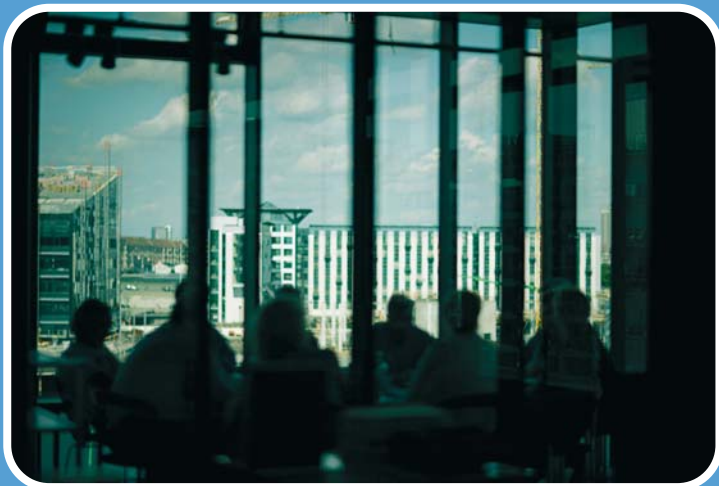


# Strategi for forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladserne





Strategi for forebyggelse  
og sundhedsfremme på  
arbejdspladserne

Udgivet af  
Landsorganisationen i Danmark

Foto: Jes Larsen/Territorium,  
Thomas Tolstrup, Scanpix & Stockxpert

Layout: LO

Tryk: Silkeborg Bogtryk

LO-varenr. 4406

ISBN: 978-87-7735-830-2

ISBN online: 978-87-7735-831-9

Oktober 2007

# Strategi for forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladserne

# Indhold

<b>Forebyggelse og sundhedsfremme</b> . . . . .	4
<b>Sammenfatning</b> . . . . .	7
<b>Hvad forstår vi ved sundhed?</b> . . . . .	11
<b>Hvad er rammen for oplægget?</b> . . . . .	13
<b>Hvad er strategien?</b> . . . . .	14
<b>Hvad er perspektiverne i arbejdet med sundhedsfremme?</b> . . . . .	16
<b>LO's forslag til integration af arbejdsmiljø og sundhedsfremme på arbejdspladserne</b> . . . . .	18
<b>Forslag til generelle initiativer</b> . . . . .	20
Forslag 1: Handleplaner på nationalt, regionalt og kommunalt plan om forebyggelse og sundhedsfremme . . . . .	21
Forslag 2: Øget forskning inden for forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladserne . . . . .	22
Forslag 3: Etablering af et sundhedsfremmeindeks der beskriver den enkelte virksomheds eller institutions tilstand i forhold til arbejdsmiljø og sundhed . . . . .	23
Forslag 4: Certificering af virksomheder der tilbyder sundhedsordninger . . . . .	24
Forslag 5: Styrkede økonomiske incitamenter får virksomhederne til at investere i medarbejdernes sundhedsfremme . . . . .	24
Forslag 6: Styrkelse af viden om sundhedsfremme på arbejdspladsen . . . . .	25
Forslag 7: Arbejdsgivernes pligter skal også omfatte sundhedsfremme på arbejdspladsen . . . . .	26

<b>Forslag til aftaler</b> . . . . .	27
Forslag 8: Trepartsrammeaftale om forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdsmarkedet . . . . .	27
Forslag 9: Overenskomstparternes aftale om forebyggelse og sundhedsfremme . . . . .	28
Forslag 10: Øget indflydelse på egen arbejdstid gennem aftaler om at lønmodtagerne selv tilrettelægger deres arbejdstid . . . . .	29
Forslag 11: Aftaler om øget indflydelse på eget arbejde . . . . .	30
Forslag 12: Aftaler der håndterer stillesiddende og inaktivt arbejde . . . . .	31
Forslag 13: Senioraftaler for ældre medarbejdere . . . . .	32
Forslag 14: Aftaler om sund mad til medarbejderne i arbejdstiden . . . . .	32
<b>Dokumentation</b> . . . . .	33
De største arbejdsmiljøproblemer . . . . .	34
KRAM's betydning for sundheden . . . . .	37
Sygelighed . . . . .	40
Det selv vurderede helbred . . . . .	42
Dødelighed og tabte gode leveår . . . . .	43



## Forebyggelse og sundhedsfremme



LO sætter fokus på forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladsen. Det gør vi fordi der blandt LO-fagbevægelsens medlemmer både er interesse og motivation for at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme. Vi har sammentænkt arbejdsmiljø og sundhedsfremme, og i oplægget sætter vi fokus på muligheder og tilbud til den enkelte i dagligdagen.

På arbejdspladserne bliver vi påvirket af mange forskellige forhold: Er det fysiske og psykiske arbejdsmiljø godt, er der gode kollegiale relationer, kan man få efteruddannelse og er der udviklingsmuligheder i jobbet? Mange af LO-fagbevægelsens medlemmer arbejder på arbejdspladser under forhold, der er belastende for helbredet. Derfor sætter vi fokus på forebyggelse, idet vi mener, der skal handles før der sker skader og nedslidning.

Den sociale ulighed i sundhed er stigende, og det er endnu en grund til, at LO har udarbejdet dette strategioplæg. Vi ønsker at bremse uligheden i sundhed og medlemmerne har "ret" til en høj livskvalitet og en ordentlig livsløn. Og vi ønsker, at medlemmerne har et godt helbred – også som pensionister.

Samtidig kan vi se, at de sundhedskampagner, der har kørt i mange år ikke altid når LO-fagbevægelsens medlem-

mer. Grænsen mellem arbejdsliv og fritidsliv flyder sammen. Det mener medlemmerne er både godt og skidt, og vi står overfor flere paradokser. Fx mener LO, at alle har ret til at arbejde i et røgfrit miljø og der skal laves rygepolitik på arbejdspladserne. På den anden side mener vi også, at det er LO's opgave at trække en grænse for, hvad arbejdsgiveren kan kræve af sine ansatte. Når en arbejdsgiver gør det til et ansættelseskrav at folk ikke ryger, heller ikke i fritiden, så må vi sige fra.

Vi ved, at jo kortere uddannede vi er, jo lavere vi er i jobhierarkiet, desto mere anmassende kan sundhedsinitiativer forekomme. Det kan være meget svært for den enkelte at sige fra. En LO-undersøgelse viser, at  $\frac{1}{3}$  af LO-fagbevægelsens medlemmer føler, at arbejdsgiverne blander sig i forhold, som de ansatte mener er private.

For LO er det vigtigt, at vi bruger vores fællesskab til at sætte grænser, så den enkelte kan bevare sin værdighed og autoritet og kan sige fra, når ens personlige grænser bliver overtrådt. Derfor skal det være frivilligt at deltage i sundhedsaktiviteter.

LO peger i oplægget på en ide med at certificere firmaer, der udbyder sundhedsordninger, så man kan få sorteret de mindre seriøse tilbud fra. Vi stiller

spørgsmålene: Hvad er det der skaber sundhed i dagligdagen? Hvad kan arbejdspladsen gøre for at fremme sundheden? Og hvordan kan LO-fagbevægelsen gøre en forskel? Vi ønsker med oplægget at inspirere til en ny politik og flere aftaler mellem parterne. Kernen i vores strategi er, at arbejdspladserne tager førertrøjen på i det forebyggende arbejde med sundhedsfremme. Det betyder fx, at sundhed skal indtænkes i den måde arbejdet tilrettelægges på.

Tina Møller Kristensen  
LO-sekretær

# Sammenfatning



## **Arbejdspladsens betydning for sundheden**

Der er store forskelle på, hvor længe vi lever, hvor godt vi lever og hvordan vi klarer de sidste år på arbejdsmarkedet. LO-fagbevægelsens medlemmer er særligt udsatte for de udbredte folkesygdomme, fx hjerte- og karsygdomme, lungesygdomme, muskel- og skeletsygdomme og kræft.

En kortuddannet 30-årig mand kan forvente at blive 74 år og de sidste 15 år vil være præget af langvarig belastende sygdom. Et højt uddannet 30-årig mand kan forvente at blive 78 år og kun de sidste 11 år vil være med sygdom. Billedet er det samme for kvindernes vedkommende. Kortuddannede mænd og kvinder lever ganske enkelt færre år end højtuddannede, og de har, på trods af dette, flere år med langvarig belastende sygdom.

LO vil arbejde for at komme denne sociale ulighed i sundhed til livs. Vi mener, at alle mennesker har ret til et liv med mindst mulig sygdom. Sundhed skal ikke være forbeholdt de grupper, der har særlige ressourcer og muligheder for at være sunde. Det er et fælles ansvar at skabe de bedste muligheder for et sundt liv for alle.

Den danske sundhedspolitik har satset på behandling og kompensation for

sygdom i stedet for at satse på forebyggelse. Hvis man tager udgangspunkt i de offentlige regnskaber, bruges der i runde tal én krone på forebyggelse af sygdom, for hver gang der bruges 1000 kroner på helbredelse, omsorg og kompensation for sygdom.

I forhold til forebyggelse har vores sundhedspolitik været usystematisk og ineffektiv. Regeringens folkesundhedsprogram fra 2002 har ingen konkrete målsætninger eller tidsfrister, og der er ikke afsat penge til at gennemføre folkesundhedsprogrammet.

Forebyggelse af livsstilssygdomme betragtes i Danmark som et individuelt problem. Den enkelte skal bare "tage sig sammen", stoppe med at ryge, begynde at løbe, spise sundt osv., men denne individuelle tilgang har ikke været tilstrækkelig, og derfor er vi nødt til at tænke nyt. Mennesker har forskellige muligheder for at "tage sig sammen", og det er en del af den sociale ulighed. Et faktum er, at rigtig mange af LO-fagbevægelsens medlemmer ikke tager de budskaber til sig, som sundhedskampanjerne taler om. Vi kan hente inspiration i vore nabolande, hvor tilgangen til sundhed er bredere.

I Norge har den officielle politik været, at ulighed i sundhed er socialt skabt, at det er uretfærdigt, og at det er

muligt at gøre noget ved. I det norske og svenske folkesundhedsprogram står, at det er de sociale betingelser, som påvirker sundheden og ikke omvendt. Årsagerne til uligheden er økonomiske forhold, opvækstvilkår, arbejdsmiljø, bosted og livsstil. Når forskellene følger tydelige sociale mønstre, så er det ikke kun individets eget valg.

I LO mener vi, at den danske sundhedspolitik har spillet fallit. Skal folkesundheden forbedres, må der tænkes i forebyggelse og en kollektiv tilgang. Derfor tager LO's nye sundhedspolitiske strategioplæg udgangspunkt i arbejdspladsen og kobler arbejdsforhold og sundhedsfremme med henblik på at reducere den sociale ulighed i sundhed. Vi vælger den kollektive tilgang, hvor aftaler om forebyggelse og sundhedsfremme giver rettigheder til den enkelte. Strategioplægget sætter fokus på de udfordringer og muligheder, der ligger i at udvikle arbejdet og arbejdspladsen på sådan en måde, at når vi forebygger, så tænker vi sundhedsfremmende. Når vi bruger ordet forebyggelse tænker vi på alle forhold i arbejdsmiljøet.

Oplæggets hovedspørgsmål er: Hvad kan arbejdspladsen gøre for at fremme medarbejdernes sundhed? Her er det vigtigt at vende tankesættet, så man på arbejdspladserne spørger sig selv, hvad

det er, der skaber sundhed i dagligdagen, og hvad det er, der holder folk raske? Fokus vil være på hvilke handlemuligheder, der er til stede for at fremme sundheden.

Arbejdspladsen spiller en afgørende rolle for den samlede sundhed, fordi den kan påvirke en lang række faktorer vedrørende den enkeltes sundhed, herunder de såkaldte KRAM-faktorer, der står for kost, rygning, alkohol og motion. Men også indholdet i jobbet, muligheden for efteruddannelse, den enkeltes sociale relationer og de egentlige arbejdsforhold med fysiske og psykiske belastninger er faktorer, der har store indvirkninger på sundheden.

På arbejdspladserne er folk underlagt nogenlunde ens forhold. Derfor er der her gode muligheder for at påvirke hinanden til en mere sundhedsrettet adfærd. Ikke alene påvirkes den enkelte ansattes helbred direkte af arbejdsforholdene, men en lang række undersøgelser har klart dokumenteret, at tilknytning til bestemte jobgrupper og brancher betyder forskelle i sundhed for de ansatte. I Samarbejds/MED-aftalen (MED = medindflydelse og medbestemmelse) og i arbejdsmiljøloven er det en opgave at fremme medarbejdernes sundhed.

Strategioplægget henvender sig til alle LO-fagbevægelsens medlemmer og

skal derfor favne bredt. Hver enkelt arbejdsplads er unik, og der vil være forskel på, hvordan indsatserne organiseres, alt efter om det er en stor, mellemstor eller lille arbejdsplads, og om det er en offentlig eller privat arbejdsplads.

Derfor er det medarbejdere og ledelse, der i samarbejde skal beslutte, hvordan der bedst arbejdes med sundhedsfremme hos dem. På nogle arbejdspladser vil det fungere bedst, hvis aftalerne føres ud i livet i regi af Samarbejds/MED-udvalg, andre steder vil Sikkerhedsudvalget være det naturlige forum og andre steder igen, vil det være sundhedspersoner eller ildsjæle, der er tovholdere for indsatsen.

Det vigtigste er, at medarbejderne er en aktiv part i beslutningerne og handlingerne.

I dette strategioplæg vil LO give nogle bud på, hvad rammebetingelserne for sundhedsfremme skal være i forhold til overenskomster, aftaler på brancheniveau eller lokalaftaler og ved lovændringer.

LO har en del forslag til indgåelse af aftaler, fordi vi mener, at arbejdsmiljø og sundhedsfremme er velegnet til at indgå aftaler omkring. Her vil vi særligt fremhæve aftaler om:

- øget indflydelse på eget arbejde
- at lønmodtagerne selv tilrettelægger deres arbejdstid

- sund mad til medarbejderne i arbejdstiden, betalt af arbejdsgiveren
- hvordan stillesiddende og inaktivt arbejde kan håndteres.

LO foreslår også, at regeringens folkesundhedsprogram revideres, så der på de forskellige niveauer opstilles konkrete forpligtende mål og tidsfrister. Samtidig skal der afsættes midler til at gennemføre folkesundhedsprogrammet. LO har 14 forskellige forslag til forbedringer af arbejdsmiljø og fremme af sundheden på arbejdspladserne.



## Hvad er problemerne ?

En ikke-faglært arbejder har 60 pct. større risiko for at blive indlagt med en blodprop i hjertet end en akademiker.

Personer med lav eller ingen uddannelse er de mest stressede på det danske arbejdsmarked. 40 pct. blandt ikke-faglærte mod 18 pct. blandt ledere er noget eller meget stresset.

Lidelser i bevægeapparatet optræder op til 10 gange hyppigere i fag med tungt arbejde, ensidigt gentaget arbejde og akavet arbejde.

Jo kortere uddannelse en gruppe har, jo højere andel spiser ikke frugt, ryger dagligt, har stillesiddende fritid og er svært overvægtige.

Kortuddannede har en overhyppighed af kroniske sygdomme, fx for højt blodtryk, hjertekrampe, hjerneblødning, sukkersyge, slidgigt, diskusprolaps, migræne, astma og psykiske lidelser.

De kortuddannede mænd og kvinder kan forvente at være ramt af sygdom 7-8 år før normal pensionsalder, hvorimod de højt uddannede først rammes af sygdom et par år efter at de er kommet på pension.

Indlæggelse på hospital sker hyppigst i disse fag: transport, rengøring, renovation, manuelt arbejde inden for bygge og anlæg og inden for industri.

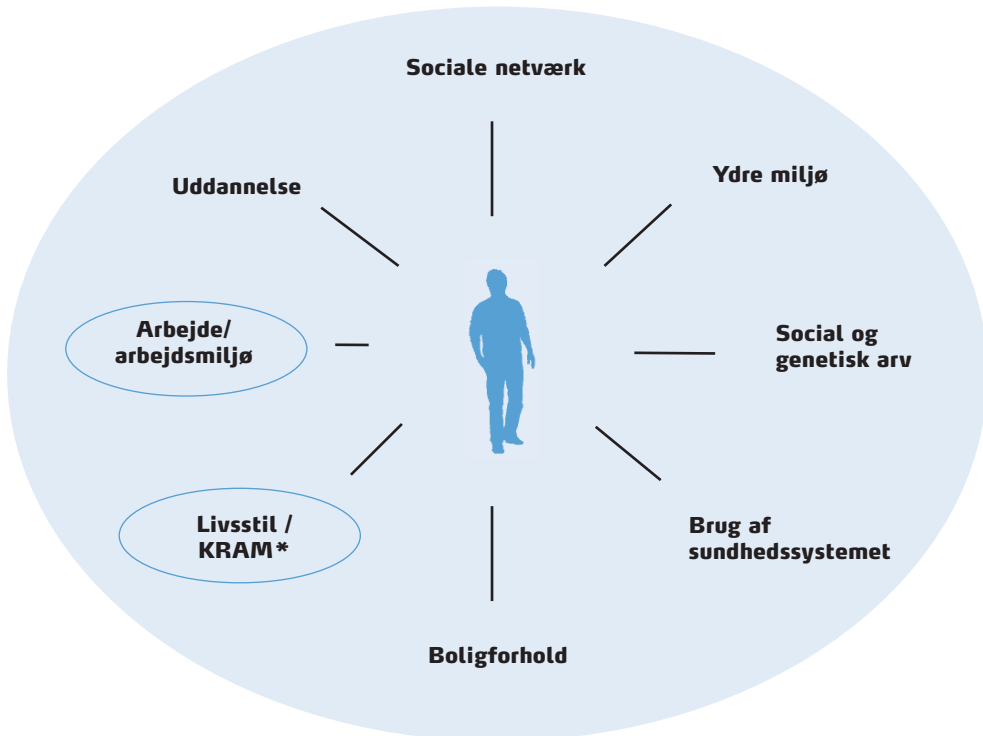
## Hvad forstår vi ved sundhed ?



LO arbejder med et sundhedsbegreb, hvor målet er at skabe trivsel, livsglæde og arbejdsglæde. Arbejdspladserne skal udvikles, så alle kan være et helt liv på arbejdsmarkedet og få tilpas udfordringer både fagligt og personligt. Målet er også, at alle får mange, aktive raske leveår efter pensionering, og får et sundt liv – hele livet.

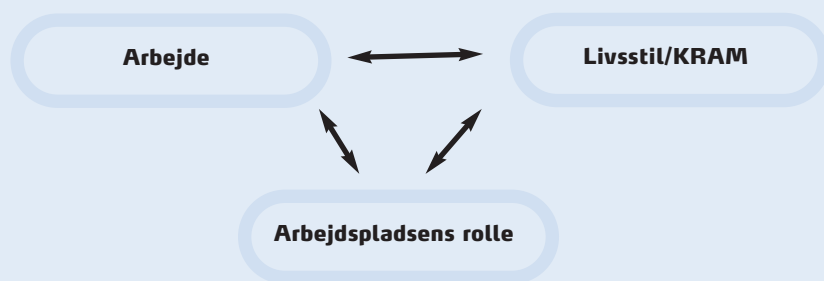
Der er mange faktorer, der påvirker den enkeltes sundhed. Der er forskel på at være født i en fattig eller en rig familie, hvordan ens opvækst har været, om man har fået en uddannelse, og om boligen og maden har været sund. Nedenstående figur viser, nogle af de faktorer, der påvirker sundheden.

11



\*Kost, Rygning, Alkohol og Motion

## Udvikling af forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladsen



LO's oplæg koncentrerer sig om arbejde og livsstil/KRAM, og hvordan disse to forhold spiller sammen. Forslag til aktiviteter er rettet mod arbejdspladsen og ikke mod enkeltpersoners adfærd i deres fritid. Vi tror dog, at arbejdspladsens sundhedsfremmetilbud vil inspirere de ansatte til en sundere livsstil generelt.

I strategioplægget har vi valgt at tage udgangspunkt i, hvad arbejdspladsen kan gøre for at forebygge skader og for

at fremme sundheden, fordi vi mener, at et godt arbejde vil fremme sundheden.

Et godt arbejde betyder, at den enkelte har indflydelse på eget arbejde, har udviklingsmuligheder, indgår i sociale relationer og kan få nødvendig kompetence i takt med, at jobbet udvikles. Det indeholder også et godt fysisk og psykisk arbejdsmiljø.

Social ulighed i sundhed kan ikke forebygges gennem sundhedsvæsenet, men der må arbejdes over en bred front, hvor arbejdspladsen indtager en helt central rolle. Arbejdsmiljø og livsstil er væsentlige risikofaktorer, der hver for sig og tilsammen påvirker sundhed og sygdom blandt LO-fagbevægelsens medlemmer. Beregninger fra Det Nationale Forskningsinstitut for Arbejdsmiljø (NFA) viser, at man kan forebygge 80 pct. af alle skader, hvis man kobler arbejdsmiljø og livsstil og gør noget ved begge dele.

### Arbejdspladsens rolle

- ansættelsesforhold
- arbejdsmiljø
- sundhedstilbud (KRAM)
- uddannelse
- arbejdsfastholdelse
- sundhedsordninger
- ledelse og kultur
- oplysning



## Hvad er rammen for oplægget?

Strategioplægget indeholder LO's forslag til, hvordan der kan indgås forskellige aftaler om sundhedsfremme i arbejdslivet og forslag til generelle initiativer på samfundsplan.

I strategioplægget ridser vi de væsentligste problemer op med de fysiske og psykiske arbejdsforhold, mangel på sociale relationer samt livsstilsrelaterede forhold som kost, rygning, alkohol og motion (KRAM).

Med overskriften "forebyggelse og sundhedsfremme" sætter vi fokus på at handle, før der sker skader og før ansatte og ledere bliver nedslidte og syge. Hermed afgrænser vi os fra at behandle arbejdsfasholdelse og rehabilitering, samt uddannelse og kompetence, idet det behandles i andre oplæg fra LO-fagbevægelsen. Vi vil heller ikke behandle de forskellige typer sundhedsforsikringer, ligesom vi ikke vil forholde os til ventelister og sundhedssektoren generelt.

I dette strategioplæg afgrænser vi os også ud fra et væsentlighedskriterium:

- Hvad er de alvorligste sygdomme for LO-fagbevægelsens medlemmer?
- Hvad er årsagerne til, at LO-fagbevægelsens medlemmer dør for tidligt?
- Hvad er årsagerne til, at de sidste mange leveår foregår med sygdom og skavanker?
- Hvad er de alvorligste arbejdsmiljøbelastninger for LO-fagbevægelsens medlemmer?
- Hvordan påvirker arbejdsforholdene sundheden?
- Hvad er forskellen i livsstilen mellem LO-fagbevægelsens medlemmer og højere uddannede grupper af befolkningen?

Strategioplægget slutter med en gennemgående dokumentation af disse spørgsmål med tal og figurer, samlet fra forskellige undersøgelser.

## Hvad er strategien ?

LO vil bidrage med forslag til, hvordan vi kan forebygge skader og sygdomme og øge sundheden. Den individuelle tilgang, hvor der laves oplysningskampagner over for en umotiveret befolkning, er det svageste virkemiddel, der kan tages i brug. Problemet kan ikke løses, hvis vi ikke tager den kollektive tilgang i brug. Derfor er arbejdspladserne et godt sted at sætte sundhedsfremmende initiativer i gang.

LO mener arbejdspladsen må påtage sig et ansvar for at udvikle sundheden, hvis den stigende ulighed skal bremses. Dette ligger i klar forlængelse af arbejdsmiljølovens hensigt med at skabe et sikkert og sundt arbejdsmiljø, og det er også et af formålene i Samarbejds/MED-aftalen.

Det er vigtigt at forebyggelse og sundhedsfremme kobles til det eksisterende faglige arbejde, der foregår på arbejdspladsen. Brancher og sektorer er forskellige og arbejdspladser har forskellig samarbejdskultur, og derfor må der tages udgangspunkt i det, når ledere og medarbejdere prioriterer, hvilke aktiviteter, de vil sætte i gang.

Mange virksomheder integrerer allerede sundhed i deres forretningsstrategi, fordi de ved der er mange penge at spare på sygefraværet, når trivsel og sundhed har høj prioritet. Samtidig er det vigtigt,





at virksomhederne har nogle veldefinerede og overordnede mål for, hvad den vil med sine medarbejdere, og hvordan den vil opnå det - ikke kun økonomisk, men også sundhedsmæssigt.

Samarbejdet med at udvikle arbejdsforholdene er første skridt, dernæst skal de indsatser, medarbejdere og ledelse bliver enige om forankres i arbejdsmiljøarbejdet eller i personalepolitikken. Der skal være ledelsesmæssigt engagement og klarhed omkring ansvar og kompetence og de nødvendige ressourcer i form af penge, personale og tid skal sikres. Ved at udvikle sundheden på arbejdspladserne kan kollegaer støtte hinanden i at ændre adfærd, og samtidig opnår virksomhederne en mere produktiv arbejdskraft.

På denne baggrund opstiller LO forslag til generelle initiativer og forslag til aftaler på forskellige niveauer mellem arbejdsmarkedets parter. Strategien baserer sig således på en kombination af initiativer fra arbejdsmarkedets parter og regeringen. Strategien er et supplement til arbejdsmiljøindsatsen - og ikke en erstatning.

### Etiske spilleregler:

- medarbejdere og ledelse afklarer i fællesskab hensigt og mål med sundhedsfremmeindsatsen
- indsatserne skal bygge på frivillighed, motivation og enighed
- undgå løftede pegefingre og fanatisme
- undgå gruppepres
- sikre den enkelte fortrolighed, tavshedspligt og korrekt håndtering af følsomme helbredsoplysninger.



## Hvad er perspektiverne i arbejdet med sundhedsfremme?

På det nationale plan mener LO, at der er brug for, at regeringens folkesundhedsprogram bliver revideret. En sådan reform skal have forpligtende målsætninger med handleplaner for forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering af de vigtigste folkesygdomme. Handleplanerne skal indeholde indsatser, der har til formål at reducere uligheden i sundhed. Der skal være konkrete og forpligtende mål og tidsfrister, og der skal afsættes ressourcer på nationalt, regionalt og kommunalt niveau til at gennemføre disse handleplaner. Det er vigtigt, at der er indsatser i alle relevante sektorer og brancher. Endelig er det nødvendigt, at der løbende sker en evaluering af handleplanerne, og at der gennemføres et systematisk forsknings- og udviklingsarbejde, som kan understøtte disse planer.

Regeringens forslag til kvalitetsreformen om at nedsætte en hurtigarbejdende forebyggelseskommission handler udelukkende om KRAM-faktorerne, og om hvordan folk kan lære at leve bedre med deres sygdomme. LO mener dette er for snævert, fordi vi ved, at arbejdet og arbejdsmiljøet er af afgørende betydning for folks sundhed. LO foreslår, at regeringen udvider forebyggelsen til at handle om både arbejdsmiljø og livsstil.

Det vil kræve politisk opbakning og

lederskab, hvis sådanne handleplaner skal føres ud i livet. LO ønsker at styrke en sådan udvikling gennem en aktiv sundhedspolitik, både på landsplan, ved lokalt samarbejde og på arbejdspladsniveau. Hvis denne vision skal realiseres, forudsætter det en offensiv og dynamisk sundhedspolitik, en prioritering af ressourcer, samt en vilje fra alle involverede aktører fra det nationale niveau til de enkelte aktører på arbejdspladserne.

Kommunalreformen giver kommunerne ansvar for forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering/genoptræning. Kommunerne er i disse år ved at udforme sundhedspolitikken, og mange kommuner har opbygget sundhedscentre, der skal lave målrettede indsatser for at bekæmpe uligheden. Her kan fagbevægelsen lokalt være med til at styrke denne udvikling og samarbejde med kommunerne om at reducere sygefravær og udstødning fra arbejdsmarkedet. Det kan være med til at give LO-fagbevægelsens medlemmer med kronisk sygdom reelle muligheder for at fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet.

På det generelle samfundsplan skal opgaven med at løfte arbejdsmiljø og sundhedsfremme tænkes ind i nybyggeri af arbejdspladser, boliger og infrastrukturen. Der skal planlægges, så det bliver naturligt at bevæge sig mere.

Eksempelvis kunne der tænkes i, at langturschauffører, buschauffører og lignende erhverv har mulighed for at køre ind på spisesteder, hvor der også findes motionsrum. Det ville være et relevant EU-initiativ at arbejde for, at der langs motorvejene findes faciliteter i infrastrukturen på de steder, hvor chaufførerne holder pauser og spiser.

I det velfærdsforlig, der blev indgået mellem regeringen, Dansk Folkeparti, Socialdemokraterne og de Radikale Venstre i 2006 blev det besluttet at oprette en forebyggelsesfond på tre mia. kroner. LO mener, at Forebyggelsesfonden indeholder et stort potentiale til udvikling af sundhedsfremme på de danske arbejdspladser.

Forebyggelsesfonden giver mulighed

for at søge støtte til projekter på virksomheder, der fremmer sundheden, forbedrer arbejdsmiljøet, fastholder folk i arbejde og får arbejdsskadede og handicappede ind på arbejdsmarkedet. Dette giver muligheder for at igangsætte projekter, der integrerer forbedring af arbejdsforhold og sundhed. TR/SR, fagforeninger og fagforbund kan også foreslå projekter og støtte deres medlemmer på arbejdspladserne i forhandlingerne med arbejdsgiverne. At lave projekter med indflydelse på eget arbejde, øget trivsel på arbejdspladsen, indflydelse på arbejdstider m.v., kan blive et vigtigt skub i retning af at forbedre sundhed og livskvalitet for de ansatte på arbejdspladserne.





**LO's forslag til integration af  
arbejds miljø og  
sundhedsfremme  
på arbejdspladserne**

LO's forslag handler både om overordnede initiativer til, hvad der kan gøres på samfundsplan, på nationalt, regionalt og kommunalt niveau, og om hvad der kan gøres i aftalesystemet, mellem arbejdsmarkedets parter. Vi mener, der er mange aktører, som skal på banen og spille sammen.

### **Forslag til generelle initiativer**

1. Handleplaner på nationalt, regionalt og kommunalt plan om forebyggelse og sundhedsfremme.
2. Øget forskning inden for forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladserne.
3. Etablering af et sundhedsfremmeindeks, der beskriver den enkelte virksomheds eller institutions tilstand i forhold til arbejdsmiljø og sundhed.
4. Certificering af virksomheder, der tilbyder sundhedsordninger.
5. Styrkede økonomiske incitamenter får virksomhederne til at investere i medarbejdernes sundhedsfremme.
6. Styrkelse af viden om sundhedsfremme på arbejdspladsen.
7. Arbejdsgivernes pligter skal også omfatte sundhedsfremme på arbejdspladsen.

### **Forslag til aftaler**

8. Trepartsrammeaftale om forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdsmarkedet.
9. Overenskomstparternes aftale om forebyggelse og sundhedsfremme.
10. Øget indflydelse på egen arbejdstid gennem aftaler om, at lønmodtagerne selv tilrettelægger deres arbejdstid.
  11. Aftaler om øget indflydelse på eget arbejde.
  12. Aftaler, der håndterer stillesiddende og inaktivt arbejde.
  13. Senioraftaler for ældre medarbejdere.
  14. Aftaler om sund mad til medarbejderne i arbejdstiden.

## **Forslag til generelle initiativer**

**Forslag 1:  
Handleplaner på nationalt,  
regionalt og kommunalt  
plan om forebyggelse  
og sundhedsfremme**

### Udfordring

Der bruges mange ressourcer i sundhedsvæsenet til behandling af sygdomme, men få ressourcer til at undgå nedslidning og sygdomme. LO-fagbevægelsens medlemmer er hårdest ramt og den sociale ulighed i sundhed skal bekæmpes gennem en aktiv forebyggende sundhedspolitik, der er målrettet og bliver evalueret.

### Mål

Gennem handleplaner på nationalt, regionalt og kommunalt niveau skal det sikres, at sundhed ikke kun er forbeholdt de personer, der har særlige ressourcer og er veluddannede. Der skal udarbejdes handleplaner for forebyggelse og sundhedsfremme af de vigtigste risikofaktorer/folkesygdomme. Handleplanerne skal indeholde indsatser, der direkte har til formål at reducere uligheden i sundhed.

### Gennemførelse i praksis

I et velfærdssamfund er det et fælles ansvar at skabe de bedste betingelser for et sundt liv for alle. Samtidig vil skatteyderne få mere for pengene, hvis der bliver satset langt mere på at forebygge skader og fremme sundheden. LO foreslår, at regeringen justerer folkesundhedsprogrammet, så der på forskellige niveauer opstilles konkrete, forpligtende mål og tidsfrister i handleplaner. Disse handleplaner skal definere indsatser på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Indsatsen skal understøtte arbejdspladsernes behov, og det skal sikres, at indsatserne er koordineret og trækker i samme retning. Der skal afsættes ressourcer på nationalt, regionalt og kommunalt niveau til at gennemføre planerne. Den hidtidige puljepolitik med tilfældige, tidsbegrænsede puljer skal erstattes af et langsigtet udviklingsprogram. Dette skal sikre, at handleplanerne løbende evalueres, og at der gennemføres systematisk forsknings- og udviklingsarbejde, som understøtter handleplanerne. Der skal afsættes midler til uddannelse af aktører inden for forebyggelse af arbejdsmiljøskader og sundhedsfremme, som kan indgå i udvikling og evaluering af handleplaner. Der afsættes i alt 500 mio. kr. til disse forskellige aktiviteter.

**Forslag 2:  
Øget forskning inden  
for forebyggelse og  
sundhedsfremme på  
arbejdspladserne**

**Udfordring**

Der er i dag begrænset viden om, hvordan man kan kombinere arbejdsmiljøarbejde og sundhedsfremmearbejde på arbejdspladserne. Mange kampagner for sund kost, motion og et liv uden røg og alkohol har slået fejl, bl.a. fordi tvang og moraliserende skræmmekampagner ikke får LO-grupperne til at ændre adfærd eller holdning.

Bortset fra motionsrum og frugtkurve er der ikke meget sundhedsfremme integreret på de danske arbejdspladser, og der er derfor behov for at få oparbejdet erfaringer med nye måder at styrke arbejdspladsernes sundhedsindsats på. Sundhedsfremme skal ikke individualiseres og ses isoleret fra arbejdet, men tværtimod tænkes ind i den daglige arbejdstilrettelæggelse. Dette kræver ny viden gennem forskning.

**Mål**

Udvikling af ny viden om erfaringer, metoder og effekter gennem styrket forskningsindsats under Den Strategiske Arbejdsmiljøforskningsfond. Indsatsen skal sikre udvikling af sundhedsfremme på arbejdspladserne og at ressourcer anvendes hensigtsmæssigt og effektivt.

**Gennemførelse i praksis**

Der er brug for nye værktøjer og nye måder at ændre lønmodtagernes opfattelse af et sundt arbejdsliv. Sundhed skal integreres i arbejdstilrettelæggelsen og ses som en integreret del af et sundt og forebyggende arbejdsmiljø. De nyeste erfaringer på det ergonomiske område viser at forebyggelse af fysisk nedslidning fordrer en bredspektret indsats, og vedrører såvel arbejdstilrettelæggelsen som fysisk træning og rådgivning. Den Strategiske Arbejdsmiljøforskningsfond må årligt tilføres yderligere 15 mio.kr. Der må årligt udbydes interventionsprojekter, som i praksis integrerer arbejdstilrettelæggelse, arbejdsmiljøarbejde og sundhedsfremme.



**Forslag 3:  
Etablering af et sundheds-  
fremmeindeks der beskriver  
den enkelte virksomheds  
eller institutions tilstand i  
forhold til arbejdsmiljø og  
sundhed**

### Udfordring

Der er behov for et værktøj – et sundhedsfremmeindeks – der kan synliggøre virksomhedernes indsats for at styrke arbejdsmiljø og sundhed blandt de ansatte. Værktøjet skal kunne anvendes både internt og eksternt. Internt i forhold til at vise over for medarbejderne, hvordan det går med sundhedsarbejdet og medarbejdernes sundhed, og eksternt i forhold til at kunne måle sig med andre virksomheder.

### Mål

Sundhedsfremmeindekset skal fungere som en måde at skabe synlighed om virksomhedernes aktiviteter på området, og skal også kunne anvendes til at måle fremdrift i virksomhedernes aktiviteter. Dette skal ligeledes øge incitamentet til at ville fremme sundheden på de enkelte arbejdspladser.

### Gennemførelse i praksis

I tæt samarbejde med arbejdsmarkedets parter må der udvikles, testes og evalueres et sundhedsfremmeindeks. På baggrund af erfaringerne indføres et akkrediteret sundhedsfremmeindeks, som efterfølgende kan erhverves gennem certificerede udbydere. Sundhedsfremmeindekset skal baseres på måltal og kunne belyse, hvordan det går med de mål, som de enkelte virksomheder stiller på det sundhedsmæssige område. Sundhedsfremmeindekset skal udvikles, så der på den basis kan tegnes en sundhedsfremmeprofil for arbejdspladsen. En sundhedsfremmeprofil må dog aldrig medføre en overvågning af medarbejdernes livsstil. Profilen handler om virksomhedens initiativer. Der afsættes 10 mio. kr. til udvikling af indekset.

## 4

**Forslag 4:  
Certificering af virksomheder der tilbyder sundhedsordninger**

**Udfordring**

Der er mange firmaer, der tilbyder virksomheder sundhedsordninger med forskellige tilbud. Det kan være svært for virksomhederne og medarbejderne at gennemskue, om det er tilbud, der vil give reelle forbedringer i medarbejdernes sundhed.

**Mål**

At skabe et positivt incitament og klarhed omkring arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme, således at arbejdspladsernes arbejde med forebyggelse og sundhed styrkes.

**Gennemførelse i praksis**

Der nedsættes et tværministerielt udvalg, som udarbejder krav til en certificeringsordning for firmaer, der udbyder ydelser om initiativer med forebyggelse og sundhed. Certificeringsordninger skal tænkes sammen med udvikling af sundhedsfremmeindekset.

## 5

**Forslag 5:  
Styrkede økonomiske incitamenter får virksomhederne til at investere i medarbejdernes sundhedsfremme**

**Udfordring**

Erfaringerne viser, at virksomhederne kun sjældent igangsætter sundhedsfremmeaktiviteter af sig selv. Der er behov for klare økonomiske incitamenter for at fremme virksomhedernes arbejde med målrettet sundhedsfremme. Imagepleje og øget synlighed kan ikke stå alene.

**Mål**

Udvikling af nye økonomiske incitamenter, der kan øge virksomhedernes interesse for at arbejde med sundhedsfremme inden for såvel offentlige indkøb som beskatning. Det skal blive lettere for medarbejdere og tillidsvalgte at motivere virksomhederne til at give sig i kast med sundhedsfremme.

**Gennemførelse i praksis**

Det skal nærmere udredes, hvorledes virksomheder, der kan dokumentere, at de arbejder med sundhedsfremme, fx. virksomheder, der har et certificeret sundhedsfremmeindeks, skal have fortrinsret ved offentlige indkøb. Det skal undersøges, om sundhedsfremmeindekset på længere sigt også kan bruges til at opnå rabat på bidraget til Arbejdsmarkedets Erhvervs sygdoms sikring (AES). Med hensyn til beskatning skal det nærmere vurderes om sundhedsordninger, fx fitness abonnementer på en virksomhed skal undtages beskatning med henblik på at udbrede disse ordninger.

### **Forslag 6: Styrkelse af viden om sundhedsfremme på arbejdspladsen**

#### **Udfordring**

Der er for lidt viden på arbejdspladserne om, hvordan man kan arbejde med sundhedsfremme i arbejdsmiljøarbejdet. Det gælder både for ledere, SR/TR samt for andre aktører på arbejdspladsen, som eksempelvis særligt udpegede sundhedsagenter mv. Derfor skal uddannelse i sundhedsfremme for denne målgruppe styrkes.

#### **Mål**

Kompetencerne om sundhedsfremme hos SR/TR og arbejdslederne i sikkerhedsgruppen skal udvikles gennem uddannelse, så de er i stand til at deltage i arbejdspladsens sundhedsfremmeindsats. På nogle arbejdspladser vil der udover sikkerhedsgruppen ofte være andre aktører på arbejdspladsen, som eksempelvis særligt udpegede sundhedsagenter mv., der løfter denne opgave. Disse skal også klædes på i det fornødne omfang.

#### **Gennemførelse i praksis**

Hvis sundhedsfremme skal integreres i arbejdsmiljøarbejdet, er det nødvendigt at SR/TR ved noget om, hvad der virker sundhedsfremmende, og hvad der skal til for at forebygge usunde arbejdsforhold. Bekendtgørelsen under arbejdsmiljøloven om virksomhedernes sikkerheds- og sundhedsarbejde ændres, så sikkerhedsgruppens lovpligtige uddannelse udvides med aktiviteter om sundhedsfremme i 8 timer, således at SR i praksis lærer at integrere arbejdsmiljø og sundhedsfremme. Ønsker man at styrke det sundhedsfremmende arbejde gennem udpegede sundhedsagenter o.l., bør der indgås aftaler om, hvorledes disse tilføres den nødvendige viden inden for de relevante områder. Det er vigtigt, at det er overenskomstparterne, der indgår aftaler, der sikrer udvikling af den enkeltes arbejde og også sikrer opkvalificeringen, så sundhed på arbejdspladsen bliver en del af det faglige arbejde.

**Forslag 7:**  
**Arbejdsgivernes pligter skal også omfatte sundhedsfremme på arbejdspladsen**

**Udfordring**

Virksomhederne skal udarbejde en politik for sundhedsfremme, der inkluderer KRAM-faktorerne. Både i arbejdsmiljøloven og i Samarbejds/MED-aftalerne tales om forbedring af sundhed, men her er KRAM-faktorerne ikke nævnt.

**Mål**

Målet er at tydeliggøre sammenhængen mellem arbejdsmiljø og sundhedsfremme så de indsatser, der besluttes, omfatter begge dele.

**Gennemførelse i praksis**

Arbejdsgiveren skal i samarbejde med medarbejderne beslutte, hvordan virksomheden konkret vil arbejde med sundhedsfremme på arbejdspladsen. Her skal opstilles mål og handleplaner og retningslinjer for opfølgning af handleplaner. Indsatserne kan forankres i Sikkerhedsorganisationen og/eller i Samarbejds/MED-udvalget. Det kan være en god ide at forankre sundhedsfremmeaktiviteterne i arbejdspladsvurderingen eller i personalepolitikken.

# Forslag til aftaler

8

## **Forslag 8: Trepartsrammeaftale om forebyggelse og sundheds- fremme på arbejdsmarkedet**

### **Udfordring**

Den danske sundhedsfremmeindsats er usystematisk og uden sammenhæng. Der eksisterer en del puljer til udvikling af arbejdet, nedbringelse af sygefravær, rummelighed og sundhed, men ingen ved, hvilke tiltag, der virker effektivt. Der følges ikke op på disse puljer og evalueringer er der få af. Der mangler dialog og koordination mellem de forskellige aktører.

### **Mål**

Der skal indgås en rammeaftale med en langsigtet handlingsplan med målsætninger, tidsfrister og evaluering af indsatserne. Der skal være en forbedret dialog og koordinering af de forskellige aktørers indsatser.

### **Gennemførelse i praksis**

Der nedsættes et trepartsudvalg med regeringen og hovedorganisationerne til at udrede de forskellige aktiviteter og mangler, der er i forhold til at skabe gode rammer for arbejdet med sundhedsfremme på arbejdspladserne. Herefter indgås en rammeaftale om forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladsen, og der sættes midler af til gennemførelse af aktiviteterne.

**Forslag 9:**  
**Overenskomstparternes**  
**aftale om forebyggelse**  
**og sundhedsfremme**

### Udfordring

Det er nødvendigt først at skabe nogle generelle rammer, for at arbejdet med aftaler om forebyggelse og sundhedsfremme kan fungere på den enkelte arbejdsplads. Overenskomstparterne må vurdere og medtage elementer om forebyggelse og sundhedsfremme, der hvor de finder det relevant.

### Mål

Overenskomstparterne indgår en overordnet aftale om, at parterne har et medansvar i forhold til at sikre sunde arbejdspladser og medvirke til, at lønmodtagernes helbred og sundhedstilstand forbedres. Desuden vurderer overenskomstparterne, hvor og hvordan initiativer om forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladserne kan indgå i overenskomsterne.

### Gennemførelse i praksis

Initiativet er overenskomstparternes. Aftalerne kan skitsere de overordnede initiativer, som parterne ønsker at bidrage med til at fremme sundheden samt indeholde arbejdsgivernes forpligtelser. Det gælder fx initiativer om arbejdstid, sund mad, motionsordninger mv. Aftalen skal derudover sikre, at de ansatte ikke tvinges ind i ordninger eller i øvrigt presses til at deltage i sundhedsinitiativer, der er arbejdspladsen uvedkommende. Det vil være relevant at inddrage certificering og sundhedsfremmeindekset i overvejelserne.

**Forslag 10:**

**Øget indflydelse på egen arbejdstid gennem aftaler om at lønmodtagerne selv tilrettelægger deres arbejdstid**

**Udfordring**

LO-fagbevægelsens medlemmers arbejdsliv er domineret af skiftende og ufleksible arbejdstider, hvilket gør det besværligt at få arbejdsliv og familieliv til at hænge sammen. Medlemmerne i LO-fagbevægelsen fortjener mere fleksibilitet og frihed i jobbet. Gennem indflydelse på egne arbejdstider er det muligt at opnå en mindre stresset hverdag og en større tilfredshed i livet.

**Mål**

Overenskomstparterne indgår aftaler, der sikrer, at de ansatte i højere grad selv planlægger, hvornår de vil holde fri, hvornår de vil arbejde, og om arbejdsdagene skal være korte eller lange.

**Gennemførelse i praksis**

Der er allerede udviklet systemer, der lader ansatte fastlægge deres egne arbejdstider, som bl.a. plejehjem har positive erfaringer med. Her taster de ansatte deres ønskede arbejdstider ind i et simpelt computerprogram, og i de tilfælde hvor skemaet ikke går op, får den enkelte point, hvis vedkommende vælger at være fleksibel. Disse point kan indløses i tilfælde af konflikter, således at den med flest point bliver førstevælger. Ved en indførelse af denne slags systemer får de ansatte maksimal indflydelse på deres arbejdstid, mens systemet sikrer, at alle får lige adgang til de attraktive vagter.

**Forslag 11:**  
**Aftaler om øget indflydelse  
på eget arbejde**

### Udfordring

Alt for mange af LO-fagbevægelsens medlemmer har ingen indflydelse på deres arbejde. Manglende indflydelse og udviklingsmuligheder er nogle af de mest psykisk belastende påvirkninger på arbejdspladsen.

### Mål

Overenskomstparterne indgår aftaler, der sikrer, at medarbejderne får større indflydelse på tilrettelæggelsen af eget arbejde. Dette skal ske i samspil med kollegaerne.

### Gennemførelse i praksis

Der skal indgås aftaler om udvikling af arbejdet, så der gives mulighed for, at de ansatte selv tilrettelægger arbejdet, evt. i teams, selvstyrende grupper o.l. Dette er allerede gennemført på mange arbejdspladser. Ved nye aftaler skal der lægges vægt på, at medarbejderne bliver efteruddannet, så de bliver kvalificerede til de nye opgaver.



**Forslag 12:**  
**Aftaler der håndterer stillesiddende og inaktivt arbejde**

### Udfordring

Stillesiddende og inaktivt arbejde udgør en central sundhedsrisiko, bl.a. i forhold til hjerte- og karsygdomme. På mange arbejdspladser er det muligt at nedbringe det stillesiddende arbejde for den enkelte gennem fx jobrotation. På andre arbejdspladser er det vanskeligt at variere arbejdet, så det er en blanding af fysisk aktivitet og stillesiddende arbejde.

### Mål

Overenskomstparterne indgår aftaler på arbejdspladser med meget inaktivt og stillesiddende arbejde. Aftalerne skal understøtte en vurdering af det stillesiddende arbejde med henblik på gennemførelse af forandringer.

### Gennemførelse i praksis

På arbejdspladserne skal det vurderes i APV'en, hvordan stillesiddende og inaktivt arbejde kan modvirkes ved jobrotation eller ved udvikling af arbejdet, så den enkelte får udvidet sine opgaver. Hvis der udelukkende eksisterer stillesiddende arbejde, må arbejdspladsen tilbyde de ansatte anden form for forebyggelse. Dette kan fx ske ved, at de overenskomstberettigede parter indgår en overordnet aftale om mulighed for motion i arbejdstiden. På arbejdspladserne indgås aftaler om gennemførelse af motionstilbud.

**13****Forslag 13:  
Senioraftaler for  
ældre medarbejdere****14****Forslag 14:  
Aftaler om sund mad til med-  
arbejderne i arbejdstiden****32****Udfordring**

Personer over 55 år, som har været et langt liv på arbejdsmarkedet, kan være delvist nedslidte og have svært ved at arbejde på de normale overenskomst-mæssige vilkår. Både seniorerne og arbejdspladsen kan have en fælles interesse i, at seniorerne bliver længere tid på arbejdet.

**Mål**

Der skal fastholdes flere seniorer på arbejdsmarkedet. Gennem aftaler må der sikres en tilpasning af arbejdstid og arbejdsforhold, så den enkelte senior finder det attraktivt at blive på arbejdsmarkedet.

**Gennemførelse i praksis**

I overenskomsterne aftales der vilkår for seniorer om arbejdstid, arbejdsopgaver og efteruddannelse. Dette er allerede praksis i mange overenskomster.

**Udfordring**

Mange typer arbejdspladser har ikke en fælles kantine for medarbejdere. Det er typisk på skiftende og mobile arbejdspladser, på mindre arbejdspladser og ved enkeltmandsarbejde. På andre arbejdspladser har kantinerne måske ikke et tilstrækkeligt udbud af sundhedsfremmende måltider og medarbejderne spiser måske blot en kedelig madpakke eller fastfood. Der er et stort potentiale i at vise, hvordan sund mad kan være spændende og vel-smagende.

**Mål**

Etablering af aftaler der kan sikre alle medarbejders mulighed for at få et sundt måltid mad, når de er på arbejde.

**Gennemførelse i praksis**

Overenskomstparterne har initiativet, og det kan fx udmøntes i aftaler om madkuponer til de ansatte, der ønsker det. Madkuponerne kan bruges på de restauranter, cateringordninger og kantiner, der lader sig certificere som et madsted, der laver sunde måltider. Det kan også udmøntes i aftaler om sund mad i kantinen på arbejdspladsen. Der skal derfor laves en certificeringsordning for madsteder, der serverer sund kost.

# Dokumentation

33

### De største arbejdsmiljøproblemer

En forstærket indsats for et bedre arbejdsmiljø vil have stor betydning for uligheden - specielt hvis den er rettet mod forhold i arbejdsmiljøet, der øger risikoen for de store folkesygdomme. Arbejdsmiljøet har nemlig stor betydning for befolkningens sundhed og dermed også for uligheden i sygelighed:

- Hvert år dør mere end 2.000 danskere på grund af arbejdsbetingede lidelser. Det svarer til 6 pct. af alle dødsfald blandt mænd og 1 pct. blandt kvinder<sup>1</sup>.
- Hvert år kan 1.400 dødsfald relateres til psykisk arbejdsbelastning. Det svarer til 2,5 pct. af alle dødsfald i aldersgruppen 25-64 år<sup>2</sup>.
- 11 pct. af alle indlæggelser for kvinder og 15 pct. af alle indlæggelser for mænd kan henføres til arbejdsmiljøet<sup>3</sup>.
- Finske tal peger på, at 17 pct. af alle hjertekartilfælde kan tilskrives arbejdet<sup>4</sup>.
- Psykisk arbejdsbelastning er især en risikofaktor for iskæmisk hjertesygdom. Det gælder specielt belastninger forårsaget af høje krav og lav kontrol over arbejdssituationen. Lang arbejdstid og ubalance mellem anstrengelsen og belønningen på arbejdet synes også at forøge risikoen for hjertesygdom og det samme gælder for skifteholdsarbejde<sup>5</sup>.
- Personer med lav eller ingen uddannelse er klart de mest stressede på det danske arbejdsmarked. Blandt dem der har 8. klasse eller mindre som seneste afsluttede uddannelse har halvdelen alvorlige stresssymptomer, og tal viser, at 40 pct. blandt ikke-faglærte mod 18 pct. blandt ledere er enten noget stresset eller meget stresset<sup>6</sup>.
- En ikke-faglært arbejder har 60 pct. større risiko for at blive indlagt med blodprop i hjertet end en akademiker, og denne forskel har været stigende gennem de sidste 20 år. Stille-

1) Juel K. Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Institut for Folkesundhed, 2006.

2) Juel K. Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Institut for Folkesundhed, 2006.

3) Bach E, Borg V med flere. Sammenhænge mellem arbejdsmiljø og sygdom. København: Arbejdsmiljøinstituttet, 2002.

4) Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. Scand J Work Environ Health 2001;27:161-213.

5) Netterstrøm B, Kristensen TS. Psykisk arbejdsbelastning og iskæmisk hjertesygdom. Ugeskrift for Læger 2005; 167: 4348-55.

6) Undersøgelse foretaget af Analyse Danmark for Ugebladet A4, 13.08.2007.

siddende arbejde, chauffører, beskæftigelse med fødevarerfremstilling, skiftende arbejdstider, stress og monotont tempoarbejde øger risikoen for hjertesygdomme<sup>7</sup>.

- Indlæggelseshyppigheden er størst i disse fag: Transport, rengøring, renovation og manuelt arbejde inden for bygge og anlæg og industri<sup>8</sup>.
- 4-5 pct. af alle kræfttilfælde - cirka 1.000 tilfælde om året - skyldes arbejdsmiljøet. Kemiske stoffer, passiv rygning og røntgenstråling er blandt de vigtigste risikofaktorer<sup>9</sup>.
- Lidelser i bevægeapparatet optræder op til 10 gange hyppigere i fag med tungt arbejde, gentaget arbejde, akavede arbejdsstillinger mv. Undersøgelser viser endvidere, at lidelser i bevægeapparatet er relateret til psykiske arbejdsbelastninger<sup>10</sup>.

De kortuddannede med under 10 års skolegang er udsat for det mest risikable arbejdsmiljø. Hos denne gruppe har 50 pct. alvorlige stresssymptomer, hvorimod andelen af stressede hos folk med erhvervsfaglige og korte videregående uddannelser er en fjerdedel<sup>11</sup>.

Som figur 1 viser, rammes kortuddannede massivt af muskel- og skelet-sygdomme, hvilket vidner om et stort forebyggelsespotentialer hos denne gruppe.

7) Netterstrøm B, Ebbehøj NE. Arbejdsmiljø og folkesygdomme. Ugeskrift for Læger 2004; 166: 1566-70.

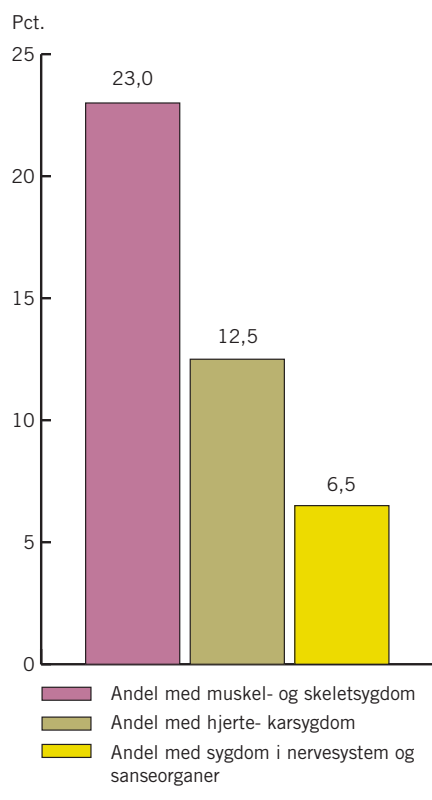
8) Dette gælder for begge køn. Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed. 2004 Hjertestatistik.

9) Netterstrøm B, Ebbehøj NE. Arbejdsmiljø og folkesygdomme. Ugeskrift for Læger 2004; 166: 1566-70.

10) Netterstrøm B, Ebbehøj NE. Arbejdsmiljø og folkesygdomme. Ugeskrift for Læger 2004; 166: 1566-70.

11) Undersøgelse foretaget af Analyse Danmark for Ugebrevet A4, 13.08.2007.

**Figur 1: Hyppigste sygdomme blandt kortuddannede (< 10 år)**



Men selv om en række af risikofaktorerne ofte er indlejret i jobbet, som eksempelvis tunge løft, så er det muligt for ledelsen at forebygge, at disse fører til sygefravær hos de ansatte. Hårdt fysisk arbejde har større risiko for at føre til langtidssygefravær på arbejdspladser, hvor ledelseskvaliteten er i bund. Modsat er langtidssygefraværet markant lavere hos medarbejdere med samme hårde fysiske arbejde, hvis der er tilfredshed med ledelsen. Der er altså en klar synergieffekt mellem arbejdsmiljø, ledelse og risiko for sygefravær, hvorfor ledelsen må spille en stor rolle, hvis sundheden hos de ansatte skal forbedres og sygelighed skal nedbringes<sup>12</sup>.

12) 2 Labriola, Lund med flere: Resultater af sygefraværskforskning 2003-2007.

### KRAM's betydning for sundheden

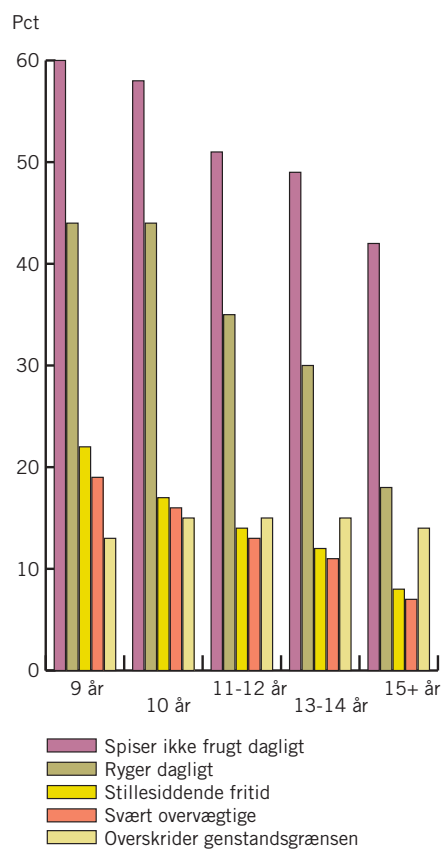
Sundhedsvaner – kost, rygning, alkohol og motion – har afgørende betydning for sundheden. Alle de store folkesygdomme er enten direkte eller indirekte forårsaget af vores sundhedsvaner. Tusindvis af dødsfald kan tilskrives dårlig kost, rygning, overforbrug af alkohol og fysisk inaktivitet. Eksempelvis er mere end hvert fjerde dødsfald relateret til rygning<sup>13</sup>.

Danskernes sundhedsvaner tegner sig meget forskelligt, og der viser sig en klar sammenhæng mellem sundhed og længden af uddannelsesforløb, som illustreret i figur 2. Her er det karakteristisk, at jo kortere uddannelsesforløb en gruppe har, jo højere andel:

- Spiser ikke frugt
- Ryger dagligt
- Har stillesiddende fritid
- Er svært overvægtige

Kun i forbindelse med forbrug af alkohol over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser er sundhedsvanerne hos befolkningen ikke proportionelle med længden af uddannelse<sup>14</sup>.

Figur 2: Sundhedsvaner i befolkningen, opdelt efter længden af skole- og erhvervsuddannelse

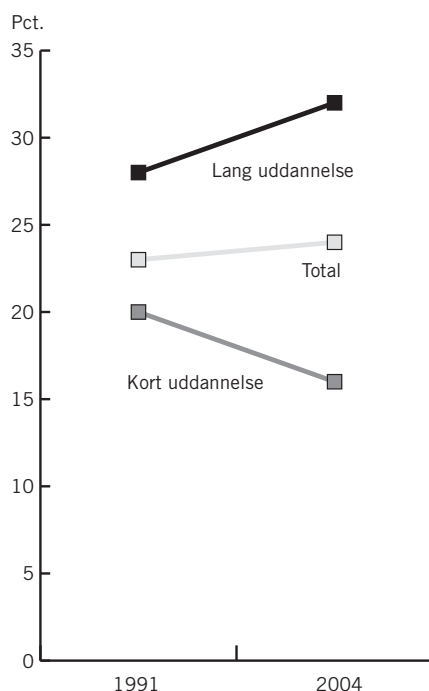


13) Juel K. Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Institut for Folkesundhed, 2006.

14) Ekholm O, Kjølner M med flere. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

Sundhedsvanerne ændrer sig i en sundere retning i disse år, og det gælder for alle befolkningsgrupper. Interessen for sundere levevis er stor i alle grupper i befolkningen, men ændringerne slår hurtigst igennem blandt de højtuddannede, hvilket fører til en øget ulighed. I forhold til motion og aktivitet i hverdagen, går tendenserne i den rigtige retning for de højtuddannede, mens andelen af kortuddannede, som dyrker 4 timers motion ugentlig, er faldende. Her peger udviklingen således på en øget ulighed også i fremtiden, hvor de højtuddannede forbedrer deres sundhed, mens det går tilbage for de kortest uddannede.

**Figur 3: Moderat til kraftig fysisk aktivitet 4 timer pr. uge**

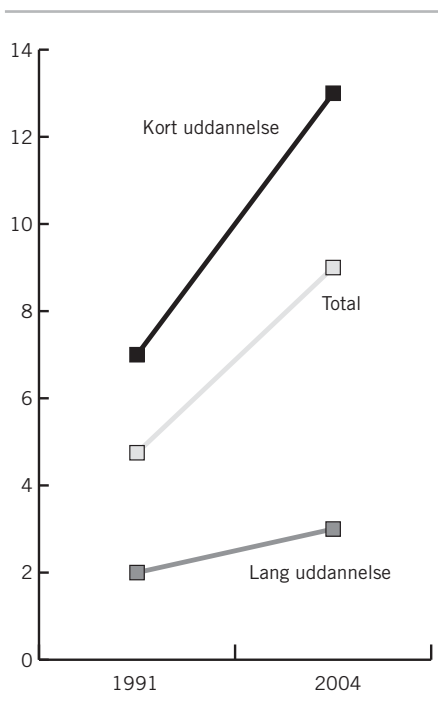


Anm.: Totalt og for personer med faglig eller kortere uddannelse og personer med lang videregående uddannelse. Andel af befolkningen over 18 år. Københavns Kommune 1991-2004.



Fedme er et stadigt stigende problem i hele den vestlige verden, og her er Danmark ingen undtagelse. Fedme har mange konsekvenser for sundhed og velvære, og det medfører negative følger for såvel den enkelte, arbejdspladsen og for samfundet. Figur 4 viser, at andelen af overvægtige generelt er stigende, men særligt for de kortuddannede er stigningen markant.

**Figur 4: Fedme – BMI > 30**



Anm.: Totalt for personer med faglig eller kortere uddannelse og personer med lang videregående uddannelse. Andel af befolkningen over 18 år. Københavns Kommune 1991-2004.

Arbejdspladsen er et vigtigt netværk, hvor man påvirker hinanden og kan give hinanden støtte til at foretage svære vænændringer. Arbejdspladsen kan bakke op om ændringerne gennem eksempelvis rygepolitik og rygestoptilbud, sund mad i kantinerne, motionstilbud mv. Erfaringerne viser, at arbejdspladserne kan være et godt sted at gennemføre en indsats, der søger at reducere den sociale ulighed i sundhed, hvis tilbuddene målrettes ansatte med kort uddannelse<sup>15</sup>.

Sundhedsfremme på arbejdspladserne handler om åben dialog med og aktiv involvering af medarbejderne. Medarbejdernes ønsker og behov skal være i centrum, og tilbuddene skal være frivillige.

## Sygelighed

En række undersøgelser af den danske befolkning viser (ikke overraskende) også klare sociale forskelle i forekomsten af sygdomme. Bla. viser undersøgelser fra Statens Institut for Folkesundhed<sup>16</sup>, at forekomsten af kronisk sygdom/langvarig sygdom optræder 50 pct. hyppigere blandt personer med kort uddannelsesniveau set i forhold til personer med højt uddannelsesniveau.

I en stor undersøgelse fra Region Midtjylland fra 2006<sup>17</sup> konkluderes ligeledes "at der er en markant social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme". Figur 5 viser, hvorledes kroniske sygdomme markant optræder hyppigst hos de kortuddannede. Af de 17 listede kroniske sygdomme/eftervirkninger af sygdom optræder hele 14 sygdomme hyppigst blandt kortuddannede, og kun kræft<sup>18</sup> og allergi optræder hyppigst blandt højtuddannede.

15) Nationalt Center for sundhedsfremme på arbejdspladsen. Sundhedsfremme på arbejdspladsen. Manual. København 2004.

16) Statens Institut for Folkesundhed. Sundhedssygelighedsundersøgelserne, 2000.

17) Larsen FB, Nordvig L, Søe D. Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner i Region Midtjylland, november 2006.

18) Der er dog store forskelle inden for kræftsygdomme. Nogle sygdomme som for eksempel lungekræft optræder hyppigere blandt personer med lav uddannelse. Omvendt optræder kræftformer som brystkræft hyppigere blandt højtuddannede kvinder.

**Figur 5: Forekomsten af 17 kroniske sygdomme/effervirkninger af sygdom – hyppigste forekomst i forhold til uddannelsesnivea<sup>19</sup>**

	Uddannelsesnivea		
	Lavt	Middel	Højt
<b>Potentielt livstruende kroniske sygdomme</b>	●		
Forhøjet blodtryk	●		
Hjertekrampe	●		
Blodprop i hjertet	●		
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	●		
Sukkersyge	●		
Kræft			●
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	●		
<b>Ikke livstruende kroniske sygdomme</b>			
Astma	●		
Slidgigt, leddegigt	●		
Allergi			●
Knogleskørhed	●		
Diskusprolaps	●		
Forbigående psykiske lidelser	●		
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	●		
Migræne, hyppig hovedpine	●		
Tinnitus	○	○	○
Grå stær	●		

● Hyppigst hos    ○ Ingen forskel

19) Ekholm O, Kjølner M med flere: Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

### Det selvvaluerede helbred

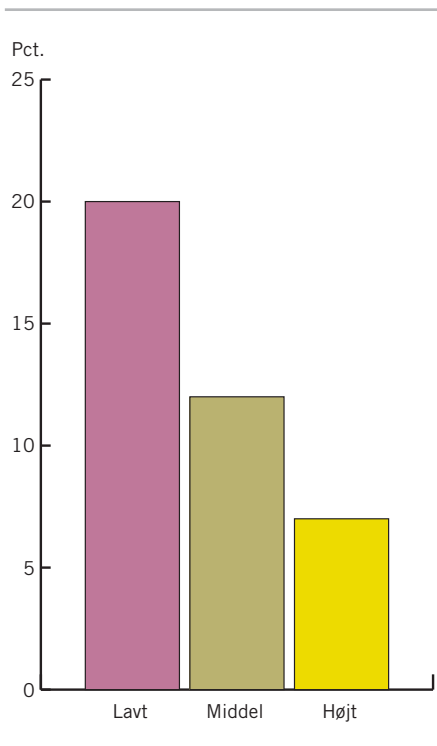
Jo længere uddannelse man har, jo bedre oplever man sit helbred. Det har landsdækkende undersøgelser siden 1987 vist. Den seneste undersøgelse fra 2005 viser således, at af de personer med under 10 års kombineret skole- og erhvervsuddannelse betegner 36 pct. deres helbred som meget dårligt, dårligt eller som nogenlunde. Kun 13 pct. af dem med mere end 15 eller flere års uddannelse vurderer deres helbred lige så dårligt<sup>20</sup>.

Undersøgelsen fra Region Midtjylland, der inkluderer mere end 30.000 borgere fra alle regionens kommuner, bekræfter denne sammenhæng. Af figur 6 fremgår, at:

Hver femte kortuddannede vurderer at have et mindre godt eller dårligt helbred.

Næsten tre gange så mange i den laveste uddannelsesgruppe vurderer at have et dårligt helbred set i forhold til gruppen med den højeste uddannelse.

**Figur 6: Andel med mindre godt eller dårligt selvvalueret helbred, fordelt efter uddannelsesniveau<sup>21</sup>**



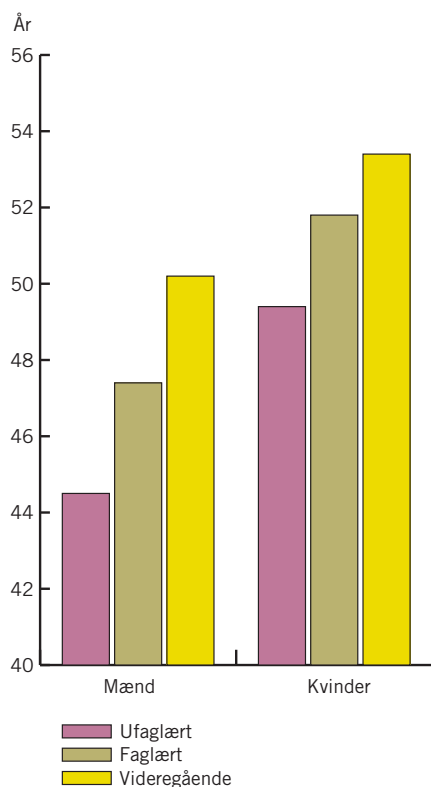
20) Ekholm O, Kjølner M med flere. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007

21) Nationalt Center for sundhedsfremme på arbejdspladsen. Sundhedsfremme på arbejdspladsen. Manual. København 2004.

### Dødelighed og tabte gode leveår

Den sociale ulighed slår også meget klart igennem, når det gælder dødeligheden. Af figur 7 fremgår, at en ikke-faglært 30-årig mand kun kan forvente en restlevetid på 44,6 år, hvorimod en 30-årig med videregående uddannelse kan forvente at have 50,2 år. En højtuddannet kan altså forvente at leve over 5 år længere end en kortuddannet.

Figur 7: Forventet restlevetid for 30-årige i 2005 fordelt på uddannelsesniveau, antal år<sup>22</sup>



22) Figur 3, kap. 7 i Arbejderbevægelsens Erhvervsråds rapport: Fordeling og levevilkår 2007.

Andre undersøgelser viser ydermere, at en 30-årig mand med kort uddannelse kan forvente, at de sidste 15 leveår vil være præget af langvarig belastende sygdom, hvor det "kun" gælder de sidste 11 år for en højtuddannet. Samme mønster tegner sig ligeledes for kvinder, og det kan konstateres, at kortuddannede ganske enkelt lever færre år end højtuddannede, og har flere år med langvarig belastende sygdom. De kortuddannede mænd og kvinder kan altså forvente at være ramt af sygdom 7-8 år før normal pensionsalder, hvorimod de højtuddannede først rammes af sygdom et par år efter de er gået på pension. De kortuddannede har derfor en markant større risiko for at blive udstødt af arbejdsmarkedet på grund af sygdom, med de konsekvenser det har for indtjening og pension, for slet ikke at tale om livskvaliteten i den tredje alder.

De store dødsårsager kræft og hjerte og karsygdomme tegner sig for omkring 2/3 af mændenes og omkring 3/4 af kvindernes dødsfald. For disse sygdomme er der markante forskelle i dødeligheden i forbindelse med uddannelsesniveauet. Fjernes uligheden i dødeligheden af disse sygdomme, vil den samlede

sociale ulighed i dødeligheden blive reduceret med cirka 60 pct. De store dødsårsager er således også de afgørende bidragsydere til den sociale ulighed i dødelighed og sygelighed.

Bortset fra to dødsårsager for kvinder (brystkræft og sygdomme i nervesystemet) er dødeligheden for alle andre dødsårsager overalt størst blandt mænd og kvinder med det laveste uddannelsesniveau og mindst blandt mænd og kvinder med det højeste uddannelsesniveau. Forskellen er fra 30 til 400 pct. større. Den gælder fx også for psykiske sygdomme, sukkersyge og sygdomme i nervesystemet.

Meget tyder på, at den sociale ulighed i dødelighed er øget siden 1995<sup>23</sup>. Dødeligheden faldt således årligt fra 1995-1999 med cirka 4 pct. for højtuddannede mænd og kvinder mod kun knap 2 pct. for kortuddannede mænd og kvinder. Specielt dødeligheden i forbindelse med rygerlunger adskilte uddannelsesgrupperne med årlige stigninger i dødeligheden på 6-7 pct. for kortuddannede mænd og kvinder. Dødeligheden for samme sygdom blandt højtuddannede var konstant for mændene og endda faldende for kvinderne.

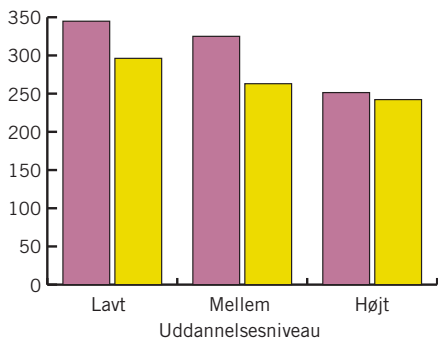
23) Brønnum-Hansen H. Sociale forskelle i udviklingen i danskernes dødelighed. Ugeskrift for Læger 2006; 168: 2066-2069.

**Figur 8: Dødsfald pr. 100.000 for 30-74-årige, opdelt på uddannelsesniveau**

■ Mænd ■ Kvinder

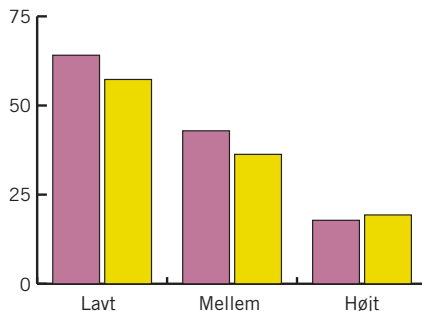
### Kræft

Antal dødfald pr. 100.000



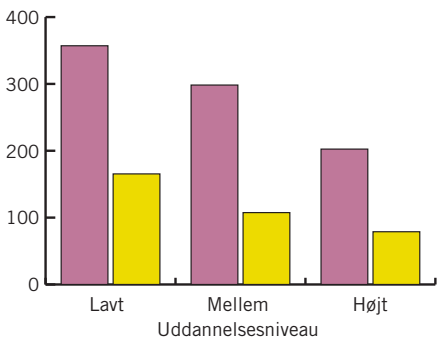
### Kronisk obstruktiv lungesygdom

Antal dødfald pr. 100.000



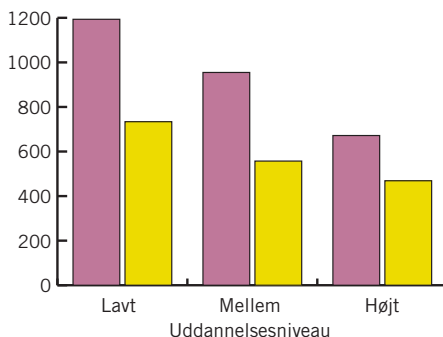
### Hjerte- og karsygdomme

Antal dødfald pr. 100.000



### Samlet dødelighed

Antal dødfald pr. 100.000

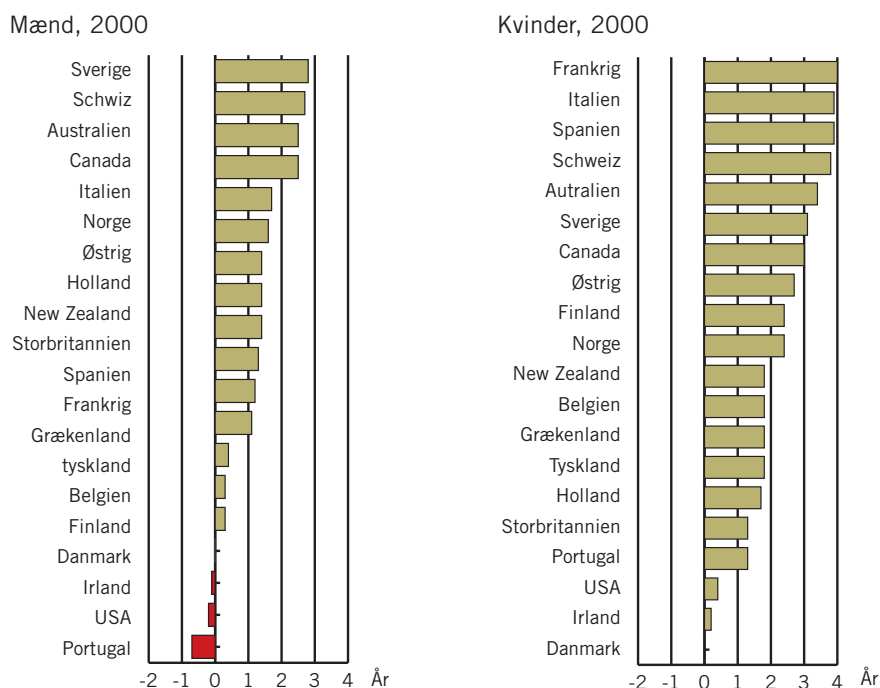


Den voksende ulighed i dødelighed fremkommer således ikke ved, at dødeligheden er stigende i kortuddannede befolkningsgrupper og faldende i højtuddannede grupper. Dødeligheden falder i alle uddannelsesgrupper, men tempoet for faldet er forskelligt.

Trods den faldende dødelighed viser undersøgelser foretaget af Statens

Institut for Folkesundhed<sup>24</sup>, at dødeligheden blandt danske kvinder er den højeste sammenlignet med 19 af de lande, som Danmark normalt sammenligner sig med. Som det også er illustreret i figur 9, viser undersøgelsen yderligere, at det kun er Irland, USA og Portugal, der har højere dødelighed blandt mænd end Danmark.

**Figur 9: Forskel i middellevetid mellem Danmark og 19 andre lande**



24) Juel, Knud. Statens Institut for Folkesundhed 2004. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år.



At Danmark trods et veludbygget og gratis sundhedsvæsen placerer sig så dårligt, når det gælder mænd og kvinders levetid, siger det noget om danskeres samlede sundhed. Det vidner samtidig også om det store forebyggelsespotentiale, som LO ser på sundhedsfronten.

## Forandringspotentialet

Tabel 1 viser, at a-kasser med udbredt traditionelt manuelt arbejde og med mange ikke-uddannede har en betydeligt højere risiko for udstødelse end andre a-kasser.

**Tabel 1: Relativ risiko for forskellige former for udstødelse 2004 for personer, der i 1995 var i alderen 30-55 år – fordelt på a-kasstitilhørsforhold 1995<sup>25</sup>**

47

	Død	Efterløn	Førtidspension	Marginalisering	Antal personer
	Relativ risiko i pct.				
<b>Ingen</b>	<b>158,6</b>	<b>19,2</b>	<b>225,5</b>	<b>132,3</b>	<b>270.908</b>
<b>HRF</b>	<b>151,2</b>	<b>165,6</b>	<b>128,6</b>	<b>174,7</b>	<b>11.449</b>
Grafisk	109	152,6	93,7	226	13.010
Træ byg træindustri	93	140,1	92,2	80,7	32.544
Erhvervsproglig	58,6	69	24,5	126,6	5.576
SL	86,8	87,7	78	53,4	17.174
<b>SiD</b>	<b>124,5</b>	<b>157,6</b>	<b>138,6</b>	<b>134,8</b>	<b>169.924</b>
FOA	96,8	127,1	112,9	70,2	137.787
Lærerne	69	99,5	46,3	37,4	36.427
Metal	93,6	128,8	63,7	91,3	65.393
Andre	72,7	90,8	33,9	120,3	27.892
<b>NNF</b>	<b>107,2</b>	<b>140,2</b>	<b>128</b>	<b>107,5</b>	<b>21.603</b>
Blik og rør	113,2	127,9	81,8	39,2	4.342
El-faget	88,5	112	41,2	38,7	13.715
Malerne	120,3	134,9	119,4	49,8	5.925
KAD	122,6	157,8	165,9	151,4	50.460
<b>Beklædning tekstil</b>	<b>114,4</b>	<b>183,1</b>	<b>147,1</b>	<b>244,6</b>	<b>9.931</b>
HK	86,4	122,6	54,7	105,2	165.308
Stats tele	92,6	130,5	89,4	66,5	33.056
Funktionærerne	105,7	115,1	83,9	93,1	16.697
<b>Ledere</b>	<b>69,7</b>	<b>92</b>	<b>34,1</b>	<b>64,7</b>	<b>56.935</b>
TL	72,7	89,2	39,8	123,8	20.191
Kristelige	88,9	125,4	79,4	130	72.098
Sygeplejersker	69,1	82,1	43,9	2,9	37.371
BUPL	74,7	100,7	70,8	72	34.373
Sælgere	53,9	76,4	29,8	73,3	17.354
Ingeniører	50,4	49	11	79,3	31.264
<b>Magistre og akademikere</b>	<b>59,6</b>	<b>42,6</b>	<b>18</b>	<b>71</b>	<b>60.975</b>
Forsvaret	93	132	22,7	59	5.262
<b>FTF</b>	<b>73,3</b>	<b>91,3</b>	<b>40,6</b>	<b>78,6</b>	<b>116.315</b>
ASE DANA	78,6	90,8	67,8	84,2	134.228
Civiløkonomer	67,1	55	15,3	83,6	9.805
I alt	100	100	100	100	1.705.292

25) Fra Arbejderbevægelsens erhvervsråds hvidbog, august 2007; data fra Den Nationale Arbejdsmiljø Kohorte (NAK) fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA).

Tabel 1 viser, hvordan personer med forskellige a-kasse-tilhørsforhold afviger i forhold til den gennemsnitlige (100 pct.) risiko for udstødelse af arbejdsmarkedet i forbindelse med henholdsvis død, efterløn, førtidspension og marginalisering.

Risikoen for enten at komme på efterløn, førtidspension eller i yderste konsekvens at dø, er markant højere hos personer med lav eller ingen uddannelse. Eksempelvis har personer fra HRF, SID, NNF, og især dem uden tilhørsforhold til a-kasse, alarmerende risiko for udstødelse af arbejdsmarkedet, hvor grupper med længere uddannelse, som fx med personer fra FTF, ledere og akademikere, ligger langt under gennemsnittet.

På baggrund af det fremlagte materiale, må det konstateres at:

- Uligheden i sundhed er markant i forhold til længden af uddannelse.
- Dødeligheden i Danmark er højere, end de lande vi normalt sammenligner os med.
- Grupper med kort eller ingen uddannelse har markant højere risiko for udstødelse af arbejdsmarkedet, blive alvorligt syge eller dø tidligere end alle andre grupper.

Underskuddet i sundhed hos de kortuddannede vidner altså om et stort forebyggelsespotential, hvor arbejdspladsen har en helt afgørende rolle som ramme for sundhedsfremme og forebyggelse af skader, nedslidning og sygdomme.



Landsorganisationen i Danmark  
Islands Brygge 32D  
2300 København S  
Tlf. 3524 6000  
[www.lo.dk](http://www.lo.dk)

LO-varenr. 4406  
ISBN: 978-87-7735-830-2  
ISBN online: 978-87-7735-831-9

