

Evidensafsnit – sundhed på arbejdspladsen

Baggrund

Ansattes helbred og velbefindende påvirkes af arbejdsbyrder og af jobkrav (Shoaf et al, 2004). I gennem årene er antallet af både offentlige og private arbejdspladser, som tilbyder en sundhedspolitik til de ansatte steget betydeligt (SST, 2008). Omfanget og tilgangen er ofte meget forskellig fra arbejdsplads til arbejdsplads ligesom intentionen med en sådan politik. Det samme kan siges om effekten af sådanne politikker, som ofte er meget unikke i form og indhold – selv om indholdet ofte drejer sig om de samme faktorer – nemlig: de såkaldte SKRAM-faktorer, som kan oversættes med stresspolitik, kostpolitik, røgpolitik, alkoholpolitik og motionspolitik. Alle de nævnte faktorer kan relateres til en række af symptomer og gener samt langvarige sygdomme, som giver en arbejdsplads en vis sikkerhed for, at der er potentielle helbredsrelaterede gevinster ved at intervenere effektivt for sådanne faktorer blandt de ansatte (Alfredsson et al, 2002; Sundhedsstyrelsen, 1999). Hertil er der en række andre faktorer, der tilbydes på de forskellige arbejdspladser og som i nogen tilfælde kan karakteriseres som afarter af de nævnte hovedfaktorer (fx frugtordninger, gratis nikotintyggegummi, tilskud til cykler eller andet udstyr) eller de ligger på et andet plan, men har ofte har det samme formål – selv om det ikke kaldes en sundhedspolitik (fx efteruddannelse, social kapital og trivselsinitiativer af forskellige slags samt seniorordninger) og endelig er betalte sundhedsforsikringer til (nogle) medarbejderne samt sundheds/helbredssamtaler på vej frem på mange virksomheder som en del af deres sundhedspolitik.

I denne gennemgang af evidens for forskellige typer af sundhedsindsatser på arbejdspladser indsnævres emnerne til at omfatte ovennævnte SKRAM-faktorer. Dels fordi disse emner er de hyppigst udbudte og evaluerede på forskellige arbejdspladser, og dels for at adskille sundhedspolitikken fra emner, der hører ind under det fysiske- og psykiske arbejdsmiljø, som i forvejen varetages via de lovpligtige APV undersøgelser og indsatser. En undtagelse er dog emnet stress som indgår i dette afsnit – og som jo rettelig indgår under det psykiske arbejdsmiljø – men, som på den anden side også ofte kædes sammen med sundhedspolitikken på arbejdspladser. Studier har vist, at for høje arbejdsbyrder og jobkrav både kan forårsage stress og fremme usund livsstil blandt ansatte på arbejdspladser (Voss et al, 2004), og at stress og usund livsstil begge kan relateres til et højt sygefravær (Ihlebak et al 2003; Melchior et al, 2003; Juel et al, 2006). De samme faktorer bidrager også i høj grad til kroniske sygdomme og til mortaliteten i den vestlige verden (Alfredsson et al, 1997; WHO, 2005; Juel, 2002). Usund livsstil og stress er endvidere koblet sammen på den måde, at langvarigt stressede i nogen tilfælde benytter en usund livsstil som en slags copingstrategi imod det langvarig stress (Søndergård-Kristensen, 2002). Der er derfor en vis rimelighed i at koble intervention imod stress og usund livsstil sammen i en sundhedspolitik på en arbejdsplads.

Formål

Formålet og visionen med en sundhedspolitik er ofte meget forskellig fra virksomhed til virksomhed. De udtrykte begrundelser kan gå lige fra – at ”sådan en må vi også have når andre har en!” til et bevist valg for at fastholde medarbejdere, tiltrække nye medarbejdere, reducere sygefravær og nedslidning/førtidspensionering, øget produktion, branding (øget salg) i forhold til presse, samarbejdspartnere og kunder eller blot som et trivselsfremmende element. Netop disse forskellige intentioner med en sundhedspolitik er ofte med til at styre hvilke ressourcer og hvilken gennemslagskraft og effekt et sådant projekt får på en virksomhed lige som dokumentationen og evalueringen af et sådant projekt ofte afhænger af formålet.

I henhold til formålet kan en sundhedspolitik organisatorisk være en nyskabelse som den enkelte virksomhed vælger at relatere sit virke efter eller det kan bygges oven på en eksisterende fx APV, som omfatter det psykiske og fysiske arbejdsmiljø eller det kan fx indgå som en del af en virksomheds HR-strategi. Herudover kan det også udgøre en del af en virksomheds miljøcertificering (Arbejdsministeriets Bekendtgørelse 923 eller 924), der omfatter krav om sundhedsfremme.

Interventionsstrategier

Der har været benyttet mange flere forskellige tilgange til at intervenere på arbejdspladser. Der kan være tale om massestrategier, hvor alle ansatte forsøges påvirket på en gang (fx frugtordninger), individbaserede tilgange (risikostrategier), hvor ansatte i risiko forsøges påvirket (fx rygestop eller opsporing af ansatte med højt blodtryk). Endelig kan man tale om miljøstrategier, der ofte indebærer strukturelle ændringer (fx ændrede ledelses og organisationsforhold, oprettelse af motionsrum mv.). En mere økologisk tilgang er at rette sin intervention efter ansatte som en del af forskellige arbejdsrelaterede netværk. De ansatte indgår således i bestemte afdelinger, i specielle jobfunktioner, uddannelsesgrupper, på en geografisk lokaliteter mv. som alle udgør potentielle interventionsniveauer – især i forbindelse med risikostrategier. Forskellige undersøgelser har i den sammenhæng vist, at den enkeltes livsstil i meget høj grad er påvirket af de netværk vedkommende indgår i (fx Nielsen 1998, Nielsen, 2000). Da arbejdslivet udgør en stor del af de ansattes hverdag, udgør de arbejdsrelaterede netværk derfor også en potentiel kilde til såvel årsag som målpunkt for at ændre den ansattes adfærd. Der er derfor et teoretiske grundlag for at ændre sundhedsskadelig livsstil hos den enkelte, ved at ændre rammerne eller motivere til en alternativ og mere sund adfærd blandt ansatte på forskellige individuelle og arbejdsrelaterede netværksniveauer.

Evalueringsstrategier

Der har været benyttet mange forskellige former for evalueringer af interventioner alt efter om der har skullet dokumenteres potentialer for indsatserne eller resultater af indsatserne (Skov et al, 1996). Der har således været fokuseret på såvel strukturer (potentialer), indsatser, processer samt effekter af forskellige former for interventioner (Kamper et al, 2003).

Et nødvendigt led i evalueringen er at foretage undersøgelser blandt de ansatte, strukturer eller hvad der er i fokus med interventionen. Afhængig af evalueringsstrategien foretages disse undersøgelser før, under og/eller efter de påtænkte interventioner. Indledende forundersøgelser blandt de ansatte er i den sammenhæng blevet praktiseret i stigende grad på især større arbejdspladser, der påtænker at indføre en målrettet sundhedspolitik. Dette er også et must for at kunne dokumentere effekt med en efterfølgende undersøgelse af udviklingen (effekten) blandt de ansatte. Alt efter indsatsernes tidsperspektiv har man i den sammenhæng været nødt til at tage højde for at afdelinger, ledelse og ansatte skifter funktion over tid. Overskuelige tidsperspektiver eller at betragte de arbejdsrelaterede netværk som åbne kohorter (med risiko for at forårsage "healthy worker effekter") har således måttet tages med i betragtningerne i forbindelse med evalueringsarbejdet.

Alt efter virksomhedernes formål med sundhedspolitikken er der forskellige måleparametre man kan inddrage i sin evaluering. Man kan eksempelvis nøjes med at se på udviklingen blandt de ansatte på de parametre man har intervenseret imod (fx andelen af rygere, der overskrider alkoholgenstandsgrænsen, der motionerer ½ time om dagen mv.) eller man kan inddrage mere langsigtede parametre. Fx om en evt. nedgang i andelen af rygere resulterer i en nedgang i sygefravær, færre der søger væk fra arbejdspladsen, større produktivitet, øget salg mv.

Hertil kommer så om en evt. effekt kan fastholdes over tid – om motiveringen af sunde vaner holder efter at interventionen er holdt op. Et problem som mange interventioner lider under.

Evidens

Nå der i medicinske sammenhænge tales om evidens for effekter af en indsats, er der konsensus for, at den stærkeste evidens vises, når man sammenligner udviklingen imellem forskellige grupper af personer, der har været udsat for forskellige former for intervention/ingen intervention. Og allerbedst hvis disse interventioner er blevet anvist efter et lodtrækningsprincip, som tager højde for tilfældige variationer og unikke personsammensætninger (fx skæve køns- aldersfordelinger) imellem grupperne. På de forskellige arbejdspladser er det dog ikke altid muligt at intervenere/evaluere efter sådanne principper. Bl.a. fordi det er svært at indføre fx et rygeforbud i en afdeling, men ikke i en anden eller give den ene afdeling frugtordning men ikke en anden. De fleste evalueringer på arbejdspladser er derfor nødt til at nøjes med før/under/efterundersøgelser af deres ansatte over et vist tidsrum med de løbende udskiftninger og de unikke personsammensætninger som resultaterne vil være præget af. Dette medfører alt i alt en svagere overførbare til andre situationer og dermed svagere evidens for resultaterne.

Oversigt af evidens for interventioner imod de forskellige faktorer

Kostpolitik

Der er evidens for at vedvarende professionel rådgivning og støtte til den enkelte øger sandsynligheden for indtag af en sundere kost, mens personlige sundhedsprofiler kun har en kortvarig effekt. Gruppebaseret undervisning og firmakampagner i sig selv har en usikker effekt, mens fokusgrupper er effektive hvis de arbejder efter Levin's Social Change Theory. Større initiativer der inkluderer opsporing, social støtte, rådgivning, undervisning, evt. helsetjek og personlig målsætninger er effektive om end langtidseffekterne er usikre. Andre kombinerede tiltag, der inkluderer rådgivning og psykologisk støtte til kost og fysisk aktivitetsforandringer ser ud til at være effektive blandt overvægtige.

Røgpolitik

Der er evidens for at interventioner rettet imod den enkelte ryger på arbejdspladsen øger sandsynligheden for rygestop – gerne formidlet via professionelle rygestopinstruktører, læger m.fl. til grupper eller til den enkelte. Brug af farmakologisk behandling er også effektiv. Selvhjælps(familie)intervention er mindre effektiv og konkurrencer er kun effektiv inden for konkurrenceperioden. Rygeregler og forbud på arbejdspladsen reducerer rygning i arbejdstiden og udsættelsen for passiv rygning, men det er tvivlsomt om det medfører en øget sandsynlighed for rygestop og reduceret forbrug blandt rygerne (medarbejdere). Det er usikkert hvorvidt store brede kampagner og tiltag – som inkluderer rygestoptiltag – har en effekt, og der er usikkert hvorvidt initiativer på arbejdspladsen til rygereduktion blandt medarbejderne er cost-effektive samlet set.

Alkoholpolitik

Der er evidens for at inddragelse af familien, det nære sociale netværk og gruppeterapi øger sandsynligheden for reduktion i alkoholforbrug/stop. Det er usikkert om personlig rådgivning har en effekt mens medicinsk behandling har en tvivlsom langtidseffekt. Ændrede normer og regler (alkoholregler) samt reduceret tilgængelighed på arbejdspladsen har en effekt på idtaget i arbejdstiden men en tvivlsom effekt på de ansatte uden for arbejdstiden. Kombinerede indsatser som på den ene side inkluderer psykosociale tiltag og stressreduktion og på den anden side inkluderer alkoholreduktionskurser eller medicinsk behandling ser ud til at være effektiv.

Motionspolitik

Der er evidens for at gruppebaserede tiltag – herunder konkurrencer og belønninger – øger sandsynligheden for at ansatte er mere fysisk aktive mens initiativerne står på.

Større strukturelle tiltag – herunder lettere tilgængelighed til idrætsfaciliteter, ændringer af normer for fysisk aktivitet på arbejdspladsen (tag trappen i stedet for elevatoren) og pausegymnastik øger den fysiske aktivitet blandt de ansatte, men langtidseffekten er usikker.

Større samlede tiltag (opsparing, social støtte, rådgivning, undervisning og evt. helsetjek) øger sandsynligheden for at de ansatte er mere fysisk aktive – omend langtidseffekterne er usikre.

Personlig rådgivning – herunder – telefonrådgivning har en tvivlsom effekt.

Stresspolitik

Individuel rådgivning og brug af stress coaches er ikke undersøgt efter de krævede forskrifter, men har formodentlig effekt hvis det udføres på samme måde som uden for arbejdspladsen, ligesom individuel telefonrådgivning har vist sig at have effekt på den enkeltes stressniveau og copingstrategier. Medikamentel behandling har også en om end kortvarig effekt på den enkeltes oplevelse af stress.

Gruppesessioner med undervisning i stressreduktion og afkobling/afspænding øger sandsynligheden for en reduktion i oplevet stressniveau blandt ansatte. En kombineret indledende undervisning i stressreduktion og livsstilsændringer efterfulgt af individuelle samtaler og personlige actionplaner øger sandsynligheden for reduceret oplevet arbejdsbetinget og hjem/arbejdsbetinget stress. Derimod er effekten af arbejdsrelateret gruppeterapi og større organisatoriske tiltag og arbejdsgrupper til at reducere stressorer i arbejdet tvivlsom.

Konklusioner og betragtninger

Med så mange forskellige former for interventioner og evalueringsstrategier er der sparsom konsensus i litteraturen til at anviser sikre og evidensbaserede tiltag på arbejdspladser (Edwards et al, 2002 – Shoaf et al, 2004). Dette set i sammenhæng med at arbejdspladser (og endog afdelinger inden for samme arbejdsplads) varierer i køns-, alders-, uddannelses- og funktionssammensætning, og ligeledes hvad angår lokale normer og traditioner (fx unikke ryge, kost, alkoholvaner) gør, at det er svært at overføre såvel behov som indsatser og effekter imellem forskellige lokaliteter/ arbejdspladser. Indsatser som virker det ene sted virker derfor ikke nødvendigvis et andet sted.

Af ovenstående oversigt fremgår det, at der behov for vedvarende individuel rådgivning og opfølgning for hvad angår ændring af den ansattes kost, rygevaner og stressberedskab/bekæmpelse. Herudover hjælper det med medikamentel behandling til at holde op med at ryge, ligesom gruppeundervisning og fokusgrupper hjælper med til henholdsvis at takle stress og få en sundere kost.

For alkohol og motions (fysisk aktivitet) vedkommende hjælper det at tilknytte netværket i en eller anden forstand - selv om der er tvivlsomme langtidseffekter af interventionerne for at øge fysisk aktivitet og at reduktionen i brug af alkohol tilsyneladende bliver mere effektiv hvis det kobles sammen med stress og psykosociale tiltag.

I det daglige benyttes der er naturligvis tiltag, som har vist sig effektive uden for arbejdspladsen – fx pris og tilgængelighedspolitikker, motion på recept mv. Disse indgår af gode grunde ikke i denne oversigt, ligesom de mange unikke tiltag, der er sat i værk på forskellige arbejdspladser, men som ikke er blevet evalueret efter de nævnte forskrifter heller ikke indgår. En tilsyneladende reduktion over et eller to år på oplevet stress, sygefravær eller rygeprævalens på en arbejdsplads kan skyldes en effektiv intervention på arbejdspladsen. Det kan på den anden side heller udelukkes, at der er tale om en form for ”healthy worker effekt” hvor de stressede, syge eller rygerne er holdt op på

arbejdspladsen og er blevet erstattet af andre medarbejdere uden disse karakteristika. En anden mulighed som ofte ses i forbindelse med arbejdspladsinterventioner, er, at det er ”de sunde” på arbejdspladsen, som tager imod de arbejdspladsrelaterede tilbud og bliver endnu sundere, mens de ”usunde” ikke tager imod tilbuddene og forbliver usunde. Dermed øges chancerne for at velmenende initiativer er med til at øge den sociale ulighed i sundhed eller udstødning fra arbejdspladsen.

En samlet konklusion må derfor være at en virksomheds sundheds/interventionsstrategi ideelt set bør bygge på forundersøgelser på arbejdspladsen, og at der inddrages de unikke behov, der viser sig at være på arbejdspladsen – set i sammenhæng med det udtrykte formål med politikken.

- - -