

Skal sundhedsfremme indsatser på arbejdspladsen være evidensbaserede?

Betina Højgaard

Livsstil er ikke længere en privat sag. Offentlige såvel som private arbejdspladser forsøger i dag at påvirke deres medarbejdere i retning af en mere sund livsstil. Virksomhederne føler således i større grad end tidligere, at de har et medansvar for de ansattes sundhedsvaner (Sundhedsstyrelsen 2006). Dette lader sig blandt andet afspejle i det voksende marked af aktører på området, som tilbyder deres bistand til virksomhederne, i form af fx tilbud om afholdelse af livsstilskurser, rygestoptilbud, diætistvejledning mm. På DR kunne man i efteråret følge med i programmet *Chris på chokoladefabrikken*, der viste hvordan Toms chokoladefabrik ved hjælp fra en sundhedscoach forsøger at inspirere deres medarbejdere til en sund og aktiv hverdag. Det er således ikke længere kun den enkeltes ansvar at leve sundt, men arbejdsgiveren får også et ansvar for, at medarbejderne lever sundt.

Sundhed er blevet et strategisk indsatsområde for virksomhederne. Den generelle opfattelse er, at sunde medarbejdere giver en sund økonomi, og at investeringer i medarbejdernes sundhed på bundlinien falder positivt ud. Dårlig livsstil koster da også årligt virksomhederne mange millio-

ner kroner, hvorved sundhedsfremmepotentialet er stort. Ifølge en tværseksionsanalyse fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF) er fysisk inaktivitet således årligt skyld i 3,1 mio. ekstra fraværsdage, mens rygning, overvægt og alkohol henholdsvis er skyld i 2,8 mio., 1,8 mio. og 325.000 ekstra fraværsdage årligt (Juel m.fl. 2006). Foruden den direkte sundhedseffekt hos medarbejderne kan investeringer i medarbejdernes sundhed være med til at give et positivt image af virksomheden.

Arbejdspladsen fremhæves ofte som værende en velegnet arena for sundhedsfremmende aktiviteter. Begrundelsen herfor er dels det store omfang af tid flertallet af den voksne befolkning tilbringer på arbejdspladsen, dels er arbejdspladsen et socialt kollektiv, hvor kollegaerne kan fungere som støtte for hinanden (Sund By Netværket 2004). Ligeledes har sundhedsfremmeindsatser på arbejdspladsen potentiale for at få fat i befolkningsgrupper, som ellers svært lader sig inkludere i sundhedsfremmende indsatser ved andre arenaer.

Denne generelle opfattelse i samfundet tyder således på at være, at sundhedsfremme på arbejdspladsen kan betale sig. Men

kender vi egentlig effekten af det sundhedsfremmende arbejde på arbejdspladsen? Og er denne viden nødvendig?

På nationalt plan har der tidligere i forskellige fora været taget initiativ til erfaringsudvikling, både i form af beskrivelse af specifikke indsatser, inspirationskataloger samt dokumentation af effekten inden for området sundhedsfremme på arbejdspladsen, fx KL, Sund By Netværket og Nationalt Center for Sundhedsfremme på arbejdspladsen (Sund By Netværket 2004; Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2005a; 2005b; 2005c; 2005d; Kommunernes Landsforening 2007). En samlet systematisk opgørelse af effekten af forskellige sundhedsfremmeindsatser er dog manglende. I en nylig publiceret rapport fra Dansk Sundhedsinstitut initieret og finansieret af Sund By Netværket har vi imidlertid forsøgt at tage første skridt til en sådan opgørelse (Højgaard 2008).

Rapporten viste, at litteraturen omhandlende effekten af sundhedsfremmeindsatser på arbejdspladsen over for risikofaktorerne usund kost, rygning, alkohol, manglende motion og stress generel er sparsom. Endvidere hviler flertallet af studierne på et skrøbeligt metodisk grundlag, og inden for alle fem risikofaktorer mangler der dokumentation for, hvilke sundhedsfremmende aktiviteter der virker, og hvilke der ikke gør.

Den mangelfulde evidens for effekten af de undersøgte sundhedsfremmeindsatser på arbejdspladsen kan have flere forklaringer. Dels har der i det sundhedsfremmende arbejde på arbejdspladsen traditionelt været fokus på arbejdsmiljøet, og det er først i de senere år, at der her er kommet fokus på livsstilen og dermed etablering af indsatser over for denne. Dels har der ikke tidligere inden for det sundhedsfremmende arbejde været stillet de samme krav til effektevalueringer af indsatserne, som der i dag stilles. Effektevalueringer tager udgangspunkt i

en forestilling om, at der er en logisk sammenhæng mellem de effektmål, som forsøges kvantificeret, og de aktiviteter, der igangsættes. Der er således tale om, at man forventer, at der er en direkte kausalitet (årsags- og virkningsammenhæng) mellem aktiviteterne og de målte effekter. I forhold til dokumentation af effekten af sundhedsfremmeindsatser på arbejdspladsen og sundhedsfremmeindsatser i almindelighed er der imidlertid en række problemer forbundet med forestillingen om, at der er en direkte kobling mellem de igangsatte sundhedsaktiviteter og opnåelsen af en effekt, som let lader sig måle. Problemet består i at få isoleret indsatsen således, at effekten kan tilbageføres til indsatsen, idet der er mange andre faktorer end blot den pågældende indsats på arbejdspladsen, der spiller ind på medarbejdernes sundhed.

Hvor det kliniske forsøg typisk virker via biologiske mekanismer, kræver sundhedsfremmeindsatser ofte adfærdsændringer og virker derved primært via sociale og psykologiske mekanismer. Tidsperspektivet fra indsatsen gives, og til en eventuel effekt kan observeres, vil derfor ofte være længere ved adfærdsændringer end ved kliniske forsøg (Thompson m.fl. 2003; Victora m.fl. 2004). Disse særlige karakteristika ved sundhedsfremmeindsatser bevirker, at det ofte vil være mere ressourcekrævende at evaluere effekten af sundhedsfremmeindsatser på arbejdspladsen end fx kliniske forsøg. Effektevaluering af sundhedsfremmeindsatser på arbejdspladsen er foruden at være ressourcekrævende også tidskrævende. Udfordringen ved livsstilsændringer er at opretholde ændringen over tid. Adfærdslitteraturen viser således konsistent, at det er forholdsvis let at opnå kortvarige livsstilsændringer, mens det er svært at opretholde ændringen over tid (Reilly & McDowell 2003). Hvilket stiller yderligere krav til, at effekten måles over længere tid fx år. I fravær af langtid-

studier vil det være svært at vurdere den sande sundhedseffekt af interventionen.

Publicering af resultater fra interventionsstudier i peer-reviewed tidsskrifter kræver yderligere ressourcer, og kravene til de anvendte studiedesigns m.m. er som regel også forholdsvis skrappe i denne type tidsskrifter. Arbejdspladserne vil derfor ofte ikke bruge ressourcer på at få publiceret effekten af deres sundhedsfremme indsatser i peer-reviewed tidsskrifter, men i stedet sammenfatte resultaterne i en rapport eller et lokalt notat. Inden for sundhedsfremmeområdet hersker der således en tro på, at denne ikke indekserede litteratur (også kaldet grå litteratur) rummer en del viden om effekten af sundhedsfremmeinterventioner. Vores rapport understøtter imidlertid ikke teorien om, at der ligger en masse brugbar information om effekten af sundhedsfremmeinterventioner gemt ude i den grå litteratur.

At arbejde evidensbaseret er i de senere år blevet et plusord og ikke længere en term, der kun anvendes inden for forskningens verden, hvilket også afspejler sig på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Hvor arbejdet tidligere i sig selv havde sin berettigelse, fordi det var politisk og moralsk rigtigt, stilles der i dag, i større grad end tidligere, krav om dokumentation for effekten af interventionerne på området. Evidenstankegangen er på det medicinske område baseret på en forestilling om, at forskningsdesigns kan rangordnes i et 'evidenshierarki'. Nogle undersøgelsesdesigns vil således, hvis de gennemføres optimalt, give mere troværdige resultater end andre designs. Styrken af evidensen for effekten af en given type sundhedsfremmeindsats afhænger dermed af den mængde og kvalitet af evidens, som foreligger for sundhedsfremmeindsatsen.

At dømme ud fra vores rapport tyder det ikke på, at der er særlig meget dokumentation for effekten af sundhedsfremmearbejdet. Dette er ikke ensbetydende med, at det

sundhedsfremmende arbejde ikke har en effekt, men er blot et udtryk for, at vi på nuværende tidspunkt mangler studier, der har dokumenteret effekten af denne type indsatser. Et relevant spørgsmål i denne sammenhæng er, om det sundhedsfremmende arbejde på arbejdspladsen overhovedet skal være evidensbaseret?

Som nævnt tidligere udspiller sundhedsfremmeinterventionerne sig typisk i komplekse samspil mellem mennesker og samfund, hvor effekten let lader sig påvirke af, fx hvilken social og samfundsmæssig kontekst der danner baggrund for analysen, samt hvem der intervenserer. Indsatserne er dermed fra naturens hånd mere komplekse end simple kliniske analyser af fx en pilles effekt, idet årsagssammenhængskæden ofte er længere. Der er således et tydeligt sammenstød mellem forskellige 'paradigmer' inden for dette felt – en medicinsk/epidemiologisk og en samfundsfaglig-kvalitativ/organisatorisk tankegang – og hvor evidens-tankegangen udspringer af den medicinske tankegang om stringente årsags- og virkningssammenhænge.

Hvis sundhedsfremmearbejdet på arbejdspladsen er genereret af et ønske om at forbedre det enkelte medarbejders sundhedstilstand, må svaret umiddelbart være ja til, at det sundhedsfremmende arbejde skal være evidensbaseret i den udstrækning, det er muligt. Manglende kendskab til de sundhedsmæssige effekter af indsatserne kan resultere i, at arbejdspladsen misbruger ressourcer på interventioner, som ingen effekt har – eller som måske i værst tilfælde har en decideret skadelig virkning – frem for at benytte ressourcerne på effektive indsatser.

Det sundhedsfremmende arbejde på den enkelte arbejdsplads kan imidlertid være motiveret af flere og andre faktorer end blot arbejdsgiverens sociale ansvar for medarbejderens sundhed. Det kan fx være motiveret af økonomiske incitamenter i form

af reduceret sygefravær og øget produktivitet, eller det kan indgå som et element i virksomhedernes rekrutterings- og fastholdelsespolitik ved blandt andet at signalere omsorg for medarbejderne. Disse faktorer er kun i mindre grad initieret af et ønske om at forbedre sundhedseffekten hos den enkelte medarbejder.

For den enkelte arbejdsplads handler det således ofte ikke blot om at opnå en direkte sundhedseffekt af det sundhedsfremmende arbejde, men også om at opnå en positiv økonomisk nettoeffekt af indsatsen. Nogen vil måske mene, at sundhedseffekten og fx et reduceret sygefravær går hånd i hånd, men det behøver de nødvendigvis ikke at gøre. Sygefravær kan ikke sidestilles med sygdom, og afhænger af andet end sygdom – man kan gå på arbejde, selv om man er syg, og man kan have fravær, selvom man er rask (Iversen m.fl. 2002). En række forhold udenfor arbejdspladsen influerer endvidere også på omfanget af sygefravær, fx alder og sygdom hos ens børn. En sundhedsfremme indsats kan dermed godt have en sundhedseffekt uden at medføre reduceret sygefravær og den omvendte situation kan også gøre sig gældende. At sygefraværet har vist sig at være et dårligt effektmål for sundhedseffekten af sundhedsfremmeindsatser rækker ikke i sig selv ved påstanden om, at det sundhedsfremmende arbejde på arbejdspladsen bør være evidensbaseret, hvis dette er muligt. I udgangspunktet er det blot nogle andre årsags- og virkningsammenhænge, der i denne forbindelse skal belyses – fx om sundhedsfremmeinterventioner har en positiv indvirkning på arbejdsmiljøet og dermed påvirker lysten til at komme på arbejde.

Set fra arbejdspladsens perspektiv vil sundhedsfremmearbejdet ikke altid skulle være evidensbaseret. I nogle tilfælde kan det endda tænkes at arbejdspladsen af hensyn til nettoomkostningsbetragtninger ikke

er interesseret i at indføre indsatser, der har dokumenteret en sundhedseffekt. Der vil ofte være en stor tidsforskydning fra et tiltag igangsættes til effekten viser sig, der kan fx gå lang tid fra en indsats omhandlende sund mad i kantinen igangsættes til effekten viser sig i form af færre overvægtige på arbejdspladsen. Helbredsproblemer som følge af en dårlig livsstil genereres over tid, hvorfor det ikke er sikkert, at en medarbejder med en dårlig livsstil her og nu koster ekstra penge for virksomheden – men vil muligvis på længere sigt komme til det. Sundhedsfremmeindsatserne kan herved til tider være en langsigtet investering, hvor andre aspekter end evidensstankegangen og den dokumenterede effekt af interventionen vægter højere.

Kravene til evidens må ligeledes afhænge af interventionernes kompleksitet. De forhold, der fx forårsager stress, er yderst komplekse. Dette medfører dels, at effekten af en stressintervention ofte vil være meget kontekstafhængig og dels, at det er meget svært – nok snarere umuligt – at sikre, at det kun er faktorer inden for interventionen, der påvirker de faktorer, der forårsager stress. Evidensstankegangen er fokuseret på måling af enkeltfaktorers betydning for en effekt, og der kan derfor stilles spørgsmålstegn ved, om denne tankegang kan benyttes på alle sundhedsfremmeområderne.

Der kan endvidere stilles spørgsmålstegn ved, om medarbejdernes personlige sundhed ikke er et privat anliggende, og man generelt overtræder grænsen mellem det offentlige og det private rum, når man begynder at foretage indsatser på dette område – uafhængigt af om der er evidens for effekten af indsatserne. Det skal pointeres, at der er tale om en principiel diskussion, og at det i praksis selvfølgelig står de private og dels også de offentlige virksomheder frit for, hvilke sundhedskrav de stiller til deres medarbejdere, hvad enten de er betinget af

karakteristika i jobbet fx job som pilot, politibetjent og bodyguard eller blot er betinget af ønsket om en bestemt sundhedsprofil hos medarbejderne.

Det umiddelbart eneste argument mod at foretage sundhedsfremmeinterventioner på arbejdspladsen er, at ens sundhedstilstand er et privat anliggende. Dette argument holder dog ikke helt, da den enkeltes sundhedstilstand har konsekvenser, der rækker langt ud over den enkelte, hvilket SIF's opgørelse over risikofaktorerens påvirkning af sygefraværet er en tydelig indikation for (Juel m.fl. 2006). Endvidere kan man, som TrykFonden i rapporten *Er sundhed et personligt valg?* har gjort det, gå skridtet videre og stille spørgsmålstegn ved, om vores livsstil er selvvalgt:

“... Så godt som ingen mennesker ønsker at have en usund livsstil. Næppe en eneste overvægtig, nikotinafhængig endsige alkoholiker har ønsket om at komme i den situation – og mange arbejder intenst, men med ringe succes, på at forandre den. Begrebet livsstilssygdomme er misvisende. Det er langt mere konstruktivt at betragte problemerne som civilisationssygdomme, der er skabt af den moderne civilisations stadigt mere udbredte og lettilgængelige fristelser fra nikotin og alkohol over alt for rigelige mængder fed og sød mad til næsten konstant stillesiddende arbejde” (Huset Mandag Morgen 2006, 3).

Hvis vores livsstil, som forfatterne til rapporten argumenterer for, ikke er selvvalgt, men i stedet er skabt af ydre rammer, kræver en ændring af livsstilen netop påvirkning af de ydre rammer, vi lever under i hverdagen. Herved bliver arbejdspladsen en central aktør i ændringen af folks livsstil. At arbejdspladsen har et medansvar for deres medarbejders sundhedsadfærd og -vaner tyder da også på at være forholdsvis bredt accepteret på både virksomheds- og medarbejdersiden.

En undersøgelse fra Synovate Vilstrup foretaget for pensionsselskabet Skandia i juni 2007 viser således, at blandt 1.123 adspurgte mener 47 %, at deres arbejdsplads har et ansvar for deres sundhed, og to ud af tre mener, at deres arbejdsplads bør tilbyde sundhedsordninger (Holm 2007). Netop livsstilssygdomme tyder dog på stadig at være lidt tabubelagte, idet 46 % siger 'ja' og 47 % 'nej' til, at den personlige grænse bliver overskredet, hvis arbejdspladsen blander sig i medarbejderens livsstilssygdomme; mens kun 31 % mener, at den enkelte medarbejders vægt er noget, virksomheden skal blande sig i (Marsling 2007). Af Sundhedsstyrelsens undersøgelse fra 2005 af danske virksomheders brug af sundhedsfremmeordninger fremgår det, at virksomhederne i stigende grad mener, at de har et medansvar for de ansattes vaner og adfærd i forhold til mad, motion, rygning, alkohol og psykisk arbejdsmiljø (herunder stress) (Sundhedsstyrelsen 2006).

Både medarbejderne og arbejdsgiverne tyder altså på at have taget det sundhedsfremmende arbejde på arbejdspladsen til sig. Motivet for etablering af sundhedsfremmetilbud på arbejdspladsen kan imidlertid være mangeartet, og det primære motiv er ikke nødvendigvis altid et ønske om en sundhedseffekt. Argumentationen om, hvorvidt det sundhedsfremmende arbejde på arbejdspladsen skal være evidensbaseret vil derfor afhænge af sigtet med arbejdet. Det vil fx være svært at forestille sig et studiede-sign, der kan dokumentere effekterne af det sundhedsfremmende arbejde på virksomhedernes rekrutterings- og fastholdelsespolitik eller deres 'branding' evne. Der kan herved argumenteres for, at jo længere væk sigtet med sundhedsfremmearbejdet bevæger sig fra sit oprindelige sigte – nemlig at forbedre den enkeltes sundhed – jo svagere bliver argumentationen for, at det sundhedsfremmende arbejde skal være evidensbaseret

Hvis det primære formål med det sundhedsfremmende arbejde er et direkte ønske om at forbedre medarbejdernes sundhedstilstand – hvilket det vel rettelig burde være – synes det imidlertid rimeligt, at der i en vis udstrækning kan dokumenteres sammenhæng mellem indsats og effekt. Denne viden synes på nuværende tidspunkt, at være forholdsvis begrænset, og som skitseret i denne artikel forekommer der også visse barrierer i tilvejebringelsen af denne viden. Disse problemer er ikke enkeltstående for dokumentationen af effekten af det sundhedsfremmende arbejde på arbejdspladsen, men er generelle problemer inden for forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, og der arbejdes i disse år på mange fronter for at opstille generelle retningslinjer for, hvordan sådanne interventioner effektevalueres.

Indtil vi får skabt en større viden om, hvilke typer af sundhedsfremmeinterventioner på arbejdspladsen der er effektfulde, og hvilke der ikke er, må de enkelte virksomheder ved udvælgelse af sundhedsfremmetilbud anvende en pragmatisk tilgang. På områder, hvor der ved andre arenaer er dokumenteret effekt af en eller flere interventioner – og denne ikke vurderes at være så kontekstafhængig – må man med rimelig-

hed også kunne forvente en effekt ved indførelse af interventionen på arbejdspladsen. Fx findes der en del god dokumentation for effekten af rygestopinterventioner. Mange strukturelle tiltag på arbejdspladsen, så som servering af ernæringsrigtig mad i kantinen, ingen fri sodavand og forbud mod indtagelse af alkohol i arbejdstiden virker ligeledes umiddelbart fornuftige at indføre, da der umiddelbart ikke for virksomheden er forbundet nogle omkostninger ved denne type indsatser – den konkrete sundhedseffekt af denne type tiltag er selvfølgelig stadig uvis. Selvsagt er det i den forbindelse vigtigt at sikre, at der er handling bag de indsatser, der iværksættes. Det er altså ikke nok blot at udarbejde alverdens politikker for fx den mad, der serveres i kantinen, der skal ske reelle ændringer af den mad der serveres i kantinen. Hvis man i virksomheder vælger at implementere større sundhedsfremmeindsatser, som der endnu ikke er dokumentation for effekten af, vil det i den grad være relevant i det mindste at foretage simple før-/ efter-målinger for relevante effektmål, og at erfaringerne i et vist omfang gøres tilgængelige for andre, så vi forhåbentlig i fremtiden i større grad end det er tilfældet i dag kan arbejde evidensbaseret.

REFERENCER

- Holm, Charlotte (2007): Vi kræver sundhed på arbejdspladsen, i *Human Invest*, 1, 10-11.
- Huset Mandag Morgen (2006): *Er sundhed et personligt valg? – et debatoplæg om forebyggelse i Danmark*, København, Huset Mandag Morgen og TrykFonden.
- Højgaard, Betina (2008): *Effekten af sundhedsfremme på arbejdspladsen. Hvor meget dokumentation er der?*, København, Dansk Sundhedsinstitut.
- Iversen, Lars, Tage S. Kristensen & Bjørn Holdstein (2002): *Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom*, København, Munksgaard Danmark.
- Juel, Knud, Jan Sørensen & Henrik Brønnum-Hansen (2006): *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, København, Statens Institut for Folkesundhed.
- Kommunernes Landsforening (2007): *Idékatalog om borgerrettet forebyggelse*, København: Kommunernes Landsforening.
- Marsling, Stine Hove (2007): Usund livsstil er tabu, i *Human Invest*, 1, 12-14.
- Nationalt Center for Sundhedsfremme på Ar-

- bejdspladsen (2005a): *Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladsen. Sådan kan kommunen leve op til sit nye myndighedsansvar*, København: Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen.
- Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (2005b): *Sund på jobbet. Sådan kommer du i gang med en sundere hverdag*, København: Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen og De Regionale Netværk.
- Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (2005c): *Sunde medarbejdere i sunde virksomheder*, København: Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen og De Regionale Netværk.
- Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (2005d): *Ti gode historier om sundhedsfremmerådgivning på arbejdspladsen – inspiration og erfaringer fra rådgiver til rådgiver*, København: Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen og De Regionale Netværk.
- Reilly, John J. & Zoe C. McDowell (2003): Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal, i *Proceedings of the Nutrition Society*, 62, 3, 611-619.
- Sund By Netværket (2004): *Sund By Netværktøjkassen. Sundhed og trivsel på arbejdspladsen. Erfaringer – redskaber – metoder*, Sund By Netværket, September 2004 [www.sund-by-net.dk].
- Sundhedsstyrelsen (2006): *Sundhedsfremmeordninger på arbejdspladser 2005 – med fokus på mad, motion, rygning, alkohol og psykisk arbejdsmiljø/stress*, København, Sundhedsstyrelsen.
- Thompson, Beti m.fl. (2003): Methodologic advances and ongoing challenges in designing community-based health promotion programs, i *Annual Review of Public Health*, 24, 315-340.
- Victoria, Cesar G., Jean-Pierre Habicht & Jeniffer Bryce (2004): Evidence-based public health: moving beyond randomized trials, i *American Journal of Public Health*, 94, 3, 400-405.

Betina Højgaard, cand.scient.oecon., ph.d.-studerende ved Dansk Sundhedsinstitut.
e-mail: beh@dsi.dk