

Sundhedsfremme på arbejdspladsen

– frynsegode eller frigørelse

Annette Kamp & Klaus T. Nielsen

Sundhedsfremme er over os. Når vi åbner gratisavisen i toget, TV-kanalen om aftenen eller bevæger os ud i gaderummet, mødes vi af opfordringer til og anvisninger på, hvordan vi kan blive sundere mennesker. Også på arbejdspladsen er sundhedsfremme sat på dagsordenen. Her fremstår det umiddelbart som en stærkt individualistisk tilgang til sundhed. Der er imidlertid i de senere år gjort forsøg på at udvikle forståelser af sundhedsfremme på arbejdspladsen, der sammenknytter arbejdsmiljø og livsstil, og som søger at favne både en individuel og kollektiv tilgang. Denne artikel undersøger formningen af begrebet sundhedsfremme på arbejdspladsen og præsenterer en analyse af det syn på medarbejdere, ledelse og eksperter, det bringer med sig. Desuden diskuterer vi forskellige scenarier, vi ser for sundhedsfremme på arbejdspladsen og spørger: Bliver sundhedsfremme blot et nyt frynsegode knyttet til den moderne virksomhed, eller kan det blive en katalysator for nye forsøg på at skabe udvikling og myndiggørelse i arbejdet?

Begrebet Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (SfA) blev introduceret i Danmark i starten af 90'erne af Sund By Netværket – et samarbejde mellem forskellige kommuner og amter stiftet i 1991 (www.sund-by-net.dk)¹. Netværket gennemførte en række forsøg og pilotprojekter vedrørende SfA. Arbejdspladsen blev her betragtet som en arena – på linje med fx daginstitutioner, skoler og institutioner for ældre – hvor man kunne iværksætte indsatser med henblik på at styre og forbedre folkesundheden (Kristoffersen & Curtis 2006). Der skulle imidlertid gå op mod 10 år, før SfA for alvor slog igennem.

Sundhedsfremmebegrebet var kontroversielt i en arbejdslivskontekst og blev mødt med skepsis af mange arbejdsmiljøaktører. Det blev opfattet som en individualistisk konkurrent og udfordrer til arbejdsmiljøbegrebet – det begreb der ellers har været

udgangspunktet for at diskutere sundhed på arbejdet. Det skal ses på baggrund af, at arbejdsmiljøfeltet i meget høj grad er præget af kollektivistiske tilgange. Dels ved at de kollektive repræsentanter: Arbejdsmarkedets parter tildes en central rolle i den konkrete regulering af feltet og i de institutioner, der er etableret for at løse arbejdsmiljøets problemer. Dels ved at fokus er på de fælles betingelser (eller risikofaktorer) i arbejdsmiljøet – og ikke på individets sundhedsadfærd eller sundhedsmæssige forudsætninger (Quinlan 1993).

SfA kan altså ses som en trussel mod det arbejdsmiljøbegreb, der – udover at være centralt for regulering af området – også har dannet rammen om lokale aktiviteter på arbejdspladsen og har givet identitet til sociale bevægelser. Men spørgsmålet er, om et nyt fokus på sundhed og på de subjektive perspektiver også kan bringe fornyelse og

skabe andre rammer for arbejdsmiljøindsatsen?

Sundhedsfremme kan forstås og gribes an med udgangspunkt i meget forskellige forståelser af sundhed. Den dominerende medicinske forståelse er rettet mod at mindske livsstilssygdomme ved at ændre menneskers sundhedsadfærd (Kristensen 2003). Men sideløbende eksisterer humanistiske forståelser, bl.a. inspireret af Anton Antonovsky (se fx Jensen & Johnsen 2005), som i højere grad handler om at udvikle menneskers evne til at håndtere livets udfordringer. SfA kan altså som det ene yderpunkt gribes an som ekspertdrevne initiativer, der opfordrer de ansatte til at spise sundt, motionere mere etc. I det andet yderpunkt kan SfA danne udgangspunkt for initiativer, der giver de ansatte bedre betingelser for at tage ansvar for deres liv og for deres sundhed og fokuserer på deltagelse og myndiggørelse. Spørgsmålet er derfor, hvilken forståelse og praksis omkring SfA, der udvikles i Danmark.

Artiklen præsenterer et studie af, hvordan konceptet SfA er blevet formet i en dansk kontekst. Grundlaget er kvalitative interviews med aktører, som har deltaget i formningsprocessen, samt dokumentstudier. Vi analyserer udviklingen fra 1998, hvor begrebet for alvor bliver sat på dagsordenen som en del af diskussionen om social ulighed i sundhed, forsøgene på at integrere arbejdsmiljø og SfA der følger efter, og de mere HR- og markedsorienterede forståelser, som har vundet frem i de senere år. Artiklen gennemgår det begreb om SfA, der udvikles, og ser på, hvilke forståelser af sundhed og sundhedsfremme den trækker på. Hvordan blander det sig med forståelser hentet fra arbejdsmiljøfeltet? Og hvilke syn på individet og det subjektive er indlejret i disse koncepter for SfA? Artiklen afsluttes med en diskussion af de forskellige scenarier vi ser for SfA og deres muligheder for at skabe ny dynamik i udviklingen af arbejdet.²

Teori og metode

Analysen er inspireret af den australske sociolog Mitchell Deans (2006) tilgang til studiet af magt og styring. Han peger på de normative og moralske aspekter af styring; at styring er moralsk, fordi den *“hævder at vide hvad der er god, dydig, passende og ansvarlig adfærd for såvel individer som kollektiver”* (2006, 45). Han fokuserer således på den styringsrationalitet, som karakteriserer styringen i en bestemt kontekst, den såkaldte *governmentality*.

SfA kan betragtes som en styringspraksis i forhold til folkesundhed; en styringspraksis præget af bestemt tænkning om individet. Denne tænkning kommer blandt andet til udtryk i de teknikker, begrebsbrug samt de forskellige former for ekspertise og viden, der anvendes i styringen. Vi anvender således de generelle spørgsmål, som Dean har udviklet til en analyse af det normative grundlag for styring, som ledespørgsmål for analysen (2006, 53):

- Hvordan defineres og afgrænses det, som skal styres? For at styre er det nødvendigt at definere, hvad styringen skal rettes mod, fx de ansattes eller virksomheders adfærd.
- Hvilke teknikker, principper og metoder bringes i anvendelse i styringen? De tekniske redskaber har deres egen logik og begrænsning, som det er vigtigt at være opmærksom på.
- Hvilke implikationer har det for, hvordan aktørerne konstitueres? Hvilke antagelser om de der styres, og dem der styrer, hviler styringen på? Ses de som styres, fx som forbrugere af sundhedsydelser eller som borgere, der potentielt belaster sundhedsvæsenet?
- Hvad er det ultimative (utopiske) mål med styringen? Hvad er de bagvedliggende forestillinger om det, som styringen i sidste ende skal tilvejebringe?

Begrebet governmentality bruges imidlertid også i en bredere betydning. Mitchell Dean er især optaget af de tendenser i den samfundsmæssige styring, der fører til neoliberale former for styring – governmentaliseringen af staten. Her sigtes på at styre individets adfærd ved at forme den måde, hvorpå individer opfatter sig selv, deres relationer til deres omverden osv.; samtidig har denne form for styring individets frie ageren som sin forudsætning. Sundhedsfremmepolitikken kan let anskues som et led i denne tendens. Men det er ikke denne form for governmentality-studie, som præsenteres her.

I analysen af denne proces, hvor nye styringspraksisser etableres og transformeres, anvender vi den hollandske politolog Marten Hajers begreber (Hajer 1995, Hajer & Wagenaar 2004). Hajer har udviklet den argumentative diskursanalyse til at beskrive, hvordan politik forandres. Her fokuseres på de argumentative kampe i sådanne konfliktfulde forandringsprocesser. Han peger på, at resultatet af sådanne processer ikke med rette kan kaldes diskurser, men snarere nye narrativer som konstrueres ved at trække på forskellige diskurser, der konkurrerer om hegemoni. Hajer udvikler den argumentative diskursanalyse i forbindelse med et empirisk studie af forandringer i miljøpolitikken. Han peger på, hvordan den forståelse af 'miljøproblemer', som udvikles, er afgørende for den politik (de løsninger), der udvikles. Han fokuserer derfor i sin analyse på narrativer om, hvad miljøkrisen skyldes, hvordan den skal løses, og hvem der bør spille hvilke roller i processen. Den kondenserede metaforiske version af et sådant narrativ kalder han en *storyline*. Denne storyline etableres og konsolideres af en koalition af aktører, som alle adresserer denne storyline ved at referere til dens nøglebegreber og forståelser. Aktører spiller altså i Hajers forståelse en vigtig rolle i at konstruere

og transformere diskurser, og koalitioner mellem aktører er et nødvendigt element i at skabe en gennemslagskraftig storyline.

I vores analyse af konstruktionen af SfA, ser vi på, hvordan 'social ulighed i sundhed' konstitueres som problem i forhold til folkesundhed og bliver grundlaget for udviklingen af en bestemt løsning; et begreb om SfA, der integrerer arbejdsmiljø og livsstil. Og vi inddrager de argumentative kampe, som er med til at forme det nye styringskoncept. Derimod er en mere grundig analyse af de koalitioner, der dannes omkring konceptet, og som senere bryder sammen, udeladt i denne artikel af pladmæssige grunde.

På dette sted har vi brug for kort at introducere to forskellige forståelser af eller paradigmer for sundhed og sundhedsfremme. En af pointerne i analysen af SfA er, at de to forståelser har meget forskellige implikationer for begreber om sundhedsfremme *på arbejdspladsen*, og at aktørerne i forskellig grad trækker på disse to paradigmer, når de skaber et integreret sundhedsfremmebegreb. Introduktionen er baseret på tekster, der bruges i de professioner, der beskæftiger sig med sundhedsfremme og forebyggelse; først og fremmest (Gannik 2005; Jensen & Johnsen 2005; Saugstadt & Mach-Zagal 2003; Iversen m.fl. 2002; Jensen 2000).

Det medicinske paradigme

Det sundhedsbegreb, som er dominerende i den offentlige debat, er det medicinske. I en traditionel medicinsk forståelse bliver sundhed defineret negativt som fravær af sygdom; man er sund, hvis man ikke er syg. Derfor opnås sundhed basalt set ved at identificere (diagnosticere) sygdomme og behandle dem.

Imidlertid er behandling af sygdom ikke nok. Tværtimod dominerer de livsstilsrelaterede sygdomme i stigende grad i Vesten, og de ser ud til at være den afgørende forhindring for at forbedre befolkningens

sundhed. Derfor rettes opmærksomheden mod sundhedsfremme, der har til formål at forbedre befolkningens livsstil gennem adfærdsændringer. Rygning er et eksempel på en sådan veldokumenteret livsstilsfaktor, hvor der er udviklet en række virkemidler til at påvirke befolkningens adfærd: Fx antiryge-kampagner, rygestop-kurser, rygestop-vejledere og rygepolitik. Risiko er i denne forståelse primært knyttet til individuel adfærd. Der er en erkendelse af, at risici også er knyttet til levekår som boligforhold og uddannelse, og at fokus også må rettes mod at ændre de sundhedsbelastende levekår.

Men i praksis handler programmer om folkesundhed mest om at påvirke og ændre befolkningens livsstil. Det kan beskrives som et oplysningsprojekt, hvor befolkningen gøres bevidst om konsekvenserne af dårlig livsstil og anvises bedre måder at leve på. Kampagner og kurser i mange forskellige afskygninger er derfor de primære teknikker, der anvendes. I de seneste 10 år er KRAM blevet nøgleordet, når man taler sundhedsfremme i en dansk sammenhæng. KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion, de fire faktorer får skylden for flertallet af danskernes livsstilssygdomme.

Det humanistiske paradigme

Det humanistiske paradigme er inspireret af Anton Antonovskys begreber og forståelse af sundhed og sundhedsfremme (Antonovsky 1987). Denne forståelse anvendes og videreudvikles primært inden for det fagfelt, man kalder sundhedspædagogik, inden for faggrupper som fx sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker og jordmødre.

Pointen er, at sundhed må defineres positivt, ikke som fravær af noget, men som en positiv kvalitet. Sundhed defineres altså ikke i forhold til sygdom; sundhed handler om vitalitet – om vores evne til at mestre vores liv og organisere vores verden. Antonovsky definerer sundhed som et spørgs-

mål om 'følelse af sammenhæng' (sense of coherence). Med følelse af sammenhæng menes: Den udstrækning vi oplever stressorer, fx højt arbejdstempo eller en ny livssituation, som forståelige, mulige at mestre og meningsfulde at forholde sig til.

Denne forståelse af sundhed fører til et andet fokus for sundhedsfremme. Sundhedsfremme fokuserer på menneskers ressourcer og deres strategier til mestring. Opmærksomheden rettes derfor mod kvaliteten af de lære- og socialiseringsprocesser, mennesker tager del i; de processer i livet der sætter os i stand til at fungere som aktører i livet i stedet for at føle os som ofre for omstændighederne. De metoder, der ses som passende i dette paradigme, er deltagelsesorienterede og myndiggørende læreprocesser. De professionelle, der arbejder med sundhedsfremme, skal således ikke fungere som eksperter, der fortæller folk, hvad de bør gøre. De skal snarere fungere som en slags facilitatorer. De bør anerkende, at mennesker kan have forskellige forståelser af, hvad sundhed er, og hvad der fører til sundhed, og være villige til at tage udgangspunkt i sådanne forskellige forståelser.

Hvis vi sammenholder disse to paradigmer og ser dem fra et styringsperspektiv, kan vi først konstatere, at det primært er individets adfærd som er dets genstand. Men deres overordnede mål er forskelligt. Det medicinske paradigme fokuserer på at forbedre folkesundheden, og hermed mindske sygelighed og dødelighed; det humanistiske på at forbedre mestring og livskvalitet.

De to paradigmer, som vi hermed har skitseret, er fremstillet som to principielt forskellige tankegange; men dette er selvfølgelig udtryk for en forsimpning. I praksis optræder der mange varianter og blandingsformer mellem disse to tilgange.

Analysen nedenfor baserer sig på to typer af kilder, semistrukturerede kvalitative interviews og skriftlige kilder. Der er gen-

nemført interviews med 8 personer, som på forskellig vis har spillet en vigtig rolle i historien.

Interviewpersonerne er udvalgt ud fra et indledende nøglepersoninterview, samt ud fra 'sneboldmetoden': Interviewpersoner bedes om at udpege andre personer, som har spillet en væsentlig rolle, og man fortsætter i princippet interviewundersøgelsen til alle referencer er dækket. Interviewpersonerne omfattede konsulenter fra LO og FOA, en senior konsulent fra Arbejdstilsynet, en konsulent og direktør fra det Nationale Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (NCSA), en seniorkonsulent fra det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og en underdirektør fra en af de største konsulentvirksomheder på arbejdsmiljøområdet. Interviewene er optaget digitalt og transskriberet.

De skriftlige kilder består af handleplaner, rapporter, udredninger, vejledninger og metodebeskrivelser fra offentlige institutioner, såsom Arbejdstilsynet, Sundhedsstyrelsen, regeringen, Branchearbejdsmiljørådene, det Nationale Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (NCSA), samt artikler fra forskellige fagblade, forskningsrapporter, konsulentrapporter, pjecer mv. Dokumenterne er udvalgt ud fra, at de så rigt som muligt gav indsigt i forståelse af SfA og i argumenter for og mod integration af arbejdsmiljø og sundhedsfremme. Men samtidig er det også dokumenter, som de aktører vi har interviewet, generelt henviser til.

Etablering af et integreret begreb om sundhedsfremme på arbejdspladsen

Ulighed i sundhed – et afsæt for sundhedsfremme på arbejdspladsen

Social ulighed i sundhed er den overskrift, der bringer SfA på dagsordenen i dansk po-

litik. Med regeringens *Folkesundhedsprogram 1999-2008* (Sundhedsministeriet 1999) introduceres SfA som et vigtigt led i at bekæmpe ulighed i sundhed. Programmet kommer til at sætte rammerne for, hvordan SfA senere diskuteres.

I indledningen til programmet beskrives to forhold som hovedmotiverne til indsatsen: 1) At middellevetiden ikke følger udviklingen i nabolandene, og 2) at den sociale ulighed i sundhed er stigende. I teksten konstateres det:

“Sundheden er ikke ligeligt fordelt i Danmark. De dårligst uddannede og de udsatte danskere har et dårligere helbred, er mere syge og lever i kortere tid end de velstillede og bedre uddannede danskere. Det vil regeringen gøre noget ved. Det er ikke acceptabelt, ...” (s. 7)

Arbejdspladsen udpeges som en arena, der er velegnet, når ulighed i sundhed skal bekæmpes. Desuden understreger programmet, at *både* livsstil og arbejdsmiljø er vigtige faktorer, når ulighed i sundhed skal forklares. Endelig tales der for, at de to faktorer hænger sammen. Programmet erklærer derfor, at de to ministerier, der er ansvarlige for sundhed og arbejdsmiljø, nemlig sundhedsministeriet og arbejdsministeriet, skal samarbejde med henblik på at integrere indsatsen omkring livsstil og arbejdsmiljø.

“Der har traditionelt været skelnet mellem arbejdsmiljø og livsstil. Denne skelnen er næppe i alle tilfælde holdbar, idet vilkårene i arbejdslivet har indflydelse på den enkeltes muligheder for at vælge en sund livsstil. Og omvendt vil den enkeltes sårbarhed over for en række risikofaktorer i arbejdsmiljøet være påvirket af individets livsstil. Det gælder for eksempel faktorer som stress og stillesiddende arbejde/livsstil, der både optræder i arbejdsliv og privatliv.” (s. 84-85)

Arbejdsmiljøinstituttet (nu det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø) har i den sidste halvdel af 90'erne arbejdet på at etablere evidens omkring social ulighed i sundhed og arbejdsmiljø.

Kort efter at regeringsprogrammet er sendt ud, sammenfatter de deres resultater i en ret indflydelsesrig lille bog (Arbejdsmiljøinstituttet 2000). Bogen præsenterer dokumentation for betydningen af arbejdsmiljø og livsstil for helbred. Men bogen handler også om politik og styring. En af overskrifterne siger: *“Tiden er moden til en samlet indsats på arbejdspladserne”* og i teksten forklarer forskningsleder Vilhelm Borg uligheden i sundhed:

“Vi har nu observeret forskellene, og vi har fundet forklaringer på dem. Næste skridt er at gøre noget ved arbejdsmiljøet og livsstilen. Vi må sætte gang i eksperimenter på arbejdspladserne, der giver ændringer der kan ændre sundhedsbilledet.” (s. 10)

I bogen argumenteres der for, at den traditionelle adskillelse af arbejdsmiljø og medarbejdernes sundhed/livsstil er et problem.

“Det er vigtigt at få brudt med disse traditioner, så der kan komme fart i forsøgene med at udvikle nye metoder på arbejdspladserne således at den sociale ulighed kan blive reduceret.” (s. 11)

Sammenfattende etableres et afsæt for at arbejde med SfA, der primært er medicinsk i sin tilgang. Det handler om at reducere risici, således at middelevetiden som et udtryk for sundheden kan stige, også hos de ikke-privilegerede grupper i samfundet. Både arbejdsmiljø og livsstil ses som vigtige risikofaktorer. Men derudover peges der på, at den traditionelle opdeling mellem sundhed og arbejde skal opgives. Så grunden er lagt for en integration af de to politikfelter,

der repræsenterer forskellige rationaler, når det gælder individ og kollektiv.

Den argumentative kamp

Det er imidlertid ikke konfliktløst at integrere livsstil og arbejdsmiljø som en ny tilgang til sundhed på arbejdspladsen. Det antaster grundlæggende antagelser i både sundheds- og arbejdsmiljøfeltet.

Traditionelt afgrænses arbejdsmiljøfeltet ved at det vedrører arbejdslivet, og ikke privatlivet. Denne grænse er essentiel og opretholdes både når det gælder lovgivning, men er også i bredere betydning konstituerende for feltet. Fagforeningerne peger således på, de risici der er forbundet med at overskride denne grænse; fx at det kan betyde at arbejdsgiveren får muligheder for at blande sig i, hvad deres ansatte gør i fritiden. Men også arbejdsgiverorganisationerne er betænkelige; de vil under ingen omstændigheder pålægges ansvar for de ansattes livsstil, hvilket kan være konsekvensen, hvis sundhedsfremme bygges ind i dele af lovgivningen.

Grundlæggende ses sundhedsfremme som en konkurrent til arbejdsmiljø, en tilgang til sundhed på arbejdspladsen som er mere individualistisk. Dette fokus på individet kan – anfører fx repræsentanter for fagforeningerne – føre til en ‘blame the victim’ tilgang, hvor man, hvis vi tager en mand som lider af rygsmerte, fokuserer på hans livsstil, manglende motion mm, og ikke på hans tunge manuelle arbejde. Så et argument som tit fremføres er, at et fokus på sundhedsfremme vil tage opmærksomheden bort fra arbejdsmiljøet.

Et andet problem som kritikerne peger på er, at sundhedsfremme er med til at skabe et fokus på personen frem for hans eller hendes kvalifikationer; der etableres et ideal om den sunde medarbejder, der er slank, ikke ryger, dyrker motion og spiser sundt. Dermed er der en risiko for, at medarbejdere

der ikke lever op til dette ideal diskrimineres i arbejdslivet, at de fx fravælges ved ansættelsessamtalen, lettere udstødes eller ikke opnår forfremmelse.

Dette er stærke argumenter mod at tage livsstil op, men den dokumentation der er omkring social ulighed i sundhed peger på et uomgængeligt problem. Også de pensionsforsikringselskaber, der tager sig af lavere uddannedes pensionsforhold, kan præsentere alarmerende tal, når det gælder tidlig invaliditet og død. Derfor er livsstil og sundhedsfremme emner som fagbevægelsen er nødt til at tage sig af. Som en af nøglepersonerne i LO siger:

“Social ulighed bragte os på banen. Vi er nødt til at bekæmpe det. Flere af folkene i bevægelsen begyndte at sige ‘vi kan ikke blive ved med at lukke vores øjne, det her er noget vi må tage os af’.”

Set fra sundhedsfeltet er arbejdspladsen primært en arena, en arena som er velegnet i forhold til at fremme en bedre sundhedsadfærd og livsstil blandt de lavere uddannede grupper. Derimod synes en integration med arbejdsmiljøindsatsen ikke relevant. Arbejdsmiljø ses som en faktor, der bidrager til at forringe helbredet, om end en faktor der tæller mindre end livsstil. Det helt centrale spørgsmål for sundhedsaktørerne er, hvordan man bedst får udbredt budskabet om KRAM – kost, motion, alkohol og motion. Og det er netop denne interesse for at nå målgruppen, som ad bagvejen skaber en åbning for integrationsperspektivet. Fx argumenteres der – på baggrund af videnskabelige undersøgelser – for, at sundhedsfremmeprogrammer, der gennemføres samtidig med interventioner i arbejdsmiljøet, er mere succesfulde. Det tilskrives, at det har en motiverende effekt at inkludere arbejdsmiljø (Borg 1993). Så, set fra sundhedsfeltet er integration en motiverende faktor.

At udvikle et integreret begreb om SfA implicerer at disse argumenter om risici, svagheder og relevans modgås, eller at der i det mindste tages højde for dem. Det lykkes i de følgende år at etablere en storyline, der forbinder bekæmpelse af ulighed i sundhed med SfA. Her sættes en integreret tilgang i fokus. Denne storyline bliver en fælles reference for diskussioner omkring SfA, og en forankring og institutionalisering påbegyndes. Men de spændinger og modsætninger, som er skitseret ovenfor, betyder, at denne storyline er sårbar og ustabil.

Et nyt begreb om sundhedsfremme

Fra 2000 og frem udvikles et koncept om SfA som den bedste måde at forbedre medarbejdernes helbred, og den integrerede tilgang videreudvikles og debatteres i talrige publikationer udsendt af institutioner fra både arbejdsmiljø- og sundhedsområdet. Arbejdstilsynet udsteder en bekendtgørelse og en vejledning om arbejdsmiljøcertificering, der betyder at sundhedsfremme inkluderes. BST får samtidig ret til at rådgive på området.

Sundhedsministeriet og Arbejdstilsynet udgiver sammen en vejledning om ‘Sunde kontorer’, samt et magasin om sundhedsfremme. Desuden udarbejder de vejledninger om sundhedsfremme inden for bestemte brancher. Det samme gør visse branchesikkerhedsråd. Også LO og FOA udsender pjecer om SfA.

To institutioner bliver centrale for opbygningen af et netværk, der understøtter storyline og samtidig udvikler den:

- *Udvalget for sundhedsfremme på arbejdspladsen* under Arbejdsmiljørådet. Udvalget har til opgave at udvikle et integreret begreb om arbejdsmiljø og sundhedsfremme, at udvikle metoder til at integrere sundhedsfremme i sikkerhedsarbejdet på arbejdspladsen. Udvalget består af repræ-

sentanter for arbejdsmarkedets parter, sundhedsministeriet og arbejdstilsynet.

- NCSA – *det nationale center for sundhedsfremme på arbejdspladsen*, finansieret af sundhedsministeriet. NCSA har til formål at udbrede viden, erfaringer og metoder om SfA, samt udvikle professionelle kompetencer og netværk. Deres aktiviteter er rettet mod at etablere professionel praksis på feltet, så de spiller en vigtig rolle i konsolidering og institutionalisering af sundhedsfremme feltet. NCSA udspringer af Sund By Netværket.

Det integrerede koncept er klarest udtrykt i det følgende citat:

“Arbejdspladsen kan have stor indflydelse på de ansattes sundhedstilstand. Arbejdslivet kan øge de ansattes personlige ressourcer og velbefindende – eller medføre forringet psykisk og fysisk funktionsevne på grund af et belastende arbejdsmiljø. Arbejdspladsen er også med til at påvirke de ansattes vaner og normer i forhold til sundhed. Sundhedsfremme på arbejdspladsen handler derfor både om at forbedre arbejdsmiljøet og om at skabe rammer, som gør det nemmere at træffe sunde valg både på og uden for arbejdet.” (Arbejdstilsynet 2002, 5)

Så, arbejdslivet udpeges som en vigtig faktor for medarbejdernes sundhed og for deres valg af livsstil. Her refereres både til sundhed som fravær af sygdom og sundhed i bredere betydning som ressourcer og velbefindende. Den integrerede tilgang betyder derfor forbedring i både arbejdsmiljø og livsstil, samt at arbejdspladsen gøres til en bedre ramme om at træffe sunde valg.

Den storyline, der udvikles, forholder sig til de fleste af de kritiske argumenter, som er rejst i de to felter. For det første understreges det, at sundhed ikke er en privat sag; det er noget som arbejdspladsen skal og bør tage

sig af. Desuden er livsstil ikke er noget man frit vælger, livsstilen afhænger (blandt andet) af arbejdslivet, og derfor kan man lige så godt se det som et arbejdsplads problem, frem for at se på problemerne hver for sig i privatliv og arbejdsliv.

“...der er ikke nogen modsætning mellem at forholde sig til arbejdsmiljøet og forholde sig til livsstilen, det er noget der går op i en højere enhed fordi livsstil, altså fordi ...ligesom det heller ikke er et frit valg hvad for et arbejdsmiljø man har, så er det sådan set heller ikke et frit valg hvilken livsstil man har. Og det synes jeg er en helt central erkendelse for sundhedsfremmearbejdet.” (nøgleperson, AT)

Argumenterne omkring at man må oprettholde grænsen mellem privatliv og arbejdsliv afvises altså, ligesom opfattelsen af, at livsstil er et individuelt valg, tilbagevises. For det andet fremføres det, at når SfA opfattes som et integreret koncept, der omfatter både arbejdsmiljø og livsstil, er der ingen grund til at frygte, at arbejdsmiljø bliver marginaliseret; de to begreber samvirker.

Integration er et nøgleord i denne storyline. Integration signalerer sammenhæng og synergi. Men når det kommer til at beskrive, hvordan arbejdsmiljø og livsstil helt præcist hænger sammen, er teksterne ret vage. Ser vi på de eksempler, som fremhæves i kernepublikationer såsom tidsskrifter om sundhedsfremme, vejledninger etc., er integration sjældent nævnt. Mange projekter handler i realiteten kun om livsstil. Men i den type af eksempler, som typisk refererer til større projekter gennemført med professionel assistance fra BST eller NSCA, er integration på dagsordenen.

“Udgangspunktet er, at der er en tæt sammenhæng mellem arbejdsmiljøet på den enkelte arbejdsplads og den enkelte medarbej-

ders opfattelse af trivsel og sundhed. Skal der gøres noget effektivt for at forbedre medarbejdernes trivsel og sundhed, må der gøres en indsats både i forhold til arbejdsmiljøet og den personlige livsstil. Både arbejdspladsen og den enkelte må ændre adfærd.” (Godt #2 2003, 8)

På et mere konkret niveau betyder integration at *både* arbejdsmiljøet og de individuelle adfærd og forudsætninger ændres med henblik på at formindske sundhedsrisici.

“Hvis folk har ondt i ryggen så kigger man både på: Hvordan er arbejdsplads indretningen? Hvordan er arbejdsorganiseringen? Hvordan er mulighederne for pauser og bevægelser? Hvordan er mulighederne for at passe på sin krop og træne den? ... Det er jo det vi i mange år har oplevet, at det giver mening ude på arbejdspladserne, de kan sgu se fornuften i og tænke det sammen. Og det har vi været enige om i Det Nationale Center fra start af.” (nøgleperson, NCSA)

Så integration opfattes som det at kombinere indsatsen for at ændre arbejdsbetingelserne samt den individuelle adfærd og forudsætninger. Dette ses som den mest effektive måde at forbedre sundhed og velbefindende på.

Styringsrationaler – mellem individualisme og kollektivism

Det begreb om sundhed, som er i spil i den integrerede tilgang til SfA, er en hybrid mellem det medicinske og det humanistiske, selvom det medicinske er det dominerende. SfA handler primært om at reducere risici ved at forbedre medarbejdernes livsstil og deres arbejdsmiljø. Dette er ikke overraskende set på baggrund af, at arbejdsmiljøfeltet traditionelt domineres af en medicinsk tilgang. Men de fleste tekster, vejledninger guidelines o.l. præges også af en bredere til-

gang til sundhed. Fx fremføres det i vejledningen omkring sundhedsfremme, at

“Sundhed forstås her bredere end blot fravær af sygdom. Sundhedsfremme drejer sig ikke kun om at undgå sygdom, men om at forbedre sundheden ved at sætte en proces i gang.” (Arbejdstilsynet 2002, 5)

I teksten forklares ikke mere præcist, hvilken type proces der henvises til. Men da vejledningen handler om certificering af systematisk arbejdsmiljøarbejde, der inkluderer sundhedsfremme, er begreber om kontinuerlig forandring og læreprocesser den underliggende filosofi. I den samme tekst nævnes også personlige ressourcer og trivsel som vigtige faktorer for sundheden; så vi kan her genfinde elementer af den positive måde at definere sundhed på.

“Arbejdspladsen kan have stor indflydelse på de ansattes sundhedstilstand. Arbejdslivet kan øge de ansattes personlige ressourcer og velbefindende.” (Arbejdstilsynet 2002, 5)

Individuel sundheds adfærd er genstanden for styring i både den humanistiske og den medicinske diskurs om sundhedsfremme. Men med etableringen af det integrerede begreb om SfA sker der en forskydning. Det er nu først og fremmest arbejdspladsen og arbejdspladsens adfærd i forhold til sundhed, som er genstanden. ‘Sundhedsfremme er en problemstilling som arbejdspladsen skal tage sig af’ er et udsagn som kan findes i mange keredokumenter.

Arbejdspladsen er ikke her en betegnelse for et fysisk sted; men for en kooperativ social struktur. Betegnelsen arbejdspladsen bruges faktisk som en metafor for det institutionaliserede samarbejde mellem ledelse og medarbejdere; det refererer til ‘den danske samarbejdsmodel’. Derfor peges der også på de strukturer, der allerede er etab-

leret på arbejdspladsen – sikkerhedsorganisationen, samarbejdsorganisationen – som dem der er bedst egnet til at håndtere SfA. Disse institutioner bygger på principper om repræsentativ deltagelse. Som det udtrykkes i vejledningen:

“Det er oplagt at involvere sikkerhedsorganisationen og samarbejdsudvalget, som begge er vant til at arbejde med arbejdspladsens problemstillinger. Sikkerhedsorganisationen arbejder i forvejen systematisk med arbejdspladsvurderingen (APV). Systematikken (kortlægning – herunder afdækning af ønsker og behov – prioritering, handlingsplan og opfølgning) egner sig også godt til at arbejde med sundhedsfremme.” (Arbejdstilsynet 2002, 9)

Dette fokus på samarbejdssystemet har selvfølgelig indflydelse på de roller, som forskellige vigtige aktører såsom medarbejdere, ledelse og rådgivere forudsættes at indtage. Det understreges ofte, at arbejdet skal ske i et samarbejde, arbejdsgiveren må ikke gennemføre det top-down.

“Det nytter ikke, at andre definerer, hvad sundhedsfremme skal handle om. Arbejdet med sundhedsfremme kræver lyst og opbakning fra både medarbejdere og ledelse.” (Arbejdstilsynet 2001, 5)

Medarbejderdeltagelse er et gennemgående tema, men det primære argument er i reglen, at det er afgørende for medarbejdernes motivation, ja uden den mislykkes sundhedsfremmeprojekterne.

“Det er centralt i alt arbejde med sundhedsfremme på arbejdspladsen, at de initiativer, der sættes i gang, afspejler de ansattes behov. Det vil derfor være naturligt for en større virksomhed at begynde med at kortlægge de ansattes interesse (behov og motivation) for

at deltage i sundhedsfremmeaktiviteter, så man kan opstille relevante mål.” (Arbejdstilsynet 2002, 8)

Ledelsens rolle adresseres sjældent eksplicit, men når den omtales, understreges samarbejdet med medarbejderne. Men samtidig lægges der også vægt på, at ledelsen engagerer sig aktivt. Diskussionen har således lighedspunkter med diskussionen om ledelsens rolle på arbejdsmiljøfeltet. Her ses ledelsens manglende engagement oftest som problemet i forhold til at drive arbejdsmiljøarbejdet fremad, mens diskussionen sjældent drejer sig om, at ledelsen i for høj grad tager teten og ensidigt driver arbejdsmiljøarbejdet (se fx Frick 1994).

Der er imidlertid også tilgange, som mere klart beskriver sundhedsfremme som en bottom-up proces. Det gælder særligt de tilgange, som udvikles i NCSA og i nogle af de store Københavnske Bedriftssundhedstjenester. Diskuteres fx Amagerforbrænding, et sundhedsfremmeprojekt, der ofte refereres som ‘best case’ (Center for sunde Arbejdspladser 2002), understreger en nøgleperson i NCSA, hvordan kvaliteten ved projektet netop var stor grad af medarbejderinddragelse. Indsatsen – både de problematikker der blev arbejdet med, og den måde det blev gennemført på – blev defineret ud fra medarbejdernes ønsker og forestillinger.

“Det de [medarbejderne] sagde, var – og det er jo ret tankevækkende – at det, som var det ekstraordinære ved projektet var, at vi ikke kun var gået ud og spurgt dem om, hvad de syntes vi skulle gøre. Men vi havde faktisk også gjort det! Og jeg tror, det er så simpelt som så, at uanset om vi snakker om ufaglærte eller faglærte eller funktionærer, så vil de gerne have sundhedsfremme på arbejdspladsen, hvis de bare er med til at bestemme, hvad det er, og hvordan det skal ske.” (nøgleperson, NCSA)

NCSA har været det centrale omdrejningspunkt for udvikling og spredning af metoder og værktøjer inden for SfA. De anbefaler, at sundhedsfremmeprojekter er organiseret således, at de i videst muligt omfang baseres på medarbejderdeltagelse. NCSA refererer i deres publikationer til Luxembourg-deklarationen om SfA (ENWHP 1997) og understreger, at sundhedsfremme opnås ved at forbedre arbejdsorganisation, arbejdsmiljø, ved at give bedre støtte til de ansattes personlige udvikling og øge medarbejdernes aktive deltagelse.

Det humanistiske fokus på empowerment og læreprocesser findes altså side om side med mere instrumentelle tilgange, der ser medarbejderdeltagelse som avanceret middel til at påvirke medarbejdernes sundhedsadfærd.

Som det fremgår ovenfor anbefaler myndighederne, at man anvender samarbejdsværktøjet APV i arbejdet med sundhedsfremme. Men også andre typer af teknikker introduceres. NCSA udvikler tidligt en integreret tilgang til SfA, en samlet arbejdsplads- og personlig sundhedsprofil. Denne metode har som sit erklærede formål at kombinere det individuelle perspektiv med arbejdsplads perspektivet. Medarbejdernes individuelle livsstil kortlægges via en personlig samtale med en konsulent, der anvender et standardiseret spørgeskema. Og problemerne i arbejdsmiljøet vurderes via spørgsmål til de ansatte, om hvordan arbejdsmiljøet bidrager til sundheden på arbejdspladsen.

“Vi vil gerne hele tiden gå på to ben og sige, at den enkelte har et ansvar for sin egen sundhed, uanset hvad for en arbejdsplads det er, og uanset hvad for et liv man lever, men at her når man snakker arbejdsplads, så har den et ansvar for at skabe nogle sunde rammer og et godt arbejdsmiljø.” (nøgleperson, NCSA)

Det er altså en teknik, der på én gang søger at fastholde fokus på de kollektive betingelser og de individuelle handlemuligheder. Og det er et værktøj, der tydeligt giver konsulenter en rolle i sundhedsfremmearbejdet. Konsulenterne forudsættes at spille en rolle som facilitatorer, der fremmer forandringsprocesser rettet mod både arbejdsmiljøet og den individuelle adfærd. Desuden lægges der vægt på deres evne til at sikre læring, systematik og progression.

Sammenfattende adskiller den styringsrationalitet, der er indlejret i det integrerede sundhedsfremmebegreb sig på væsentlige punkter fra de rationaliteter, som den medicinske og den humanistiske tilgang repræsenterer. Primært ved at genstanden for styring ikke er individets adfærd, det er arbejdspladsen forstået som en samarbejdsstruktur.

Samarbejdsstrukturer på arbejdspladsen gives derfor en central rolle, og det er med til at definere de roller, som forskellige aktører forventes at indtage. De teknikker, som udpeges som velegnede, er ligeledes udviklet til brug for samarbejdsinstitutionerne. Men de suppleres med teknikker, som er rettet mod at ændre individuel sundhedsadfærd.

Så integration af de to felter, arbejdsmiljø og sundhed fører faktisk til en modifikation af den individualistiske tilgang, der dominerer sundhedsfeltet, men også til at det individuelle perspektiv introduceres på arbejdsmiljøfeltet.

Den integrerede tilgang til SfA er imidlertid ikke af en karakter, så den fremmer forandring på arbejdspladsen i en retning, som sigter på at forøge medarbejdernes kompetencer til at tage ansvaret for deres egen livssituation, eller som forbinder forarmende arbejdsforhold med manglende evne til at mestre egen sundhed. Men det er en slags hybrid, som inkluderer de subjektive dimensioner af sundhed.

Ad humanistiske biveje

Som diskuteret ovenfor kan man ikke finde den humanistiske tilgang til sundhedsfremme i ren form i den storyline, der etableres.

Men det betyder ikke, at den har været fraværende i processen. Faktisk dannede denne tilgang grundlaget for politikudvikling i dele af fagbevægelsen (LO og FOA) i de tidligere faser af forløbet.

Denne del af fagbevægelsen har i en længere periode arbejdet med det udviklende arbejde, med vigtigheden af at udvikle arbejdet således, at medarbejderne får et arbejde med stor indflydelse, bruger og udvikler deres kompetencer og får social støtte og anerkendelse. Og deres medlemmer anfører blandt andet, når de spørges om, hvad de forstår ved et sundt arbejde, at det handler om indflydelse i eget arbejde, faglig stolthed og deltagelse.

Derfor tolkes SfA primært ud fra en humanistisk forståelse, der lægger vægt på myndiggørelse og læreprocesser.

“Vi mener også, at sundhed er afhængig af egenkontrol og reel indflydelse på eget liv og egne valg... Et godt arbejde indeholder ansvar, fordi krav om ansvar giver den enkelte betydning som en vigtig del af helheden.” (LO 2001, 8-9)

“En livslang proces, hvor vi hver især bør være opmærksomme på, hvordan vi ser vores egne muligheder for at håndtere tilværelsen. Det betyder for eksempel meget for sundheden, at man ikke ser sig selv som offer men som aktør.” (LO 2001, 14)

Også det første (og eneste) store forskningsprojekt om SfA – Sund Bus projektet – tager udgangspunkt i en humanistisk forståelse. Sund Bus projektet er et interventionsprojekt, hvis formål er at forbedre sundhed og trivsel, forbedre jobtilfredshed og genop-

rette faglig stolthed og image hos buschaufførerne i Københavnsområdet.

I slutrapporten diskuterer forskerne de erfaringer, som blev vundet gennem projektet og giver anbefalinger til, hvordan man skal gennemføre sundhedsfremme projekter på arbejdspladsen.

Her kritiserer de en opfattelse af sundhedsfremme som fokuserer på risikoreduktion. De peger på, at denne opfattelse giver den medicinske profession autoritet til at afgøre, hvad der er sundt og hvad ikke. Projektet tager et erklæret humanistisk udgangspunkt, og det implicerer, at mange aktører og grupper har relevant viden om sundhed:

“Mange flere forskellige sundhedsparadigmer byder sig til for de forskellige aktører. Dels som forklaringsmodeller for deres verdensopfattelser – dels som elementer i de interessekonflikter, vi ser. Når man skal se efter handlemuligheder i et interventionsprojekt, er det vigtigt at kunne rumme denne differentierede partsanskuelse som værende en legitim del af interessenternes magtspil. Det er rådgivernes opgave at få denne anskuelse gjort eksplicit – også for dem selv!” (Poulsen m.fl. 2003, 42)

Så vi ser altså forsøg på at oversætte den humanistiske (individualistiske) tilgang til sundhedsfremme til en arbejdslivssammenhæng. I det ene tilfælde forbindes SfA med demokratisering og myndiggørelse i arbejdet, i det andet understreges, hvordan begreber om sundhedsfremme ikke er neutrale, men præges af magtrelationerne på arbejdspladsen.

Denne type af tilgang til sundhedsfremme på arbejdspladsen blev ikke inkluderet i det integrerede sundhedsfremmekoncept, og blev aldrig videreudviklet og institutionaliseret og forankret i praksisser, metoder, vejledninger mv.

Tabte muligheder og nye scenarier

Den integrerede tilgang til SfA når ikke at få en solid forankring, før den taber momentum. Den integrerede tilgang til sundhedsfremme eksisterer stadig, men er marginaliseret. Der skal ikke gives en detaljeret analyse af årsagerne, blot peges på et par enkelte brikker. For det første at fokus på social ulighed nedtones med et nyt regeringsprogram for folkesundhed i 2002 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002). Dernæst at flere af de centrale aktører trækker sig ud af arbejdet (DA og Arbejdstilsynet) eller bliver nedlagt (NCSA i 2006). Endelig: Der har aldrig været mange midler på området til forskning og forsøgsprojekter omkring SfA; men i de seneste år svinder ressourcerne ind. Man kan altså sige, at det offentlige – staten – trækker sig tilbage og giver plads til markedet.

Samtidig kan vi konstatere, at SfA nu er blevet noget nær en modebølge. Mens kun 9 % i 2002 angav, at de arbejdede med kost, rygning, alkohol og motion, er andelen steget til 30 % i 2005 (Sundhedsstyrelsen 2006). SfA bliver samtidig i stigende grad gjort til en vare: et sortiment af produkter, der udbydes på markedet, og antallet af leverandører er stigende.

Det er især små og ret specialiserede firmaer, der dominerer, det drejer sig fx om rygestopkonsulenter, kostkonsulenter mv. (Sundhedsstyrelsen 2006). Men også tidligere bedriftssundhedstjenester udbyder – ofte mere helhedsorienterede – produkter inden for sundhedsfremme; mens rigtig store firmaer på feltet som Falck Healthcare tilbyder abonnementspakker, hvor kunden kan vælge forskellige elementer til.

På virksomhederne tegner der sig nu et mønster, hvor SfA primært udvikles som en del af personalepolitikken, og indsatsen derfor planlægges og gennemføres fra virksomhedens HR afdelingen, men kun sjæl-

dent involverer virksomhedens arbejdsmiljøstab.

Med markedsgørelsen af SfA forstærkes således en udvikling, der i øvrigt er i frem-march på arbejdsmiljøfeltet. Nemlig, at problemområder flytter fra arbejdsmiljø- til HR-feltet – den såkaldte HR-ficering. HR-ficering indebærer ikke kun, at opgaver flytter plads i organisationen, det betyder også et skift i de perspektiver, der lægges på problemerne, ligesom at det har implikationer for, hvilke aktører der som udgangspunkt inddrages i løsningen (Kamp & Nielsen 2008). SfA dækker imidlertid over mange forskellige typer af indsatser og tiltænkes forskellig rolle i personalepolitikken. Vi identificerer her to principielt forskellige varianter af SfA.

Sundhedsfremme som et frynsegode

SfA optræder her som forskellige tilbud, som virksomheden stiller til rådighed. Adgang til motionscenter, psykologbistand, frugtordning og massage er almindelige eksempler. Der kan være tale om ret fragmenterede tilbud, det vil sige, at der ikke er nogen særlig retning eller ramme omkring dem. Men der er også virksomheder, som udvikler mere sammenhængende programmer for sundhed på arbejdspladsen.

Det er en ny mode, som mange virksomheder tager til sig, som symbolsk er med til at signalere at 'dette er en moderne virksomhed, som sætter pris på sine medarbejdere'. Sundhedsfremmetilbud er her en slags frynsegode, som medarbejderne tilbydes. Sådanne goder indgår i nogle tilfælde i overenskomstforhandlinger på linje med løn. Mange af de ting, der tilbydes, afspejler det lægefaglige fokus på Kost og Motion. Men det kan knapt siges, at afspejle en medicinsk tilgang til sundhedsfremme, der direkte sigter på at ændre de ansattes sundhedsadfærd. Det er snarere en del af wellness bølgen, hvor sundhedsaktiviteter er en

del af en sanselig/kropslig nydelse, og hvor æstetik og lystfølelse er kernen.

Sundhedsfremme som et strategisk element

Der er imidlertid også tilgange, hvor SfA indgår som et strategisk element i personaleledelsen. Her ses forbedring af medarbejdernes sundhed – via SfA – som helt centralt i at reducere sygefravær og forbedre medarbejdernes motivation og produktivitet. Vi kan derfor finde eksempler – selvom der ikke er mange – på at de konkrete initiativer udvikles på baggrund af viden om de specifikke problemer vedr. helbreds og livsstil blandt medarbejderne, og at indsatsen rettes mod de problemer, som er specifikke for bestemte typer job eller brancher. Tilgangen er grundlæggende baseret på en medicinsk forståelse af sundhedsfremme, men den ekspertorienterede tilgang er ofte suppleret med participative elementer, som skal sikre medarbejdernes motivation og opbakning. Det vil sige, at denne type af indsats faktisk sigter mod at forbedre medarbejdernes sundhed, forstået som fravær af sygdom. Og der kan også være elementer rettet mod trivsel, der overskrider den snævre medicinske forståelse af sundhed. Men det er løftet ud af arbejdsmiljøfeltet, det er primært individfokuseret og ledelsesstyret.

Konklusioner

I denne artikel har vi set på formningen af et koncept om SfA i Danmark. Op igennem 90'erne anerkendes den stigende ulighed i sundhed som et samfundsmæssigt problem og en samfundsmæssigt uacceptabel tilstand, der må handles politisk i forhold til. SfA bliver en vigtig del af løsningen på problemet, og ulighed i sundhed bliver begrundelsen for at beskæftige sig med SfA. Dermed skabes grundlaget for et koncept om SfA, der integrerer arbejdsmiljø og livsstil – de to ud-

pegede hovedårsager til ulighed i sundhed – og som ser disse som gensidigt afhængige.

Det koncept, som skabes af et netværk, der er sammensat af aktører på tværs af feltene, er bemærkelsesværdigt, fordi det løfter sundhedsfremme ud af et ensidigt fokus på individuel adfærd. Faktisk bliver det arbejdspladsen, som er styringens genstand; forståelsen er, at det er arbejdspladsen, som har problemer med sundhed, og som – legemliggjort ved diverse samarbejdsorganer – skal søge at løse problemerne. Arbejdsmiljøfeltets forståelse af arbejdspladsens dynamikker slår altså igennem her. Og generelt peger dette på, hvordan konteksten for sundhedsfremmeaktiviteter har betydning for, hvordan sundhedsfremmebegrebet formes.

Ser vi på de teknikker og praksisser, der udvikles for at understøtte konceptet, er de primært rettet mod at etablere forandrings- og læreprocesser, og lægger stor vægt på medarbejderinddragelse. Dette er i høj grad en inspiration, som den humanistiske sundhedsfremme tradition bærer ind, men den har også klangbund i arbejdslivsfeltets diskussioner om et udviklende og myndiggørende arbejde. Desuden søger mange værktøjer at etablere et samtidigt fokus på kollektiv og individuel adfærd. Dette er en nyskabelse i forhold til arbejdsmiljøfeltet, og en til tider vanskelig balance i forhold til de stadigt verserende diskussioner om grænser mellem privat- og arbejdsliv og bredere spørgsmål om etik.

Vi er altså ganske langt fra den medicinske forståelses positionering af subjekterne som henholdsvis eksperter og oplysningstrængende individer, men vi er heller ikke ganske i det humanistiske felt, med fokus på udvikling af handlekapacitet og ejerskab til sundhedsbegreber. Med det integrerede koncept ses medarbejdernes deltagelse ofte som et led i at sikre motivation og opslutning, selv om det retfærdigvis må understreges, at mere vidtgående tolkninger også praktiseres.

Selvom den medicinske forståelse af sundhed samfundsmæssigt set er dominerende, ligesom den også er fremherskende i arbejdsmiljøets risikotænkning, kan vi altså konstatere, at det integrerede koncept bliver en slags hybrid mellem medicinske og humanistiske forståelser.

Det integrerede koncept rummer potentialer i forhold til en fornyelse af arbejdsmiljøfeltet. Det introducerer det subjektive perspektiv – de individuelle forudsætninger og erfaringer – og det kan være nyttigt i dette felt, som er domineret af kollektivistiske tilgange. De fleste problemer i arbejdsmiljøet rummer både kollektive og individuelle komponenter, og det er i stigende grad vanskeligt at fastholde kun at se på de kollektive. Samtidig er der brug for at udvikle balancerede tilgange til at tage begge aspekter op. På den måde kan konceptet være med til at flytte nogle grænser i feltet. Konceptet skaber imidlertid ikke en platform for bredere dagsordener i diskussionen om arbejdslivet.

Tilgange, der mere konsekvent tager udgangspunkt i humanistiske tilgange til sundhedsfremme, er udviklet; det er tilgange som står på, at myndiggørelse i arbejdslivet er en forudsætning for, at mennesker bliver i stand til at tage ansvar for deres egen sundhed, og hvor udvikling af arbejdet og menneskene, anerkendelse og respekt står øverst. De er blot ikke institutionaliseret og

konsolideret, og er aldrig blevet en del af den dominerende storyline.

Det integrerede koncept fik aldrig så lang en levetid, at det nåede at blive institutionaliseret. Og de tendenser, vi ser nu, bygger på andre rationaler. I den bevægelse, hvor samfundet trækker sig tilbage og der sker en markedsførelse af SfA, løsrives SfA også fra den oprindelige begrundelse; nemlig at mindske den sociale ulighed i sundhed. Denne type af styringsrationale er simpelthen ikke til stede. I stedet er SfA spændt for en virksomhedslogik; det tænkes som et personalegode og dermed som et middel til at rekruttere og fastholde medarbejdere, eller som et led i at nedbringe sygefraværet i en tid med arbejdskraftmangel. Og medarbejderne positioneres her som forbrugere af de sundhedsgoder virksomheden har på hylden, eller som individer der burde justere deres adfærd så det passer med samfundets sundhedsideal.

Men diskussionen om, hvad SfA er, er ikke slut. Sundhed er i stigende grad på dagsordenen i fagbevægelsen, og LO og flere forbund udvikler nye strategier på området. Her kobles SfA ikke snævert til arbejdsmiljø, men snarere bredere til arbejdsforhold og arbejdsliv. Udgangspunktet er den oversættelse af den humanistiske forståelse, som blev udviklet tidligt i 2000 (se fx LO 2007). Spørgsmålet er, om det formår at korrigere de tendenser, vi ser nu.

NOTER

- 1 Sund By Netværk er oprindelig et WHO-koncept og dette netværk er også knyttet til WHO's Healthy City Network-program.
- 2 Studiet er gennemført som et led i et treårigt forskningsprojekt, Netværksregulering

af arbejdsmiljøet, finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfondet. Projektet undersøger, hvordan netværk af aktører medvirker til forandring af forståelse og begreber på arbejdsmiljøfeltet.

REFERENCER

- Antonovsky, Aaron (1987): *Unravelling the Mystery of Health*, San Francisco, Jossey Bass.
- Arbejdsmiljøinstituttet (2000): *Social Ulighed i Sundhed – Et bedre arbejdsliv*, København, AMI.
- Arbejdstilsynet (2002): *Sundhedsfremme på arbejdspladsen*, Vejledning til virksomhederne om arbejde med sundhedsfremme med henblik på at erhverve arbejdsmiljøcertifikat, København, Arbejdstilsynet.
- Arbejdstilsynet (2001): *Sunde Kontorer – Arbejdsmiljø og livsstil*, København, Arbejdstilsynet, Sundhedsministeriet og NCSA.
- Borg, Vilhelm (1993): *Sundhedsfremme programmer på arbejdspladsen*, København, Sundhedsstyrelsen, Levnedsmiddelstyrelsen og Hjerteforeningen.
- Center for sunde Arbejdspladser (2002): *Et bedre liv og en sundere arbejdsplads*, Københavns kommune.
- Dean, Mitchell (2006): *Governmentality – Magt og styring i det moderne samfund*, Frederiksberg, Forlaget Sociologi.
- ENWHP (1997): *The Luxembourg declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*, AMI.
- Frick, Kaj (1994): *Från sidovagn till integrerat arbetsmiljöarbete*, Stockholm, Arbetslivscentrum och Föreningen för Arbetarskydd.
- Gannik, Dorte Effersøe (2005): *Social Sygdomsteori – Et situationelt perspektiv*, København, Samfundslitteratur.
- Godt #2 (2003): *Et sundere liv med sundt køkken*, s. 6-13 i *Magasin om sundhedsfremme på arbejdspladsen*, Arbejdsmiljørådets Servicecenter.
- Hajer, Maarten (1995): *The Politics of Environmental Discourse – Ecological modernization and the policy process*, Oxford, Oxford University Press.
- Hajer, Maarten & Hendrik Wagenaar (eds.) (2004): *Deliberative policy analysis – Understanding governance in the network society*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): *Sund hele livet – de nationale mål og strategier 2002-10*, København.
- Iversen, Lars m.fl. (2002): *Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom*, København, Munksgaard.
- Jensen, Bjarne Bruun (2000): Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden, i Lise Hounsgaard & John Juul Eriksen (red.): *Læring i Sundhedsvæsenet*, København, Munksgaard.
- Jensen, Torben K. & Tommy J. Johnsen (2005): *Sundhedsfremme i teori og praksis*, 2. udg., Aarhus, Philosophia.
- Kamp, Annette & Klaus T. Nielsen (2008): Management of Occupational Health and Safety, i Åke Sandberg (ed.): *Absolute Scandinavian*, under udgivelse.
- Kristensen, Tage Søndergård (2002): Sygdomme og årsager til sygdom, i Iversen m.fl.: *Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom*, København, Munksgaard.
- Kristoffersen, Jens & Tine Curtis (2006): *Beretning Sund By Netværket 2002-2005 – Aktiviteter og betydning for det sundhedsfremmende arbejde*, København, Statens Institut for Folkesundhed.
- LO (2001): *Arbejdsmiljø og Sundhedsfremme*, København, LO.
- LO (2007): *Strategi for forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladserne*, København, LO.
- Poulsen, Kjeld B. m.fl. (2003): *Refleksioner over interventioner – erfaringer fra over 200 interventioner iværksat for at forbedre sundhed og arbejdsmiljø for 3500 buschauffører*, København, AMI.
- Quinlan, Michael (ed.) (1993): *Work and Health – the origins, management and regulation of occupational illness*, Melbourne, MacMillan.
- Saugstad-Gabrielsen, Tone & Ruth Mach-Zagal (2003): *Sundhedspædagogik for praktikere*, København, Munksgaard.
- Sundhedsministeriet (1999): *Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008*, København, Sundhedsministeriet.
- Sundhedsstyrelsen (2006): *Sundhedsfremmeordninger på arbejdspladser 2005 – med fokus på mad, motion, rygning, alkohol og psykisk arbejdsmiljø/stress*, undersøgelsen er gennemført af Rambøll Management, København.

Annette Kamp er lektor, ph.d. ved Center for Arbejdsmiljø og Arbejdsliv, Institut for Miljø, Samfund og Rumlig Forandring (ENSPAC), Roskilde Universitetscenter.
e-mail: kamp@ruc.dk

Klaus T. Nielsen er lektor, ph.d. ved Center for Arbejdsmiljø og Arbejdsliv, Institut for Miljø, Samfund og Rumlig Forandring (ENSPAC), Roskilde Universitetscenter.
e-mail: ktn@ruc.dk