

Η ενσωμάτωση των Προγραμμάτων Υποστήριξης Ανθρώπινου Δυναμικού στις υπηρεσίες Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας. Μια αναγκαιότητα στη σύγχρονη ελληνική επιχείρηση

Πετροχείλου, Κάτια, Ph. D., Ψυχολόγος Άνθη, Ευαγγελία, Psy. D., Ψυχολόγος
Ergonomia

Εισαγωγή

Τα σημαντικότερα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας των αναπτυγμένων χωρών, στις οποίες ανήκει και η Ελλάδα, σχετίζονται αιτιολογικά με τον τρόπο ζωής και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία ευθύνονται για το 48% των θανάτων στον ελληνικό πληθυσμό, έχουν ως βασικούς παράγοντες κινδύνου την κακή διατροφή, την έλλειψη σωματικής άσκησης, την παχυσαρκία και το κάπνισμα, παράγοντες που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις καθημερινές συνήθειες. Η δεύτερη αιτία θανάτου, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, οφείλονται επίσης σε σημαντικό ποσοστό στη συμπεριφορά και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Παπαδοπούλου & Τούντας, 2001). Αντίστοιχοι ισχυρισμοί μπορούν να τεκμηριωθούν για την πλειονότητα των νοσημάτων που καθορίζουν το νοσολογικό πρότυπο που επικρατεί στην Ελλάδα.

Είναι πλέον γνωστό ότι το κόστος της χρόνιας ασθένειας, τόσο για τα κράτη και τις διαθέσιμες υποδομές τους, όσο και για τα εργασιακά περιβάλλοντα είναι τεράστιο. Παρόλα αυτά θέτουμε περισσότερο βάρος στην αντιμετώπιση, παρά στην πρόληψη της ασθένειας.

Μερικά παραδείγματα των οικονομικών δαπανών που συνδέονται με τους παράγοντες κινδύνου για χρόνιες παθήσεις και της εμφάνισης των χρόνιων ασθενειών παρατίθενται παρακάτω:

- Πρόσφατη έκθεση εκτιμά ότι η μειωμένη εργασιακή αποδοτικότητα, που σχετίζεται με το στρες και με προβλήματα ψυχικής υγείας κοστίζει £ 15.100.000.000 ένα έτος, το οποίο είναι σχεδόν διπλάσιο από το εκτιμώμενο ετήσιο κόστος της απουσίας από την εργασία (£8.400.000.000) (στοιχεία για το Η.Β.)
- Η κατάθλιψη έρχεται δεύτερη μόνο ως προς τις καρδιακές παθήσεις ως παράγοντας μείωσης υγιών και παραγωγικών ετών ζωής (Murray & Lopez, 1996, Harter et al, 2002).
- Το κόστος της παχυσαρκίας είναι σημαντικότερο για τους εργοδότες (π.χ. μείωση της παραγωγικότητας, αύξηση απουσιών και αναπηρίας). Μία σχετική εκτίμηση κατατάσσει την παχυσαρκία υψηλότερα από το αλκοόλ αλλά και από το κάπνισμα ως προς τις επιπτώσεις της στις δαπάνες υγείας (Sturm, 2002 Benedict and Arterburn, 2007).
- Στις ΗΠΑ, οι δαπάνες για απουσίες που συνδέονται με την παχυσαρκία υπολογίζεται σε \$ 4,3 δισ. ετησίως (Cawley et al, 2007).
- Εκτιμάται ότι αν υπήρχε 10% μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο και καρδιακή νόσο, αυτή θα εξοικονομούσε τις ΗΠΑ 10,4 τρισεκατομμύρια δολάρια ετησίως (Murphey and

Topel, 2005 in World Economic Forum, 2007).

- Για την αντιμετώπιση του διαβήτη χρησιμοποιείται το ένα τρίτο (32%) των πόρων από την Medicare, ενώ έχει επίσης χαρακτηριστεί ως ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στην ΕΕ (Critelli et al, 2008).

Η πρόληψη, σε αντίθεση με τη θεραπεία, προσφέρει τις μεγαλύτερες δυνατότητες για μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης για τις χρόνιες ασθένειες (Critelli et al, 2008). Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υπολογίζει ότι τουλάχιστον 80% του διαβήτη τύπου 2, πρόωρης καρδιοπάθειας και εγκεφαλικών επεισοδίων, και το 40% του καρκίνου θα μπορούσε να αποφευχθεί μέσω ενός συνδυασμού σωματικής δραστηριότητας, καλής διατροφής και αποφυγής καπνού και υπερβολικού αλκοόλ.

Φαίνεται λοιπόν ξεκάθαρο ότι αυτό που χρειαζόμαστε, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό, είναι μια ριζική αλλαγή ως προς τις πολιτικές πρόληψης στην ψυχική και σωματική υγεία. Ο χώρος εργασίας αποτελεί πεδίο μεγάλης σημασίας για την προαγωγή της υγείας, ενώ η εκπαίδευση μπορεί ίσως να λειτουργήσει ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην πρόληψη χρόνιας ασθένειας και στην προαγωγή της υγείας (Plotnikoff et al, 2005).

Η προσπάθεια για την Προαγωγή της Υγείας στον Εργασιακό Χώρο (Workplace Health Promotion) αντιπροσωπεύει ακριβώς αυτό – μια θαυμάσια προσπάθεια διεύρυνσης της πρόληψης, με προσανατολισμό στις ανάγκες της κάθε κοινότητας και εστίαση στην ευεξία στον χώρο εργασίας.

Προαγωγή της υγείας στην εργασία (ΠΥΕ-WHP)

Η ΠΥΕ είναι η συνδυασμένη προσπάθεια εργοδοτών, εργαζομένων και της κοινωνίας ευρύτερα για τη βελτίωση της υγείας και της ευεξίας των ανθρώπων στην εργασία. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω συνδυασμού των εξής:

- βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας και λειτουργίας ολόκληρου του οργανισμού,
- προώθηση της συμμετοχής των εργαζομένων στην διαδικασία Προαγωγής Υγείας,
- προώθηση ενεργειών που επιτρέπουν επιλογές υγείας,
- ενθάρρυνση προσωπικής ανάπτυξης.

Επομένως, όταν συζητάμε για Προαγωγή Υγείας, υπερβαίνουμε την τήρηση των νομικών απαιτήσεων υγείας και ασφάλειας, οι οποίες αποτελούν έναν μόνο άξονα της Προαγωγής Υγείας.

Άξονες Προαγωγής Υγείας στην Εργασία

- Ο πρώτος άξονας αφορά βέβαια σε θέματα επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας (π.χ. παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην προστασία εργαζομένων από τους επαγγελματικούς κινδύνους) ακολουθώντας νομικές απαιτήσεις.
- Ο δεύτερος άξονας αφορά σε δράσεις διαχείρισης της πάθησης όταν αυτή εκδηλωθεί (π.χ. δράσεις διαχείρισης αναπηρίας και αποκατάστασης).
- Τέλος, ο τρίτος άξονας αφορά σε δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας, δηλαδή υγιεινές δραστηριότητες, π.χ. διακοπή καπνίσματος, ύπαρξη γυμναστηρίου κλπ. στο χώρο εργασίας, στήριξη ισορροπίας ανάμεσα στην προσωπική και την εργασιακή ζωή, διαχείριση χρόνου, διαχείριση στρες κλπ. (Pricewaterhouse Coopers, 2008)

Επίπεδα Πρόληψης στην Προαγωγή της Υγείας

Η Προαγωγή Υγείας στην Εργασία λειτουργεί προληπτικά σε τρία επίπεδα, υποστηρίζοντας την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη (Reardon, 1998; Goetzel και Ozminkowski, 2008):

- Η πρωτογενής πρόληψη αφορά στην αύξηση της συνειδητότητας και στην ευαισθητοποίηση κι εδώ δημιουργούνται προγράμματα που ενθαρρύνουν την φυσική άσκηση, τη διαχείριση του άγχους, τον έλεγχο του βάρους κλπ.
- Η δευτερογενής πρόληψη αφορά στην αλλαγή του τρόπου ζωής, με προγράμματα που απευθύνονται σε ομάδες υψηλού ρίσκου εξαιτίας των επιλογών ζωής τους, π.χ. στελέχη με υπερβολικό στρες, καπνιστές, υπέρβαρα άτομα κλπ.
- Η τριτογενής πρόληψη αφορά στη διαχείριση νόσων, με προγράμματα που απευθύνονται σε εργαζόμενους που ήδη ασθενούν και στοχεύουν να βελτιώσουν ή να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου (Pencak, 1991, in Reardon, 1998; Goetzel and Ozminkowski, 2008).

Τομείς παρέμβασης Προαγωγής της Υγείας

Τομείς παρέμβασης της Προαγωγής Υγείας στην Εργασία περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων:

- Την ενεργητική συμμετοχή και διαβούλευση των εργαζομένων όσον αφορά τη βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας τους
- Όλα τα μέτρα που αποσκοπούν στην ενίσχυση της ευεξίας στην εργασία, για παράδειγμα, ευέλικτα ωράρια εργασίας ή εργασία από το σπίτι
- Εστίαση στο θέμα της υγιεινής διατροφής κατά την εργασία, παροχή πληροφοριών για την υγιεινή διατροφή, δημιουργία κυλικείου στις εγκαταστάσεις του οργανισμού, που να παρέχει υγιεινές τροφές, δωρεάν συμμετοχή σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, συνοδευόμενη από καθολική απαγόρευση του καπνίσματος στον χώρο εργασίας
- Προαγωγή της ψυχικής υγείας, με προσφορά σεμιναρίων για τα στελέχη σχετικά με το πώς να αντιμετωπίσουν το στρες και τις εντάσεις στην ομάδα τους, παροχή ευκαιριών για ανώνυμη ψυχολογική παροχή συμβουλών για όλους τους εργαζόμενους, πρόγραμμα συμβουλευτικής για τους εργαζόμενους
- Άσκηση και φυσική δραστηριότητα, με προσφορά μαθημάτων αθλητισμού, διοργάνωση αθλητικών δραστηριοτήτων, προώθηση πολιτισμού υγείας στον χώρο εργασίας
- Παρακολούθηση της υγείας, με προσφορά τακτικών και δωρεάν ελέγχων, π.χ. αρτηριακή πίεσης, χοληστερόλης, κα..

Μαζί με τα προγράμματα Προαγωγής Υγείας, τα Προγράμματα Υποστήριξης Ανθρώπινου Δυναμικού εστιάζουν στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των υπαλλήλων μιας επιχείρησης, καθώς και στην πρόληψη επιπλοκών ψυχικής υγείας.

Προγράμματα Υποστήριξης Ανθρώπινου Δυναμικού (EAP)

Τα EAP είναι προγράμματα που υλοποιούνται εντός ή εκτός επιχείρησης και έχουν στόχο να βοηθήσουν τους «υπαλλήλους-πελάτες» να ταυτοποιήσουν και να επιλύσουν προσωπικά θέματα, τα οποία επηρεάζουν τη δουλειά τους. Τα EAP είναι προγράμματα που συνδυάζουν συμβουλευτική για τα στελέχη και υποστηρικτικές υπηρεσίες για τους εργαζόμενους.

Βασικά Χαρακτηριστικά

- ☐ Η συμμετοχή στα EAP είναι πάντα εκούσια, ακόμα και όταν αυτό προέρχεται από σύσταση της διοίκησης
- ☐ Τα EAP παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα και στην επιχείρηση και έχουν επομένως πολλαπλούς αποδέκτες (στελέχη, υπαλλήλους, τον ίδιο τον οργανισμό)
- ☐ Πολύ σημαντικά στοιχεία ενός EAP αποτελούν οι μηχανισμοί διασφάλισης εμπιστευτικότητας και οι μέθοδοι προώθησής του μέσα στον οργανισμό.

Τεχνολογικός πυρήνας των EAP

Σε ένα κλασικό πλέον άρθρο, οι Roman και Blum εδραίωσαν το 1985 τον τεχνολογικό πυρήνα των EAP, ο οποίος τα διαχώριζε από άλλα προγράμματα στο χώρο εργασίας:

1. Προσδιορισμός προβλημάτων συμπεριφοράς των εργαζομένων, με βάση την εργασιακή τους επίδοση,
2. παροχή εξειδικευμένης συμβουλευτικής σε επόπτες, διευθυντές και εκπροσώπους εργαζομένων πάνω στην ορθή χρήση των υπηρεσιών και διαδικασιών του EAP,
3. εκπαίδευση στη σωστή χρήση της επικοινωνιακής αντιπαράθεσης με υπαλλήλους,
4. συνεργασία ανά περίπτωση με συμβουλευτικούς, θεραπευτικούς, και άλλους κοινοτικούς πόρους,
5. δημιουργία διαχρονικών δεσμών ανάμεσα στην επιχείρηση και σε συμβουλευτικούς, θεραπευτικούς, και άλλους κοινοτικούς πόρους και
6. εστίαση σε προβλήματα χρήσης ουσιών και ιδιαίτερα αλκοόλ.

Επομένως, στο ερώτημα αν τα EAP είναι πρωτίστως εργαλεία διαχείρισης της εργασιακής αποδοτικότητας ή αποτελούν επέκταση του πακέτου παροχών ενός οργανισμού, η απάντηση είναι αναγκαστικά «και τα δύο εξίσου».

Ως εργαλεία διαχείρισης της αποδοτικότητας, βοηθούν υπαλλήλους που παρουσιάζουν προβλήματα απόδοσης να εντοπίσουν τις αιτίες προκειμένου να αποδεχθούν κατάλληλη βοήθεια, μέσα σε μια ατμόσφαιρα εμπιστευτικότητας. Τα EAP που λειτουργούν μέσα στην επιχείρηση έχουν εδώ το εξέχων προνόμιο να χτίζουν διαχρονικές σχέσεις με μάντζερς, οι οποίες εμπνέουν εμπιστοσύνη, αλλά και ενθαρρύνουν την χρήση του EAP (Worster, 2007).

Παράλληλα, ως επέκταση του πακέτου παροχών ενός οργανισμού, τα EAP βοηθούν τον υπάλληλο να αξιοποιήσει πηγές παροχών στην κοινότητα. Χωρίς την ύπαρξη του EAP, ο εργαζόμενος συνήθως είτε δεν επιδιώκει τη χρήση υπηρεσιών είτε την επιδιώκει κατά τρόπο τυχαίο, καθώς βρίσκεται χωρίς καθοδήγηση. Πέρα από την παραπομπή, τα EAP παρακολουθούν ανά διαστήματα τον εργαζόμενο και την αποτελεσματική ή μη χρήση από

μέρους τους εξωτερικών υπηρεσιών. Τα οφέλη προς τον εργαζόμενο συνοδεύονται από οφέλη για την επιχείρηση, καθώς, μέσω των ΕΑΡ, της δίνεται η δυνατότητα να χτίσει μακρόχρονες σχέσεις με άλλους οργανισμούς και υπηρεσίες στην κοινότητα. Φυσικά, παρόμοια οφέλη έχουν περιορισμούς σε χώρες που βρίσκονται υπό ανάπτυξη σε τέτοια θέματα, όπως η Ελλάδα, εφόσον οι υπάρχουσες κοινωνικές και κοινοτικές υπηρεσίες είναι ελάχιστες και υπερφορτωμένες και επομένως η δυνατότητα αξιοποίησής τους παραμένει περιορισμένη.

Η εφαρμογή ενός Προγράμματος ΕΑΡ θέτει την επιχείρηση σε εξαιρετικά πλεονεκτική θέση, ως προς τη δυνατότητα ταυτοποίησης των προβλημάτων που απασχολούν το προσωπικό της.

Μοντέλα και ανάπτυξη των ΕΑΡ

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα ΕΑΡ, τα οποία διαφέρουν ανάλογα με την δομή που έχουν στην επιχείρηση (εσωτερικά-εξωτερικά-συνδυασμός), την χρηματοδότησή τους (στο εξωτερικό η χρηματοδότηση προέρχεται ενίοτε και από Σωματεία), τα στοιχεία/ υπηρεσίες από τα οποία αποτελούνται (online υποστήριξη, 24/7 τηλεφωνική γραμμή, δυνατότητα προσωπικής συμβουλευτικής και για πόσες συνεδρίες, είδη θεμάτων που καλύπτουν και πληροφοριών που παρέχουν) και το βαθμό ενσωμάτωσης με ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες στον οργανισμό. Ως προς το τελευταίο, τα ΕΑΡ έχουν συνδυαστεί (και σπανιότερα ενσωματωθεί) με τα παρακάτω:

- ☐ Συστήματα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
- ☐ Προγράμματα Προαγωγής της Υγείας στην Εργασία
- ☐ Προγράμματα Εξισορρόπησης Εργασίας-Ζωής (work-life balance)
- ☐ Διαχείριση αναπηριών και αποζημίωσης υπαλλήλων
- ☐ Διαχείριση ρίσκου (risk management)
- ☐ Υπηρεσίες Εργασιακής Υγείας ή, στις ΗΠΑ, Συμπεριφορικής Υγείας (Behavioural Health Care).

Επίσης, τα ΕΑΡ έχουν αναπτυχθεί πολύ από τα πρώτα τους βήματα, όταν βασικό σημείο εστίασης αποτελούσε η χρήση ουσιών και ιδιαίτερα αλκοόλ. Από τα προγράμματα πρώτης γενιάς (1985-1995) στο ΗΒ, όπου η εστίαση ήταν κυρίως κλινική, με παροχή επανορθωτικών παρεμβάσεων μέσω τηλεφωνικής γραμμής 7/24 και με περιορισμένη παροχή άλλων πληροφοριών από όχι και τόσο ειδικευμένους συμβούλους, έχουμε πλέον από το 2004 προγράμματα «τέταρτης γενιάς», τα οποία συχνά ενσωματώνονται σε άλλες υπηρεσίες (ειδικά υπηρεσίες work-life balance) και χρησιμοποιούν το internet αντί για την παραδοσιακή τηλεφωνική γραμμή για να παρέχουν πρόσβαση σε πλήθος εξειδικευμένων πληροφοριών, καθώς και σε συμβουλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες (Grange, 2005).

Το σταυροδρόμι

Βρισκόμαστε πλέον, τουλάχιστον στο εξωτερικό, δεδομένου ότι στην Ελλάδα η χρήση υπηρεσιών ΕΑΡ είναι πολύ περιορισμένη, σε ένα σταυροδρόμι. Πέρα από τα ίδια τα ΕΑΡ, τις

τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζεται ευρύτατη ανάπτυξη υπηρεσιών που εστιάζονται στην εργασία, από προγράμματα εργασιακής υγείας ως τα πιο σύνθετα μοντέλα Προαγωγής Υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις, τα EAP τόσο στο ΗΒ όσο και στις ΗΠΑ έχουν καταλήξει, ιδιαίτερα μετά από τη διεύρυνση χρήσης του Internet, να είναι λίγο περισσότερο από μια υπηρεσία παραπομπών, ενώ το στοιχείο της εκπαίδευσης στελεχών και της συμβουλευτικής προς την επιχείρηση έχει ατονήσει. Αυτό είναι ιδιαίτερα ορατό στην περίπτωση των EAP που προσφέρονται δωρεάν από Εταιρείες («free EAP»)

Οι Sharar & Masi (στον Worster, 2007), έχοντας εξετάσει το φαινόμενο των «δωρεάν EAP», προειδοποιούν ότι πολύ συχνά αυτού του είδους οι υπηρεσίες δεν προσφέρουν περισσότερα από πρόσβαση σε μια ιστοσελίδα και τη δυνατότητα να κάνει ο υπάλληλος ένα δωρεάν τηλεφώνημα για πολύ σύντομη στήριξη ή για μια μη εξειδικευμένη παραπομπή σε άλλους. Το στοιχείο της σχέσης με την επιχείρηση εξαφανίζεται εντελώς, καθώς και το στοιχείο της δυνατότητας παραπομπής από τα στελέχη. Στην πραγματικότητα, τέτοια προγράμματα είναι πανομοιότυπα με τις τηλεφωνικές γραμμές πληροφοριών, που ήδη υπάρχουν στην κοινότητα στα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη, καθώς και, σε πιο περιορισμένο βαθμό, και στην Ελλάδα.

Επίσης, τα EAP κινδυνεύουν να γίνουν «προγράμματα πολυτελείας» (στην Ελλάδα θεωρούνται ακριβώς έτσι) και επομένως να είναι τα πρώτα που υπόκεινται σε περικοπές.

Συνεργασία ή συνένωση: Δυο λογικές επιλογές

Ο Dave Worster (2007), Πρόεδρος του International Employee Assistance Professionals Association, προειδοποιεί ότι, για να επιβιώσουν τα EAP, πρέπει να πείσουν τις εταιρείες και τις επιχειρήσεις να δουν τον άνθρωπο όχι ως κόστος προς διαχείριση, αλλά ως κεφάλαιο προς ανάπτυξη. Είναι επίσης φανερό ότι, για να επιβιώσουν τα EAP, χρειάζεται:

- ☐ να διατηρήσουν την ταυτότητά τους και να μην αυτό-απαξιωθούν στην προσπάθειά τους να υπερνικήσουν τον ανταγωνισμό,
- ☐ να ξεκαθαρίσουν τι παρέχουν και τι όχι και να συνεργαστούν με (ή να ενσωματωθούν σε) προγράμματα Ασφάλειας & Υγείας, Εργασιακής Υγείας, Εξισορρόπηση Εργασίας-Ζωής (Work-Life Balance), ή μέσα σε ευρύτερα προγράμματα Προαγωγής Υγείας.

Χωρίς να υποβαθμίζεται με κανένα τρόπο η ταυτότητα και οι ιδιαιτερότητες, καθώς και οι ιδιαίτερη προσφορά, αυτών των κάπως διαφορετικών μεταξύ τους προγραμμάτων παρέμβασης, πρέπει να αναγνωριστεί ότι όλα αναγνωρίζουν τον χώρο εργασίας, ως έναν κατεξοχήν χώρο παρέμβασης για ενήλικα άτομα και ότι τα θέματα που παρουσιάζουν πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσα από ένα σύνθετο μοντέλο, που θα συνδυάζει ενημέρωση και παρέμβαση ή παραπομπή.

Η προσέγγιση θα πρέπει να συνδυάζει τα ιδιαίτερα οφέλη και πλεονεκτήματα των προσεγγίσεων που αναφέρθηκαν παραπάνω και να υλοποιείται μέσα από διεπιστημονικές ομάδες (και όχι πολύ-επιστημονικές), που θα περιλαμβάνουν τους επαγγελματίες EAP, το προσωπικό υγείας και ασφάλειας, ειδικούς Προαγωγής Υγείας και άλλους, οι οποίοι θα συνεργάζονται όχι μόνο ως προς την παρέμβαση ή την πρόληψη, αλλά και ως προς την προώθηση πολιτικών και διαδικασιών σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας σε επίπεδο οργανισμού – δηλαδή, για να επιφέρουν αλλαγές στην ίδια την κουλτούρα της επιχείρησης.

Η συνεργασία ως σημείου εισόδου στις ελληνικές επιχειρήσεις

Η προώθηση της συνεργασίας των υπηρεσιών ΕΑΡ με την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία (ΕΑΥ), ως πρώτο βήμα, και την Προαγωγή Υγείας στην Εργασία, ως απώτερος στόχος, μπορεί να είναι η πρακτικότερη, καθώς επίσης και η πιο χρήσιμη προσέγγιση για την ανάπτυξη της Προαγωγής της Υγείας του εργαζόμενου στην σύγχρονη ελληνική επιχείρηση. Αποτελεί επίσης την ευκολότερη είσοδο για τα ΕΑΡ, που, ενώ μπορεί να θεωρούνται πολυτέλεια και οι στατιστικές επιστροφής της επένδυσης (ROI) ύποπτα υψηλές, μπορούν ίσως να γίνουν ευκολότερα αποδεκτά ως επέκταση υποχρεώσεων επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας.

Στην Ελλάδα, οι μεγάλες σε μέγεθος επιχειρήσεις είναι περισσότερο εξοικειωμένες να συνεργάζονται με φορείς παροχής υπηρεσιών ΕΑΥ πέρα των νομικών επιταγών. Αντίθετα, η χρήση υπηρεσιών ΕΑΡ είναι ακόμα στα σπάργανα και, όπου υπάρχει, σπάνια συνδέεται με τις διαδικασίες υγείας και ασφάλειας.

Πριν από δύο περίπου χρόνια επιχειρήσαμε ακριβώς αυτό, την σταδιακή εισαγωγή ενός μερικού προγράμματος ΕΑΡ σε μεγάλη τηλεφωνική εταιρεία, σε συνεργασία με τις υπηρεσίες ΕΑΥ. Το εγχείρημα έχει προς το παρόν προχωρήσει με θετικά βήματα, ενώ, καθώς κερδίσαμε την εμπιστοσύνη των ανθρώπων της επιχείρησης, με τους οποίους συνεργαζόμαστε, βρισκόμαστε τώρα στο στάδιο διαβουλεύσεων και διαπραγματεύσεων για περαιτέρω υπηρεσίες και προγράμματα.

Η συνεργασία με τις υπηρεσίες ΕΑΥ μάς έδωσε επίσης ένα μοναδικό πλεονέκτημα. Την δυνατότητα να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του προσωπικού, το οποίο αρχικά ήταν πολύ καχύποπτο για το ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στον οργανισμό, και να αυξήσουμε την πρόσβασή του σε εμάς, μέσω της σχέσης μας με δομές, πρόσωπα και ρόλους, με τους οποίους ήταν ιδιαίτερα εξοικειωμένο (ιατρός εργασίας, τεχνικός ασφαλείας, επισκέπτριες υγείας). Τέτοιες συνεργασίες ενδυναμώνουν τα ΕΑΡ, καθώς και τη σχέση τους με τον πελάτη-επιχείρηση.

Η ανάγκη Προαγωγής της Υγείας στον χώρο της εργασίας

Με βάση όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, καθώς και με βάση τις διεθνείς και ελληνικές στατιστικές θνησιμότητας, αναπηρίας, και της σχέσης αυτών με τον τρόπο ζωής, είναι αναμφισβήτητο αναγκαίο να υπάρξει παρέμβαση στο επίπεδο υγείας ή, ακόμα καλύτερα, ευεξίας στον ενήλικο πληθυσμό. Ο χώρος εργασίας αποτελεί ιδανικό χώρο παρέμβασης, για λόγους που θα εξηγήσουμε παρακάτω (Russell, 2009), παρέμβασης που έχει τεράστια οφέλη όχι μόνο για την κοινωνία, αλλά και για τις ίδιες τις επιχειρήσεις, εφόσον η υπάρχουσα έρευνα στηρίζει την πολλαπλή επιστροφή επένδυσης τόσο στα ΕΑΡ όσο και στα προγράμματα Προαγωγής Υγείας (βλ. βιβλιογραφία).

Η σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, σύμφωνα με τον Burton (2008) είναι αποτέλεσμα συνδυασμού α) αυτών που φέρνουν οι εργαζόμενοι στο χώρο εργασίας τους (προσωπικές δυνάμεις και αδυναμίες, κληρονομικότητα, στάσεις και πρακτικές υγείας) με β) όσα τους συμβαίνουν από την στιγμή που βρίσκονται σε ένα συγκεκριμένο εργασιακό χώρο (οργάνωση εργασίας, φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον). Ο οργανισμός έχει τον έλεγχο του δεύτερου χώρου, αλλά και μερική επιρροή στο πρώτο, μπορεί δηλαδή να επηρεάσει πιστεύω και στάσεις.

Ο χώρος εργασίας είναι ιδανικός για την προαγωγή καλής σωματικής και ψυχικής υγείας για τους παρακάτω λόγους:

- Ευκολία πρόσβασης – οι εργαζόμενοι αποτελούν ένα διακριτό, μεγάλο πληθυσμό, εύκολα προσβάσιμο (World Economic Forum, 2007). Επίσης δυνατή μέσω της εργασίας είναι η πρόσβαση στην οικογένεια του εργαζόμενου, γεγονός που επιτρέπει σε μηνύματα υγείας να διαχέονται στην κοινότητα.
- Χρόνος παραμονής στην εργασία – περίπου 1/3 χρόνου περνάμε κατά μέσο όρο στο χώρο εργασίας μας, περισσότερο χρόνο από οπουδήποτε αλλού.
- Αλλαγές εργασιακού προφίλ – η αλλαγή προς περισσότερο καθιστικές μορφές εργασίας αυξάνει το ρίσκο χρόνιων ασθενειών (World Economic Forum, 2007; Brown et al, 2003). Επίσης, η διαθεσιμότητα που γίνεται δυνατή λόγω της τεχνολογίας οδηγεί πολλούς ανθρώπους να συνεχίζουν να εργάζονται από το σπίτι όλες τις ώρες, με αποτέλεσμα αύξηση του στρες, που, με τη σειρά του, αυξάνει την πιθανότητα αρνητικών επιλογών ζωής (π.χ. κάπνισμα, ποτό), καθώς και την κατάθλιψη, την συχνή αλλαγή εργασίας, τις συχνές απουσίες, την τάση εμπλοκής σε ατυχήματα κλπ. (Burton, 2008).
- Υπάρχουσες υποδομές – υποδομές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για παρεμβάσεις υγείας χαμηλού κόστους υπάρχουν ήδη στους περισσότερους χώρους εργασίας (π.χ. intranet). Υπάρχουν επίσης ομάδες και συστήματα στήριξης, που παρέχουν ευκαιρίες ανάπτυξης κανόνων συμπεριφοράς (Plotnikoff et al, 2005). Επίσης, σημαντικά στοιχεία προς μέτρηση (μείωση απουσιών, στοιχεία παραμονής στην εργασία) μπορούν να συλλεχθούν από τα υπάρχοντα συστήματα της Διεύθυνσης Ανθρώπινου Δυναμικού (Goetzel and Ozminkowski, 2008).
- Εύκολη, χαμηλού κόστους πρόσβαση για τον εργαζόμενο – οι παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας είναι ιδιαίτερα εύκολες για τον εργαζόμενο και συχνά στοιχίζουν λιγότερο από κοινοτικά προγράμματα (Glants & Seewald-Klein, 1986, Pelletier, 1996, Sorensen & Himmelstein, 1992, όλοι στο White, 2007).
- Οφέλη προς την ίδια την επιχείρηση – τα προβλήματα φυσικής και ψυχικής υγείας των εργαζομένων επηρεάζουν την επιχείρηση, η οποία, με τη σειρά της, παρέχει, από άποψη δομής, το ομαδικό και υποστηρικτικό πνεύμα που χρειάζεται για να επιτευχθούν αλλαγές σε θέματα στάσεων και συνηθειών (Anderson et al., 1993). Το τελικό όφελος μοιράζεται ανάμεσα σε εργαζόμενο και επιχείρηση, εφόσον η ευεξία του εργαζόμενου μειώνει τον χρόνο απουσίας, αναπηρίας, τις ψυχικές ασθένειες και τα ατυχήματα (Burton, 2008).
- Αφοσίωση εργαζομένων – το ενδιαφέρον μιας επιχείρησης για την υγεία των εργαζομένων θεωρείται από τα πιο ισχυρά κίνητρα αφοσίωσης των εργαζομένων, που, με τη σειρά του, συνδέεται με την παραγωγικότητά τους (Burton, 2008).
- Η Προαγωγή Υγείας μπορεί να ευθυγραμμιστεί με στόχους του οργανισμού – οι στόχοι της επιχείρησης αντιστοιχούν σε αυτούς της προαγωγής υγείας, γιατί η καλή υγεία των εργαζομένων μπορεί να αυξήσει την παραγωγικότητα, την καινοτομία, την κερδοφορία και την εταιρική εικόνα (Goetzel and Ozminkowski, 2008). Μετατρέποντας την ευεξία σε επιχειρηματικό στόχο, αυξάνεται η υποστήριξη για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων στην επιχείρηση.

- Εταιρική κοινωνική ευθύνη – πολλοί Ευρωπαϊκοί οργανισμοί θεωρούν το ενδιαφέρον για την ψυχική και φυσική υγεία των εργαζομένων θέμα εταιρικής κοινωνικής ευθύνης. Η επίδειξη κοινωνικής ευθύνης βελτιώνει τη φήμη και την κοινωνική παρουσία μιας επιχείρησης.

Συμπέρασμα

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αναπτυχθεί πολλαπλά προγράμματα για την αντιμετώπιση ορισμένων από τις μεγαλύτερες μάστιγες των αναπτυγμένων χωρών: του στρες, της κατάθλιψης, των καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων, του καρκίνου, του διαβήτη, και του πρόωρου τερματισμού ανθρώπινων ζωών. Αντί να επιχειρηματολογούμε πάνω στα σχετικά οφέλη κάθε ξεχωριστής κατεύθυνσης (και, μέσα στην κάθε μία από αυτές, κάθε ξεχωριστού μοντέλου), θα ήταν καλό οι επαγγελματίες των διάφορων ιατρικών, ειδικοτήτων και των επαγγελμάτων ψυχοκοινωνικής υγείας να ενώσουν τις δυνάμεις τους για να επιφέρουν ουσιαστική στήριξη στις επιχειρήσεις και το ανθρώπινο δυναμικό τους, μέσα από μια διεπιστημονική και πολυπαραγοντική επίθεση στις στάσεις, τις συνήθειες, τις επιλογές, και τις οργανισμικές δομές που καταδυναστεύουν τις ζωές του ανθρώπινου δυναμικού των ανεπτυγμένων χωρών.

Βιβλιογραφία

- Aittasalo, M., Miilunpalo, S., & Suni, J. (2004) The effectiveness of physical activity counseling in a work-site setting. A randomised, controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 55, 193-202.
- Aldana, S.G. (1998). Financial impact of worksite health promotion and methodological quality of the evidence. *Art of Health Promotion*, 2 (1), 1-8.
- Anderson, J., Mavis, B., Robison, J., & Stöffelmayr, B. (1993). A work-site weight management program to reinforce behaviour. *Journal of Occupational Medicine*, 35(8), 800-804.
- Bauman, (2002). Workplace health promotion – good science, but in public health terms, are we re-visiting the Emperor's new clothes? *Nutrition and Dietetics*, 59 (2).
- Benedict, M. & Arterburn, D. (2008) Worksite-based weight loss programs: A systematic review of recent literature. *American Journal of Health Promotion*, 22(6), 408-416.
- Briley, M., & Montgomery, D. (1992) Worksite nutrition education can lower cholesterol levels and promote weight loss among police department employees. *J Am Diet Assoc*, 92, 1382-1384.
- Brown, W., Miller, Y., & Miller, R. (2003). *Sitting time and work patterns as indicators of overweight and obesity in Australian adults*. *International Journal of Obesity*, 27, 1340-1346.
- Burton, J. (2008). *The business case for a healthy workplace*. Ontario: Industrial Accident Prevention Association (IAPA). Available at: http://www.iapa.ca/pdf/fd_business_case_healthy_workplace.pdf
- Burton, W.N., Conti, D.J., Chen, C.Y., Schultz, A.B., & Edington, D.W. (1999). The role of health risk factors and disease on worker productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41 (10), 863-877.
- Cawley, J., Rizzo, J., and Haas, K. (2007). Occupation-specific absenteeism costs associated with obesity and morbid obesity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49, 1317-1324.
- Critelli, M., Halvorson, G., Insel, T., Kondo, M., Kyprianou, M., Lord, J. (2008). *Preventing the Spread of Chronic Disease* (World Economic Forum). Available at: http://www.weforum.org/en/knowledge/KN_SESS_SUMM_22635?url=/en/knowledge/KN
- Edington, D.W., Yen, L.T., & Witting, P. (1997). The financial impact of changes in personal health practices. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 39 (11), 1037-1047.
- European Network for Workplace Health Promotion (2009). *Healthy Employees in Healthy Organisations - For sustainable social and economic development in Europe*. Essen, Germany: BKK Bundesverband / ENWHP Secretariat. The entire publication is available at the ENWHP website: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Image_brochure/ENWHP_Broschuere_englisch.pdf
- Goetzel, R., & Ozminkowski, R. (2008). The health and cost benefits of worksite health promotion programs. *Annual Review of Public Health*, 29, 303-23.

- Goetzel, R.Z., Juday, T.R., & Ozminkowski, R.J. (Summer 1999). *A systematic review of return-on-investment studies of corporate health and productivity management initiatives*. AWP's Worksite Health, 12-21.
- Gold, D.B., Anderson, D.A., & Serxner, S. (Nov.2000). Impact of a telephone-based intervention on the reduction of health risks. *American Journal of Health Promotion*, 97-106.
- Grange, C. (2005). The development of employee assistance programs in the UK: a personal view. *Counseling at Work*, summer issue. Available at: http://www.bacpworkplace.org.uk/journal_pdf/acw_summer05_a.pdf
- Harter, J., Schmidt, F., & Keyes, C. (2002). Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: A review of the Gallup studies. In Keyes, C., and Haidt, J. (Eds), *Flourishing: the positive program and the good life* (pp.205-224). Washington DC: American Psychological Association.
- Leutzinger, J.A., Ozminkowski, R.J., Dunn, R.L., Goetzel, R.Z., Richling, D.E., Stewart, M., & Whitmer, R.W. (2000). Projecting future medical care costs using four scenarios of lifestyle risk rates. *American Journal of Health Promotion*, 15 (1), 35-44.
- Melnyk, P., & Smofsky, A. (2010). *Measuring outcomes, benchmarking outcomes*. Healthy Outcomes Conference. Powerpoint presentation available at: <http://www.biomedcom.org/en/whpstudy/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Promoting mental wellbeing through productive and healthy working conditions: guidance for employers*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=nicecollect>
- Ozminkowski, R.J., Dunn, R.L., Goetzel, R.Z., Canior, R.I., Murnane, J., & Harrison, M. (1999). A return on investment evaluation of the Citibank, N.A., health management program. *American Journal of Health Promotion*, 14, 31-43.
- Παπαδοπούλου, Ν., Τούντας, Γ. (2001). Δείκτες Θνησιμότητας του ελληνικού πληθυσμού. *Ιατρική*, 80 (2), 119-130.
- Pelletier, K.R. (1999). A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1995-1998 update (IV). *American Journal of Health Promotion*, 13, 333-345.
- Plotnikoff, R., Brunet, S., Courneya, K., Spence, J., Birkett, N., Marcus, B., & Whiteley, J. (2007). The efficacy of stage-matched and standard public health materials for promoting physical activity in the workplace: The physical activity workplace study (PAWS). *American Journal of Health Promotion*, 21(6).
- Plotnikoff, R., Prodaniuk, T., Fein, A., and Milton, L. (2005). Development of an ecological assessment tool for a workplace physical activity program standard. *Health Promotion Practice*, 6 (4), 453-463.
- Pricewaterhouse Coopers (2008). *Building the case for wellness*. Report commissioned by the Health Work Wellbeing Executive (UK) 12/12/07 - 04/02/08.
- Reardon, J. (1998). The history and impact of worksite wellness. *Nursing Economics*, 16

(3), 117-121.

Roman, P.M., & Blum, T.C. (1988). The Core Technology of Employee Assistance Programs: A Reaffirmation. *The ALMACAN*, 18, 17-22.

Russell, N., (2009). *Workplace Wellness: A literature review prepared for NZWell@work*. NZ: Ministry of Health.

Serxner, S.A., Gold, D.B., Anderson, D.R., & Williams, D. (2001). The impact of a worksite health promotion program on short-term disability usage. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43 (1), 25-29.

Tountas, Y., Tournikioti, K., Filippidis, F., Prokopi, A., Katsaras, T. (Μάιος 2008). *Physical activity, alcohol consumption, smoking and nutritional habits of the Hellenic Network of Health Promoting Hospitals personnel*. Ανακοίνωση στο 16th International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH), Βερολίνο, Γερμανία.

White, K., & Jacques, P. (2007). Combined diet and exercise intervention in the workplace. *American Association of Occupational Health Nurses*, 55 (3), 109-114.

WHO (World Health Organisation) (2006). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. (Report supplied as background material for the WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity (Istanbul, 15–17 November 2006]).

WHO (World Health Organisation)/World Economic Forum (2008). *Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity*. WHO/World Economic Forum Report of a Joint Event.

Wood, E.A., Olmstead, G.W., & Craig, J.L. (1989). An evaluation of lifestyle risk factors and absenteeism after two years in a worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 4 (2), 128-113.

World Economic Forum in cooperation with Pricewaterhouse Coopers (2007). *Working towards Wellness: Accelerating the prevention of chronic disease*. 2007 World Economic Forum report.

World Economic Forum in cooperation with Pricewaterhouse Coopers (2008). *Working towards Wellness: The business rationale*. 2008 World Economic Forum report.

World Economic Forum in cooperation with Pricewaterhouse Coopers (2008). *Working towards Wellness: The business rationale*. 2008 World Economic Forum report.

World Economic Forum (2008b). *Working Towards Wellness: Measuring Results*. Report prepared by Dornan, Alistair, Ai, Xihong, Leurent Helena & Nayyar, Sarita.

World Economic Forum (2008c). *Working Towards Wellness: Practical Steps for CEOs*. Report prepared by Litchfield, Paul, Ai, Xihong, Leurent Helena & Nayyar, Sarita.

World Economic Forum (2008d). *Working Towards Wellness: Global Example*. Report prepared by the Working Towards Wellness team of the World Economic Forum.

Worster, D. (2007). Which EAP model do we want to be? *Employee Assistance Report*, (07/07). Impact Publications. Available at: <http://www.impactpublications.com>