

Sundhedsfremme på arbejdspladsen

**Manual til rådgivning om sundhedsfremme på
arbejdspladsen og om indførelse af sundhedspolitik**

**Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen
Oktober 2004**

Indholdsfortegnelse

Forord	4
DEL 1	5
1. Indledning	6
Definitioner af sundhed og sundhedsfremme.....	6
WHO-definitionerne	7
Luxembourg Deklarationen.....	8
Faktorer der påvirker sundhed.....	8
Danskernes sundhed, sygdom og arbejdsmiljø	10
Selvvurderet helbred	10
Sundhedsadfærd	11
Arbejdsmiljø.....	12
Konsekvenser af sygdom	12
2. Regeringsprogrammerne og aktørernes indsats	14
Regeringsprogrammerne.....	14
Det første folkesundhedsprogram.....	14
Sund hele livet.....	16
Sygefraværet	18
Arbejdsmiljørådet.....	19
Det Nationale Råd for Folkesundhed.....	19
Aktørernes indsats	20
Sund By Netværket	20
Sundhedsstyrelsens indsats	21
Kommunerne og amternes indsats	22
Bedriftssundhedstjenesterne.....	24
De faglige organisationer.....	25
ENWHP	26
3. Gevinsterne og erfaringerne	27
Gevinsterne.....	27
Samfundsmæssige gevinster.....	29
De ansattes gevinster	29
Virksomhedernes gevinster.....	30
Erfaringerne.....	31
Amagerforbrændingen.....	32
Sund Bus.....	33
Sundt Køkken.....	33
4. Metoderne	35
Videnformidling og debat.....	36

Fællesmøde med oplæg om sundhedsfremme på arbejdspladsen.....	36
Møde på arbejdspladsen med forskellige workshops.....	37
Cafémøde	37
Retten er sat	37
Træning og uddannelse	38
Miljøændringer og politikker	39
Arbejds miljøpolitik.....	39
Personalepolitik	40
Virksomhedsstrategi og ledelsesværktøjer	41
DEL 2.....	44
5. Sundhedspolitikens elementer.....	45
Definitioner og fordele ved en sundhedspolitik.....	45
Elementer i en sundhedspolitik	46
Formålet med sundhedspolitikken	47
Konkrete mål og handlingsplaner.....	47
Forankring.....	48
Evaluering og monitorering.....	48
6. Sundhedspolitikens faser	50
Opstarts- og planlægningsfasen	50
Milepæle.....	52
Analysefasen	52
Milepæl.....	53
Designfasen	53
Milepæl.....	53
Implementerings- og forankringsfasen.....	54
Milepæle.....	54
Opfølgningsfasen	54
Milepæl.....	54
Bilag I: Definitioner og begrebsafklaringer	55
Bilag II: Sundhedsdefinitioner i arbejdsmiljøpolitik mm.	61

Forord

Denne manual er udarbejdet med baggrund i den viden og de erfaringer, som er indhentet af og gjort i Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen vedr. arbejdet med sundhedsfremme som et integreret begreb. Det integrerede sundhedsfremmebegreb sammenkæder livsstil, arbejdsmiljø og virksomhedernes sociale ansvar.

I dag kan vi konstatere, at der er sket en forskydning fra tidligere tiders udbredte skel mellem arbejdslivet og fritidslivet og dermed mellem arbejdsmiljø og livsstil. Holdningerne har i de seneste år ændret sig bl.a. i en erkendelse af, at arbejdsvilkår har indflydelse på den enkeltes mulighed for at vælge et sundt liv. Helhedssynet har bredt sig.

Desuden har vi i dag flere gode eksempler på, hvordan man i praksis kan arbejde med sundhedsfremme som en integreret indsats.

Derfor kan vi i dag beskrive både teorien og praktikken samlet. Det søger vi at gøre med denne manual, som består af to dele:

- Del 1 om sundhedsfremme på arbejdspladsen med de nationale udmeldinger, indsatsens udvikling over tid og en beskrivelse af det integrerede begreb om sundhedsfremme
- Del 2 om sundhedspolitik, som er et værktøj til at arbejde med sundhedsfremme på arbejdspladsen

Målgruppen for manualen er aktører, der rådgiver arbejdspladser vedrørende sundhedsfremme på arbejdspladsen. Dvs. at de har til opgave at skulle støtte og vejlede virksomheder, som vil udvikle arbejdet med sundhedsfremme på arbejdspladsen. Formålet med denne manual er at give et værktøj til disse aktører og samtidig at udbrede konceptet om en integreret sundhedsfremmende indsats til de danske arbejdspladser.

Angående politikker findes der enkelte eksempler på sundhedspolitikker, hvor man har integreret indsatsen vedr. livsstil, arbejdsmiljø og virksomhedernes sociale ansvar. NCSA tilbyder at samle og videreformidle disse politikker, hvorfor virksomheder og virksomhedsrådgiverne opfordres til at indsende eksempler på gode sundhedspolitikker.

Følgende personer har stillet deres erfaringer til rådighed med nyttige og konstruktive kommentarer til politikdelen af denne manual: Ruth Steenberg, Jern- og metalbranchens BST, Lene Stokholm Jensen, Ringkøbing Amt, Dagny Ørts, BST Sjælland samt Søren Albertsen og Gert Sørensen, Crecea. Hermed tak for velvillig medvirken.

Oktober 2004

Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen

Del

1

1. Indledning

Denne første del af dette dokument indeholder en beskrivelse af den viden, vi i dag har om effekter af at arbejde sundhedsfremmende på arbejdspladser, om de metoder, vi kan tage i anvendelse og en beskrivelse af de nationale udmeldinger fra skiftende regeringer i folkesundhedsprogrammerne samt en beskrivelse af de forskellige aktørers initiativer, fx amternes, bedriftssundhedstjenesternes og fagforeningernes indsats.

I dette indledende afsnit sættes fokus på et andet vigtigt punkt i forhold til beskrivelsen af, hvad sundhedsfremme på arbejdspladsen er i Danmark i dag, nemlig de forskellige undersøgelser af danskernes sundhed, sygdom og arbejdsmiljø. Disse undersøgelser er en væsentlig baggrund for forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen, idet de både kan vise, hvor vi skal rette fokus, og på langt sigt om indsatserne virker.

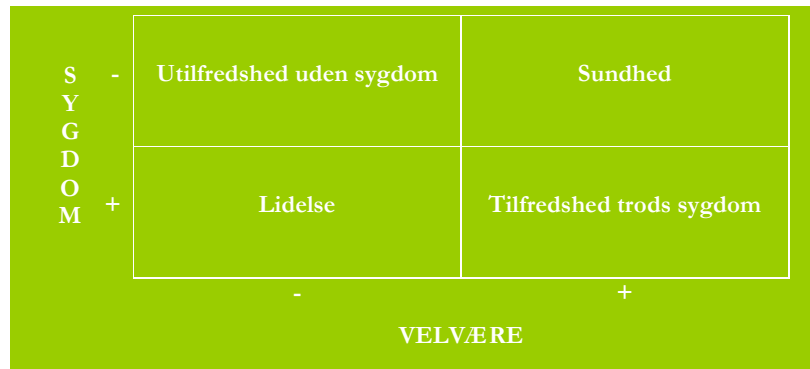
Dog lægger dette afsnit ud med at definere sundhed, sundhedsfremme og sundhedsfremme på arbejdspladsen og en beskrivelse af de faktorer, der bestemmer sundheden.

Definitioner af sundhed og sundhedsfremme

Sundhed er et vanskeligt begreb, der ikke let lader sig definere entydigt. Dog er det i dag klart opfattelsen, at sundhed ikke er det samme som fravær af sygdom.

I hosstående model tales om sygdom i biomedicinsk forståelse. Et eksempel på en gruppe af personer, der kan være tilfredse trods sygdom, er kronikere. Modellen viser også, at man godt kan være syg og samtidig føle velvære og trivsel.

Eksempler på forskellige sundhedsdefinitioner er vist i nedenstående tabel.



Det brede sundhedsbegreb, jf. WHO	Sundhed er et dynamisk stadium af fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke kun fravær af sygdom og svaghed
Sundhedsbrøken, jf. Christensen	$\text{Sundhed} = \frac{\text{Menneskets kræfter}}{\text{Miljøets skadelige påvirkninger}}$
Salutogent perspektiv, jf. Antonovsky	Sundhed er en følelse af sammenhæng, dvs. en oplevelse af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed

Sundhedsbegreberne er altså til stadig diskussion, og de er foranderlige, idet betydningen af sundhed afhænger af tid, sted og kultur.¹ Generelt sker der en udvikling af sundhedsbegreberne (bl.a.) fra en orientering mod risikofaktorer til et bredere, helhedsorienteret fokus, og fra en medicinsk sygdomsorientering til et salutogent perspektiv.

Sådan vil det også være for den enkelte virksomhed. Også her er opfattelsen af sundhed afhængig af virksomhedens kultur, dens egen historie, og af de opfattelser og oplevelser de ansatte så at sige bringer med sig ind i virksomheden.²

WHO-definitionerne

Forebyggelse og sundhedsfremme har som offentlig opgave udviklet sig med stigende intensitet siden midten af 1980'erne, hvor WHO's program Sundhed for alle³ lanceredes. Programmet tager udgangspunkt i det såkaldte brede sundhedsbegreb, der definerer sundhed som en tilstand af fuldstændig fysisk, mentalt og socialt velbefindende og ikke som et simpelt fravær af sygdom.

Et af programmets 36 mål handler om sundhed på arbejdspladsen og fokuserer på udvikling af sundere arbejdsmiljø ved at reducere arbejdsrelaterede sygdomme og arbejdsulykker og ved at fremme arbejdsglæde og trivsel på arbejdet.

Sundhed for alle-programmet er fulgt op af flere konferencer, som har videreudviklet programmet og støttet op om dets forskellige mål. Især bør nævnes Ottawa Charteret fra 1986 (oversat til dansk i 1988)⁴, der indeholder en definition af sundhedsfremme, som vi også bygger på i dag, og som understreger miljøernes betydning for sundhed.

I Ottawa Charteret defineres sundhedsfremme således:

Sundhedsfremme er den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. For at nå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende, må den enkelte eller gruppen være i stand til at identificere og realisere mål, at tilfredsstille behov og at ændre eller at kunne klare omverdenen.

Efter Ottawa lægges der vægt på, at sundhedsfremme er en proces, og det betyder, at den enkelte eller gruppen inddrages i arbejdet med at opnå sundhed. Midlerne bliver lige så vigtige som målet. Blandt disse midler nævner Ottawa Charteret bl.a.

- At udvikle en sundhedsfremmende politik
- At skabe støttende miljøer
- At styrke indsatsen i lokalsamfundet
- At udvikle personlige færdigheder

Man kan derfor sige, at med sundhedsfremmebegrebet og Ottawa Charteret sigter man på at nå hele befolkningen og ikke kun specifikke risikogrupper. Målet er også at søge at påvirke betingelser for og årsager til sundhed, dvs. det, der konkret fremmer sundheden.

Sundhedsfremme bliver derfor ikke alene en opgave for den behandlende del af vort sundhedsvæsen, men i høj grad en tværfaglig opgave, som involverer andre sektorer i samfundet, fx

¹ Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsvæsenet, Institut for Sundhedsvæsen 1999.

² Se Bilag I for en yderligere uddybning af definitioner af sundhedsfremme mm.

³ WHO. *Sundhed for alle*. København 1986: Dansk Sygeplejeråd.

⁴ WHO. *Ottawa Charter om sundhedsfremme*. København 1988: Komiteen for Sundhedsoplysning.

socialsektoren og uddannelsessektoren, flerfaglige tilgange, og som kræver involvering og deltagelse af den generelle befolkning, som også er målet for sundhedsfremmeindsatsen.

Indsatsen må – som en konsekvens af ovenstående – foregå dér, hvor folk opholder sig og lever. Derfor er arbejdspladsen en blandt flere naturlige miljøer for en sundhedsfremmende indsats. Arbejdspladsen er først og fremmest en oplagt arena til at nå de voksne borgere, fordi:

- De fleste voksne tilbringer meget tid på arbejdspladsen
- Flere, og nogle gange mange mennesker, er samlet på samme arbejdsplads
- Arbejdspladsen er for mange et vigtigt socialt netværk
- Arbejdspladsen påvirker de ansattes normer og adfærd. Spørgsmålet er ikke, *om* arbejdspladsen påvirker, men *hvordan*
- Erfaringerne viser, at hvis man ønsker at ændre adfærd, er det nemmere at gøre det sammen med andre. Netop arbejdspladsen giver mulighed for, at de ansatte sammen med kolleger kan træne adfærdsændringer
- Der er en gensidig interesse fra arbejdsgivernes og medarbejdernes side for, at arbejdspladsen også skal beskæftige sig med livsstilsområderne som en integreret del af det forebyggende arbejdsmiljøarbejde
- Arbejdspladsen kan være et godt sted at gennemføre en indsats, der søger at reducere ulighed i sundhed, hvis tilbuddene målrettes de ansatte med kort skoleuddannelse, typisk de ufaglærte og faglærte medarbejdere

Luxembourg Deklarationen

En anden definition, der bør nævnes, er Luxembourg Deklarationen om Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, der er udarbejdet i 1997 og oversat til dansk i 1998. Heri defineres sundhedsfremme på arbejdspladsen på følgende måde:

Sundhedsfremme på arbejdspladsen er den kombinerede effekt af arbejdsgivers, arbejdstagers og samfundets samlede indsats for at forbedre sundhed og velbefindende hos den arbejdende befolkning. Dette kan opnås ved en kombination af forbedret arbejdsorganisering og arbejdsmiljø, forbedret støtte til arbejdstagernes personlige udvikling og fremme af arbejdstagernes aktive medvirken.⁵

Med baggrund i de folkesundhedsprogrammer, der er kommet fra den tidligere og fra den nuværende regering, og hvor arbejdspladsen er et meget centralt forum for forbedringen af folkesundheden, arbejder Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen ud fra en opfattelse af sundhedsfremme på arbejdspladsen som et integreret begreb. Dette begreb omfatter indsatsen for arbejdsmiljø, virksomhedernes sociale ansvar og det, der tidligere benævntes sundhedsfremme, men nu kaldes for livsstil.⁶

Faktorer der påvirker sundhed

Der er efterhånden enighed om, at en række faktorer bestemmer sundhedstilstanden i befolkningen. Allerede i 1974 blev dette sat på dagsordenen af det canadiske sundhedsministerium, som opdeltede bestemmelsesfaktorerne, dvs. de faktorer, der påvirker sundheden, i fire grupper.

⁵ Luxembourg Deklarationen om Sundhedsfremme på arbejdspladsen. København 1998: AMI.

⁶ Dette vender vi tilbage til i Kapitel 3, side 27.

Ser man på disses betydning for sundhed og sygelighed, viser det sig, at livsstil betyder ca. 40%, levevilkår betyder ca. 40%, sundhedsvæsenets indsats betyder ca. 15%, og generne betyder ca. 5%⁷.

Sundheden bestemmes af en lang række faktorer, hvoraf de væsentligste vedr. arbejde og arbejdspladsen er nedenstående⁸:

- **Indkomst og social status.** Jo bedre stilling, som jo ofte er knyttet til højere indkomst og bedre social status, jo bedre sundhed. En voksende mængde forskning viser, at indkomst og social status er den mest betydningsfulde enkeltfaktor for sundhed
- **Social støtte og netværk.** Denne kan findes både mellem kolleger på arbejdspladsen og udenfor i familie og de netværk, man indgår i i fritiden. Social støtte og netværk er også af betydning for den enkeltes mulighed for at håndtere og kontrollere egen livssituation. Der synes at være evidens for, at social støtte og netværk er en slags buffer mod sundhedsproblemer
- **Uddannelse og læsefærdigheder.** Sundheden øges i takt med den enkeltes uddannelsesniveau. Uddannelse hænger naturligvis tæt sammen med indkomst og social status, men er også det, der helt generelt udstyrer den enkelte med kvalifikationer, viden og værktøjer til at løse dagligdagens opgaver – udfordringer som problemer, herunder evner for at forstå og håndtere informationer og at kommunikere. Uddannelse øger den enkeltes muligheder for sikkerhed i ansættelsen og for en stabil indkomst over tid. Uddannelse øger desuden jobtilfredshed
- **Beskæftigelse og arbejdsbetingelser.** Arbejdsløshed, stresset arbejde og arbejde under usikre arbejdsbetingelser og dårligt arbejdsmiljø hænger tæt sammen med dårligt helbred. Desuden fører lønnet arbejde ikke kun til økonomisk sikkerhed, idet arbejdet også giver identitet, formål og mulighed for personlig udvikling, sociale kontakter og oplevelser af meningsfuldhed i eget liv. Det er desuden væsentligt for sundheden, at arbejdet har status. Lavstatusjobs er negativt relateret til sundhed
- **Sociale omgivelser.** Det viser sig, at betydningen af social støtte også breder sig videre ud til de sociale omgivelser. Den støtte, der gives fra institutioner og organisationer i lokalsamfundet, kommunen, regionen og i nationen, har altså betydning for dannelsen af omgangsformer, normer og værdier, som igen er af betydning for sundheden. Social stabilitet, anerkendelsen af sociale og kulturelle forskelligheder, gode relationer til andre mennesker og sammenhængende sociale omgivelser er også væsentlige
- **Fysiske omgivelser.** Under denne bestemmelsesfaktor hører det fysiske og kemiske arbejdsmiljø sammen med fysiske miljøfaktorer, såsom kvaliteten af fødevarer, luft, jord og drikkevand
- **Personlige sundhedsvaner og håndteringsevner.** Den enkeltes vaner, ansvarsfølelse overfor egen sundhed og handlinger for at forebygge sygdomme og fremme egen sundhed er selvsagt af stor betydning. Vaner og håndteringsevner hænger sammen med den enkeltes livshistorie og –erfaringer, og der er også en voksende erkendelse af, at de socioøkonomiske forhold, den enkelte lever og arbejder under, er af stor betydning. De faktorer, der er af betydning for den enkeltes valg af sundhedsvaner, er personens livskompetencer,

⁷ Marc Lalonde: *A new perspective on the health of the Canadians. A working document.* Government of Canada 1981.

⁸ Se alle bestemmelsesfaktorerne på <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/determinants/index.html> [23.8.2004], som er Health Canadas hjemmeside.

stress, kulturen og de sociale omgivelser, sociale relationer og sociale tilhørsforhold og ens oplevelse af at kunne håndtere og kontrollere eget liv

De enkelte faktorer har betydning i sig selv, men forskning viser, at de også påvirker hinanden ved at give en samlet forstærket effekt. Arbejdsløshed er i sig selv sundhedsfarligt, men kombineret med lav uddannelse og ringe personlige håndteringsevner, så forstærkes problemstillingerne.

Derfor skal interventioner over for disse faktorer være fokuseret på årsager til problemer og rettet mod den største sundhedsmæssige gevinst, anvende flere strategier og tilgange for at intervenere overfor flest mulige faktorer, foregå som et samarbejde og via integration af så mange sektorer og niveauer som muligt og tilrettelægges, så der er mulighed for medindflydelse og deltagelse fra målgruppens side.

Danskernes sundhed, sygdom og arbejdsmiljø

Sygdom, lidelse og død rammer både den enkelte og arbejdspladserne. Man mister en kollega, og de kompetencer og kvalifikationer vedkommende havde, ligesom det har samfundsmæssige konsekvenser, at en del danskere i den produktive alder dør for tidligt.

Flere undersøgelser har påvist danskernes dårlige sundhedstilstand, når man sammenligner med andre lande. Selvom der har været en positiv udvikling af midlertiden i de senere år, er stigningstaksten imidlertid ikke så stor som i andre lande, vi normalt sammenligner os med.

Kilder til undersøgelser af danskernes sundhed, sygdom og arbejdsmiljøforhold er i hovedsagen to, nemlig sundheds- og sygelighedsundersøgelserne fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og den nationale arbejdsmiljøkohorte-undersøgelse fra Arbejdsmiljøinstituttet. Mens SIF's undersøgelse er en tværsnitsundersøgelse, følger arbejdsmiljøkohorten den samme gruppe af personer over tid. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen udgives i en samlet rapport, mens Arbejdsmiljøinstituttet publicerer resultaterne i en række mindre hæfter om forskellige emner, fx livsstil, bevægeapparatet mm.

Selvurderet helbred

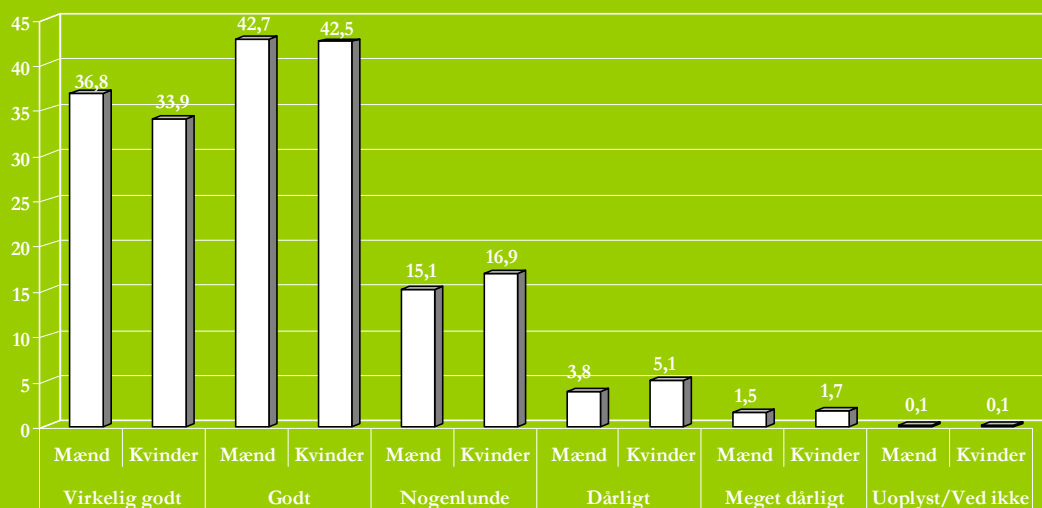
Et mål for, hvordan danskerne har det, er det selvurderede helbred. Det har vist sig, at man får et ganske præcist billede af risikoen for sygdom og død, hvis man spørger om, hvordan man vurderer sit eget helbred.⁹

Det selvurderede helbred er vist i en figur øverst på næste side for henholdsvis kvinder og mænd i 2000.

Det ses, at 80% af mændene og 76% af kvinderne vurderer deres helbred på den gode side, dvs. som *virkelig godt* eller *godt*. Et andet studie har desuden vist, at selvurderet helbred også kan være en indikator for selvurderet arbejdsevne og arbejdsmotivation.¹⁰

⁹ Mette Kjoller og Niels Kr. Rasmussen, red.: *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987*. København 2002: Statens Institut for Folkesundhed, p. 58.

¹⁰ Leena Eskelinen: *Arbejde, ressourcer og holdninger til at fortsætte i arbejde – en undersøgelse af 45-59 årige kvinder i den offentlige sektor*. AKF Forlaget: 2000.



Kilde: Mette Kjølner og Niels Kr. Rasmussen, red.: *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987*. København 2002: Statens Institut for Folkesundhed, p. 25.

Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd kan beskrives som vores livsstilsvaner, der har mulige konsekvenser for vores sundhed og helbred, hvor de klassiske er stress, kostvaner, vaner vedr. alkohol, fysisk aktivitet og rygning. Nedenfor ses en tabel, der beskriver befolkningens sundhedsadfærd.

Tal fra Arbejds miljøinstituttets arbejdsmiljøkohorte viser, at der i 2000 er flest rygende kvinder blandt ufaglærte indenfor industri og håndværk (57%). For mænd er det pædagoger, der topper listen, med ufaglærte indenfor industri og håndværk på anden pladsen (hhv. 52% og 46%).¹¹

En undersøgelse af arbejdsmiljøfaktorerens betydning for rygeophør viser, at støj og ergonomiske belastninger mindskede sandsynligheden for et vellykket rygeophørsforsøg, mens ansvar og moderat til høj arbejdsmængde ved tankemæssigt koncentrationskrævende arbejde øgede sandsynligheden for rygeophør.¹²

	Mænd	Kvinder
Dyrker motion/Er fysisk aktiv	63,7%	67,8%
Spiser sund kost	48,3%	67,9%
Spiser mindre	5,6%	7,6%
Ryger ikke	30,7%	34,6%
Forsøger at holde op med at ryge	4,7%	5,5%
Drikker ikke alkohol	2,9%	4,7%
Begrænser alkoholforbrug	16,3%	16,9%
Sørger for at leve mindre stresset	13,9%	17,9%

Kilde: Mette Kjølner og Niels Kr. Rasmussen, red.: *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987*. København 2002: Statens Institut for Folkesundhed, p. 313

¹¹ Karen Albertsen & Hermann Burr: *Livsstil. Arbejds miljø i Danmark 2000*. København 2001: Arbejds miljøinstituttet.

¹² Karen Albertsen, Harald Hannerz & Vilhelm Borg: *Arbejds miljø, social status og rygeophør over en fem års periode. En arbejdsrapport*. København 2001: Arbejds miljøinstituttet.

Ser man på forbruget af frugt og grønt fordelt på jobsektorer, så viser det sig, at 45% af de ufaglærte mænd i industri og håndværk ikke har et dagligt forbrug af frugt og grønt, mens det er jobsektorens salgspersonale, som topper med 25% hos kvinderne.¹³

Arbejds miljø

På arbejdsmiljøområdet ser man faldende tendenser i forhold til anmeldelser af dødelige arbejdsulykker. Det samme gælder, når man ser på samtlige arbejdsulykker, idet antallet af anmeldte ulykker er faldet fra 1993-2002. Ser man på tunge løft er antallet af anmeldelser faldet i perioden 1993-2002, både når man ser på lidelser relateret til tunge løft og på akutte overbelastninger som følge af løft, skub eller træk mv.¹⁴

Dog viser Arbejds miljøinstituttets arbejdsmiljøkohorteundersøgelse ikke samme faldende tendenser. Det kan skyldes, at sidstnævnte baserer sig på selvrapporterede data, og at de adspurgte lønmodtagere svarer bekræftende ved også lettere bevægeapparatsbesvær. Mellem hver femte og hver sjette af de adspurgte i arbejdsmiljøkohorten rapporterer om besvær i lænderyggen og nakken.¹⁵

En undersøgelse har vist sammenhængen mellem rygning, ergonomi og lænderygbesvær.¹⁶ Den viste, at personer, der ryger, og samtidig har tunge løft og stående arbejde, har 5 gange større risiko for at få lænderygbesvær sammenlignet med en ikke-ryger, når der var blevet justeret for alder, køn, civilstand, motion, smerter andre steder, EGA mv.

På det psykosociale område ses en række tendenser, når man sammenligner 1990 med år 2000.¹⁷ Tallet i parenteser angiver procentandelen for 2000:

- Flere lønmodtagere rapporterer om, at arbejdet kræver opmærksomheden hele tiden (61%)
- Færre mangler mulighed for at tilrettelægge eget arbejde (13%)
- Færre mangler information om arbejdet (10%)
- Færre mangler mulighed for at tale med arbejdskammerater under arbejdet (17%)
- Færre oplever stor jobusikkerhed (16%)

Konsekvenser af sygdom

Konsekvenserne af at blive syg kan være, at man oplever aktivitetsbegrænsninger. Det gør knap 15% af alle, idet de angiver, at de har været begrænset i udførelsen af dagligdags aktiviteter på grund af sygdom inden for de sidste 14 dage. Det viser sig, at jo kortere uddannelse des

¹³ Karen Albertsen & Hermann Burr: *Livsstil. Arbejds miljø i Danmark 2000*. København 2001: Arbejds miljøinstituttet.

¹⁴ Arbejdstilsynet: *Overvågning. Rapport 2002*. København 2004.

¹⁵ Herman Buur & Chris Jensen: *Bevægeapparatsbesvær. Arbejds miljø i Danmark 2000*. København 2002: Arbejds miljøinstituttet.

¹⁶ W. Eriksen *et al.*: Smoking, heavy physical work and low back pain: a four-year prospective study. *Occupational Medicine*, 1999, 49 (3), 155-160.

¹⁷ Vilhelm Borg, Hermann Burr & Ebbe Villadsen: *Psykosocialt arbejdsmiljø. Arbejds miljø i Danmark 2000*. København 2002: Arbejds miljøinstituttet.

højere er andelen med sygdomsbetinget aktivitetsbegrænsning. Desuden er der forskel mellem de socioøkonomiske grupper, idet flest arbejdsløse rapporterer aktivitetsbegrænsninger.¹⁸

Ser man på sygefraværet, jf. tabellen, oplyser 11%, at de har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage. Det er klart hyppigere forekommende hos kvinder og i de yngre aldersgrupper.

<i>Konsekvens af sygdom</i>	<i>Andel</i>
Aktivitetsbegrænsning inden for sidste 14 dage	14,9%
Sygefravær inden for sidste 14 dage	11,4%
Langvarigt sygefravær (> 25 dage) inden for sidste 12 måneder	5,4%
Sygdomsbetinget arbejdsskift	7,0%
Sygdomsbetinget arbejdsophør	9,1%

Kilde: Mette Kjøllet og Niels Kr. Rasmussen, red.: *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987*. København 2002: Statens Institut for Folkesundhed, p. 285.

Man har desuden set på langvarigt sygefravær, der defineres som mere end 25 sygedage over de sidste 12 måneder. 4% af mændene og 6% af kvinderne har haft langvarigt sygefravær. Jo længere uddannelse, jo lavere forekomst af langvarigt sygefravær, ligesom man hos funktionærer finder en lavere andel end hos ikke-faglærte arbejdere, hvor forekomsten er højest.

En anden konsekvens af sygdom kan være et skifte i job. 7% har oplevet dette. Forekomsten er højest hos de, der har den korteste uddannelse og højest blandt ikke-faglærte arbejdere.

Den sidste konsekvens af sygdom, der skal nævnes her, og som fremgår af tabellen, er førtidspension. 9% rapporterer at måtte have ophørt med at arbejde pga. sygdom. Andelen er større blandt kvinder end mænd, den er større blandt de kortest uddannede og hos de ikke-faglærte arbejdere. I gruppen af arbejdsløse er der også en stor andel, der er ophørt med at arbejde pga. sygdom.

¹⁸ Mette Kjøllet og Niels Kr. Rasmussen, red.: *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987*. København 2002: Statens Institut for Folkesundhed, p. 282ff.

2. Regeringsprogrammerne og aktørernes indsats

For at sætte det nuværende udviklingsstade af sundhedsfremme på arbejdspladsen i relief beskriver vi i dette afsnit de nationale programmer og udmeldinger, jf. folkesundhedsprogrammerne, for på den måde at vise, hvordan begreberne om sundhedsfremme på arbejdspladsen har udviklet sig fra et fokus på livsstil til det integrerede sundhedsfremmebegreb.

Dernæst beskrives, hvordan de nationale udmeldinger og programmer udmøntes hos forskellige aktører, herunder Sund By Netværket, amterne og bedriftssundhedstjenesterne (BST).

Regeringsprogrammerne

I Danmark kom det første forebyggelsesprogram i 1989, da den daværende VKR-regering fremlagde *Regeringens Forebyggelsesprogram*.

Programmet baserede sig på, at befolkningens sundhedstilstand ikke alene er et anliggende for den enkelte, de nærmeste og for sundhedssektoren, men at andre sektorer (fx arbejdsmarkedet) er meget væsentlige for befolkningens sundhed.

Dernæst har den nuværende VK-regering og den foregående SR-regering udsendt hvert sit folkesundhedsprogram, som på de væsentligste punkter ligner hinanden.

Det første folkesundhedsprogram

SR-programmet er det første egentlige folkesundhedsprogram, og det så dagens lys i 1999.¹ Til forskel fra tidligere programmer blev der her lagt op til en styrket indsats for fremme af sunde, sikre og sociale arbejdspladser. Arbejdspladsen blev udpeget som et af de såkaldte forebyggelsesmiljøer.

Arbejdspladsindsatsen i folkesundhedsprogrammet rummede for det første initiativer indenfor tre allerede kendte indsatsområder, nemlig indsatsen vedr. arbejdsmiljøet (i det daværende Arbejdsministeriums ressortområde), virksomhedernes sociale ansvar, (som på daværende tidspunkt hørte hjemme i Socialministeriet) og den livsstilsrettede indsats der primært havde været drevet frem af Sundhedsministeriet og amternes forebyggelsesafdelinger. For det andet rummede folkesundhedsprogrammet initiativer, der skulle integrere de førhen adskilte områder.

Arbejds miljølovgivningen og indsatsen for forbedring af virksomhedernes arbejdsmiljø har sin helt egen historie, som ikke skal gennemgås her. Men det bør nævnes, at selvom begrebet ”sundhed” kom ind i arbejdsmiljølovgivningen i 1975, var det egentlig først i 1999, at den

¹ *Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen*. København 1999: Sundhedsministeriet.

generelle sundheds- og arbejdsmarkedspolitik blev inddraget i arbejdsmiljøbegrebet ved introduktionen af arbejdsmiljøcertificeringen.² For at en virksomhed kan blive certificeret kræves i dag en handlingsplan vedr. sundhedsfremme (her defineret som livsstilsområdet) og vedr. det rummelige arbejdsmarked.

I arbejdsmiljøcertifikatet er der ingen specifikke indholdsmæssige krav om, at virksomheder skal iværksætte bestemte initiativer på sundhedsfremmeområdet. Men i Arbejdstilsynets vejledning om sundhedsfremme på arbejdspladsen peges på sund mad i kantinen, rygestoptilbud og oprettelse af motionshold som eksempler på beslutninger, som den enkelte virksomhed kan træffe for at forbedre sundhed og velbefindende for sine ansatte. Der peges også på, at man kan beslutte sig for at arbejde med de ansattes behov og motivation, hvis det mangler.

Arbejdstilsynet har fulgt op på udviklingen på det lovmæssige område og har gennemført en række brancheindsatser, bl.a. indenfor kontor- og administrationsområdet, hvor man også har spurget ind til livsstilsforhold. I forbindelse med kontor- og administrationsindsatsen, der blev gennemført over et år fra april 2001, fokuseredes på indeklima og rygning, ergonomi og fysisk aktivitet og som det tredje område psykisk arbejdsmiljø og trivsel.³

Der kunne konstateres en meget positiv effekt af at kæde arbejdsmiljø og livsstil sammen. Virksomhederne tog godt imod, at Arbejdstilsynets tilsynsførende spurgte ind til emnet, og de tilsynsførende oplevede det ikke som modsætningsfyldt at indpasse spørgsmålene om livsstil med myndighedsrollen. Erfaringerne var så positive, at man besluttede at inddrage livsstil i fremtidige brancheindsatser, hvor det er relevant.

Initiativerne om virksomhedernes sociale medansvar blev iværksat af Socialministeren i 1994. Formålet var at modvirke udstødning fra arbejdsmarkedet med en aktiv socialpolitik som middel.

Socialministeriets indsats er siden flyttet til Beskæftigelsesministeriets område, og aktiviteterne under det rummelige arbejdsmarked indgår nu i indsatsen for en aktiv beskæftigelsesindsats og en samlet lovgivning, der blev vedtaget i Folketinget i juni 2003.⁴

Indsatsen er i dag fokuseret på at støtte personer, der på grund af nedsat arbejdsevne eller ledighed har særlige behov for hjælp til at komme i arbejde og at servicere private og offentlige arbejdsgivere til at rekruttere og fastholde arbejdskraft.

Som nævnt rummede folkesundhedsprogrammet også initiativer, der skulle integrere de tre tidligere så isolerede områder – livsstilsindsatsen, indsatsen for forbedringen af arbejdsmiljøet og fremme af virksomhedernes sociale ansvar. Det fremhæves i programmet, at det traditionelle skel mellem arbejdsmiljø og livsstil næppe i alle tilfælde er holdbar idet

... vilkårene i arbejdslivet har indflydelse på den enkeltes muligheder for at vælge en sund livsstil. Og omvendt vil den enkeltes sårbarhed over for en række risikofaktorer i arbejdsmiljøet være påvirket af individets livsstil.⁵

Som et eksempel på den gensidige indflydelse nævnes faktorer som stress og stillesiddende arbejde/livsstil, der både optræder i arbejdsliv og privatliv.

² Se <http://www.at.dk/sw5573.asp> [23.8.2004]

³ *Sunde kontorer – arbejdsmiljø og livsstil*. Arbejdstilsynet i samarbejde med Sundhedsministeriet, Sund By Netværket og Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen. August 2001.

⁴ Se http://www.bm.dk/aktiv_beskaefigelsesindsats/default.asp, <http://www.ams.dk/koordinationsudvalg/> og http://www.ams.dk/fremtidig_beskaefigelsesindsats/ og www.ams.dk/koordinationsudvalg/ [23.8.2004].

⁵ *Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen*. København 1999: Sundhedsministeriet, p. 85.

Programmet understreger, at der er et stort potentiale i at kombinere virksomhedernes indsats indenfor arbejdsmiljø med livsstil for at forbedre de ansattes helbreds- og sundhedsforhold. Det nævnes desuden, at Arbejdspladsvurderingerne (APV) kan spille en væsentlig rolle i forhold til at integrere områderne.

Den samlede strategi i programmet var derfor at

- styrke virksomhedernes indsats vedrørende arbejdsmiljø og yde en særskilt indsats over for særligt udsatte jobgrupper mhp. at mindske den sociale ulighed i sundhed
- udbrede den sundhedsfremmende arbejdsplads og integrere og sammenkæde arbejdsmiljø og livsstilsrettede initiativer
- fremme, at virksomhederne påtager sig et socialt ansvar ved at hindre udstødning og marginalisering

I 2001 er der gjort status over folkesundhedsprogrammet.⁶ Det vurderes, at ca. 20% af de danske arbejdspladser er omfattet af det, der benævnes ”projekt sundhedsfremmende arbejdsplads”. Vedr. integrationen skønnes det, at 10% gennemfører konkrete initiativer vedr. fx ergonomiske tiltag og fysisk aktivitet, rygning og indeklima, og at 5% koordinerer initiativer vedr. arbejdsmiljø og personalepolitik via samorganisering af samarbejdsudvalg og sikkerhedsorganisation i en medindflydelsesstruktur.

Sund hele livet

I efteråret 2001 skete et regeringsskifte og hermed fulgte en afløsning af den tidligere regerings folkesundhedsprogram med et nyt sundhedsprogram, *Sund hele livet*, som gælder for perioden 2002-2010.⁷

Også i denne regerings program ses arbejdspladsen som en naturlig tilgang til at forbedre befolkningens sundhed. Det beskrives i programmet, hvordan der i de senere år har været en stigende interesse for sundhed i bred forstand på arbejdspladserne. En del virksomheder arbejder systematisk med de væsentlige arbejdsmiljøproblemer på virksomhederne. Mange arbejdspladser har fået sundhedspolitikker for rygning, alkohol, sund kantinemad, fysisk aktivitet, støtteordninger for misbrugere m.m. Interessen for sundhedsfremmeaktiviteter er fra virksomhedernes og de ansattes side stor.

Regeringen finder samtidig, at der er behov for at nyorientere folkesundhedsarbejdet og gør dette ved bl.a. at udpege otte folkesygdomme og en række risikofaktorer for disse sygdomme. En af disse risikofaktorer er arbejdsmiljøet, og som sådan er det første gang, at arbejdsmiljøet optræder som risikofaktor. Det begrundes med, at nye arbejds- og organisationsformer, ændrede ansættelsesforhold og en stadigt stigende intensitet i arbejdet har vist nye udfordringer, som skal løses samtidig med, at de traditionelle arbejdsmiljøproblemer skal løses. Det understreges også, at den livsstilsrettede indsats er en anerkendt og effektiv måde at forebygge på, og at der fremover vil være grobund for en stigende integration af arbejdsmiljø- og livsstilsrettede aktiviteter.

Udfordringerne for virksomhederne er derfor

- fortsat at styrke det systematiske arbejdsmiljøarbejde på virksomhederne

⁶ *Status 2001 for folkesundhedsarbejdet*. København 2002: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

⁷ *Sund hele livet. De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København 2002: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Den enkeltes ansvar er bl.a.	Fællesskabets, dvs. virksomhedens ansvar, er fx	Det offentlige ansvar er bl.a.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ at tage vare om eget og andres arbejdsmiljø ▪ at tage aktivt del i sikkerheds- og sundhedsarbejdet på virksomheden ▪ at støtte op om sikkerhedsrepræsentantens arbejde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ at gøre arbejdsmiljødebatten central på arbejdspladsen og skabe en let adgang til information om løsningsmetoder ▪ at støtte kolleger og medarbejdere i det daglige arbejde ▪ at give rum for tilbageslutning af arbejdsskadede kolleger og medarbejdere ▪ at skabe sunde rammer på arbejdspladsen ▪ at sætte særligt fokus på psykisk arbejdsmiljø, tunge løft, ensidigt gentaget arbejde og risici for alvorlige ulykker 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ at fastholde det stigende fokus på arbejdsmiljøområdet ▪ at formidle viden og erfaringer om sundhedsfremme på arbejdspladsen
<p>Kilde: <i>Sund hele livet. De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10</i>. København 2002: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, p. 29.</p>		

- integration af arbejdet med livsstilsområdet, sundt arbejdsmiljø og virksomhedernes sociale ansvar
- fortsat udbredelse af sundhedspolitikker på danske arbejdspladser

Det er programmets overbevisning, at regeringens overordnede sundhedspolitiske mål vedr. arbejdsmiljøet og arbejdspladsen på den ene side og virksomhedernes udfordringer på den anden side kites sammen via et fælles ansvar og dannelse af partnerskaber.

Sundhed er et fælles ansvar, lægges der op til i *Sund hele livet*, idet sundhed skabes i et samspil mellem den enkelte, familien og de små og store netværk og fællesskaber, den enkelte indgår i. Konkret præger de nære relationer – i familien, blandt vennerne og på arbejdspladsen – holdninger, livssyn og adfærd hos den enkelte, ligesom sundhed skabes af levevilkår og de rammer, der er om den enkeltes liv, fx arbejdsmiljø. Samtidig pointeres det, at indsatsen for sundhedsfremme på arbejdspladsen fortsat skal være baseret på frivillighed og respekt for den enkelte.

Sund hele livet understreger vigtigheden af partnerskaber på sundhedsområdet fx mellem kommuner, amter og arbejdspladser. Efter regeringens opfattelse ligger der store muligheder på dette område og opfordrer til, at der etableres flere og nye partnerskaber på forebyggelsesområdet. Der nævnes i programmet et konkret eksempel på et partnerskab mellem Københavns Kommune og I/S Amagerforbrænding, hvis formål netop har været at øge sundheden og trivlsen for den enkelte medarbejder og for arbejdspladsen som helhed via en integreret sundhedsfremmeindsats.

Samles de sundhedspolitiske mål i regeringsprogrammet sammen, som er relevante i forhold til arbejdspladsen, får man nedenstående liste:

- Antallet af rygere skal reduceres markant – bl.a. via udbredelse af røgfrie miljøer, rygestoptilbud dér, hvor rygerne er, og i de livssituationer hvor de er motiverede for at tage imod dem. Det kan bl.a. gøres ved at skabe rygepolitikker på arbejdspladser
- Antallet af storforbrugere af alkohol skal reduceres markant – bl.a. ved at der på arbejdspladser diskuteres og aftales alkoholpolitikker, som fastlægger fælles rammer for omgang

med alkohol. Det præciseres, at forebyggelse og sundhedsfremme på alkoholområdet hviler på et samarbejde mellem en lang række aktører – bl.a. arbejdspladsen

- Antallet af danskere, der spiser sundt skal øges markant, og sunde kostvaner skal være en naturlig del af hverdagen. Det skal bl.a. sikres ved at skabe gode rammer og muligheder for at spise sundt. Og der nævnes som eksempler mad- og måltidsordninger og politikker på bl.a. arbejdspladser. Befolkningen skal desuden have adgang til saglig information, undervisning og råd om sunde kostvaner
- Antallet af fysisk aktive skal øges markant og fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen. Det skal bl.a. ske ved, at befolkningen får kendskab til anbefalingerne om fysisk aktivitet. Man understreger vigtigheden i, at den enkelte – også mere spontant – har mulighed for at være fysisk aktiv i hverdagen, fx på arbejdspladsen, og ikke mindst på arbejdspladser med stillesiddende arbejde. Mange steder kan der desuden med fordel udformes motionspolitikker
- Stigningen i antallet af svært overvægtige skal stoppes bl.a. ved at udarbejde sundhedspolitikker på arbejdspladser
- Omfanget af helbredsforringende arbejdsmiljøbelastninger skal reduceres markant. Det skal bl.a. ske gennem målrettede forebyggelsesaktiviteter på arbejdsmiljøområdet og ved integration med målrettede initiativer i forhold til livsstilsområdet

Sygefraværet

I december 2003 offentliggjorde Regeringen via Beskæftigelsesministeriet sine initiativer vedr. sygefravær.⁸ Sygefravær betyder store omkostninger for både den enkelte syge, for virksomhederne og samfundet. Omfanget svarer til, at ca. 142.000 hver dag er sygemeldte, og de direkte udgifter skønnes til at udgøre 22 mia. kr. årligt. Desuden er sygefravær en belastning for den enkelte både på det menneskelige plan, det arbejdsmæssige og det økonomiske.

Fra 1. januar 2005 er det desuden et krav, at sygefravær skal inddrages i virksomhedernes arbejdspladsvurderinger (APV).

Arbejdsmiljø og en række andre forhold som køn, alder, livsstil, uddannelse mm. hænger tæt sammen med sygefravær, hedder det i Regeringens oplæg. Et godt arbejdsmiljø

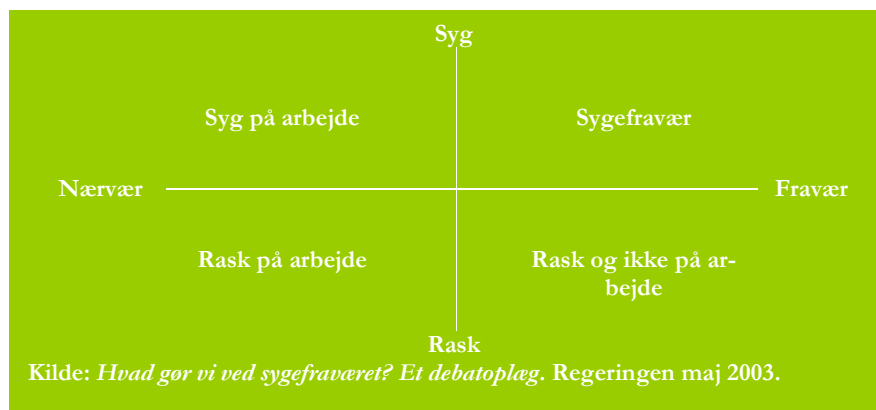
- reducerer risikoen for sygdom og dermed fravær
- øger forsvaret mod anden sygdom
- forskubber tærsklen for, hvornår man sygemelder sig ved lettere sygdom
- reducerer fravær uden sygdom
- påvirker udstødning/tilbagevenden til arbejdspladsen efter sygdom
- påvirker livsstil, fx ryger rygere mere, hvis de er stressede pga. arbejdet

Som det antydes, er sygefravær en meget kompliceret størrelse. Vendes problemstillingen så at sige på hovedet ved at rette fokus på nærvær på arbejdspladsen, ses, at der både er positive nærværsfaktorer (god trivsel, godt arbejdsmiljø, kollegers forventninger), negative nærværsfaktorer (trussel om firing eller løntab), positive fraværsfaktorer (omsorg for andre, omsorg for

⁸ Se <http://www.bm.dk/sygefravaer/default.asp> [23.8.2004]

eget helbred og andre aktiviteter) og negative fraværsfaktorer (arbejdsulykker, sygdom, dårlig trivsel, dårligt arbejdsmiljø).⁹

Det er fx vigtigt at holde fast i, at forbedret sundhed ikke nødvendigvis og direkte fører til reduceret sygefravær. Reduceret sygefravær fører heller ikke nødvendigvis direkte til forbedret sundhed. Der er altså ikke en entydig sammenhæng mellem fravær og sygdom, nærvær og sundhed jf. hosstående model, der er udviklet på Arbejdsmiljøinstituttet.



Arbejdsmiljørådet

Arbejdsmiljørådet, hvori sidder repræsentanter fra arbejdsgiver- og arbejdstagerorganisationer fra både det private og offentlige arbejdsmarked til at rådgive Beskæftigelsesministeren i faglige spørgsmål har også fokus på sundhedsfremme i sin overordnede plan og målsætning for rådets arbejde i perioden 2004-2007. Rådet har bl.a. nedsat et ad hoc udvalg om sundhedsfremme.¹⁰

Arbejdsmiljørådet peger i sin plan på, at forståelsen af arbejdsmiljøområdet har bevæget sig fra problemer med en relativ enkel årsagssammenhæng til komplekse sammenhænge, hvor arbejdsmiljøet er en blandt flere risikofaktorer for helbredsproblemer, og at der i de seneste år blandt aktørerne på arbejdsmiljøområdet har været en stigende fokusering på at integrere indsatserne vedrørende arbejdsmiljø og livsstil. Det hedder endvidere, at en mere helhedsorienteret indsats bl.a. kan medvirke til at forbedringer på et område ikke medfører nye problemstillinger på andre. Rådet vil desuden drøfte, hvorledes livsstilsfokuserede aktiviteter fx kan integreres i eksisterende strukturer og værktøjer, fx APV, arbejdsmiljøregnskab, virksomhedsstrategier, procesværktøjer, personalepolitikker m.v.

Arbejdsmiljørådets holdning til livsstilsområdet understøttes bl.a. af Arbejdsmiljøinstituttets strategiske arbejdsmiljøforskning. Arbejdsmiljøinstituttet understreger i flere sammenhænge nødvendigheden af at integrere arbejdet med livsstil og arbejdsmiljø.

Det Nationale Råd for Folkesundhed

Ikke kun de skiftende regeringers folkesundhedsprogrammer peger på sundhedsfremme på arbejdspladsen som et vigtigt element i folkesundhedsarbejdet. Også en række faglige rådgivende organer og forskningsinstitutioner som Statens Institut for folkesundhed og patient- og

⁹ Se <http://www.ami.dk/Forskningsresultater/Fravær.aspx> [23.8.2004]

¹⁰ Se <http://www.amr.dk/> [23.8.2004]

interesseorganisationer som Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse bakker op om en sundhedsfremmende indsats på arbejdspladsen.

Således også Det nationale Råd for Folkesundhed. Rådet er et uafhængigt, sagkyndigt råd for folkesundhed, der skal medvirke til at styrke indsatsen for at forbedre danskernes sundhed. Rådet har til formål at bidrage til debat og at rådgive Indenrigs- og sundhedsministeren på folkesundhedsområdet.

Rådet foreslår i sin publikation ”Så gør dog noget!” fra november 2003¹¹ bl.a. følgende fokusområder for kommunernes sundhedsfremmeindsats på egne arbejdspladser:

- Ryge- og alkoholpolitik, der minimerer alkohol og røg på arbejdspladsen. Tilbud om rygestopkurser på arbejdspladsen og henvisning til tilbud om behandling
- Sundhedsordninger til medarbejderne (fx via abonnementstilslutning til sundhedsordninger, forskellige forsikringstilbud, egen sundhedsklinik med sygeplejefaglig ekspertise, tilbud om fysio- og ergoterapi m.v.)
- Fokus på den mad, der serveres på de kommunale arbejdspladser, fx ved at etablere sunde og økologiske kantiner eller oplyse om god kost
- Yde tilskud til motionsaktiviteter eller på anden vis skabe incitamenter til fysisk aktivitet

I rådets beretning for perioden 2001-2003, som udkom i april 2004, peger rådet i sit ”sundhedsbarometer” bl.a. på, at der er behov for, at arbejdspladserne i endnu højere grad sætter fokus på forebyggelse og sundhedsfremme som et middel til at sætte ind overfor forhold, som trækker danskernes sundhed i den forkerte retning. I dette tilfælde nævnes konkret det forhold, at færre er fysisk aktive på deres arbejdsplads end tidligere.¹²

Aktørernes indsats

Som det er fremgået ovenfor har skriftende regeringer udsendt programmer både på folkesundhedsområdet og på andre områder, der berører sundhedsfremme på arbejdspladsen. Desuden har andre råd mv. på nationalt plan udtalt sig om sundhedsfremme. Det betyder, at der findes en række anbefalinger mm. fra nationalt plan om sundhedsfremme på arbejdspladsen, som det forventes at andre aktører implementerer og fører ud i livet.

Den praktiske implementering af sundhedsfremme på arbejdspladsen er således emnet for nærværende afsnit, hvor bl.a. Sund By Netværkets, amternes og BST’ernes aktiviteter skal præsenteres.

Sund By Netværket

Ser man på, hvem der aktivt har arbejdet for at føre de danske og WHO’s sundhedsprogrammer ud i livet, må Sund By Netværket nævnes. Netværket er et forpligtende samarbejde mellem de deltagende amter og kommuner, og målet er at udvikle metoder og materialer og at

¹¹ *Så gør det dog! Et debatoplæg om kommuner og forebyggelse*. København 2003: Det Nationale Råd for Folkesundhed.

¹² *Det Nationale Råd for Folkesundhed. Beretning 2001-2003*. Se <http://www.folkesundhed.dk/ref.aspx?id=248> [23.8.2004].

udveksle erfaringer vedr. de prioriterede emner, hvoraf sundhed og trivsel på arbejdspladsen er ét.¹³

På arbejdspladsområdet har Sund By Netværket været pionerer ved udviklingen af en livsstilsrettet indsats. Man har siden 1991 arbejdet med emnet, og blandt resultaterne kan nævnes

- Arbejdspladsens sundhedsprofil i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed
- Sundhedsinstruktørkurser, som har været gennemført en række gange med det formål at uddanne lokale instruktører til at gennemføre sundhedsfremmende aktiviteter på arbejdspladser
- Netværktøjskassen, der beskriver tilgængelige metoder, værktøjer mm.¹⁴

Desuden deltog en repræsentant fra Sund By Netværket i den arbejdsgruppe, der udformede baggrundsmaterialet vedr. arbejdspladsområdet i den foregående regerings folkesundhedsprogram.

Sund By Netværket prioriterer fortsat sundhed på arbejdspladsen og gør dette i tæt samarbejde med Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen.

Sundhedsstyrelsens indsats

En væsentlig milepæl for udviklingen af sundhed på arbejdspladsen var gennemførelsen af LEGO-projektet, *Hjertelig sundhed*, som sluttede i 1994. Dette projekt er evalueret og beskrevet i tre rapporter.¹⁵

Med basis i erfaringerne fra LEGO-projektet udformede og udsendte Sundhedsstyrelsen i 1997 et materiale, som amterne kunne anvende i egen indsats overfor virksomhederne.¹⁶ Materialet består af et generelt motivationshæfte og 4 hæfter om henholdsvis kost, motion, alkohol og tobak med konkrete forslag til indsatser på arbejdspladsen.

I 1997 gennemførtes en undersøgelse om sundhedspolitikker på danske arbejdspladser.¹⁷ Undersøgelsen er gentaget i 2001¹⁸, hvor den viser, at

¹³ *Sund By Netværket. Baggrund, tilblivelse, udvikling og aktiviteter, 1988-1997.* København 1998: DIKE. (Se heri særligt kapitel 9.) Se også <http://www.sund-by-net.dk> [13.9.2004].

¹⁴ *Værktøjskassen. Erfaringer, redskaber og metoder.* Sund By Netværket 1997 og 1999 (<http://www.sund-by-net.dk> → Publikationer [23.8.2004]).

¹⁵ *Sundhed og arbejdsplads, et sundhedsfremmeprojekt i LEGO Gruppen.* Sundhedsstyrelsen, Levnedsmiddelstyrelsen, Hjerteforeningen, Tobaksskaderådet og LEGO Gruppen 1995. Olsen, Ann-Dorthe: *Hjertelig Sundhed i Lego Gruppen. Evaluering af en sundhedsfremmende indsats på arbejdspladsen 1. Resultater af en spørgeskemaundersøgelse.* Sundhedsstyrelsen, Levnedsmiddelstyrelsen, Hjerteforeningen, Tobaksskaderådet og LEGO Gruppen 1995. Borg, Vilhelm: *Hjertelig Sundhed i Lego Gruppen. Evaluering af en sundhedsfremmende indsats på arbejdspladsen 2. Resultater af en interviewundersøgelse.* Sundhedsstyrelsen, Levnedsmiddelstyrelsen, Hjerteforeningen, Tobaksskaderådet og LEGO Gruppen 1995.

¹⁶ *På vej mod en sundere arbejdsplads og større trivsel blandt medarbejdere.* København 1997: Sundhedsstyrelsen. *På vej mod en sundere arbejdsplads. Fokus på kost.* København 1997: Sundhedsstyrelsen. *På vej mod en sundere arbejdsplads. Fokus på alkohol.* København 1997: Sundhedsstyrelsen. *På vej mod en sundere arbejdsplads. Fokus på rygning.* København 1997: Sundhedsstyrelsen. *På vej mod en sundere arbejdsplads. Fokus på motion.* København 1997: Sundhedsstyrelsen.

¹⁷ *Sundhedspolitikker på danske arbejdspladser.* Sundhedsstyrelsen, Tobaksskaderådet og Veterinær- og Fødevarerdirektoratet 1997.

¹⁸ *Undersøgelse af sundhedsfremme på arbejdspladser.* København 2002: Sundhedsstyrelsen. *Sundhedsfremme på danske arbejdspladser. Fokusgrupper.* København 2003: Sundhedsstyrelsen. Se desuden <http://www.sst.dk/Forebyggelse/Forebyggelsemiljoer/Arbejdspladser.aspx?lang=da> [23.8.2004].

- 90% af alle danske virksomheder (med mindst 10 ansatte) har en eller anden form for politik. 72% har en alkoholpolitik, 61% har en rygepolitik, 31% har en madpolitik eller -ordning, 20% har en motionspolitik
- bygge og anlæg er den branche, hvor politikker er mindst udbredt, mens branchen sundhed og velfærd, undervisningsbranchen og branchen pengeinstitutter og finansiering har den største andel politikker
- knap halvdelen (48%) angiver, at det primære formål med sundhedspolitikken er personalepleje, mens en næsten lige så stor andel (46%) angiver, at sundhedspolitikken er et naturligt led i arbejdsmiljøarbejdet
- 22% angiver, at de i øjeblikket (hvor undersøgelsen blev gennemført) arbejdede med sundhedsfremmende initiativer

Senest har Sundhedsstyrelsen uddelt 2 mio. kr. fra en pulje til arbejdspladsprojekter. En oversigt over projekterne kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Kommunerne og amternes indsats

Flere amter, men også en del kommuner, har i de sidste 10-15 år arbejdet for at styrke den sundhedsfremmende indsats på arbejdspladserne som led i arbejdet med folkesundheden og i overensstemmelse med de nationale folkesundhedsprogrammer. Eksempler på amter og kommuner, der har arbejdet med sundhedsfremme på arbejdspladsen gennem en årrække er følgende: Holstebro Kommune, Horsens Kommune, Københavns Kommune, Nordborg Kommune, Nordjyllands Amt, Ringkjøbing Amt, Roskilde Amt, Storstrøms Amt, Sønderjyllands Amt, Vejle Amt og Århus Kommune. Informationer kan evt. søges på de pågældende amters og kommuners hjemmesider.

Arbejdet er sket med støtte fra og ofte i samarbejde med en række statslige instanser, som Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, det daværende Tobaksskaderådet, Fødevaredirektoratet m.fl.

Amter og kommuner har især tilbudt arbejdspladser konkrete livsstilsfokuserede aktiviteter. Desuden har man været i dialog med arbejdspladser og arbejdsmarkedets parter med henblik på at motivere arbejdspladserne til selv at tage initiativer på området.

I en publikation fra 2001 fra Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen beskrives både amternes og BST'ernes erfaringer med sundhedsfremme på arbejdspladsen.¹⁹ Ser man isoleret på amterne, kan disse erfaringer anno 2001 sammenfattes i følgende:

- Kun få amter havde arbejdet systematisk med stress og trivsel. Nogle få amter havde udbudt stresshåndteringskurser, udsendt foldere om stress og gennemført fx temadage. Ét amt (Sønderjylland) havde arbejdet systematisk med udvikling af redskaber til kortlægning og intervention i forhold til trivsel
- To tredjedele af amterne havde arbejdet med motion og fysisk aktivitet. Der er tale om forskellige typer af konsulenttilbud, som både har været orienteret omkring bevægeapparatet og hjertekredsløbet. Af eksempler kan nævnes indretning af motionsrum, aktivitetsdage, pausegymnastik, rygøvelser, afspænding og fitness
- Tobakken var amternes hjemmebane, idet hovedparten af amterne havde i 2001 arbejdet med rygning. Konsulenttilbuddene var især hjælp til udformning af en rygepolitik og ryge-

¹⁹ *Sundhedsfremme på arbejdspladsen. Status og perspektiver 2001 i amter og BST.* Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2001. (Publikationen kan downloades fra www.ncsa.dk.)

stopkurser. Enkelte nævnte rygevanundersøgelser, som kan anvendes i forbindelse med udformningen af en rygepolitik

- Alle amter (minus to) havde på undersøgelsestidspunktet en uddannet konsulent til at tilbyde virksomheder bistand til at udforme en alkoholpolitik, uddanne alkohalnøglepersoner og arrangere debatmøder. Amterne havde derfor mange erfaringer på dette område
- Vedr. kost havde kun en mindre del af amterne arbejdet med sund mad. Længst var måske Vejle Amt kommet, der, som et af de eneste, havde succes med kantinediplomer. Kantinediplomet er en slags certificering af kantinen. Derudover havde amternes indsatsen både rettet sig mod personalets kostvaner via fx madværksteder og mod en opkvalificering af køkken- og kantinepersonalet til at tilberede og servere ernæringsrigtig mad. Dog syntes amternes aktivitet at være stigende pt. som følge af projekt 6 om dagen og en øget opmærksomhed om firmafrugtordninger
- Vedr. kortlægning af sundhedsforhold havde enkelte amter anvendt Arbejdspladsens sundhedsprofil til at kortlægge sundheds- og arbejdsmiljøforhold. Arbejdspladsens sundhedsprofil er udviklet i Sund By Netværket. Desuden har Københavns Kommune udviklet de Personlige sundhedsprofiler, som også indebærer, at der udformes en handlingsplan for den enkelte

På de fleste punkter vurderes det, at ovenstående beskrivelse af amternes indsats anno 2001 også er gældende i dag.

Indenfor de seneste par år er hele eller dele af tre amtslige indsatser blevet eksternt evalueret. Det gælder indsatserne i Roskilde Amt, Sønderjyllands Amt og Ringkøbing Amt.²⁰ Evalueringerne viser bl.a., at tilfredsheden med amternes ydelser er størst, hvor der både er en gevinst for de ansatte (ved fx at deltage i et rygestopkursus) og en gevinst for virksomheden af samme indsats. Tilfredsheden er mindst de steder, hvor aktiviteter ikke forankres organisatorisk, eller hvor ledelsen ikke deltager i beslutninger vedr. projektet.

Et eksempel på, hvordan indsatsen udvikler sig over årene ses i den strategi, som Københavns Kommune netop har udarbejdet. Strategien for arbejdet bygger bl.a. på følgende elementer:

- Fokus på integrerede sundhedsfremmeindsatser
- Kommunens egne arbejdspladser skal motiveres til at gå foran
- Indsatsen skal være med til at reducere ulighed i sundhed
- Fra kommunens side skal man være igangsættende og metodeudviklende og så vidt muligt overlade driften til andre
- Der skal arbejdes med netværk og med partnerskaber

Udviklingen går i retning af endnu mere integrerede indsatser på arbejdspladserne. Derfor vil der fremtidig blive mere fokus på tilbud om hjælp til udarbejdelse af sundhedspolitikker, personlige sundhedsprofiler eller andre integrerede indsatser, der både omfatter livsstil, arbejdsmiljø og virksomhedernes sociale ansvar.

²⁰ *Evaluering af Roskilde Amts projekt Sundhed på arbejdspladsen*. Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2003. *Evaluering af virksomhedernes udbytte af Sønderjyllands Amts indsats for sundhedsfremme på arbejdspladsen*. CASA 2003. *Virksomhedernes tilfredshed og rygestopkursusenes effekt*. *Evaluering af projekt sunde arbejdspladser Ringkøbing Amt*. Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2004.

Strukturreformen, som omlægger opgaver mm., mellem kommuner og amter vil også påvirke folkesundhedsarbejdet. Hvor arbejdet med sundhedsfremme på arbejdspladsen i fremtiden vil placere sig er således på nuværende tidspunkt meget usikkert.

Bedriftssundhedstjenesterne

I 1979 kom den første Bekendtgørelse om Bedriftssundhedstjenesten (BST). Bekendtgørelsen er siden ændret flere gange og senest i 2001. En af ændringerne i 2001 bestod i, at BST skal vejlede arbejdspladserne i livsstilsområdet. Dette har på landsplan betydet en generel opprioritering af BST's kompetencer og rådgivning i forhold hertil. Der er altså sket et egentligt paradigmeskift fra, at man har betragtet arbejdspladsen som "patienten" til en stadig større forståelse og accept af at kombinere miljøperspektivet med et mere individuelt og personligt fokus, når det drejer sig om indsatser for at forbedre sundhed og trivsel for arbejdspladsens ansatte.

Ses tilbage på status for BST'ernes arbejde med livsstilsområdet, viser Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsens undersøgelse i 2001²¹, at BST'erne

- vedr. stress og trivsel havde mange erfaringer. Trivsel i betydningen det gode arbejdsliv havde været med til at udvide fokus i BST-arbejdet til det, der ligger ud over det fysiske og kemiske arbejdsmiljø. Det indbefattede bl.a. spørgsmål vedr. arbejdets organisering, forholdet arbejde – privatliv og fritid og selvfølgelig psykisk arbejdsmiljø og stress. Det synes klart at være psykologerne i BST'erne, der kan tilskrives æren for denne indsats. Det skete ved at holde fast i at arbejde med grupper på arbejdspladserne frem for at arbejde med enkeltindivider på terapeutisk vis
- for en fjerdedels vedkommende havde arbejdet med motion og fysisk aktivitet. Det ser ud til, at BST's aktiviteter var sat i gang i tilknytning til arbejdsmiljørelaterede problemstillinger, fx ergonomi og forflytningskurser, og ikke ud fra at ville sætte fokus på motion som sådan
- angående tobak også havde været på banen som rådgiver for virksomhederne. Bistand til udformning af rygepolitikker havde fyldt mest, selvom enkelte BST'ere også havde uddannede rygestopinstruktører. De synes ikke at have haft det store held med at tilbyde rygestopkurser til virksomhederne. Det ser desuden ud til, at for nogle BST'ere havde indgangen til rygning været en arbejdsmiljøproblemstilling, nemlig indeklimate
- vedr. alkohol mest havde været involveret i at udforme alkoholpolitikker og enkelte steder havde man deltaget i rundbordssamtaler

I 2004 har bladet Sikkerhedslederen undersøgt BST'ernes og en række private rådgiveres tilbud ved at undersøge disses hjemmesider, 35 virksomhedsrådgivere i alt.²² Det viser sig, at 71% tilbyder oplæg, temadage og seminarer, bistand til forskellige politikker, etablering af motionsrum, sund kantine, rygestopkurser, kurser vedr. kost og vægt, motion, stress og alkohol/rusmidler. 51% tilbyder helbreds- eller sundhedsprofiler, fx individuelt, på arbejdspladsniveau eller sammen med en arbejdspladsvurdering (APV), herunder deciderede helbredsundersøgelser med måling af BMI, konditest, blodtryk, blodlipider og/eller blodsukker.

Som ved amternes og kommunernes indsats vil en større strukturreform, nemlig en arbejdsmiljøreform, efterhånden som den udmøntes føre, til ændringer på BST-området. Væsentligst sker der en liberalisering af BST og virksomhederne løses successivt for BST-pligten. Det be-

²¹ *Sundhedsfremme på arbejdspladsen. Status og perspektiver 2001 i amter og BST.* Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2001. (Publikationen kan downloades fra www.ncsa.dk.)

²² Se *Sikkerhedslederen*, nr. 2, april 2004. (Se også <http://www.ssid.dk> [23.8.2004].)

tyder, at BST bliver en privat virksomhedsrådgiver på arbejdsmiljøområdet, og hvilken betydning dette har for BST'ernes interesse for livsstilsområdet vides ikke. Vil BST'erne koncentrere sig om deres kærneydelser, (for at klare sig i konkurrencen) eller vil man se livsstilsområdet som en måde at gøre den enkelte BST's rådgivningsvifte bredere i forhold til kunderne?

De faglige organisationer

Flere faglige organisationer har taget positiv stilling til sundhedsfremme på arbejdspladsen. Efter en årrække, hvor især arbejdstagersiden tog forbehold for en indsats rettet mod livsstil og den mere individuelle trivsel alene, er der i dag et langt stykke hen ad vejen konsensus om at anbefale sundhedsfremme på arbejdspladsen. Ikke mindst helhedsperspektivet, hvor livsstil, arbejdsmiljø og virksomhedernes sociale medansvar ses som fælles og gensidige forudsætninger, har betydet større forståelse og accept af, at arbejdspladserne kan beskæftige sig med forhold, der også berører privatsfæren.

Fx har LO i en pjece rettet fokus mod området.²³ Udover at LO i pjecen giver deres definition af sundhedsfremme, argumenterer man for, hvorfor det er vigtigt at arbejde med livsstil – bl.a. pointeres det, at arbejdslivet og dets vilkår og rammer har indflydelse på, hvordan man som sådan lever sit liv.

Også Forbundet af Offentlige Ansatte har med en pjece taget stilling til sundhedsfremme.²⁴ Heri beskrives arbejdspladsen som *sundhedens arena*, og vigtigheden af arbejdspladsen som et særskilt indsatsområde for livsstil fremhæves. Derudover indgår der i pjecen en beskrivelse af *De gode ambassadører*, som er en handlingsplan for arbejdsmiljø og sundhedsfremme i social- og sundhedssektoren. Medarbejderne i denne sektor bliver gennem deres arbejde ambassadører for den sundhed, som skal bæres ud til andre dele af befolkningen.

Ifølge handlingsplanen er sundhedsfremme og forebyggelse svære emner at arbejde med, og det kræver efter FOA's mening, at man hele tiden arbejder med egne livsvaner, den private sfære, uddannelsesbehov og samfundsholdninger.

En række andre faglige organisationer – Dansk handel og service, Handelskartellet, NNF, KAD, Dansk Metal, RBF, Dansk funktionærforbund og El-forbundet – har oprettet et udvalg for at styrke det daglige samarbejde og trivsel på virksomhederne for derigennem at styrke samspillet mellem ledelse og ansatte. Aftalen er indgået med udgangspunkt i den overordnede samarbejdsaftale mellem LO og DA. I udvalget arbejdes der blandt andet med emner som overvægt på arbejdspladsen, og mere bredt set handler det om trivsel og livsstil.

Også i branchearbejdsmiljørådene (BAR) har sundhedsfremme fundet en klangbund. Flere af rådene har således iværksat pilot- og udviklingsprojekter omkring implementering af sundhedsfremmeaktiviteter på virksomheder i de respektive brancher – fx indenfor hotel- og restaurationsbranchen, søfarten og malerbranchen, og fx har Industriens Branchearbejdsmiljøråd udgivet en vejledning om sundhedsfremme.²⁵

²³ *Arbejdsmiljø og sundhedsfremme*. LO 2001.

²⁴ *Vores sundhed. Fælles ansvar – fælles indsats*. FOA 2001.

²⁵ *Vejledning om sundhedsfremme*. Industriens Branchearbejdsmiljøråd 2002. (Kan downloades fra www.i-bar.dk.)

ENWHP

Også på europæisk plan er der arbejdet med sundhed på arbejdspladsen. Her skal nævnes det såkaldte ENWHP-netværk, som har været omdrejningspunktet for udarbejdelsen af Luxembourg Deklarationen om Sundhedsfremme på Arbejdspladsen.²⁶

Netværket har fx udarbejdet værktøjer, der er tilgængelig fra netværkets hjemmeside (www.enwhp.org). Som eksempler kan nævnes kvalitetskriterier for sundhedsfremme på arbejdspladsen, et værktøj til vurdering af egen indsats på virksomhedsniveau og en værktøjskasse, hvortil Danmark også har bidraget.

Igennem en årrække har Arbejds miljøinstituttet været det danske kontaktpunkt for netværket. Siden 2004 har denne opgave ligget hos Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen.

²⁶ *Luxembourg Deklarationen om Sundhedsfremme på arbejdspladsen*. København 1998: AMI. Se i øvrigt side 8 ovenfor.

3. Gevinsterne og erfaringerne

Det integrerede begreb om sundhedsfremme på arbejdspladsen har i Danmark udviklet sig over de seneste år. Det integrerede begreb søger i alt sin korthed mod at skabe en sammenhæng og synergetisk effekt ved at fremme udviklingen af livsstilen, arbejdsmiljøet og virksomhedernes sociale ansvar. De erfaringer, der på nuværende tidspunkt er vundet ved dette fokus, præsenteres i dette afsnit som tre cases.

Forinden beskrivelsen af disse erfaringer, handler dette afsnit om gevinsterne ved at arbejde med sundhedsfremme på arbejdspladsen, dvs. de effekter og resultater man kan forvente sig af veltilrettelagte og velgennemførte arbejdspladsindsatser. Gevinsterne kan anvendes som argumenter overfor virksomhederne, når man som konsulent skal redegøre for udbyttet og værditilvæksten af sundhedsfremmeprojekter.

Gevinsterne

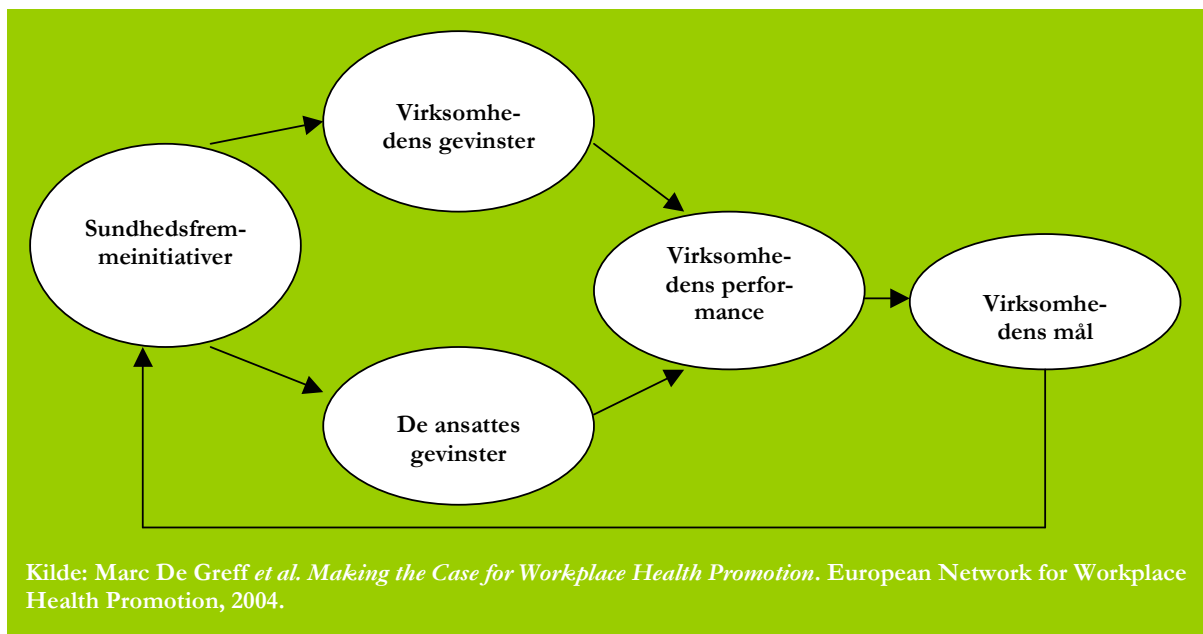
Effekter og resultater af sundhedsfremmeprojekter skal ses i sammenhæng med det formål og de mål, der stilles op for de pågældende projekter. Er hensigten at modificere én risikofaktor, fx at få rygerne til at stoppe med røgen, kan man kun forvente gevinster af projektet i forhold til dette mål, nemlig at forebygge rygerrelaterede sygdomme ved at nedsætte antallet af rygere.

I dag, hvor målet er at gøre arbejdspladsen til en sund ramme for de ansatte, er sundhedsfremmeprojekter også fokuseret på den organisatoriske ramme på virksomheden, fordi – hvis vi fortsætter eksemplet om rygning – der er en viden om, at miljøet kan understøtte eller forhindre et succesfuldt gennemført rygestop. Det betyder til gengæld, at man kan forvente resultater af indsatsen i forhold til den bredere målformulering. Rygestopkurset vil således ikke være den eneste intervention i sundhedsfremmeprojektet, idet man i dag som minimum ville indtænke en revision af rygepolitikken som et element i det bredere projekt.

Man kan således iagttage en samtidig udvikling af begrebet om sundhedsfremme på arbejdspladsen i retning af at sundhedsfremme foregår som integrerede indsatser med en udvikling i de typer af gevinster ved sundhedsfremmeprojekter, man kan forvente sig.

Gevinsterne ved sundhedsfremme på arbejdspladsen kan anskues på tre niveauer. Sundhedsfremme på arbejdspladsen er til fordel for både samfundet, arbejdspladsen og den enkelte. Samfundets gevinst kan være sundere og mere velfungerende borgere og dermed besparelser på udgifter til sundhedsvæsen, pensioner og understøttelse.

Arbejdspladsens gevinst kan være gladere, sundere og mere velfungerende ansatte, som bedre kan fastholdes, og som kan føre til bedre resultater bredt set i virksomheden, mens gevinsten hos den enkelte ansatte kan være større arbejdsglæde og et bedre helbred. Se nedenstående figur.



Ønsker man gevinster af indsatsen på begge niveauer, er det nødvendigt, at man tilrettelægger indsatsen, så den både retter sig mod de ansattes adfærd og vaner og mod det organisatoriske niveau i virksomheden, så også miljøet og virksomhedens kultur påvirkes og ændres.

Der findes efterhånden en omfattende international litteratur om gevinster af sundhedsfremmeprojekter¹. Der er både rapporter og studier af indsatser, der fokuserer på en enkelt risikofaktor, og publikationer der fokuserer på hele programmer. Nogle af disse studier er tilrettelagt som forskningsprojekter, dvs. at studierne er underkastet de kriterier, der findes for publicering i anerkendte videnskabelige tidsskrifter.

Rapporter og studier af danske interventionsprojekter og -programmer findes i mindre omfang – i hvert tilfælde, hvis det handler om offentligt tilgængelige rapporter. Af ældre rapporter findes evalueringerne af LEGO-projektet², ligesom der findes en evaluering af udbyttet af alkoholinterventioner i forbindelse med APPA-projektet.³ Af nyere rapporter fra større amtslige projekter findes tre evalueringer, hvoraf Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen har gennemført de to.⁴

¹ Se fx Marc De Greff *et al.* *Making the Case for Workplace Health Promotion*. European Network for Workplace Health Promotion, 2004 [www.enwhp.org], Julia Kreis & Wolfgang Bödeker, *Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence*. Essen 2004: BKK Bundesverband [www.iga.info.de], Greet Peersman, Angela Harden & Sandy Oliver, *Effectiveness of health promotion interventions in the workplace: a review*. London 1999: Health Education Authority.

² Olsen, Ann-Dorthe: *Hjertelig Sundhed i Lego Gruppen. Evaluering af en sundhedsfremmende indsats på arbejdspladsen 1. Resultater af en spørgeskemaundersøgelse*. Sundhedsstyrelsen, Levnedsmiddelstyrelsen, Hjerteforeningen, Tobaksskaderådet og LEGO Gruppen 1995, Borg, Vilhelm: *Hjertelig Sundhed i Lego Gruppen. Evaluering af en sundhedsfremmende indsats på arbejdspladsen 2. Resultater af en interviewundersøgelse*. Sundhedsstyrelsen, Levnedsmiddelstyrelsen, Hjerteforeningen, Tobaksskaderådet og LEGO Gruppen 1995.

³ *En evaluering af virksomhedernes tilfredshed med og udbytte af projekt APPA 1997-2000*. Alkohol-Politik På Arbejdspladsen 2000.

⁴ *Evaluering af Roskilde Amts projekt Sundhed på arbejdspladsen*. Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2003. *Evaluering af virksomhedernes udbytte af Sønderjyllands Amts indsats for sundhedsfremme på arbejdspladsen*.

Samfundsmæssige gevinster

På et mere overordnet niveau kan effekter og resultater af sundhedsfremmeindsatser knytte sig til det samfundsmæssige niveau. I Regeringens sundhedsprogram, *Sund hele livet*, er øget midlellevetid, et øget antal af år med god livskvalitet og en reduktion af den sociale ulighed i sundhed overordnede mål.

Et andet sæt af samfundsmæssige gevinster end den folkesundhedsmæssige er den gevinst, der ligger i at skabe en bæredygtig økonomi baseret på en beskæftigelsespolitik. Et kvalitativt godt arbejdsmiljø skal således ses som en af betingelserne for at skabe en innovativ og bæredygtig økonomi.

Man kan derfor se godt arbejdsmiljø og sunde medarbejdere som midler til at imødekomme de krav, samfundet stilles overfor i overgangen til et videnskabeligt samfund. I overgangen møder samfundet krav om øget fleksibilitet, øget mobilitet, brug af nye teknologier, højere krav til medarbejderne, herunder krav om at kunne arbejde mere videnintensivt. Samtidig med disse krav møder vi som samfund udfordringer i form af, at arbejdsstyrkens alderssammensætning vil ændre sig dramatisk de næste år.

De ansattes gevinster

Sundhedsfremme på arbejdspladsen har en række positive effekter for den enkelte ansatte. Her skal nævnes to væsentlige, som er, at sundhedsfremmeinitiativer

- fører til, at de ansatte bliver sundere
- leder til en højere grad af jobtilfredshed

Der findes mængder af erfaringer for, at sundhedsfremmeprojekter fører til en øgning af de ansattes sundhed. Ét eksempel kan ses i evalueringen af Roskilde Amts projekt, hvor 60% af deltagerne i en rygskele havde fået det bedre med ryggen. Næsten halvdelen i en række kurser med fokus på forebyggelse af museskader rapporterede om færre smerter i skuldre og nakke. I en opfølgning to år efter kurset fortæller 50% af de stadig anvender øvelserne, de lærte på kurset.⁵

Evalueringen af Ringkjøbing Amts indsats viser, at 81% af de adspurgte vurderer, at de gennemførte sundhedsfremmeindsatser har haft en positiv indflydelse på de ansattes sundhed (6% rapporterer om *stor indflydelse*, 19% *nogen indflydelse* og 56% *mindre indflydelse*). Samme evaluering viser, at andelen af deltagere i amtets rygestopkurser, der er røgfri seks måneder efter kurset, er 33%, og at rygestopfrekvensen efter 12 måneder er 31%.⁶

En opgørelse fra fire Fedt for Fight-konkurrencer gennemført i Sønderjylland viser, at mellem 53% og 85% af deltagerne – i det mindste mens konkurrencen løber – har forbedret deres kostvaner. Tilsvarende har fra 54% til 89% øget deres fysiske aktivitetsniveau under konkurrencen.⁷

CASA 2003. *Virksomhedernes tilfredshed og rygestopkursernes effekt. Evaluering af projekt sunde arbejdspladser Ringkjøbing Amt*. Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2004.

⁵ *Evaluering af Roskilde Amts projekt Sundhed på arbejdspladsen*. Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2003, p. 59f.

⁶ *Virksomhedernes tilfredshed og rygestopkursernes effekt. Evaluering af projekt sunde arbejdspladser Ringkjøbing Amt*. Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2004, p. 34 & p. 27.

⁷ *Erfaringer og egen læring af arbejdspladsindsatsen. Intern evaluering*. Sundhedsforvaltningen, Sønderjyllands Amt, 2003, p. 24. (Kan downloades fra www.sfa.sja.dk.)

Endelig skal det nævnes, at det i en intern projektrapport om Projekt Sund Køkken vurderes, at medarbejderne er blevet sundere. Fx er flere begyndt at dyrke motion, og 25% er stoppet med at ryge.⁸

I den internationale litteratur findes belæg for, at sundhedsfremmeinitiativer leder til en højere grad af jobtilfredshed. Sundhedsfremmeinitiativer fører til mere motiverede ansatte, som igen resulterer i en højere grad af jobtilfredshed. Undersøgelser viser, at ansatte, der vurderer deres eget arbejdsmiljø som sundt, er mere tilfredse med jobbet og mere engagerede, og de har lavere sygefravær og er mindre tilskyndede til at skifte job.⁹

Et lignende resultat ses af Arbejdsmiljøinstituttets projekt Sund Bus. Her viser evalueringen, at forholdet mellem medarbejdere og ledelse er forbedret, og der er i projektperioden sket en markant forbedring af driftsproblemer, så langt færre chauffører skal køre i defekte busser. Ligeledes godtgør evalueringen, at færre ønsker at skifte job.¹⁰

Virksomhedernes gevinster

Også for virksomhederne er der gevinster at hente af sundhedsfremmeinitiativer. Gevinsterne, der kan dokumenteres er følgende: Sundhedsfremmeinitiativer

- fører til færre omkostninger vedr. (syge)fravær og ulykker
- fører til et forbedret image
- fører til forbedret human ressource management
- kan øge produktiviteten yderligere

Internationale undersøgelser peger på, at stress på arbejdspladsen, overvægt og svær fedme påvirker sygefraværet. Et internationalt litteraturstudie viser, at man ved at investere en dollar i et sundhedsfremmeinitiativ kan spare mellem 2,50 og 10 dollar på sygefraværet.¹¹

Imidlertid er erfaringer fra danske indsatser ikke entydige. Evalueringen af Ringkjøbing Amts projekt viser, at indsatsen ikke påvirker sygefraværet, mens evalueringen af Sønderjyllands Amts projekt tyder på, at effekter på sygefraværet først ses, hvis indsatsen er bred og indeholder mange indsatser og foregår intensivt over længere tid.

Forbedringen af virksomhedens image som en følge af et sundhedsfremmeprojekt er i dag en kendt sammenhæng. Flere og flere virksomheder er i dag orienterede mod markedet, dvs. kunderne og/eller lokalsamfundet, og ser disse som vigtige for virksomhedens eksistens og overlevelse. Fx viser evalueringen af Ringkjøbing Amts arbejdspladsprojekt, at 31% af deltagende virksomheder vurderer, at sundhedsfremmeprojektet har haft *stor positiv indflydelse* på virksomhedens image. Tilsvarende svarer hhv. 6% og 31%, at indsatsen har haft *nogen indflydelse* og *mindre indflydelse*.¹²

⁸ Torben Kristensen: *Sundt køkken. Projektrapport*. København 2003: BST Københavns Kommune, p. 2.

⁹ Marc De Greff *et al.* *Making the Case for Workplace Health Promotion*. European Network for Workplace Health Promotion, 2004, p. 52ff.

¹⁰ *Vejen til forandringer. Resultater og erfaringer fra et projekt om sundhedsfremme i busbranchen*. København: Arbejdsmiljøinstituttet, p. 8f.

¹¹ Marc De Greff *et al.* *Making the Case for Workplace Health Promotion*. European Network for Workplace Health Promotion, 2004, p. 35ff.

¹² *Virksomhedernes tilfredshed og rygestopkursernes effekt. Evaluering af projekt sunde arbejdspladser Ringkjøbing Amt*. Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2004, p. 35.

Evalueringen af Amagerforbrændingen viser på lignende vis, at tilstedeværelsen af tilbud om sundhedsfremmende aktiviteter har givet medarbejderne en følelse af stolthed for virksomheden.¹³

Et sidste eksempel findes i evalueringen af APPA-projektet. Her viser det sig, at 39% finder, at sundhedsfremmeinitiativerne har haft en positiv effekt på virksomhedens omdømme over for kunder, brugere og samarbejdspartnere.¹⁴

At sundhedsfremmeinitiativer fører til forbedret human ressource management hænger sammen med følgende: Ved at implementere sundhedsfremmeprogrammer er der erfaringer for, at virksomhederne får lettere ved at fastholde allerede ansatte eller at rekruttere nye. De allerede ansatte oplever stolthed ved at være i en virksomhed, der kærter sig om de menneskelige værdier, hvilket igen kan være med til at tiltrække nye, velkvalificerede ansøgere. Resultatet er en mindre personaleomsætning, hvilket igen kan være med til at spare udgifter til rekruttering.

Dette er måske teori, for evalueringer af danske indsatsen viser modstridende oplysninger. APPA-evalueringen viste, at 43% af virksomhederne mener, at indsatsen har haft en positiv effekt på de ansattes vurdering af virksomheden som en attraktiv arbejdsplads.¹⁵ Omvendt viste evalueringen af Ringkjøbing Amts projekt, at 77% af de adspurgte mente, at indsatsen *ingen indflydelse* havde haft på at tiltrække og fastholde arbejdskraft.¹⁶

Angående sundhedsfremmeinitiativers indflydelse på produktiviteten viser et finsk studie, at kvaliteten af arbejdsmiljøet har en stærk indflydelse på produktivitet og lønsomhed i virksomhederne. En anden undersøgelse viser, at investeringer i sundhedsfremmeinitiativer fører til en cost-benefit på 3-8 \$ for hver dollar, der investeres.¹⁷

Erfaringerne

Med det integrerede sundhedsfremmebegreb arbejdes der for at fremme en sammenhæng og synergi mellem tre elementer: Livsstil, arbejdsmiljø og virksomhedernes sociale engagement, jf. figur øverst på næste side. I dette afsnit beskrives nogle af de erfaringer, der er hentet fra danske projekter, som er gennemført de senere år, hvor man har arbejdet integreret.

For at få en god og sund arbejdsplads er det nødvendigt at tænke helhedsorienteret og prioritere sine indsatser. Det sikrer, at man sætter ind på de rigtige områder. At arbejde integreret indebærer, at man tænker tingene sammen i både planlægningen, gennemførelsen og forankringen af initiativer og ser på, hvilke konsekvenser et tiltag på fx arbejdsmiljøområdet kan få for sundheden eller det sociale ansvar og omvendt.

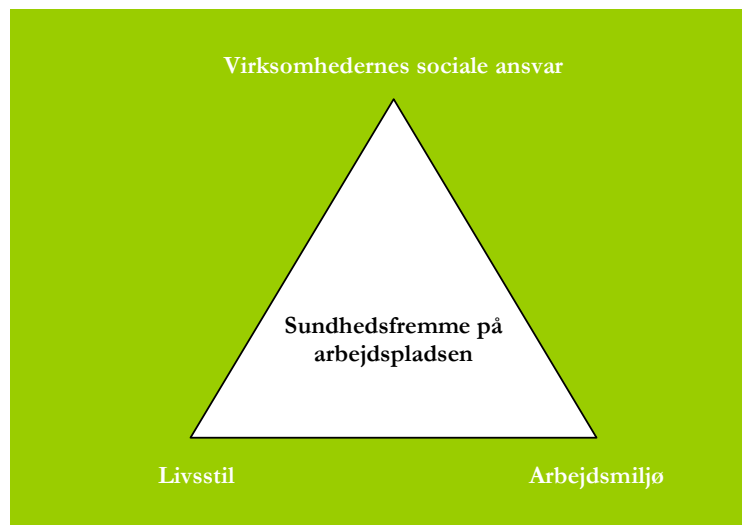
¹³ Inger-Marie Wiegmann & Jens Voxtrup Petersen: *Evaluering af Sund Amagerforbrænding. Notat til Center for Sunde Arbejdspladser, maj 2002*. Center for Alternativ Samfundsanalyse (<http://www.casa-analyse.dk/498/175>), p. 3.

¹⁴ *En evaluering af virksomhedernes tilfredshed med og udbytte af projekt APPA 1997-2000*. Alkohol-Politik På Arbejdspladsen 2000, p. 68.

¹⁵ *En evaluering af virksomhedernes tilfredshed med og udbytte af projekt APPA 1997-2000*. Alkohol-Politik På Arbejdspladsen 2000, p. 68.

¹⁶ *Virksomhedernes tilfredshed og rygestopkursernes effekt. Evaluering af projekt sunde arbejdspladser Ringkjøbing Amt*. Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2004, p. 35.

¹⁷ Marc De Greff *et al.* *Making the Case for Workplace Health Promotion*. European Network for Workplace Health Promotion, 2004, p. 35 ?



Eksempel 1: En arbejdsplads investerer i et dyrt ventilationsanlæg for at forbedre indeklimaet. Bagefter viser det sig, at den væsentligste årsag til det dårlige indeklima er tobaksrøg, og at ventilationsanlægget ikke afhjælper dette og er en fejlinvestering

Eksempel 2: En gruppe medarbejdere på et kontor lider af problemer med ryg, nakke, skuldre og arme. Arbejdspladsen indkøber nye borde, stole, mus og tastatur. Bagefter viser det sig, at problemet er, at denne gruppe medarbejdere har fået de opgaver med mindst variation, de har mindst indflydelse, og de er bundet flest timer ved skærmen. Det nye udstyr hjælper desværre kun lidt på problemerne og er en fejlinvestering

Med en integreret indsats:

- Opnås en helhedsorienteret indsats og en sammenhæng, så livsstil og socialt ansvar ikke bliver erstatning for et godt arbejdsmiljø, men tværtom understøtter hinanden
- Forebygges uhensigtsmæssige og utilsigtede konsekvenser eller fejlinvesteringer
- Fremmes en synergi mellem de forskellige områder, livsstil, arbejdsmiljø og socialt ansvar, og man fremmer bedre ressourceudnyttelse
- Sikres, at alle tre områder prioriteres og tildeles opmærksomhed fra ledelse, ansatte og sikkerheds- og samarbejdsorganisationerne, hvorved det også bliver lettere at inddrage alle tre områder i arbejdspladsens værdier, visioner og daglige drift

Amagerforbrændingen

Et godt dansk eksempel på et integreret projekt er Sund Amagerforbrænding. Her var målet at forbedre sundhed og trivsel for den enkelte og for arbejdspladsen som helhed, reducere social ulighed i sundhed og at integrere livsstil, arbejdsmiljø og virksomhedernes sociale ansvar. Projektet tog udgangspunkt i de ansattes egne ønsker og behov via Personlige Sundhedsprofiler.

Eksempler på gennemførte aktiviteter er følgende:

Arbejds miljø: Temamøder om fx støj og støv, møder om ergonomi, stresshåndteringskursus, ændring af arbejdstiden for skiftarbejdere

Livsstil: Motionshold, ”ryg- og nakke”-hold, fysioterapi, kurser om kost og motion for overvægtige, kurser for kantinepersonalet, udgivelse af en kogebog, rygestopkurser, dykkerkurser

Sociale ansvar: Edb-kurser, læsekurser, 10-klasse-kurser, seniorpolitik

Projektet blev evalueret eksternt¹⁸, og resultaterne viste, at der var en bred accept af projektet og intentionerne i det, herunder stor opbakning fra ledelsen og bred opbakning til, at det skal fortsætte efter projektperioden. Det er blevet legitimt og mere udbredt at tale om sundhed og at gøre noget ved sundheden – individuelt og kollektivt på arbejdspladsen. Social ansvarlighed var kommet på dagsordenen, og der er taget fat på et tabuemne som ordblindhed. Alle følte sig i usædvanlig høj grad hørt og taget seriøst ved, at man indhentede forslag til aktiviteter og fulgte dem, og man følte sig stolt af sin arbejdsplads. Aktiviteter på tværs af afdelinger og grupper øgede kendskabet og styrkede sammenholdet, og projektet har været med til at skabe en samarbejdskultur på arbejdspladsen.

Sund Bus

Et andet dansk projekt, hvor den integrerede tilgang har været anvendt, var i Arbejdsmiljøinstituttets projekt Sund Bus.¹⁹ Projektet viste følgende resultater for de deltagende interventionsarbejdspladser i projektet sammenlignet med en kontrolgruppe:

- Færre forventede, at eget helbred blev dårligere om et år
- Færre forventede, at jobbet generelle omdømme blev dårligere om et år
- Flere oplevede en markant forbedring af forholdet til ledelsen
- Flere rapporterede om en markant forbedring af driftsproblemer
- Færre ønskede at skifte job

Sundt Køkken

Et tredje evalueret integreret sundhedsfremmeprojekt, der kan nævnes, er BST Københavns Kommunes projekt Sundt køkken, der var rettet mod to store offentlige institutionskøkkener. Her var målet at udvikle arbejdspladsens fælles kompetence og de ansattes individuelle personlige kompetencer med henblik på at øge arbejdspladsens evne til at skabe forbedringer på områderne arbejdsmiljø, sundhedsfremme og arbejdspladsens sociale ansvar.

En intern projektrapport konkluderer, at medarbejderne er blevet sundere.²⁰ Der er eksempler på, at enkeltpersoner har fået det bedre og har fået mere energi, overskud og udvikling, som kan spores også på arbejdspladsen som helhed. Mange af de ansatte har fået en personlig oplevelse af, at deres eget liv og arbejdsforholdene kan ændres til det bedre, og at det nytter noget at være aktiv.

¹⁸ Inger-Marie Wiegmann & Jens Voxtrup Petersen: *Evaluering af Sund Amagerforbrænding. Notat til Center for Sunde Arbejdspladser, maj 2002*. Center for Alternativ Samfundsanalyse (<http://www.casa-analyse.dk/498/175>). Se også Center for sunde arbejdspladser: *Et bedre liv og en sundere arbejdsplads. Projekt Sund Amagerforbrænding*. København 2002: Center for sunde arbejdspladser, Københavns Kommune.

¹⁹ Kjeld B. Poulsen m.fl.: *Refleksioner over interventioner. Erfaring fra over 200 interventioner iværksat for at forbedre sundhed og arbejdsmiljø for 3500 buschauffører*. København: Arbejdsmiljøinstituttet. Kai Drewes & Kjeld B. Poulsen: *Gør noget ved dit arbejdsmiljø. 64 eksempler som kan inspirere til at forbedre buschaufførers sundhed og arbejdsmiljø*. København: Arbejdsmiljøinstituttet. *Vej til forandringer. Resultater og erfaringer fra et projekt om sundhedsfremme i busbranchen*. København: Arbejdsmiljøinstituttet.

²⁰ Torben Kristensen: *Sundt køkken. Projektrapport*. København 2003: BST Københavns Kommune.

Projektrapporten godtgør, at mange medarbejdere har haft et vægttab, og at disse medarbejdere oplever større selvværd, at 25% af deltagerne på rygestopkurser blev røgfri, og at flere er begyndt at dyrke motion. Indflydelse på eget arbejde, information og kommunikation ser ud til at være blevet bedre, og der er sket mange arbejdsmiljøforbedringer, fx ved anskaffelse af hjælpemidler og ved at benytte hjælpemidlerne mere. Arbejdspladsernes evne til at løse problemer er blevet forbedret, idet man i højere grad tør tage problemer op, som også bliver løst ved, at flere er inddraget i processen. Arbejdspladserne opleves som mere rummelige og socialt ansvarlige, idet 15% af de, der var i praktik mm., er blevet ansat på fleksible vilkår.

Man kan opsummerende sige, at projekter, der tilrettelægges integreret, viser følgende resultater:

- De ansatte trives bedre, fx oplever de at få mere energi, overskud og arbejdsglæde
- De ansatte får sundere vaner, fx holder nogle op med at ryge, taber sig, får sundere kostvaner, bliver bedre til at takle stress og bliver mere fysisk aktive. Derved oplever de også, at deres helbred bliver bedre
- Langtidssyge medarbejdere fastholdes
- Arbejdsmiljøet bliver forbedret
- Sygefraværet falder
- Samarbejdet og omgangstonen på virksomheden bliver bedre, og fællesskabsfølelsen bliver øget
- Kulturen ændrer sig, idet man begynder at tale sammen om sundhed og andre emner, der ikke før er blevet talt om på arbejdspladsen

Implicit i dette ligger, at for at det overordnede mål kan opfyldes og gevinsterne af en integreret indsats kan høstes kræver det, at både arbejdspladsen og den enkelte ansatte tager et ansvar.

4. Metoderne

Vi har nu beskrevet, hvad sundhedsfremme på arbejdspladsen er, udviklingen af sundhedsfremmeindsatsen til i dag og argumenterne for at arbejde med sundhedsfremme på arbejdspladsen.

I det følgende vil vi beskrive forskellige metoder, man kan tage i brug. Det er ikke et spørgsmål om at benytte den ene metode frem for den anden. Alle metoder er relevante i større eller mindre omfang for at sikre en helhedsorienteret og forankrende sundhedsfremmeindsats. Men det kan være forskelligt, hvilke metoder man lægger ud med. Uanset hvilken metode man vælger, er det væsentligt at sikre en integreret indsats.

For at skabe bedst mulig sikkerhed for, at de interventioner, der gennemføres på arbejdspladser, får størst effekt, bør nedenstående generelle principper indarbejdes i projektet.²¹

- Sæt integrationen på dagsordenen via temamøder, indlæg i personaleblade og konkrete aktiviteter på arbejdspladsen
- Der bør være synlig og entusiastisk støtte til og involvering i interventionen fra virksomhedens topledelse
- Få det ind i organisationen fx via sikkerhedsorganisationen, samarbejdsudvalg og medarbejderudvalg
- Der bør være involvering af de ansatte på alle organisatoriske niveauer i planlægningen og implementeringen af interventionen og som deltagere i aktiviteter i interventionen
- Giv eksempler på, hvor de tre områder naturligt hænger sammen fx tobak og indeklima samt ergonomi og træning
- Interventioner bør være skræddersyede til den enkelte arbejdsplads, dens forhold, særlige behov og ønsker
- Vælg indsatser, hvor man arbejder med områderne samtidig, fx indsatser som personlige sundhedsprofiler
- Sørg for integration af de tre områder i arbejdspladsvurderingerne (APV)
- Udarbejd en sundhedspolitik, der kæder områderne sammen og indeholder handleplaner, der er opstillet med baggrund i kortlægninger og indeholder aktiviteter vedr. alle tre områder

²¹ Listen bygger på erfaringer fra Sund Amagerforbrænding, projekt Sundt køkken og inspiration fra Greet Peersman, Angela Harden & Sandy Oliver, *Effectiveness of health promotion interventions in the workplace: a review*. London 1999: Health Education Authority.

- Et fokus på en klart afgrænset problemstilling eller et behov, som de ansatte prioriterer som vigtig at intervenere overfor, kan øge motivationen hos de ansatte og forøge deres deltagelse i interventionen
- Der bør gøres optimal brug af lokale ressourcer (humane, fysiske og organisatoriske) ved organiseringen og implementeringen af interventionen
- Evaluering bør udføres som en integreret del af ethvert nyt interventionsprogram og inkludere en række proces- og effektmål

Metoderne, der beskrives nedenfor, tager udgangspunkt i, at følgende faktorer skal indgå, for at sundhedsfremme kan lykkes, nemlig viden, træning i nye handle måder og miljøændringer.

Videnformidling og debat

At formidle viden kan have flere formål. Ét kan være at skabe opmærksomhed omkring et budskab med henblik på at sikre, at deltagerne har den nyeste viden på et felt. Et andet formål kan være at starte dialoger om holdninger til fx sundhed for at skabe refleksion hos den enkelte over egen levevis med henblik på adfærdsændring, altså anvendelse af viden i selve interventionen. Dette afsnit beskriver den mere involverende videnformidling.

Hvis ledelsen, sikkerhedsudvalget eller samarbejdsudvalget har besluttet at sætte sundhedsfremme på dagsordenen på virksomheden, bør alle informeres og inddrages om formålet, processen mm. Der kan bruges forskellige metoder til at starte debatten og til at afklare og arbejde med de forskellige holdninger, der er på arbejdspladsen. I det følgende beskrives konkrete eksempler på sådanne metoder:

- Fællesmøde med oplæg om sundhedsfremme
- Møde på arbejdspladsen med forskellige workshops
- Cafémøde
- Retten er sat

Fælles for metoderne er, at målgruppen både kan være en mindre gruppe på en arbejdsplads, fx en enkelt afdeling eller hele arbejdspladsen. Formålet er at sætte gang i debatten om, hvad sundhedsfremme er for arbejdspladsen blandt andet for at få en fælles holdning til, hvad arbejdspladsen mener med sundhedsfremme, og hvordan den vil arbejde videre.

Fællesmøde med oplæg om sundhedsfremme på arbejdspladsen

Arbejdspladsen kan vælge at bruge egne eller eksterne oplægsholdere. Det kan være en god idé at benytte begge slags oplægsholdere på samme møde. Det er vigtigt med overordnede oplæg om, hvad sundhed er, og at diskutere holdninger til sundhed, ligesom det også er vigtigt at spørgsmålene gøres meget konkrete og relevante i forhold til virksomhedens egne forhold.

Udover oplæg er det vigtigt at vælge en form, der giver dialog, og gør det nemt for de ansatte at diskutere, samtidig med, at der er god mulighed for at

Forslag til indhold:

- Forskellige definitioner af sundhed, sundhedsfremme og sundhedsfremme på arbejdspladsen
- Formål med at arbejde med sundhedsfremme på arbejdspladsen – overordnet
- Hvad får arbejdspladsen ud af at arbejde med sundhedsfremme?
- Hvad får den enkelte ud af det?
- Ethiske principper
- Hvordan kommer man i gang?

stille spørgsmål. Her kan det være en god idé at dele gruppen op i mindre grupper, at stille inspirerende og konkrete spørgsmål til grupperne. Man bør overveje, om der skal være en ordstyrer i grupperne, og hvordan tilbagemeldingen til plenum skal være.

Møde på arbejdspladsen med forskellige workshops

Workshops kan laves på mange måder, og formen må vælges ud fra, hvad man ønsker udbyttet skal være.

Deltagerne kan nå en eller flere workshops. Deltagerne kan melde sig til på forhånd eller på stedet, ligesom der kan være et oplæg til at starte diskussionen eller flere små oplæg. Der kan desuden skrives referater, flipovere, tegnes

tegninger etc., som samler op på vigtige pointer. Væsentligt for formen, uanset hvordan man vælger at gøre det, er, at deltagerne og deres erfaringer inddrages.

Indhold i workshops kan være forskellige problemstillinger, som deltagerne skal arbejde med. Se eksempler i boksen.

Eksempler på problemstillinger:

- Hvor går grænsen for, hvad man skal blande sig i? Udlevér evt. en række udsagn som skal debatteres i gruppen
- Stress og stresshåndtering. Udlevér fx en tipskupon over stresser og bed deltagerne rangordne udsagnene
- Rygning og indeklima. Udlevér en case og bed deltagerne drøfte løsningsmuligheder. Brug evt. dialogspil om rygning
- Arbejdspladsindretning og bevægelse. Udlevér tegninger over forskellige arbejdsstillinger og bed deltagerne tage stilling til gode arbejdsstillinger og komme med forslag til, hvad man kan gøre for at variere dem for derved at øge muligheden for mere bevægelse i dagligdagen

Cafémøde

Tanken med cafémøde er, at formen sørger for, at man som deltager kommer rundt og drøfter og vender synspunkter med forskellige grupper af deltagere.

Det kan gøres ved at lave fem borde med hver sit tema, som skal diskuteres. Deltagerne kan vælge tre temaer og deltager så på skift i diskussioner ved de tre borde med forskellige deltagere. Ved hvert bord skal der være en gennemgående person, der styrer diskussionen og samler op. Efter hver diskussionsrunde gives et kort resumé af det væsentligste i de enkelte diskussioner – enten i plenum eller ved de respektive borde.

Indhold i et cafémøde kan være det samme, som er nævnt under fællesmøde og workshops.

Retten er sat

Indholdet skal være en problemstilling, hvor der er forskellige synspunkter, og hvor der er behov for, at man bliver tvunget til at høre forskellige synspunkter, få nye vinkler på sagen og finde frem til en konklusion. (Se boksen med eksempler.)

Formen er følgende:

1. Deltagerne deles op i grupper på 10-15 i hver gruppe
2. Hver gruppe introduceres til formen og indhold

Problemstillingerne eller dilemmaerne kan fx være:

- Hvordan skal rygepolitikken være: totalt forbud eller mere liberal? Ved totalt rygeforbud vil nogle rygere ikke kunne passe deres arbejde, da de ikke *kan* holde op. Omvendt kan en liberal rygepolitik betyde at nogle udsættes for passiv rygning.
- Helbredsundersøgelser. Et frynsegode eller et check på om du er sund nok til at arbejde her?
- Skal arbejdspladsen kunne tvinge medarbejderne til at deltage i fx rygtræning?
- Hvilke konsekvenser skal der være for medarbejdere, der ikke overholder sikkerhedsregler?

3. Gruppen præsenteres for emnet og to modstridende synspunkter, fx *Medarbejdere med rygbelastende arbejde skal kunne tvinges til at deltage i et rygtræningskursus* og *Det skal være helt frivilligt, om medarbejderne vil deltage i rygtræningskursus*
4. Gruppen deles i to, og hver gruppe får tildelt et af de to synspunkter, som de skal forsvare
5. Hver gruppe vælger en advokat, og gruppen får ca. 15 min. til at forberede alle argumenterne for deres synspunkt
6. Hele gruppen samles, og advokaterne har 5 minutter til at holde deres forsvarstale
7. Herefter kan grupperne i ca. 10 min. stille spørgsmål til hinanden
8. Advokaterne får hver et par minutter til at komme med yderligere argumenter evt. suppleret af gruppen
9. Til sidst stemmes der om, hvilket synspunkt man går ind for. Det behøver ikke være det synspunkt, man har argumenteret for. Alle skal stemme

Debatten kan enten stoppe her, eller det kan aftales, hvordan man på arbejdspladsen vil fortsætte debatten afhængig af, hvad der skal til for at få en beslutning på et godt grundlag.

Træning og uddannelse

Mange sundhedsfremmeindsatser på arbejdspladsen begynder med en konkret aktivitet, som siden kan udvikle sig til en bredere indsats. En gruppe medarbejdere har måske talt sammen om gerne at ville tabe nogle kilo og finder, at det vil være lettere at gøre sammen. Måske bliver der oprettet et decideret slankkursus, og måske går kantinen med på ideen og tilbyder særlige slankeretter eller trimmer hele deres udbud for overflødig fedt.

Aktiviteterne kan være enkeltstående på baggrund af en kortlægning af behovene på arbejdspladsen eller tilbagevendende som en udmøntning af sundhedspolitikken. Konkret kan det være at sætte forskellige sundhedsfremmende aktiviteter i gang som for eksempel:

- Kursus i stresshåndtering
- Rygestophold
- Seniorlivskurser

Aktiviteterne kan med fordel gennemføres som integrerede indsatser. Det kan fx være:

- En gennemgang og forbedring af ergonomiske forhold omkring indretningen af arbejdspladsen samtidig med tilbud om målrettet fysisk aktivitet
- Fokus på det sociale netværk på arbejdspladsen som en del af en motionsaktivitet
- En gennemgang og forbedring af indeklimaet samtidig med udarbejdelsen af en rygepolitik og tilbud om hjælp til rygestop

En mulighed er også uddannelse af nøglepersoner indenfor sundhedsfremmeområderne på arbejdspladsen. At udnævne en person til at koordinere og igangsætte sundhedsfremmetiltag er med til at sikre forankring og integration af områderne livsstil, arbejdsmiljø og socialt ansvar. Ressourcepersoner indenfor fx ergonomi, alkohol og motion kan være med til at sætte fokus på emnet, hjælpe kolleger, stå for aktiviteter og introducere nyansatte.

Miljøændringer og politikker

Hvis en gruppe rygere ønsker at holde op med at ryge, er det en god støtte, når arbejdspladsen tilbyder hjælp til rygestoppet. Men hvis eksrygerne sidder i røgfyldte lokaler, kan det være svært at holde rygestoppet, og der er større risiko for at falde i. Hvis der derimod også ændres i miljøet via en ny rygepolitik, så det ikke længere er muligt at ryge, hvor der arbejdes, vil det understøtte rygestoppet, og risikoen for tilbagefald mindskes.

Eller hvis en gruppe medarbejdere ønsker at være mere fysisk aktive, er det en god støtte, hvis arbejdspladsen kan arrangere motionshold eller give tilskud til motionscenter. Hvis der samtidig ændres på miljøet eller rammerne, så det daglige arbejde automatisk giver mere aktivitet ved, at man fx skal gå til printer og kopimaskine, indfører faste pauser til bevægelse og opfordrer til at tage trappen i stedet for elevatoren, så er der større chance for at det lykkes for medarbejderne at få bevæget sig mere.

Rammerne kan med fordel nedfældes i forskellige politikker – arbejdsmiljø-, sundheds-, personale-, ryge-, senior- og fraværspolitik for blot at nævne nogle eksempler. Optimalt er sundhedspolitikken en samlende politik, der omfatter politikker om livsstil (fx ryge- og kostpolitik), arbejdsmiljø (fx indretning og støj) og socialt ansvar (fx integrations- og seniorpolitik).

Uanset hvilken model, den enkelte virksomhed vælger, er det væsentligt for implementeringen og forankringen af sundhedsfremmeindsatser, at regeldelen i politikkerne understøttes af handlingsplaner.

Nedenfor beskrives kort det grundlag, som hhv. arbejdsmiljøpolitik og personalepolitik hviler på. Desuden beskrives kort de indbyggede sundhedsdefinitioner mm. (Se i øvrigt Bilag II.)

Arbejdsmiljøpolitik

Når det drejer sig om arbejdsmiljøområdet viser tal fra Arbejdstilsynet, at ca. 52% af de danske virksomheder har en skriftlig arbejdsmiljøpolitik.²² Undersøgelsen viser også, at andelen med en arbejdsmiljøpolitik vokser i takt med virksomhedsstørrelsen. Endelig viser undersøgelsen, at omkring 60% af de virksomheder, der har en arbejdsmiljøpolitik, angiver at have udarbejdet handlingsplaner til løsning af kortlagte arbejdsmiljøproblemer.

Når det gælder arbejdsmiljøpolitik er der krav til indholdet, for at en virksomhed kan blive godkendt som Niveau 1 virksomhed ved Arbejdstilsynets tilpassede tilsyn. Virksomhedens arbejdsmiljøpolitik og –strategi skal indeholde tre hovedelementer:

1. En principerklæring fra ledelsen om vigtigheden af arbejdsmiljøet med klare grundlæggende realistiske mål. Det betyder konkret, at alle i virksomheden skal være bekendt med politikken, at det tydeligt skal tilkendegives, hvordan arbejdsmiljøet prioriteres, fx i relation til opfyldelse af produktionsmål, og at politikken skal være formuleret så bredt, at der ikke kun fokuseres på ulykker, men også på nedslidning, trivsel mv.
2. Grundlæggende tilkendegivelse om pligter og opgaver for den øverste ledelse, ledelsesstaben, de ansatte og sikkerhedsorganisationen med henblik på, at alle i virksomheden klart kan se deres rolle i forhold til arbejdsmiljøindsatsen
3. Beskrivelse af de konkrete delmål og aktiviteter, der skal gennemføres for at opfylde målene for arbejdsmiljøarbejdet. Delmål og aktiviteter skal være konkrete og have sammen-

²² Arbejdstilsynet: *Overvågning 2001. Udviklingstendenser i arbejdsmiljøet for de syv visioner i handlingsprogrammet om et rent arbejdsmiljø 2005*. Marts 2003.

hæng med de grundlæggende mål. Aktiviteterne kan være beskrevet i handlingsplanen i virksomhedens APV. Aktiviteterne skal opdateres, såfremt det er nødvendigt, og er der flere geografisk adskilte afdelinger i virksomheden, skal delmål og aktiviteter være opdelt i forhold til disse afdelinger

Arbejdsmiljøloven indeholder et sundhedsbegreb, der sigter på at minimere eller fjerne belastninger fra røg, støj og møg, nedslidning og arbejdsulykker. På den baggrund er der udformet regler, dvs. lovgivning, man kan stille krav om mindsteforanstaltninger og tale på den enkelte virksomhed om arbejdsgivernes og arbejdstagernes rettigheder og pligter i forhold til loven.

Men sundhedsbegrebet i virksomhedernes arbejdsmiljøarbejde er i dag bredere end det, der afspejler sig i arbejdsmiljølovgivningen. Det skyldes blandt andet:

- At virksomhederne af hensyn til kunderne bruger arbejdsmiljøet som konkurrenceparametre
- At virksomhederne bruger et godt arbejdsmiljø til at tiltrække og fastholde medarbejdere
- At de ansatte samtænker det udviklende arbejde og et bedre arbejdsmiljø

Derfor gør virksomhederne også en indsats for arbejdsmiljøet, som ligger ud over arbejdsmiljølovens mindstekrav. Arbejdsmiljøcertificering, arbejdsmiljøledelse og arbejdsmiljøregnskaber er udtryk for dette.

Personalepolitik

Langt de fleste virksomheder har en personalepolitik. Grundlaget for personalepolitikkerne er dels rammeaftaler på arbejdsgivernes og de faglige organisationers niveau, dels aftaler på den enkelte virksomhed mellem arbejdsgivere og arbejdstagere i Samarbejdsudvalget eller Medindflydelsesudvalget.

Personalepolitikker indeholder typisk følgende tre dele:

- en del, der er rettet mod rekruttering, fastholdelse og afskedigelse af personale
- en del, der beskriver personalegoder (især kost og motion)
- en del, der beskriver ”adfærdsregler” i virksomheden, dvs. aftaler, der ikke er lovregulerede, eksempelvis tobak og alkohol

Der er ingen krav til indhold i personalepolitikken eller til kvaliteten af politikkerne, og de tager ofte udgangspunkt i virksomhedernes og medarbejdernes ønsker og behov, og er et resultat af, hvad der har kunnet opnås konsensus om.

Ligesom arbejdsmiljøpolitikkerne har personalepolitikken udviklet sig over årene. Personalegoderne er udviklet fra næsten ingen til mange personalegoder, fx fra frokoststue til kantine, og fra enkeltstående tilbud til mere omfattende tilbud, fx vedr. motion og sociale arrangementer.

Rummeligheden og det sociale ansvar kan handle om sygefraværssamtaler, indførelse af flextid af hensyn til børnefamilier, aftrapningsordninger for ældre medarbejdere, rundbordssamtaler, sociale partnerskabsaftaler med kommunen og integration af marginaliserede. Også dette område har udviklet sig over tid fra fokus på egne medarbejdere til fokus også på udefrakommende, som led i en større samfundsmæssig ansvarstagen fra uformelle og enkeltstående løsninger til omfattende, formelle og skriftlige politikker og ordninger.

Livsstilsdelen af personalepolitikkerne har udviklet sig fra ubevidst stillingtagen til bevidst stillingtagen, fra fokus på enkeltstående livsstilsfaktorer til fokus på det hele menneskes livsstil

samt fra forbud til tilbud, fx fra at alkoholpolitikken blot var et forbud, til at den også er et tilbud om aktivt at hjælpe personer, der har et overforbrug eller er afhængige af alkohol.

Definitionen af sundhed er ofte ikke eksplicit i personalepolitikkerne. Personalepolitikken skal i de fleste tilfælde bidrage til at sikre arbejdspladsens effektivitet og medarbejdernes og ledernes trivsel og udvikling. Det betyder, at sundhedsdefinitionen i personalepolitikken er meget bred og trivselorienteret. Trivsel er i denne forståelse synonym med velvære.

En mere snæver sundhedsdefinition ligger i den del af personalepolitikken, der vedrører kost, motion, alkohol og tobak. Her synes personalepolitikkerne at have overtaget definitionen af sundhed ud fra et risikoperspektiv: Sundhed er lig med, at man ikke ryger, har moderat alkoholindtag, spiser sundt og motionerer tilstrækkeligt. Metoder til at undgå sygdom og for tidlig død er her forebyggelse, dvs. at fjerne eller undgå de nævnte risikofaktorer.

Med indsatsen omkring det rummelige arbejdsmarked tilføjes personalepolitikken yderligere en social dimension. Virksomhedernes sociale ansvar retter sig ofte mod problemer hos den enkelte person på eller udenfor arbejdspladsen for fastholdelse på eller tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Nogle af disse personers situation er karakteriseret ved lange og mange sygdomsperioder, og ved at de oplever social isolation og lavt selvværd.

Virksomhedsstrategi og ledelsesværktøjer

Indenfor personalepolitikken er der i de senere år – i det mindste på de offentlige arbejdspladser – sket en omlægning af styringen af virksomheden fra regelstyring til mål- og rammestyring. Samtidig med denne omstilling og decentralisering af opgaver er der sket en overgang til andre aflønningsformer, fx Ny Løn i det offentlige, som sætter de ansattes kompetencer i fokus.

Konsekvensen af ovenstående er, at personalepolitikken ikke længere kan være et ”ret- og pligt-dokument”, men skal spille op imod og spille sammen med de førnævnte forandringer i virksomhederne. Derfor er det nødvendigt at skabe sammenhæng mellem personalepolitik og virksomhedens overordnede mål i form af virksomhedens mission, dens visioner og mål og værdier, der knytter sig til de opgaver, man skal løse.

Den samme udvikling er sket indenfor arbejdsmiljøet. Såfremt virksomheder ønsker at udvikle arbejdsmiljøet til et niveau, der ligger over lovgivningens krav, kræves visionære målsætninger. Samtidig sker også her en udvikling væk fra regelfokusering til fokusering på værdier og arbejdsgiverens og arbejdstagerens fælles ansvar og interesse i udviklingen af arbejdsmiljøet.

Sundhedspolitikken bør altså stemme overens med virksomhedens mission. Såfremt sundhedspolitikken indeholder visioner og værdier, skal disse naturligvis stemme overens med andre værdier og visioner i virksomheden.

Det kan gøres ved, at indtænke sundhedspolitikken i virksomhedens strategi og i ledelsesværktøjerne. Derved kan der arbejdes med at forandre virksomhedens kultur, så den bliver sundhedsfremmende. Pointen er, at både strategier, politikker, strukturer, kultur m.m. virker som referencepunkter for de ansatte i deres daglige arbejde²³. Jo større sammenhæng mellem strategier, politikker, strukturer og kultur, jo større sammenhæng og mening vil de ansatte opleve, og jo nemmere bliver det for den enkelte at agere hensigtsmæssigt i dagligdagen.

Der kan bl.a. skabes sammenhæng mellem sundhedspolitik og virksomhedskultur ved at arbejde med ledelse ud fra Business Excellence-modellen, også blot betegnet Excellence-

²³ Gareth Morgan, *Images of organization*, SAGE Publications 1997.

modellen. Denne model arbejder ud fra tankegangen om at skabe en sammenhæng mellem de forskellige indsats og resultater i virksomheden. Dermed kommer virksomheden i dyden med årsagssammenhænge mellem handlingerne og outputtet.

Metoderne bag modellen er selvevaluering og benchmarking, dvs. at virksomheden skal område for område evaluere egne indsatser og resultater og derefter benchmarke sig op imod ”de bedste i klassen” for at se, hvor der er udviklingspotentialer. Arbejdet med Excellence-modellen er nemlig en kontinuerlig proces, hvor en selvevaluering med efterfølgende benchmarking fører til handlinger og derefter en ny runde med selvevaluering og benchmarking osv.²⁴

Selvevaluering er en proces, hvor virksomheden vurderer og skaber erkendelse for sin egen tilstand, og det er samtidig et redskab til identificering og prioritering af nødvendige indsatser i virksomheden ud fra et helhedssyn. Virksomhedsbeskrivelsen, der er resultatet, giver overblik over måden, virksomheden gør tingene på.

Gennem en åben og ærlig evaluering af egne indsatser og resultater, kan selvevalueringen medvirke til en organisatorisk læringsproces. Gennem selvevalueringen kan der opnås en hudløs ærlighed internt i virksomheden, der kan styrke selvbevidstheden og medvirke til at bedre kommunikation og åben dialog, bl.a. gennem den fælles terminologi, der opnås gennem arbejdet med Excellence-modellens kriterier. Dialog og debat er de vigtigste redskaber i denne proces og er nøglen til erkendelse.

Benchmarking foregår ved, at man sammenligner egne indsatser og resultater med andre virksomheders indsatser og resultater og derigennem lærer noget om både egne og andres forhold. Formålet med benchmarking er at teste og udfordre sit eget ambitionsniveau, og filosofien bag er, at man forsøger at opnå et grundigt kendskab til sig selv og tage ved lære af de bedste. Kort sagt handler benchmarking om at vurdere sig selv og lære af andre.

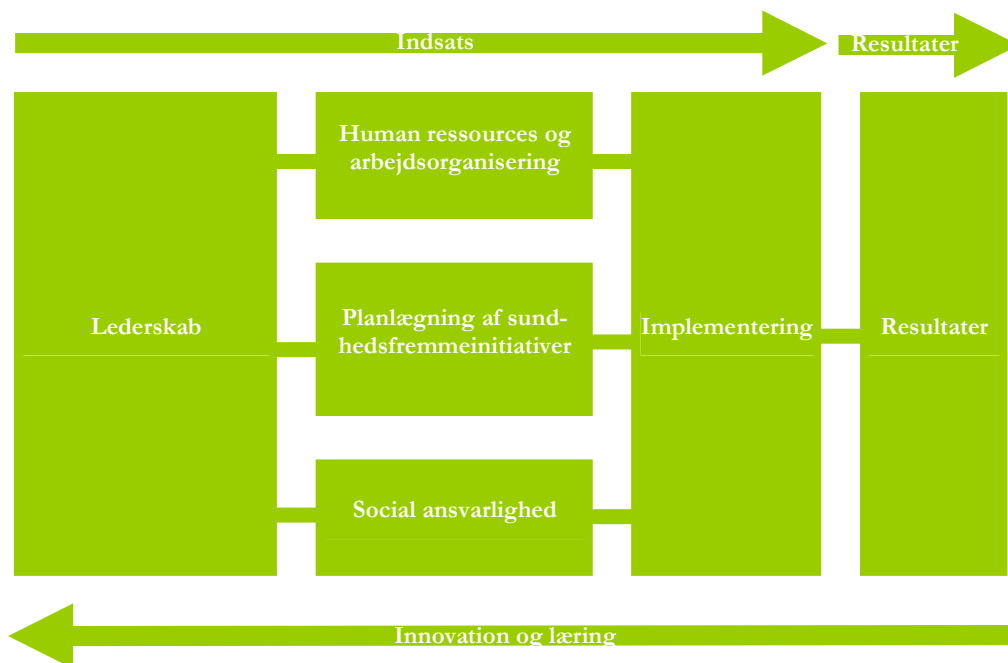
Bløde områder kan være svære at benchmarke, da de er svære at måle på, og det er umuligt at få hele billedet med. Det betyder dog ikke, at man ikke kan evaluere sin egen proces og sammenligne og lære af de andre. Samtidig er det også vigtigt at søge egne veje og udvikle egne metoder og ikke blot fortabe sig i andre virksomheders ideer, der sandsynligvis er udviklet til en helt anden virksomhedskultur.

I hosstående figur er det vist, hvordan sundhedspolitikken kan sammentænkes med Excellence-modellen.²⁵ Tankegangen er, at virksomheder, der ønsker succes med sin sundhedsfremmeindsats, først og fremmest må integrere sundhedspolitikken i ledelsessystemet, ligesom ledelsen må tage ansvar for sundhedsfremme på arbejdspladsen.

Dernæst må man sætte fokus på de menneskelige ressourcer, herunder om de ansatte er uddannede og har de nødvendige kvalifikationer. Under dette punkt hører også spørgsmålet om de ansatte er aktivt involveret i sundhedsfremmetiltagene, i planlægningen af disse og i beslutningerne herom.

²⁴ Se mere om den generelle Excellence-model på www.efqm.org eller www.lederne.dk (under ”ledelse”). Desuden har det europæiske netværk, ENWPH, udviklet dels en kvalitetsmodel vedr. sundhedsfremme på arbejdspladsen og en spørgeguide til selvevaluering. Begge kan downloades fra www.enwhp.org, og begge vil blive oversat i løbet af efteråret/vinteren 2004 til dansk af Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen.

²⁵ *Quality Criteria of Workplace Health Promotion*. Essen 1999: European Network for Workplace Health Promotion.



Planlægningen af sundhedsfremmeinitiativerne baserer sig på, at virksomheden har en klar opfattelse og definition af sundhedsfremme på arbejdspladsen. Dette koncept skal jævnligt revideres og fornyes, ligesom det skal formidles til alle i organisationen. Den sociale ansvarlighed retter sig både mod spørgsmål om bæredygtighed og om virksomhedens vilje til at påtage sig et samfundsmæssigt ansvar.

Implementeringen af sundhedsfremme på arbejdspladsen inkluderer spørgsmål om forankring af initiativer i styregrupper, uddannelse af tovholdere og andre ansvarlige, informationsformidling internt i virksomheden og erfaringsopsamling via evalueringer mm.

Det sidste element i modellen handler om resultaterne af sundhedsfremme. Resultaterne måles både på langt, mellemlangt og kort sigt, og i forhold til hhv. virksomhedens og de ansattes gevinster ved at deltage i sundhedsfremmeprojekter.

Den dynamik, det kan skabe, ligger i samspillet mellem de enkelte områder, og der vil derfor være fare for fragmentering af arbejdet, hvis man dropper helhedsperspektivet – hvilket jo præcis er det, man ser mange steder i dag, hvor sundhedsfremme ikke tænkes integreret med dels arbejdsmiljø og virksomhedernes sociale ansvar, dels integreret med virksomhedens mission, visioner og værdier.

Del

2

5. Sundhedspolitikens elementer

I første del af denne manual har vi set på sundhedsfremme bredt. Vi har set på, hvad begrebet indeholder, når vi taler om det integrerede sundhedsfremmebegreb, og vi har set på forskellige metoder til fremme af sundheden i virksomhederne.

I denne del af manualen skal vi beskæftige os mere indgående med ét værktøj, nemlig et redskab til formulering og indførelse af sundhedspolitikker på arbejdspladser. En mindre del af de danske virksomheder har en sundhedspolitik, men det kan konstateres, at efterspørgslen er stigende. Kun et fåtal af de vedtagne sundhedspolitikker er integrerede, dvs. forsøger at samle arbejdsmiljø- og personalepolitikken.

I dette afsnit defineres først en sundhedspolitik. Dernæst gennemgås elementerne i en sundhedspolitik.

Definitioner og fordele ved en sundhedspolitik

Vi definerer sundhedspolitik som rammer og retningslinier for, hvordan virksomheden vil arbejde med sundhedsfremme på arbejdspladsen

En sundhedspolitik bidrager til at fremme medarbejdernes sundhed, trivsel og arbejdsglæde og er med til at skabe en sund ramme på arbejdspladsen. Det gælder om at skabe en vind-vind situation for både virksomhed, de ansatte og samfundet.

Konkret kan fordelene ved at udforme en sundhedspolitik være flere:

- Selve processen med at få udformet sundhedspolitikken sætter fokus på sundhed og kan starte eller støtte en positiv udvikling for den enkelte og arbejdspladsen
- Arbejdet med sundhedspolitikken kan være med til at engagere den enkelte medarbejder og dermed være med til at forankre sundhedsfremmearbejdet på virksomheden
- Arbejdspladsens holdninger og tiltag i forhold til sundhedsfremme synliggøres
- Sundhedspolitikken gør det muligt at koordinere de indsatser, der allerede er og skabe større sammenhæng i disse. Derved kan man udnytte sine ressourcer bedre
- Der sikres større integration mellem arbejdsmiljø, livsstil og det sociale ansvar
- En sundhedspolitik kan give PR både internt og eksternt og dermed være med til at fastholde og tiltrække medarbejdere

- Politikken kan bruges som konkurrenceparameter i forhold til andre virksomheder indenfor samme branche eller i forhold til virksomheder, der konkurrerer om medarbejdere med samme uddannelses- og kompetenceprofil
- En god sundhedspolitik kan have samfundsmæssig betydning, fx ved at forbedre folkesundheden og nedsætte sygefravær og udstødning
- For den enkelte medarbejder kan fordelene være, at arbejdspladsen forholder sig aktivt til den enkeltes sundhed og trivsel

Der er især tre situationer, hvor det er en god idé at overveje at udforme en integreret sundhedspolitik.

1. **Når virksomheden har gjort sig erfaringer med konkrete aktiviteter.** Virksomheden har gennem en længere periode afprøvet forskellige sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, fx rygestopkurser eller Personlige sundhedsprofiler. Desuden har den en række politikker på forskellige områder. Nu er der basis for at koordinere, hvad der foregår i forvejen og samtidig formulere en fremadrettet målsætning for det samlede arbejde. Fokus er på, hvad virksomheden mangler af emner i sundhedspolitikken, og hvordan der kan findes en samlet overordnet målsætning
2. **Når virksomheden ønsker et yderligere strategisk løft til udviklingen af virksomhedens indsats.** Virksomheden har en række personalepolitikker, der måske ikke har været revideret igennem en årrække. Den påtænker desuden at blive arbejdsmiljøcertificeret. Fokus er at samle og opdatere det hele i en sundhedspolitik
3. **Når virksomheden er nystartet.** Virksomheden er ny og ønsker at skabe en overordnet ramme for de forskellige personalemæssige politikker

Elementer i en sundhedspolitik

Sundhedspolitikken bør bestå af følgende elementer:

1. Virksomhedens definition af sundhed og sundhedsfremme på arbejdspladsen, og af hvordan livsstilsområdet hænger sammen med arbejdsmiljø og virksomhedernes sociale ansvar
2. Formålet med sundhedspolitikken og de værdier, der søges fremmet eller understøttet med politikken, herunder sammenhængen mellem sundhedspolitikken og virksomhedens overordnede mission, vision og øvrige værdigrundlag
3. Konkrete mål og handlinger til implementering af målene
4. Forankring organisatorisk og indholdsmæssigt, herunder også ressourcer – mandskab og penge – til indsatsen
5. Evalueringstidspunkter og –metoder, herunder hvornår politikken skal tages op til drøftelse, evt. fornyelse og justering

De formelle krav, der kan stilles til en arbejdsmiljøpolitik, jf. side 39, mener vi er dækket ind, hvis virksomheden i sin sundhedspolitik indarbejder de ovenfor nævnte elementer.

De fem punkter uddybes nedenfor med undtagelse af definitioner på sundhed og sundhedsfremme. De er behandlet i indledningskapitlet. (Se desuden Bilag I.)

Formålet med sundhedspolitikken

Det andet element i sundhedspolitikken er en beskrivelse af sundhedspolitikens formål. Formålet er ofte forskelligt fra den ene virksomhed til den anden. Derfor er det et af de punkter, hvor konsulenten, der rådgiver virksomheden, har til opgave at igangsætte en dialog i virksomheden.

Nedenstående er et forslag til formål for en sundhedspolitik, som baserer sig på, hvad man kan opnå ved at sætte fokus på sundhed på arbejdspladsen. Formålet med arbejdspladsens sundhedspolitik er:

- At sikre en helhedsorienteret aktiv indsats, der integrerer arbejdsmiljø, livsstil og arbejdspladsens sociale ansvar
- At synliggøre virksomhedens overordnede holdning til fremme af sundheden blandt de ansatte
- At fremme sundhed, trivsel og arbejdsglæde blandt de ansatte

Det er dermed også sagt, at en sundhedspolitik ikke alene kan have som sit formål at reducere sygefravær. I så fald er der ikke tale om en sundhedspolitik, men om noget, der hører hjemme i en fraværspolitik.

Konkrete mål og handlingsplaner

En sundhedspolitik skal munde ud i konkrete mål og handlingsplaner. Gør den ikke det, er der risiko for, at sundhedspolitikken bliver abstrakt og fjern for de ansatte og ender med at blive en papirtiger i stedet for et aktivt redskab til at udvikle livsstil, rummelighed og arbejdsmiljø i virksomheden.

En måde at arbejde med konkrete mål er at gøre dem SMARTe. Det vil sige, at de skal være **S**pecifikke, **M**ålbare, **A**ccepterede, **R**ealistiske og **T**idsfaste. (Se eksempel.)

Et af formålene i en virksomheds sundhedspolitik kan være at flere får mulighed for at spise sundere, og at flere spiser frokost hver dag. SMARTe mål til at nå formålet kan være:

- Om 6 måneder er ny frokoststue indrettet med plads til alle ansatte
- Om 6 måneder er al kantinepersonalet efteruddannet
- Om 6 måneder er udbuddet i kantinen blevet sundere efter retningslinier i madpolitikken

Dernæst skal der udarbejdes en handlingsplan for opfyldelse af målene. Planen kan bestå af følgende:

- | | |
|------------------|--|
| Indsatsområder | - hvilke indsatser skal der til for at opnå formålet? |
| Milepæle | - hvilke delresultater er der i forløbet?
- hvilke mål skal nås undervejs i forløbet? |
| Ressourcer | - hvor mange mandetimer, og hvor mange penge kan afsættes? |
| Aktiviteter | - hvad gør vi, i hvilken rækkefølge og hvornår? |
| Ansvarsplacering | - hvem gør hvad og hvornår? |

For at realisere målene udarbejdes en handlingsplan, hvor målene omformuleres til indsatsområder. Se eksemplet i skemaet nedenfor, som er en handlingsplan for implementering af madpolitikken.

Indsats-område	Milepæl [dato]	Milepæl [dato]	Milepæl [dato]	Milepæl [dato]	Resultat [dato]
Indretning af frokoststue Ansvarlig: HJ	Tilbud fra to møbelleverandører er valgt og leverandør besluttet	Koncept for indretning er gennemført	Alle ledere er informeret om arbejdspladsens ønske om at alle går i frokoststuen	Indvielse af frokoststuen med efterfølgende betalt frokost	90% af alle spiser deres frokost i frokoststuen
Sundere udbud af mad Ansvarlig: KK	Uddannelse af kantined medarbejdere er gennemført		Gennemgang af leverandører og evt. nye er valgt	Udvalget er ændret efter den nye kostpolitik	70% af alle køber mad i frokoststuen
Pausekultur Ansvarlig: FB	Information fra ledelsen om holdning til at holde pauser er udsendt			Der er afholdt personalemøde/event i frokoststuen med efterfølgende betalt frokost	90% af alle ansatte holder frokostpause dagligt

Hver aktivitet i planen skal dernæst uddybes yderligere og med angivelse af, hvem der gør hvad, for at aktiviteten kan gennemføres.

Forankring

Forankring betyder, at sundhedsfremmearbejdet, som en konsekvens af sundhedspolitikken, er gået i drift. Forankringen skal ske på flere niveauer, nemlig vedr. organisation, ressourcer og indhold.

Organisatorisk forankring består først og fremmest I at beskrive politikken, hvor den så at sige hører hjemme: Er det samarbejdsudvalget, sikkerhedsorganisationen, medindflydelsesorganet, eller har man sågar et sundhedsudvalg, hvorunder politikken sorterer?

For det andet skal det indarbejdes i det pågældende udvalgs arbejdsplan, at sundhedspolitikken sættes på dagsordenen med på forhånd bestemte tidsintervaller.

Ressourcemæssig forankring handler om, at der skal være ressourcer til selve vedligeholdelsen af politikken og dernæst må der være ressourcer til de aktiviteter, der er beskrevet i handlingsplanerne. Man kan vælge at udpege en tovholder for sundhedspolitikken. Vedkommende kan fx have udførende og koordinerende opgaver i forbindelse med implementering af politikken og bliver derved fremdriftsansvarlig.

Det tredje punkt, sundhedspolitikken kan forankres på, er det indholdsmæssige. Det kan gøres ved at gennemføre debattmøder for at sætte fokus på sundhedsfremme generelt eller ved andre initiativer, der søger at skabe motivation og engagement hos de ansatte til at deltage i aktiviteter, der fremmer sundheden. Derigennem bidrages også til, at sundhedspolitikken implementeres. Det indholdsmæssige kan endvidere forankres ved at føre succesfulde aktiviteter over i drift fx som fast tilbud om hjælp til rygestop, faste motionshold, faste kursustilbud i forhold til fx dansk, edb og stresshåndtering.

Evaluering og monitorering

Når virksomheder indfører sundhedspolitik, kan man ikke forvente, at de gør det bare for medarbejdernes blå øjnes skyld. Man må forvente, at virksomheden ønsker, at resultaterne og

effekterne af sundhedspolitikken skal komme tilbage til virksomheden. Resultaterne skal ikke bare være en gevinst for den enkelte medarbejder, men også komme arbejdspladsen, herunder kollegerne, til gode. Desuden vil man se, at arbejdspladsen udvikler sig, og sundhedspolitikken skal tilpasses denne udvikling. Derfor skal der ske en systematisk opfølgning.

Uanset, hvordan man evaluerer og monitorerer sundhedspolitikken, er det væsentligt, at man måler på følgende overordnede parametre:

- Hvad har vi fået ud af det? Opgørelse af resultater og effekter af indsatsen
- Hvad har vi gjort? Beskrivelser af handlinger og konkrete tiltag, der er gennemført, herunder også beskrivelser af den organisation, der er opbygget
- Hvad ville vi? Vurdering af, om visionen og målsætningerne er realiseret

Gør man dette, er der mulighed for at opsamle erfaringer med politikken og løbende justere.

I mange tilfælde er det ikke nødvendigt at gentage en større, bredere kortlægning for at evaluere og monitorere virksomhedens indsats indenfor sundhedspolitikken. Det kan være fuldt tilstrækkeligt at se på de væsentligste indikatorer.

6. Sundhedspolitikens faser

Tilblivelsen af en sundhedspolitik tager tid. Jo større involvering af både ledelse og medarbejdere, jo større sandsynlighed er der for et godt resultat. Målet er, at politikken afspejler virksomhedens holdninger og visioner, og at den bliver ført ud i livet og forankret. Desuden skal man tænke sundhedspolitik som et dynamisk værktøj, der udvikles med tiden.

Derfor er det også vigtigt, at virksomheden udarbejder sin egen sundhedspolitik, og ikke blot kopierer en anden virksomheds eller får en konsulent til at udarbejde nogle fine formuleringer. Ved at tage udgangspunkt i den enkelte virksomheds kultur, mission med mere i diskussionen af værdier og mål med politikken, får virksomheden automatisk en unik politik.

Den færdige politik er resultatet af en proces, hvor følgende processer bør ligge til grund:

- Alle medarbejdere og ledere har været inddraget, fx ved at udpege repræsentanter, eller ved at sikkerheds- og/eller samarbejdsorganisationen er forankringspunktet for politikken, både mens den udarbejdes og bagefter
- Der er arbejdet med værdier og holdninger, fx vedr. den enkeltes ansvar og virksomhedens, forholdet mellem privatliv og arbejdsliv, forholdet mellem holdninger og handlinger
- Det er diskuteret, hvad man i virksomheden forstår ved sundhed, og man har en forståelse af, hvordan livsstil, arbejdsmiljø og virksomhedernes sociale ansvar hænger sammen. Diskussionerne kan være foretaget via de udpegede repræsentanter, i fokusgrupper, ved interviews eller ved afdelingsmøder
- Der er også taget stilling til, hvordan politikken skal formidles til alle, og hvordan man følger op jævnlige, så forankringen og den videre udvikling er sikret

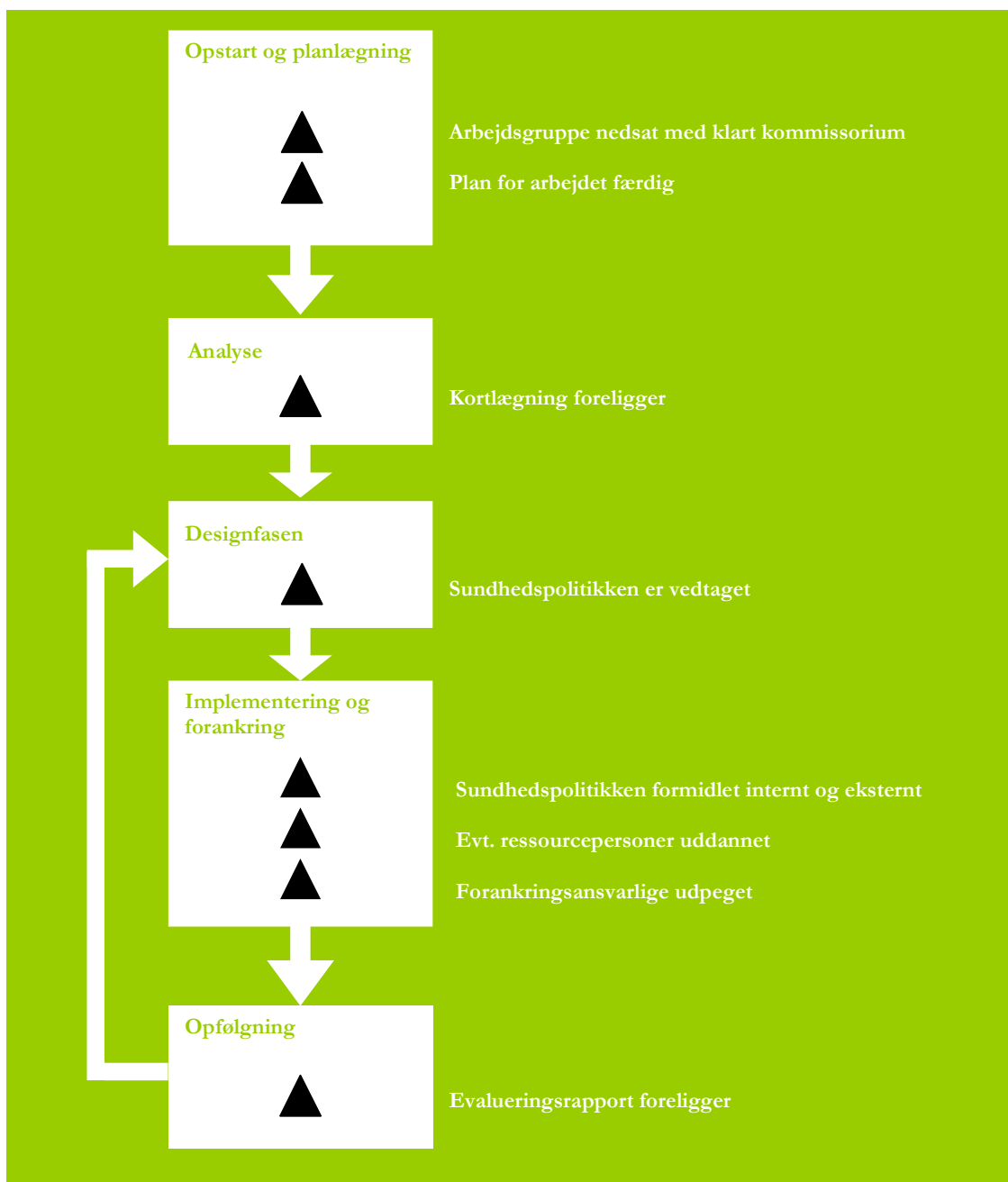
Processen forløber i flere faser, som vil blive gennemgået nedenfor. Figuren øverst på næste side illustrerer forløbet, herunder også at den første sundhedspolitik ikke bør være den sidste, idet sundhedspolitikken skal revideres og tilpasses med mellemrum.

Såvel opdeling som indhold i faserne skal læses som en skabelon. Det betyder, at det er en god idé at følge opskriften, men det kan sagtens lade sig gøre at indføre en velfungerende sundhedspolitik på andre måder.

Opstarts- og planlægningsfasen

Anledningen til at ville udarbejde en sundhedspolitik kan være mange. Beslutningen tages ofte i samarbejdsudvalget eller i sikkerhedsorganisationen, eller endnu bedre, i begge organisationer.

En del af beslutningsgrundlaget kan være, at virksomheden har undersøgt andre virksomheders erfaring med en sundhedspolitik. Erfaringerne kan både være fordele og ulemper, ge-



vinster og uheldige konsekvenser, og herunder en undersøgelse af det økonomiske udbytte af en sundhedspolitik. En anden del af beslutningsgrundlaget kan være en status på, hvordan man hidtil har arbejdet med livsstil, arbejdsmiljø og socialt ansvar, og hvilke resultater og erfaringer, det har givet.

Desuden bør der formuleres et klart mål for arbejdet med politikken (ikke et mål for sundhedspolitikken, men for *arbejdet* med politikken). Øvrige rammer for arbejdet skal også fastlægges.

Virksomheden må dernæst nedsætte en arbejdsgruppe. Den kan bestå i repræsentanter fra såvel ledelse som medarbejdere i virksomheden. Mindst én af ledelsesrepræsentanterne bør være en person, der også har en kompetence til beslutninger vedr. sundhedsfremme på arbejdspladsen.

I øvrigt kunne det være en idé, at gruppen også består af repræsentanter fra de forskellige faggrupper i virksomheden. Et forslag kan være at give plads til både skeptikerne og ildsjælene i arbejdsgruppen. Desuden kan personale- eller human ressourceafdelingen være repræsenteret – eller evt. blot tilforordnet.

Arbejdsgruppen skal have et kommissorium for arbejdet, og der skal afsættes midler og lægges en tidsplan, herunder også tidspunkter for tilbagerapportering til ledelse og til samarbejds- og sikkerhedsorganisationerne.

Desuden bør man allerede på dette tidspunkt gøre sig overvejelser om, hvordan sundhedspolitikken forankres på sigt. Hvor skal den organisatorisk ”hægtes op”, og hvilke ressourcer – både personalemæssige og kroner og ører – skal der afsættes, så politikken også kan realiseres?

Milepæle

Arbejdsgruppe nedsat, kommissorium for gruppen vedtaget og plan for gruppens arbejde fastlagt.

Analysefasen

Med et klart kommissorium og en plan for det videre arbejde er arbejdsgruppen klar til at gå i gang med den nødvendige kortlægning og analyse. Det kan være relevant at afdække

- virksomhedens øvrige politikker og strategier, som sundhedspolitikken skal passes sammen med
- virksomhedens værdier og holdninger vedr. sundhed
- de ansattes ønsker og værdier vedr. sund-

Konsulentens rolle

- kan være at stille spørgsmål til rekvirenten omkring anledningen til at ville have en sundhedspolitik, hvad de hidtil har gjort eller har af andre politikker og hvilke forventninger de har. Det gør at rekvirenten bliver klar på vision og formål med at få en sundhedspolitik
- kan være at rådgive omkring sammensætning af en arbejdsgruppe herunder hvilke kompetencer der er brug for
- at stille spørgsmål til arbejdsgruppens kommissorium: afgrænsning af opgaven, årsager til at virksomheden vil have en sundhedspolitik og mulige målsætninger for samme, hvordan skal arbejdsformen være (hvilke roller har de implicerede, hvor tit skal de mødes) og hvilke metoder vil de bruge i arbejdet samt mulige faldgruber vedr. processen, vedtagelsen og implementeringen af sundhedspolitikken. Jo bedre arbejdsgruppen kommer omkring disse punkter og får taget stilling eller afdækket spørgsmålene, jo bedre grundlag er der for at udføre et stykke arbejde der resulterer i en sundhedspolitik, som vil blive vedtaget og forankret i virksomheden
- at spørge til hvad der er afsat af ressourcer
- at spørge til tanker om den fremtidige forankring

Konsulentens rolle

- kan være at styre processen i drøftelserne internt i arbejdsgruppen eller på debatmøder i virksomheden
- kan være eksperten med råd om formidlingen og inddragelsen af medarbejderne
- udførende ved for eksempel at gennemføre Personlige Sundhedsprofiler eller anden kortlægning eller deltage i debatmøde med oplæg om sundhedsfremme og sundhedspolitik

hedspolitik

- muligheder for partnerskaber, fx med kommunen vedr. arbejdsprøvning
- status over virksomhedens sundhed og arbejdsmiljø

Det sidste er især vigtigt, hvis virksomheden har til hensigt at monitorere og måle effekten af sundhedspolitikken. Den første status kan da fungere som en baseline.

Kortlægningen kan ske ved udarbejde en Arbejdspladsens Sundhedsprofil eller at udvide Arbejdspladsvurderingen med spørgsmål om livsstilsområdet og det sociale ansvar. Brug af spørgeskema er egnet ved disse kortlægningsmetoder. Man kan også gøre status ved at udarbejde Personlige Sundhedsprofiler¹. Det er også en mulighed for at benytte nogle af indekserings- og regnskabsmodellerne: Det sociale indeks eller arbejdsmiljøindekset.

I arbejdet med disse punkter bør arbejdsgruppen i så høj grad det er muligt, inddrage de ansatte og i øvrigt sørge for åbenhed, og en bred debat om vigtige overordnede spørgsmål vedr. sundhedspolitikken.

Milepæl

Kortlægning af relevante områder foretaget.

Designfasen

På baggrund af analysen og de tilbagemeldinger der i øvrigt er kommet fra debatmøder eller lignende, udarbejder arbejdsgruppen nu forslag til en sundhedspolitik. En del af politikken er handlingsplaner der skal til for at realisere målene i politikken. Handlingsplanerne skal være konkrete med tidsplaner og økonomi. Når udkastet til politik er færdigt, kan det være en idé at læse andre virksomheders sundhedspolitikker som tjekliste for ens eget udkast.

Alt efter den hidtidige proces – hvor meget ledelse og medarbejdere i øvrigt er informeret og inddraget – kan arbejdsgruppen vælge at sende forslaget til debat blandt alle, inden det sendes til vedtagelse i samarbejdsudvalget.

Denne fase slutter med at sundhedspolitikken vedtages i samarbejdsudvalget, herunder med en beslutning om, hvornår politikken skal gælde fra.

Milepæl

Sundhedspolitik vedtaget gældende fra given dato.

Konsulentens rolle

- kan være som proceskonsulent at stille nysgerrige og anerkendende spørgsmål til indholdet både af forståelsesmæssig karakter og i forhold til om der nogle områder, der mangler at blive taget stilling til
- kan være eksperten med råd om inddragelsen af medarbejderne og formidlingen af politikken når den er vedtaget

¹ Beskrivelser af Arbejdspladsens Sundhedsprofil og Personlig Sundhedsprofil kan downloades fra www.ncsa.dk

Implementerings- og forankringsfasen

I denne fase skal den vedtagne sundhedspolitik formidles til alle i virksomheden. Det kan fx ske på et personale-møde, afdelingsmøde eller lignende, hvor ledelse og medarbejdere er samlet. Det kan også ske skriftligt, alt efter hvad der er kutyme for i virksomheden. Sundhedspolitikken kan være tilgængelig, fx på intranettet eller andet steds, hvor virksomhedens politikker vises og kan være en del af introduktionsprogrammet for nyansatte.

Eksternt kan virksomheden vælge at orientere samarbejdspartnere, løst tilknyttet personale og evt. pressen – alt efter hvad formålet er med at have en sundhedspolitik.

Såfremt det er nødvendigt at uddanne udvalgte ledere og medarbejdere, sker dette også i denne fase. Det kunne være supplerende af Arbejdsmiljøuddannelsen med moduler om livsstilsemner, forebyggelse og sundhedsfremme.

Det bør fremgå af sundhedspolitikken, hvor og hvordan den forankres.

Konsulentens rolle

- kan være at rådgive om informationskanaler
- kan være at deltage på møde hvor politikken præsenteres til at svare på afklarende spørgsmål fra deltagerne om processen eller udmøntningen af indholdet

Milepæle

Sundhedspolitikken er formidlet internt og eksternt, evt. ressourcepersoner er uddannet, og personer eller udvalg er udpeget som forankringsansvarlige.

Opfølgingsfasen

Når sundhedspolitikken er vedtaget og implementeret, følges der op på politikken med jævne mellemrum. Tidspunkterne herfor fremgår også af politikken. Men det sker almindeligvis en gang årligt.

Desuden kan det være en værdi i arbejdet med sundhedspolitikken, at der skal ske løbende udvikling. Virksomheden skal udvikle sig. Der skal med andre ord udformes planer, der til stadighed fornyer og udvikler sundheden i virksomheden.

Konsulentens rolle

- kan være at stå for selve evalueringen

Til evaluering kan anvendes de samme værktøjer, som er anvendt i forbindelse med analysefasen af sundhedspolitikken, dvs. arbejdspladsens sundhedsprofil, APV, arbejdsmiljøindeks, socialt indeks, trivselsundersøgelser, personlige sundhedsprofiler og sygefraværsundersøgelser. Man gennemfører med andre ord en før- og efter-undersøgelse.

Det kan være en god idé med en ekstern evaluering, hvis det handler om evaluering af organiseringen af sundhedspolitikken samt effektmåling – det gør troværdigheden større. Men hvis det drejer sig om procesevaluering af arbejdet med at udforme og implementere en sundhedspolitik kan en intern evaluering som regel fungere fint.

Milepæl

Sundhedspolitikken er evalueret.

Bilag I: Definitioner og begrebsafklaringer

I dette bilag findes en liste med relevante begreber og definitioner i forhold til sundhedspolitik på arbejdspladsen. Listen er langt fra komplet, men kan anvendes som inspiration til videre studier.

Behandling, forebyggelse og sundhedsfremme – ligheder og forskelle¹

	Mål	Hovedaktør/ Relation	Følelse	Tankegang	Forklaringsramme
Behandling	Rask (fjerne sygdom)	Ekspert/Top-down	Frygt	Risikotænkning	Bio-medicinsk
Forebyggelse	Rask (fjerne sygdom)	Ekspert/Top-down	Frygt	Risikotænkning	Socialmedicin (sundhedsbrøk)
Sundhedsfremme	Sundhed (vitalitet og handlekompetence)	Borger/bottom-up	Håb	Muligheds- tænkning	Dynamisk sund- hedsbrøk

Aspekter af sundhed²

Fysisk sundhed:	Kroppens mekaniske funktioner
Mental sundhed:	Evnen til at tænke klart og sammenhængende
Følelsesmæssig sundhed:	Evnen til at genkende følelser som frygt, sorg, glæde og vrede og til at give disse følelser passende udtryk
Social sundhed:	Evnen til at knytte og fastholde forhold til andre mennesker
Åndelig sundhed:	Evnen til at finde midler til at opnå indre fred

Livskvalitet³

Hvis vi betragter sundhedsbegreber som redskaber, der som del af denne praksis, giver deltagerne bedre ”greb” om de opgaver og konflikter der løses her, må livskvalitet som nyt sundhedsbegreb bl.a. rette fokus mod at overskride den uløste konflikt mellem objektive og subjektive vurderinger.

¹ Torben K. Jensen & Tommy J. Johnsen: *Sundhedsfremme i teori og praksis, en lære-, debat-, og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser*. Philosophia 2000 eller 2002, p 100.

² Jette Kingod & Jørgen Vogensen: *Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 1998 – Erfaringer og muligheder*, Det danske netværk for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, Arbejds miljøinstituttet 1998, p. 40.

³ Uffe Juul Jensen et. al.: *Forskelle og Forandring, bidrag til humanistisk sundhedsforskning* 1996: Philosophia, p.157.

Mental sundhed⁴

Fravær af mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser.

Forebyggelse⁵

Primær forebyggelse: Beskyttelse af sundheden ved hjælp af personlige og samfundsmæssige tiltag

Sekundær forebyggelse: Tidlig diagnostik og indgriben

Tertiær forebyggelse: Revalidering og genoptræning

Forebyggelse⁶

Den foranstaltning eller proces, hvorved et bestemt uønsket fænomen forhindres, hæmmes eller reduceres.

Profylakse⁷

Primær: Indsats for at mindske risikoen for, at sygdom overhovedet optræder *eller* indsats for at forbedre livskvalitet, at ændre sociale institutioner og at hjælpe samfundet til at tolerere større tilpasningsvariationer.

Sekundær: Indsats for at finde symptomer og sygdomme i tidlige stadier for derved at afkorte sygdomsforløb eller medvirke til at bedre prognose, *eller* indsats for at hjælpe enkeltpersoner eller familier med at mindske virkningen af stress og for at hjælpe med at forudse problemer for sårbare dele af befolkningen.

Tertiær: Indsats for at forhindre tilbagefald af sygdom og forhindre kroniske tilstande, herunder funktionsnedsættelse som følge af sygdom. Forebyggelsesbegrebet udvides i retning af revalidering. Kaldes af nogle for en god, tidlig behandlingsindsats. Ligger som regel uden for det traditionelle forebyggelsesbegreb.

Sundhed⁸

En tilstand af komplet fysisk, mental og social trivsel, ikke blot et fravær af sygdom eller svagelighed.

Sundhed⁹

En tilstand hvor organismen fungerer optimalt uden tegn på sygdom eller afvigelser.

⁴ Jette Kingod & Jørgen Vogensen: *Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 1998 – Erfaringer og muligheder*, Det danske netværk for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, Arbejdsmiljøinstituttet 1998, p. 39.

⁵ Jette Kingod & Jørgen Vogensen: *Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 1998 – Erfaringer og muligheder*, Det danske netværk for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, Arbejdsmiljøinstituttet 1998, p. 42.

⁶ Finn Kamper-Jørgensen & Gert Almind: *Forebyggende Sundhedsarbejde*. København 1998: Munksgaard, p. 33.

⁷ Finn Kamper-Jørgensen & Gert Almind: *Forebyggende Sundhedsarbejde*. København 1998: Munksgaard, p. 30-31

⁸ WHO i Jette Kingod & Jørgen Vogensen: *Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 1998 – Erfaringer og muligheder*, Det danske netværk for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, Arbejdsmiljøinstituttet 1998, p. 39.

⁹ Webster i Jette Kingod & Jørgen Vogensen: *Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 1998 – Erfaringer og muligheder*, Det danske netværk for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, Arbejdsmiljøinstituttet 1998, p. 39.

Sundhed¹⁰

Sundhedsbegrebet kan ikke defineres præcist, men der kan anlægges forskellige perspektiver på sundhedsbegrebet afhængigt af, hvilke elementer, man vælger at vægte i sin definition eller i sin konkrete praksis. Desuden er sundhedsbegrebet foranderligt, idet betydningen af sundhed afhænger af tid, sted og kultur. Følgende perspektiver, som en del af mange, kan anlægges på begrebet sundhed:

- Sundhed som fravær af sygdom
- Sundhed som fysisk, psykisk og socialt velbefindende
- Sundhed som kraft og styrke
- Sundhed som oplevelsen af godt helbred og livskvalitet
- Sundhed som trivsel og velvære

Sundhedsbegrebets kulturelle betydninger¹¹

Idealtipe I: At sundhed er et mål betyder, at sundhed har en iboende værdi, idet man ikke adskiller et godt liv fra et sundt liv; sundhed er i fokus som et mål i sig selv – livets mening. Sundhed er livskvalitet og velvære og fylder meget i hverdagen. Konkret kan der være tale om bevidst at dyrke/vedligeholde/passe på sin krop på forskellig måde, at leve sundt og ikke drikke over de anbefalede ugentlige genstandsgrænser.

Idealtipe II: At sundhed er et middel betyder, at sundhed har en instrumentel værdi, idet man gennem det at leve sundt kan opnå noget andet, som har værdi for en, fx at undgå sygdom, leve længere eller fungere bedre i sin hverdag. Det vil sige, at enten helbredet eller funktionsniveauet er i fokus. Konkret kan der være tale om at leve sundt i de perioder af livet, hvor man føler, man magter sine daglige gøremål på grund af fx et overdrevent alkoholforbrug; eller at man generelt i sin hverdag blot forsøger at fungere fysisk tilfredsstillende for at kunne udføre de daglige gøremål.

Idealtipe III: At sundhed hverken er mål eller middel betyder, at sundhed ingen selvstændig værdi har, idet man ikke tænker bevidst på sin sundhed, fordi andre forhold i hverdagen er i fokus. Konkret kan der være tale om afvisning af sundhedsvæsenets gode råd, fordi man ikke kan identificere sig med fokusering på sygdomme og sundhed. Man har sit fokus andre steder og er enten ubekymret eller ureflekteret. Konkret kan der være tale om at afvise sundhedsvæsenets råd om at holde styr på sit alkoholforbrug med, enten at man har familie, som er blevet 100 år og som altid har drukket meget, eller at man skal leve livet, mens man har det.

Sundhedsbrøken¹²

Menneskets kræfter i forhold til miljøets skadelige påvirkninger.

¹⁰ DSI: *Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsvæsenet*, Institut for Sundhedsvæsen, 1999. p. 29-31.

¹¹ DSI: *Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsvæsenet*, Institut for Sundhedsvæsen, 1999. p. 31-32.

¹² Finn Kamper-Jørgensen & Gert Almind: *Forebyggende Sundhedsarbejde*. København 1998: Munksgaard, p. ?.

Sundhedsfremme¹³

En proces der sætter mennesker i stand til at øge kontrollen over og forbedre deres sundhed.

Sundhedsfremme¹⁴

Handler om alt fra den daglige omgangstone til måden, man arbejder på.

Sundhedsfremme¹⁵

Markerer den proces, hvor sundheden stimuleres ved træning, aktivering, organisering og lignende positive foranstaltninger, der styrker sundheden og livskvaliteten hos individ, gruppe og samfund.

Sundhedsfremme¹⁶

- som en del af primær forebyggelse: Sundhedsfremme er blevet opfattet som en del af den primære forebyggelse, hvis mål er at forhindre, at sygdom opstår, og at sundhed bevares. Primær forebyggelse og/eller sundhedsfremme rettes mod de raske og har i denne betydning et sygdomsorienteret udgangspunkt, med mindre det drejer sig om systemændringer, som oftest ligger uden for sundhedsvæsenets regi, og som har til hensigt at skabe bedre rammer for menneskers liv.
- som fremme af helbred og livskvalitet: Sundhedsfremme opfattes i denne definition som bredere initiativer, der fremmer både helbred og livskvalitet set i relation til de rammer, som den enkelte lever indenfor i sit daglige liv. Sundhedsfremme er en proces, hvor man øger den enkeltes mulighed for og lyst til at leve et sundt liv. Sundhedsfremme handler således både om at holde folk raske og at medvirke til at forøge menneskers ressourcer og evner til at klare belastninger og udfordringer både i relation til sygdom og i relation til hverdagslivet. Opnåelse af livskvalitet kædes sammen med både det at være rask og det at have gode sociale netværk og uddannelse.
- som fremme af positivt selvbillede og overskud: Sundhedsfremme er også blevet opfattet som initiativer, der ikke har noget at gøre med helbredet. Begrebet sundhedsfremme isoleres her til kun at dreje sig om aktiviteter, som giver mennesker positive selvbilleder og overskud til at klare dagligdagen. Forebyggelse og sundhedsfremme er ifølge denne definition to forskellige ting, idet sundhedsfremme ikke kan have et sygdomsorienteret udgangspunkt. Baggrunden for denne opfattelse er, at begreberne sundhed og sygdom er kvalitativt forskellige fænomener, og at man derfor ikke kan forebygge sig til tilstanden sundhed, men kun til tilstanden ikke-syg eller rask.

¹³ WHO. *Ottawa Charter om sundhedsfremme*. København 1988: Komiteen for Sundhedsoplysning.

¹⁴ Arbejds miljørådets Service Center: *Fremad mod sundhed – Praktiske idéer til arbejdet med sundhedsfremme på arbejdspladsen*. 2002, p. 4.

¹⁵ Finn Kamper-Jørgensen & Gert Almind: *Forebyggende Sundhedsarbejde*. København 1998: Munksgaard, p. 33.

¹⁶ DSI: *Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsvæsenet*, Institut for Sundhedsvæsen, 1999. p. 32.

Sundhedsfremme¹⁷

Teser

- Sundhed handler om følelsen af livsmod og livsglæde og følelsen af at kunne mestre (hverdags)livets mange forskellige situationer. Sundhed er at have en følelse af sammenhæng, dvs. en følelse af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed
- I sundhedsfremmearbejde vendes opmærksomheden væk fra sygdom og over mod sundhed. Der fokuseres på, hvad der holder folk raske, i stedet for, hvad der gør dem syge. Man fokuserer på ressourcer og handlemuligheder i stedet for risici. Man sigter efter at mobilisere det overskud, der gør folk robuste over for dagligdagens og livets stressorer. Denne opfattelse af sundhed og sundhedsfremmearbejde er allerede til stede hos praktikerne som mere eller mindre tavs kundskab
- Sundhedsfremme og forebyggelse er to forskellige ting. Mål og midler i sundhedsfremme og forebyggelse er forskellige. Først når man klart adskiller de to fænomener bliver den indbyrdes sammenhæng tydelig, herunder hvor vigtigt det er at arbejde sundhedsfremmende, også når man forebygger

Sundhedsfremme¹⁸

At styrke følelsen af sammenhæng. Det der karakteriserer mennesker med stærk følelse af sammenhæng er netop, at de vælger præcis den mestringsstrategi, som er bedst egnet til og bedst afpasset efter netop den stressor, som vedkommende er stillet over for.

Sundhedsfremme på arbejdspladsen¹⁹

Er den kombinerede effekt af arbejdsgiverens, arbejdstagerens og samfundets samlede indsats for at forbedre sundhed og velbefindende hos den arbejdende befolkning. Dette kan opnås ved en kombination af:

- Forbedret arbejdsorganisering og arbejdsmiljø
- Forbedret støtte til arbejdstagerens personlige udvikling
- Fremme arbejdstagerens aktive medvirken

Sundhedsfremme på arbejdspladsen²⁰

Er et begreb, der omfatter enhver indsats med det formål at fremme og muliggøre sundhed i videst mulig forstand (dvs. fysisk, mental, følelsesmæssig, social, åndelig og samfundsmæssig sundhed) i alle de sammenhænge, hvor et individ kan siges at udføre arbejde, hvad enten det er lønnet eller ej. Sundhedsfremme på arbejdspladsen beskæftiger sig ikke blot med årsagerne til sygdom, men også med mulighederne for et godt helbred.

¹⁷ Torben K. Jensen & Tommy J. Johnsen: *Sundhedsfremme i teori og praksis, en lære-, debat-, og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser*. Philosophia 2000 eller 2002, p. 5-7.

¹⁸ Torben K. Jensen & Tommy J. Johnsen: *Sundhedsfremme i teori og praksis, en lære-, debat-, og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser*. Philosophia 2000 eller 2002, p. 90-91.

¹⁹ *Luxembourg Deklarationen om Sundhedsfremme på arbejdspladsen*. København 1998: AMI.

²⁰ Jette Kingod & Jørgen Vogensen: *Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 1998 – Erfaringer og muligheder, Det danske netværk for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, Arbejdsmiljøinstituttet 1998, p. 8.*

Sundhedsfremme på arbejdspladsen²¹

Kan først og fremmest være med til:

- At bevare og forbedre den enkelte medarbejders sundhed og arbejdsevne. Det kan hjælpe den enkelte til at vedligeholde en god helbredstilstand, såvel fysisk som psykisk helt ind i pensionsalderen
- At give den enkelte mulighed for at udvikle personlige kompetencer, både i form af viden om, hvad der er sundt og en lyst til at leve sundt
- At forbedre sundheden på arbejdspladsen, hvor der er en decideret sundhedsmæssig sammenhæng mellem arbejdsforhold og livsstil
- At udnytte og styrke kulturen og det sociale netværk på arbejdspladsen
- At nå folk i alle erhverv og på alle niveauer i virksomhederne
- At fremme den sociale lighed også i sundheden

²¹ Arbejds miljørådets Service Center: *Den sunde arbejdsplads – et sæt fælles spilleregler*. ASC 2002, p. 10.

Bilag II: Sundhedsdefinitioner i arbejdsmiljøpolitik mm.

	Grundlag	Sundhedsdefinition	Politik
Arbejdsmiljø	Arbejdsmiljøloven Arbejdsgiveren hhv. medarbejderne har pligter og rettigheder	Traditionelt: Sundhed og sikkerhed opstår, når summen af de belastende fysiske, kemiske, biologiske, psykiske og sociale påvirkninger er minimale/ fjernede, samt når der ingen arbejdsulykker er. Sundhedsdefinitionen er snæver. Metoder til arbejdet er forebyggelse, dvs. fjernelse og reduktion af risikofaktorer og -forhold	Politikken er et redskab til udvikling af arbejdsmiljøet og holdninger til arbejdsmiljøet i virksomheden. Den indeholder perspektiver og principper for arbejdsmiljøarbejdet med klare mål, fordeling af pligter og opgaver for den øverste ledelse, sikkerhedsorganisationen og de ansatte og en beskrivelse af konkrete delmål og aktiviteter, der skal gennemføres for at opfylde målene
Personalepolitik	Rammeaftaler på arbejdsgiver- og faglige organisationsniveau Aftaler på den enkelte arbejdsplads mellem arbejdsgivere og arbejdstagere	Ingen eksplicit, blot at personalepolitikken skal bidrage til at sikre arbejdspladsens effektivitet og medarbejdernes og ledernes trivsel og udvikling, dvs. vi taler om sundhed og trivsel i betydningen velvære	Politikken er et redskab til at rekruttere ledere og medarbejdere, fastholde dem og afvikle ansættelsesforholdet på en ordentlig måde Den indeholder en beskrivelse af regler og aftaler mm. fordelt på forskellige politikemner, såsom ansættelse, afskedigelse, sygdom.
Livsstil	Frivilligt Virksomhedens og de ansattes ønsker, behov og motivation	Sundhed opstår, når man ikke ryger, har moderat alkoholindtag, spiser sundt og motionerer tilstrækkeligt. Metoder hertil er dels forebyggelse, hvor man skal fjerne/undgå en række risikofaktorer, dels sundhedsfremme, der sigter på at vedligeholde og udbygge den enkeltes ressourcer og modstandskraft	Politikken defineres som rammer og retningslinjer for, hvordan virksomheden vil arbejde med sundhedsfremme på arbejdspladsen. Fokus er vaner og holdninger til egen og andres livsstil, samt motivation for og støtte til ændring af livsstil

<p>Det rummelige arbejdsmarked Virksomhedens sociale ansvar</p>	<p>Frivilligt Virksomhedens og de ansattes ønsker, behov og motivation</p>	<p>Ingen eksplicit, blot at personer, der befinder sig udenfor arbejdsmarkedet ofte oplever social isolation og lavt selvværd, som kan være forstærkende for eventuelle sociale problemer og for tilbagevenden til arbejdsmarkedet Sundhedsdefinitionen lægger vægt på de sociale og levevilkårsmæssige faktoreres betydning for sundhed</p>	<p>Politikken er et redskab til at integrere personer udenfor arbejdsmarkedet på arbejdspladsen på særlige vilkår (handicappede, flygtninge, indvandrere mm. i skånejob eller flexordninger) eller at fastholde medarbejdere på arbejdspladsen, som er på vej til at ryge ud. For sidstnævnte er personernes situation ofte karakteriseret ved lange og mange sygdomsperioder</p>
---	--	--	---