarbejdere og ledere både centralt og lokalt – at retningslinjerne for arbejdspladsens indsats mod vold selvsagt har mere relevans på nogle områder end andre, ligesom der kan være forskellige behov på tværs af de områder, hvor vold forekommer. Eksempelvis skal indsatsen gribes an på én måde på omsorgs- og plejeområdet, mens indsatsen skal gribes anderledes an f.eks. i relation til p-kontrollører, borgerservice mv.

### 10.2.2 Fremmende faktorer

Henholdsvis fem procent af formændene og 13 % af næstformændene har oplevet særlige forhold, som har **fremmet** arbejdet med at aftale retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til vold. To respondenter beskriver, hvordan konkrete voldepisoder og den oplevede generelle stigning i antallet af ustabile borgere i forvejen havde bevidstgjort partnerne om behovet for retningslinjer på området. Endvidere nævnes enighed, den fælles forståelse af problemerne og eksisterende aftaler som trepartsaftalen og overenskomster, som fremmende forhold.

## 11. INDSATS MOD MOBNING OG CHIKANE

I dette afsnit beskrives evalueringens resultater vedrørende det punkt i Trivselsaftalen, som omhandler indsatsen mod mobning og chikane. For en konkret beskrivelse af aftalens indhold på dette delområde henvises til indledningen til afsnit 10.

### 11.1 Status på implementeringen

Nedenstående tabel 11.1.1 viser, hvor langt kommunerne er kommet med implementeringen af indsatsen mod mobning og chikane, jf. § 10 i Trivselsaftalen. Kommunerne er i undersøgelsen til hoved-MED-udvalgene blevet spurgt, om der er aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats for at identificere, håndtere og forebygge problemer i tilknytning til mobning og chikane. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 11.1.1: Har MED-systemet aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats for at identificere, håndtere og forebygge problemer i tilknytning til mobning og chikane?

	Formænd	Næstformænd
Ja	68 % (52)	61 % (39)
Vi er i gang med at aftale retningslinjerne, men vi er endnu ikke færdige	12 % (9)	28 % (18)
Vi er ikke i gang endnu, men det er fastsat, hvornår vi begynder at aftale retningslinjerne	1 % (1)	3 % (2)
Nej	14 % (11)	6 % (4)
Ved ikke/ikke relevant	4 % (3)	2 % (1)
Total	100 % (76)	100 % (64)

Af tabel 11.1.1 fremgår det, at 68 % af formændene og 61 % af næstformændene bekræfter, at der er aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til mobning og chikane. 12 % af formændene og 28 % af næstformændene angiver, at man er i gang med at aftale retningslinjerne, men endnu ikke er færdige med arbejdet.

Samtidig fremgår det af tabel 11.1.1, at 14 % af formændene og seks procent af næstformændene svarer, at man hverken er i gang med at aftalte retningslinjer for området eller har fastsat hvornår, man begynder at aftale retningslinjer for området. I alt er der tale om 15 af evalueringens respondenter – 11 formænd og fire næstformænd. Disse er efterfølgende blevet spurgt, hvorfor man endnu ikke har aftalt retningslinjer for om-

rådet. Fem respondenter svarer "ved ikke", mens de resterende anfører, at retningslinjerne for indsatsen mod mobning og chikane hører under retningslinjerne for en bredere personalepolitik, at det endnu ikke har været nødvendigt at udforme sådanne retningslinjer, eller at man har prioriteret anderledes.

Nedenstående tabel 11.1.2 viser, hvorvidt man i kommunerne har aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til mobning og chikane som følge af Trivselsaftalen eller som følge af eksisterende retningslinjer gældende før aftalen trådte i kraft 1. april 2008. Kun de respondenter, som bekræfter, at der i deres kommune er aftalt retningslinjer for området, er blevet stillet overfor dette spørgsmål. Fordelingen af svarene er opdelt i svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 11.1.2: Er retningslinjerne for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til mobning og chikane aftalt på grund af "Aftale om trivsel og sundhed på arbejdspladserne", eller eksisterede retningslinjerne, før aftalen trådte i kraft 1. april 2008?

	Formænd	Næstformænd
Retningslinjerne er aftalt på grund af aftalen	60 % (31)	59 % (23)
Retningslinjerne eksisterede også før aftalens ikrafttræden 1. april 2008, men vi har revideret dem i henhold til aftale	15 % (8)	26 % (10)
Vi har retningslinjer for vores samlede indsats mod mobning og chikane, som er udarbejdet uafhængigt af aftalen	13 % (7)	5 % (2)
Vi havde en personalepolitik for vores samlede indsats mod mobning og chikane, som er udarbejdet uafhængigt af aftalen	4 % (2)	10 % (4)
Ved ikke / ikke relevant	8 % (4)	0 % (0)
Total	100 % (52)	100 % (39)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats for at identificere, håndtere og forebygge problemer i tilknytning til mobning og chikane.*

Af tabel 11.1.2 fremgår det, at 60 % af formændene og 59 % af næstformændene bekræfter, at retningslinjerne for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til mobning og chikane er aftalt på grund af Trivselsaftalen. 15 % af formændene og 26 % af næstformændene angiver, at der også før Trivselsaftalens ikrafttrædelse 1. april 2008 eksisterede retningslinjer på området, men at man efterfølgende har revideret disse i henhold til aftalen. 13 % af formændene og fem procent af næstformændene angiver imidlertid, at man har retningslinjer på området, som er udarbejdet uafhængigt af og ikke er revideret i henhold til aftalen.

Nedenstående tabel 11.1.3 viser, hvem der har aftalt retningslinjerne for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til mobning og chikane. Respondenterne har haft mulighed for at afgive mere end ét svar og der-

for summer procentandelene til mere end 100. Fordelingen af svarene er opdelt på svar fra henholdsvis formænd og næstformænd.

Tabel 11.1.3: Hvem har aftalt retningslinjerne for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til mobning og chikane?

	Formænd	Næstformænd
Hoved-MED-udvalget eller tilsvarende	83 % (43)	90 % (35)
MED-udvalg på forvaltnings- eller områdeniveau	27 % (14)	23 % (9)
MED-udvalg på institutionsniveau	27 % (14)	44 % (17)
Andet, beskriv venligst	6 % (3)	8 % (3)
Ved ikke/ikke relevant	0 % (0)	0 % (0)
Total	(52)	(39)

*Note: Omfatter kun de kommuner, der har aftalt for arbejdspladsens samlede indsats for at identificere, håndtere og forebygge problemer i tilknytning til mobning og chikane. Tallene summerer ikke til 100%, fordi respondenterne har kunne angive mere end ét svar.*

Af tabel 11.1.3 fremgår det, at 83 % af formændene og 90 % af næstformændene angiver, at kommunens hoved-MED-udvalg eller tilsvarende enten alene eller i samarbejde med andre har aftalt retningslinjerne for området. 27 % af formændene og 23 % af næstformændene svarer, at MED-udvalg på forvaltnings- eller områdeniveau enten alene eller i samarbejde med andre har aftalt retningslinjerne for området. Hvad angår deltagelse fra MED-udvalg på institutionsniveau angiver 27 % af formændene og 44 % af næstformændene, at disse enten alene eller i samarbejde med andre har aftalt retningslinjerne for området.

De respondenter, som har svaret "andet", referer alle til forskellige niveauer i MED- eller SU-strukturen.

## 11.2 Barrierer og fremmende faktorer

### 11.2.1 Barrierer

Tre procent af formændene og 12 % af næstformændene har oplevet særlige forhold, som har besværliggjort arbejdet med at aftale retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til mobning og chikane. Tre af disse ni respondenter anfører, at det er problematisk at definere og adskille begreberne. Hvad er chikane, hvad er mobning og hvornår er der bare tale om en humoristisk kommentar? Desuden anføres igen manglen på tid og ressourcer i forhold til opgavemængden.

### 11.2.2 Fremmende faktorer

Seks procent af formændene og 12 % af næstformændene – i alt ti respondenter - har oplevet særlige forhold, som har fremmet arbejdet med at aftale retningslinjer for arbejdspladsens samlede indsats i tilknytning til mobning og chikane. Flere anfører enigheden om, at mobning og chikane er uacceptabelt på arbejdspladsen og det deraf følgende ønske om handlingsplaner indenfor området som et fremmende forhold. Desuden har fælles arrangementer, konferencer og en stor indsats fra lokale arbejdsmiljøteams yderligere fremmet arbejdet.

## 12. METODE

Evalueringen er gennemført i perioden april til juni 2010 og baserer sig på følgende datakilder:

### 12.1 Eksplorative interview

Indledningsvis blev gennemført en eksplorativt fokusgruppe med repræsentanter for de centrale aftaleparter om formålet med Trivselsaftalen, parternes oprindelige hensigter med aftalen, forventninger til udbytte og implementering i kommunernes MED-struktur mv.

Formålet med interviewet var først og fremmest eksplorativt med henblik på at sikre evaluators forståelse for Trivselsaftalens kontekst og baggrund. Resultaterne fra fokusgruppen anvendes således ikke direkte i denne rapport, men har først og fremmest bidraget til udviklingen af evalueringens dataindsamlingsredskaber, henholdsvis det kvantitative spørgeskema til formænd og næstformænd i kommunernes hoved-MED-udvalg og den kvalitative spørgeramme til dybdeinterview med MED-repræsentanter i udvalgte kommuner.

### 12.2 Survey til HMU'er

I forlængelse af den eksplorative fokusgruppe med aftaleparterne blev gennemført en spørgeskemaundersøgelse til formænd og næstformænd i samtlige kommuners hoved-MED-udvalg.

Spørgeskemaet til undersøgelsen er udviklet i første udkast af evaluator og derefter revideret på basis af input fra opdragsgiver over to omgange.

Inden selve dataindsamlingen blev der gennemført en pilottest af spørgeskemaet. To formænd og to næstformænd foretog en prøveudfyldelse af spørgeskemaet via webbaseret udfyldelse. Testpersonerne blev efterfølgende ringet op og telefonisk interviewet om spørgeskemaets forståelighed og relevans, dels på overordnet niveau, dels ved en gennemgang af hvert enkelt spørgsmål i spørgeskemaet. Pilottesten afstedkom overvejende sproglige justeringer af spørgsmål og svarkategorier.

Dataindsamlingen er gennemført ved hjælp af en kombination webbaserede spørgeskemaer og telefoninterview. Indledningsvis blev spørgeskemaerne udsendt via mails indeholdende individuelle weblinks til elektronisk udfyldelse af spørgeskemaerne. Der er udsendt en enkelt mailbaseret påmindelse til respondenterne.

Efter godt en uges svarperiode blev den webbaserede dataindsamling suppleret med telefoniske interview. Alle respondenter, som endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet, blev ringet op med tilbud om at gennemføre undersøgelsen via et telefonisk interview i stedet. Hvis respondenterne gerne ville deltage, men ikke havde mulighed for det på opkaldstidspunktet, er respondenterne tilbudt at træffe aftale om at gennemføre interviewet på et senere tidspunkt. Tabellen herunder viser opnåelsen i undersøgelsen.

Tabel 12.2.1. Antal interview og svarprocent

	Formænd	Næstformænd
Antal udsendte invitationer (population)	111	108
Frafald (nægtede, ikke truffet, mangelfulde kontaktoplysninger, vakante stillinger mv.)	35	44
Antal svar via web	59	39
Antal svar via telefon	17	25
Antal svar i alt	76	64
Svarprocent (antal svar / antal invitationer)	68,46	59,25

De indkomne interview dækker i alt 88 af de 98 danske kommuner. Heraf er indkommet svar fra både ledelses- og medarbejdersiden i 43 kommuner. I 27 kommuner er kun kommet svar fra ledelsessiden, mens der i 18 kommuner kun er kommet svar fra medarbejdersiden.

Den lidt lavere svarprocent blandt næstformænd vurderes udelukkende at skyldes, at næstformændenes placering i den kommunale organisation er mere spredt end tilfældet er for formændene. Formændene har således været nemmere at opnå kontakt til end næstformændene, simpelthen fordi de er nemmere at identificere i tilfælde af mangelfulde kontaktoplysninger i de oprindelige kontaktlister.

Under alle omstændigheder er det evaluators erfaring, at svarprocenterne i relation til både formænd og næstformænd er meget høje sammenlignet med andre undersøgelser til denne type af målgrupper. Oftest ligger svarprocenter for tilsvarende målgrupper mellem 40 og 50 procent, hvorfor opnåelsen i indeværende undersøgelse vurderes at være særdeles god.

Da der er tale om en totalundersøgelse, er det udelukkende frafaldet i undersøgelsen, som definerer resultaternes validitet. Der kan ikke konstateres systematisk bias i undersøgelsens frafald i forhold til baggrundsvARIABLENE kommunestørrelse (befolkning) og region. Der kan ikke kontrolleres for andre typer af frafald, herunder relateret til karakteristika om kommunernes arbejde med trivsel og sundhed. Da svarene i undersøgelsen viser, at der er kommet svar fra kommuner, som er på forskelligt stade i implementeringen og med meget forskellige holdninger til aftalen, er der ingen anledning til at antage, at undersøgelsens frafald skyldes holdninger eller implementeringsstatus.

Det er således evaluators vurdering, at data i undersøgelsen er af høj kvalitet i relation til validitet og repræsentativitet.

## 12.3 Kvalitative interview i kommuner

Efter surveyen blev der gennemført en række kvalitative dybdeinterview i otte udvalgte kommuner. Der er i udvælgelsen af kommuner først og fremmest lagt vægt på, om kommunerne i deres besvarelser af spørgeskemaundersøgelsen havde givet interessante besvarelser, f.eks. i form af særligt gode eller dårlige erfaringer fra implementeringen af Trivselsaftalen. Sekundært er der i udvælgelsen tilstræbt repræsentation af to

magistratsstyrede kommuner, hvilket lykkedes, ligesom der er tilstræbt geografisk spredning. De udvalgte kommuner består af to sjællandske kommuner, en fynsk, mens de resterende fem kommuner alle er jyske.

I alt er der gennemført kvalitative interview med 26 MED-repræsentanter fordelt på 23 interview (fordi tre interview er gennemført som dobbeltinterview). Interviewene er fordelt på tre niveauer i MED-systemet, henholdsvis hoved-MED-udvalget og MED-udvalg, på forvaltningsniveau og lokalt niveau. Der er gennemført interview med repræsentanter fra såvel ledelses- som medarbejdersiden. Interviewene fordeler sig som følger:

- 8 interview med repræsentanter for ledelsessiden i kommunens øverste MED-udvalg: kommunaldirektør, personale-/HR-chefer og HR-konsulenter
- 5 interview med næstformænd fra HMU
- 2 interview en repræsentant for ledelsessiden på forvaltningsniveau, heraf det ene i en magistratsstyret kommune
- 5 interview med formænd for et lokalt MED-udvalg: decentrale ledere
- 3 interview med medarbejderrepræsentanter fra lokale MED-udvalg

Det bemærkes, at resultaterne fra de kvalitative interview ikke er generaliserbare. Selvom et forhold gør sig gældende i alle otte kommuner fra de kvalitative interview, kan det således ikke sluttes, at dette forhold gør sig gældende i alle kommuner eller for den sags skyld i andre kommuner end de otte. Dette er heller ikke formålet med de kvalitative interview. Resultaterne herfra bruges i stedet til at kvalificere og nuancere problemstillinger, som er belyst kvantitativt i spørgeskemaundersøgelsen til HMU'er.

Spørgeskemaundersøgelsen anvendes således til at "måle udbredelsen", mens de kvalitative interview anvendes til at forklare og nuancere resultaterne.

Det angives tydeligt gennem rapporten, hvornår resultaterne fra henholdsvis spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative interview beskrives. Derved er det således også markeret, hvornår resultaterne er generaliserbare, og hvornår de ikke er.

EPINIION