

Sundhed og sygdom

– sundhedsfremme og nedslidning på arbejdet

Indledning

Man kan blive syg af at arbejde – det er velkendt. Men kan man også blive sundere af at gå på arbejde? Det er på arbejdspladsen, at vi tilbringer en stor del af vores aktive hverdagsliv, så spørgsmålet er, om arbejdspladsen kan være sundhedsfremmende? Og hvad er sundhedsfremmende og sundhedsskadelige arbejdspladser i dag, hvor arbejdets trusler mod sundheden i vores del af verden handler mere og mere om stress, udbændthed og psykisk nedslidning? Og hvor sundt er det at arbejde i sundhedssektoren, hvor man om noget sted burde have viden om sygdom og sundhed i arbejdet?

Disse spørgsmål sætter vi fokus på i dette nummer af Tidsskrift for Arbejdsliv.

Frem for at fokusere på forbindelsen mellem arbejdsmiljøet og de skadelige effekter på helbredet alene, ønsker vi at belyse både det sundhedsnedbrydende og det sundhedsfremmende ved arbejdet. Vægten i forhold til sundhed og sygdom har hidtil ligget på at undgå sygdom og skader gennem forbedringer af arbejdsmiljøet. I dette temanummer ønsker vi at inddrage andre perspektiver, som handler om det sunde i arbejdet og sunde livsprocesser i arbejdet hos de arbejdende. Det er en udfordring at flytte perspektivet fra det sundhedsnedbrydende til det sundhedsfremmende i arbejdet og arbejdspladserne. Forskningen i det, som kan kaldes sunde livsprocesser i arbejdslivet, kalder på andre perspektiver, for eksempel

forskning i læring og organisationskultur, som sætter fokus på ressourcer, muligheder og kreativitet. Det er perspektiver som forsøger at se arbejdet ikke kun som forbrug og nedslidning af arbejdskraften, men som mulighed for livsudfoldelse, menneskelig udvikling, trivsel og sundhed.

Et sådan skifte kræver, at arbejdet betragtes ud fra et sundhedsbegreb, der er bredere end det medicinske sygdomsbegreb, der betragter sygdommen som adskilt fra den syge og dennes erfaringsverden – og fra et eventuelt 'sygt arbejde'. Et afsæt for forskningen i sundhed i arbejdet kan tages i hverdagslige sundhedsforståelser, selvom de ikke er tilstrækkelige i sig selv. Hverdagslige sundhedsforståelser indebærer, at sundhed ikke er absolut, men relativ i forhold til forskellige livsomstændigheder og livsstrategier. Sundhed og sygdom er subjektivt erfarede, tolkede og konstruerede tilstande og indgår i menneskers aktive håndtering af deres liv. Tværfaglig psykosocial og medicinsk forskning har i dag sat fokus herpå for eksempel i behandlingen af kræft.

En hverdagslig sundhedsforståelse tager sit afsæt i menneskers bestræbelser på at skabe og konstruere deres egen sociale virkelighed, lige så meget som på at reproducere den. Hverdagslivet har mange aspekter af lyst og udfordringer samt krav og magt, hvori sundhed kun indgår som et delaspekt. Hverdagsforståelsen af sundhed, og det vil

også sige sundhed på arbejde, er oftest kompleks og multifaktoriel. Det er et samspil af mange forskellige elementer og hændelser, der fører til sygdom – eller til sundhed. I undersøgelser af sundhed og sygdom som en del af menneskers hverdagsliv, fremstår sundhed som både erfaringsbestemt og biografisk konstrueret: hvordan oplever jeg, og hvordan identificerer jeg mig i forhold til sundhed og sygdom (Simonsen 2006)? Sundhed og sygdom kan også ses som et funktionelt aspekt af livet i den forstand, at de 'virker' forskelligt for forskellige mennesker og indgår i deres livsstrategier med forskellig vægt og betydning (Gannick 2005). Men sundhed og sygdom er også forbundet med proaktivitet: min oplevelse af det syge og det sunde afhænger af, hvordan jeg kan handle i forhold til min egen sundhed.

Et humanistisk perspektiv – uden at tabe det syge af sigte?

Den medicinske sundhedsforståelse er værdifuld som diagnostik og risikoanalyse, når den kategoriserer sundhed i forhold til en rangordning af faktorer, der kan sættes i forbindelse med sygdom. Den medicinske tilgangs forklaringer er stærkt knyttet til kroppen som landkort med steder og som funktioner, der er afgørende for opretholdelse af livet. Der udgår fra det medicinske paradigme problemløsningsstrategier i forhold til kroppens forskellige lemmer og organer set i et risiko- og sygdoms-perspektiv.

Forståelsen af sygdom og sundhed i dette nummers artikler er derimod, som i arbejdsmiljøforskningen i øvrigt, knyttet til vilkårene i arbejdet. Men forståelsen i artiklerne inddrager også arbejdets indhold og de psykosociale faktorer såsom oplevelsen af arbejdet, af egen rolle i arbejdet og af de livsomstændigheder, som har betydning for arbejdet. Dette gør sundhed til en relativ og subjektiv tilstand – eller snarere en pro-

ces – som er i forandring, og som samtidig er indlejret i menneskenes sociale og kulturelle liv. Dermed ses sundhed og sygdom i arbejdet som afhængig af langt mere end miljøets negative påvirkninger.

Sundhedsfremme som begreb i forskningen tager afsæt i et opgør med det medicinske paradigme og skal ikke forveksles med de begreber, som ligger i de politiske dagsordner om sundhedsfremme. I forskning har begrebet om sundhedsfremme sit udspring i forsøget på at sætte mennesker og menneskers hverdagsliv i centrum for forståelsen af sundhed og sygdom. Sundhedsfremme som begreb trækker oprindeligt på en kritik af risikotænkning og føres ofte tilbage til Antonovsky (2000), men teorien introduceres allerede i 1950'erne. Den udtrykker en humanistisk strømning i sundhedsforskningen, som vender sig imod objektgørelsen af mennesker i relation til egen sundhed. Oplevelsen af egen sundhed og trivsel ses som tilstande der ikke kan adskilles fra sunde livsprocesser og sygdomsudvikling. Oplevelser, coping og livsstrategier har indflydelse på det, som udefra og efter professionel medicinsk kategorisering kaldes sygdom eller mindsket sundhed (Gannick 2005). Det er ud fra denne tænkning, at begrebet om 'empowerment' i sundhed er vokset frem. Det tager udgangspunkt i, at en række psykosociale komponenter kan bidrage til at mobilisere sårbare individer og grupper ved at styrke deres kompetencer og aktive livsorienteringer og øge deres indflydelse på underliggende sociale, økonomiske og kulturelle betingelser (Nutbeam 1998).

Vi ser altså forskellige forskningstraditioner, der kæmper om at definere feltet sundhedsfremme: en sygdoms- og risikoorienteret forståelse overfor en sundheds- og mestringsorienteret forståelse; og en fagopdelt og funktionsorienteret forståelse overfor en helhedsorienteret og meningsorienteret forståelse.

Det usunde arbejde i sundhedssektoren

Vi har i temanummeret sat særlig fokus på social- og sundhedsarbejdet. Det er et paradoks, at stadig flere sundhedsarbejdere bliver truet på deres sundhed af arbejdet. Det har i de seneste år skabt en stigende interesse for sundhedssektorens arbejdsmiljø. En række kvantitative undersøgelser (SATH projektet, PUMA projektet m.m.) fra de sidste fem år har understreget, at de ansatte på sundhedssektorens arbejdspladser har den største risiko for udbændthed, fysisk nedslidning foruden trivselsproblemer generelt. De kvalitative studier af hjemmeplejen (Liveng 2007, Krogh-Hansen 2006) og af stress og udbændthed i omsorgsarbejdet (Prætorius 2004, Kristensen 2004, Wethje & Borg 2005) samt af arbejdslivet i sundhedssektoren (Andersen m.fl. 2004, Ahrenkiel m.fl. 2007) viser alle, at medarbejdernes forhold til arbejdet er stærkt ambivalent og modsætningsfyldt. De oplever arbejdet både som personligt engagement og som en ydre tvang, der berører de ansattes trivsel og sundhed. Disse problemer bliver i dette nummer behandlet i de tre artikler, som inddrager sundhedssektoren som felt. Maria Gustavsson sætter desuden i sin artikel fokus på, hvordan de ansatte kan handle kollektivt og proaktivt i forhold til egen sundhed.

Nogle af de usunde aspekter af sundhedssektorens arbejde, som bringes frem i dette nummer, er de stærkt foranderlige arbejdsmæssige rammer og de knappe ressourcer til støtte for personalet, samtidig med at det er et følelsesmæssigt og personligt krævende arbejde. Endvidere peges der indirekte i artiklerne på, at der stilles krav til stor detailkundskab i brede funktioner, og at de store krav kan skabe utryghed og afmagt. Andre temaer, som kun delvist bringes i spil i dette temanummer omkring sundhedssektorens arbejdspladser, er: styring og magt i sundhedssektoren, det sundhedsøkonomi-

ske koncept og virksomhedsgørelse i sundhedssektoren. Dette har været adresseret i tidligere numre af Tidsskrift for Arbejdsliv.

Vi vil derudover fremhæve en række aspekter ved sundhedsarbejdet, som tidligere er beskrevet i dette tidsskrift (Dybbroe 2006; Andersen 2006, Liebst & Monrad 2008). Social- og sundhedsarbejdet er 'farligt og eksistens-truende', fordi liv og død er et centralt tema, som ikke kan reduceres til noget, som blot vedrører 'den anden', patienten. Det bliver til en subjektiv problematik, som kan fremkalde angst og aggression, da det er de ansattes opgave at redde liv på utallige måder. Dette er ikke et sundhedsproblem i sig selv, men når man arbejder i en organisation, som prioriterer omkostningsminimering meget højt og samtidig er problemfornægtende, bliver det let til den enkeltes problem at prioritere, beslutte og handle i forhold til liv og død. Hertil kommer, at en række socialt nødvendige opgaver med at yde hjælp og omsorg til medmennesker kan antage fremmedgjorte former, når de skal løses med knappe ressourcer, og når de ansattes egne normer og værdier bliver undergravet af arbejdets belastninger.

Mellem økonomisk nyttetænkning og det nyttige for mennesker

Det politiske paradigme om sundhedsfremme, som vi ser udfoldet i Danmark i dag, bevæger sig stadig længere væk fra både Antonovskys og Nutbeams humanistiske og sociale forestillinger om processer og indsatser, der kan skabe sundhed. Som politisk koncept er sundhedsfremme influeret af flere historiske tendenser. Verdenssundhedsorganisationen forsøgte i begyndelsen af 1980'erne at dreje fokus i den vestlige verden over imod nye områder for sundhedsindsats. Både en stagnerende sundhed i de industrialiserede lande, nye livsstilssygdomme samt ønsket om at gøre op

med de største uligheder i sundhed førte til opbakning for et helt nyt paradigme. I det politiske paradigme blev sundhedsfremme defineret som:

“den proces, som gør mennesket i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. For at nå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende.” (Ottawa Charteret 1986)

Heri ligger at sundhedsfremme både bliver stærkt idealistisk og uklart rettet mod individ og grupper i befolkningen. Det giver ingen forpligtigelse til at ændre på samfundsmæssige vilkår at arbejde for afskaffelsen af ulighed i sundhed eller at skabe ‘empowerment’.

En anden historisk tendens er det nyliberale sundhedsøkonomiske paradigme, som fletter sig ind i moderniseringen af den offentlige sektor. Her bliver sundhedsfremme til et redskab i forsøget på at minimere statens udgifter i forbindelse med borgernes livsførelse. Det omsættes i anvisninger og kampagner for det sunde liv, som den enkelte borger individuelt tildeles ansvaret for. Denne tilgang påvirker også forskningen i sundhedsfremme, som bliver optaget af at finde egnede måder til at kunne vurdere og måle menneskers egen oplevede sundhed og sundhedsrelaterede oplevelse af livskvalitet.

Forskningen har sit udspring i en stigende forståelse både af de psykosociale faktoreres betydning for sundhed, og en stigende forståelse af den subjektive og identitetsmæssige oplevelse af sundhed som afgørende for individers mobilisering af egne sundhedsfremmende ressourcer med forbindelser til coping-forståelser (Antonovsky 2000). I stigende grad forbindes dette med krav om evidens og dokumentation af økonomisk effekt og viden om, hvad der virker i forhold til investeringer i at fremme sundhed.

Som Betina Højgård diskuterer i sin kronik, er dette dog selvmodsigende, hvis man udgår fra en forståelse af, at sundhed er en proces og salutogent, det vil sige integrerer mange faktorer, der ikke kan forklares ud fra simple årsag-virknings sammenhænge. Forsøget på forskningsmæssigt at ville se på relationen imellem sundhed som et aspekt af hverdagslivet på arbejde og andre forhold som uddannelse, demokrati, organisering, kultur m.m. modvirkes af det endimensionale krav om forskning i den økonomiske effekt af sundhedsfremme.

Hvis indsatsen for og forskningen i sundhedsfremme bliver domineret af et økonomisk rationale, er der risiko for at sundhedsfremme mister forbindelsen med menneskers liv. Så bliver indordning under sundhedsparadigmet vigtigere end sunde liv (Otto 1998). ‘Sundhed’ står dermed i fare for at blive en ydre kvalitet adskilt fra menneskers erfaringsverden og løsrevet fra deres sociale vilkår – på samme måde som ‘sygdom’ har været det i den medicinske tilgang. Hermed kan forskningen i sundhedsfremme komme til at objektivere de arbejdende og deres liv. Og indsatsen for sundhedsfremme i arbejdslivet kan for de ansatte fremstå som en ydre tvang, fordi den ikke tager de arbejdendes perspektiv, sådan som tænkningen oprindeligt gav mulighed for. I Danmark realiseres det politiske projekt om sundhedsfremme på arbejdspladserne i dag mest i form af kampagner og projekter for ændret livsstil og kultur på arbejdspladsen med indsats omkring KRAM-faktorerne og de ansattes fritidsliv – uden for arbejdet.

Studieprojekter om sundhedsfremme på arbejdspladsen gennemført af studerende ved sundhedsfremmestudiet på RUC viser, at sundhedsfremme kampagner går uden om mange af de basale sundhedstruende faktorer i arbejdslivet. De ansattes hverdagsliv på arbejdspladsen inddrages i ringe grad, og der er ikke blik for den betydning, som

forskellige sundhedsnedbrydende faktorer har for medarbejderne – både i arbejdslivet og i livet udenfor. Der er samtidig klare tegn på, at indsatsen vender den tunge ende nedad, idet de kortest uddannede og dem med det hårdeste arbejde får mindst ud af den sundhedsfremmende indsats. Hermed antager sundhedsfremme karakter af en ny 'opdragelse' på arbejdspladserne, som griber langt ind i den enkeltes livsstrategier, men som ikke tager højde for deres erfaringer, vilkår og habituelle dispositioner. Fokus er på den individuelle håndtering af sundhed og i mindre grad på den kollektive håndtering, eller det som ligger i empowerment begrebet i forhold til sundhed (Nutbeam).

En anderledes tænkning

Sundhedsfremme på arbejdet kunne indebære, at strategier for sundere arbejdspladser blev forankret i de arbejdendes erfaringsverden og udviklingsprocesser. Det kunne også betyde en mere humanistisk og integrativ tilgang til sundhed i arbejdet, hvor livsstil, oplevelse af sundhed og arbejdsmiljø tænkes sammen, sådan som Anette Kamp & Klaus T. Nielsen foreslår i deres artikel. Endvidere kunne man, som Maria Gustavsson og Tage Søndergaard m.fl. foreslår i deres artikler, tænke oplevelser af sundhed sammen med oplevelser af andre sider af arbejdspladsernes liv og af egen sociale position og hverdagsliv i øvrigt. Perspektiverne på sundhedsfremme i de enkelte artikler i temanummeret er forskellige, men de udspringer alle af en anden sundhedsforståelse – eller en udvidet sundhedsforståelse – i forhold til den medicinske. I artiklerne ses arbejde og sundhed også fra de arbejdendes subjektive perspektiv med fokus på oplevelsen af sundhed i relation til en mængde andre betydelige faktorer i arbejdslivet. Arbejde og sundhed ses også i et sociokulturelt organisationsperspektiv med fokus på

forholdet mellem strukturer, positioner og menneskelige ressourcer.

På den ene side er sundhedsfremme i forbindelse med arbejdet et statsligt understøttet paradigme og institutionel politisk tænkning, som blandt andet kommunalreformen de sidste 3-4 år har fået sat i fokus. Her går sundhedsfremme ind og understøtter effektiviseringen af indsatsen for sundhed igennem mange af de velkendte instrumenter i New Public Management: uddelegering af opgaver, borgerinddragelse m.m. På den anden side er sundhedsfremme i forhold til arbejdet en mulig åbning af en mere humanistisk og social tilgang og et proaktivt perspektiv på sundhed i arbejdet, der inddrager menneskers egne erfaringer og perspektiver på hverdagslivet, samt ikke mindst kobler sundhedsfremme til de andre væsentlige sider ved arbejdslivet: demokrati, læring og udvikling i arbejdet.

Præsentation af artiklerne

Den første artikel af *Annette Kamp* og *Klaus T. Nielsen* handler om *Sundhedsfremme på arbejdspladsen* og har undertitlen *frynsegode eller frigørelse*. Indsatsen for sundhedsfremme på arbejdspladsen har haft en stærkt individualistisk orientering. I de senere år er der dog arbejdet med forståelser der sammenknytter arbejdsmiljø og livsstil, og som søger at favne både en individuel og kollektiv forståelse. Artiklen undersøger, hvordan begrebet 'sundhedsfremme på arbejdspladsen' har udviklet sig som en styringspraksis bag indsatsen for folkesundhed i Danmark op gennem 1990'erne til i dag. Udgangspunktet for indsatsen var et ønske om at reducere den sociale ulighed i sundhed gennem kombinerede tiltag i forhold til både arbejdsmiljø og livsstil. Denne indsats blev udviklet i et spændingsforhold mellem den medicinske og den humanistiske tradition. Det lykkedes at etablere forsøg med en in-

tegreret tilgang til sundhedsfremme, men denne tilgang er i de senere år blevet marginaliseret. I stedet bliver sundhedsfremme på arbejdspladsen nu spændt for en virksomhedslogik; hvor det tænkes som et personalegode og som et middel til at rekruttere og fastholde medarbejdere eller som et led i at nedbringe sygefraværet.

Tage Søndergård Kristensen, Peter Hasle og Jan Hylde Pejtersen går i den næste artikel nye veje i undersøgelsen af virksomheders psykiske arbejdsmiljø ved at udvikle et begreb om 'virksomhedens sociale kapital'. De foreslår en definition af begrebet, som omfatter tre nøglefaktorer: samarbejdsevne, tillid og retfærdighed. Artiklen peger på nogle af begrebets centrale teoretiske rødder og forsøger at vise dets relevans ved at anvende det på data fra to større empiriske undersøgelser. De viser, at der i begge undersøgelser er klare sammenhænge mellem social kapital på den ene side og de ansattes psykiske arbejdsmiljø og helbred på den anden. De konkluderer derfor, at en teori om virksomhedernes sociale kapital har potentiale for både forskning og interventioner i forhold til psykisk arbejdsmiljø og de ansattes helbred og velbefindende. De peger samtidig på en række områder, hvor der er behov for at udvikle begrebet og dets tre dimensioner blandt andet med henblik på, at det kan indfange forandringer over tid.

Maria Gustavssons artikel er baseret på et tre-årigt udviklingsprojekt på skadestuen på et svensk hospital med det formål at nedbringe et højt langtidssygefravær. Artiklen anlægger et læringsperspektiv på denne indsats, fordi udviklingen af sunde arbejdspladser ser ud til at have mange ligheder med udviklingen af læring på arbejdspladsen. Et godt arbejdsmiljø har mange lighedstræk med et godt læringsmiljø, for eksempel ved at give de ansatte muligheder for aktiv deltagelse i hverdagen. Udviklingsprojektet var baseret på de ansattes kollektive ar-

bejde med sundhedsfremme til forskel fra den fokusering på individuel adfærd, som præger de fleste andre tiltag på området. De ansatte arbejdede fælles i projektgrupper med at identificere problemområder og udvikle konstruktive forslag til forbedring af sundheden på arbejdspladsen ud fra idéen om problemorienteret læring. Forløbet af udviklingsprojekterne var dog hverken harmonisk eller lineært. Det skyldtes blandt andet, at der samtidig gennemførtes nedskæringer og organisationsændringer, og at de ansatte oplevede modsatrettede budskaber og svigtende støtte fra ledelsen. Selvom dette bidrog til faldende motivationen hos medarbejderne, bidrog det også til en mere udviklingsorienteret læring i projektgrupperne, hvor medarbejderne kritisk kunne bearbejde sundheds problemer og udforme egne forslag til forbedringer.

Artiklen af *Mogens Agervold* sætter fokus på belastningerne i menneskearbejde, i dette tilfælde kommunalt ansatte socialrådgivere og sagsbehandlere. Forfatteren tager udgangspunkt i forskningen i stress og udbrændthed, men anlægger et særligt perspektiv med begrebet 'følelsesmæssig nedslidning' som et overbegreb for en række reaktioner på arbejdet med andre mennesker. Det omfatter psykisk udmattelse og stress, psykosomatiske symptomer og kynisme overfor klienter. Artiklen baseres på en spørgeskemaundersøgelse til ca. 900 sagsbehandlere, som viser, at de generelt oplever arbejdet med klienterne som belastende. For eksempel angiver over halvdelen, at de har vanskeligt ved at behandle sagerne fagligt forsvarligt på grund af tidspres, og at de efter et par sygedage blot har endnu flere sager liggende end før. Resultaterne viser desuden, at stigende arbejdsmæssige belastninger fra sagsarbejdet og klienter er forbundet med stigende følelsesmæssig nedslidning. Personer der oplever store arbejdsmæssige belastninger hidrørende fra klientarbejdet,

har også betydelige symptomer på stress og følelsesmæssig nedslidning. Artiklen peger desuden på, at arbejdspsykologiens traditionelle mål for udbrændthed med fordel kan suppleres med andre mål for stress og følelsesmæssig nedslidning.

Pernille Tufte, Thomas Clausen og Vilhelm Borg skriver om de ansattes oplevelser af psykisk nedslidning i ældreplejen. Begrebet 'psykisk nedslidning' anvendes stadig oftere i diskussionen af arbejdsvilkårene i omsorgs- og plejearbejde. Det anvendes dog uden, at der findes nogen fælles definition af begrebet. Artiklen her forsøger at indkredse, hvilke betydninger medarbejderne selv lægger i begrebet 'psykisk nedslidning', samt hvad det er for forhold i arbejdet medarbejderne forbinder med dette begreb. Det sker i en undersøgelse baseret på fokusgruppeinterviews med seniormedarbejdere i ældreplejen. Undersøgelsen viste, at medarbejderne anvender begrebet til at beskrive en række forskellige oplevelser, reaktioner og tilstande, der relaterer sig til deres arbejdsbetingelser. Artiklen vurderer herudfra, om begrebet tilføjer noget nyt i belysningen af arbejdsmiljøet i den danske ældrepleje i forhold til begreberne stress og udbrændthed. Den peger på, at den kynisme som ligger i begrebet udbrændthed, ikke viste sig i interviewmaterialet, men at medarbejderne i høj grad stræbte efter at yde en tilfredsstillende pleje på trods af nogle vanskelige arbejdsbetingelser.

Betina Højgaard diskuterer i kronikken om indsatsen for sundhedsfremme på arbejds-

pladsen skal være evidens-baseret, som det ofte kræves fra politisk hold. Forfatteren har i en ny rapport fra Dansk Sundhedsinstitut gennemgået litteraturen om effekter af sundhedsfremme-indsatser på arbejdspladsen over for risikofaktorerne usund kost, rygning, alkohol, manglende motion og stress. Den viste, at flertallet af studierne hviler på et tyndt metodisk grundlag, og at der mangler dokumentation for effekten af de sundhedsfremmende aktiviteter. I kronikken diskuteres årsagerne til denne manglende evidens, blandt andet de omfattende ressourcer og det lange tidsperspektiv, som dette kræver, hvis de blivende effekter skal indfanges. Problemet med evidens er desuden, at tiltag for sundhedsfremme gennemføres i mere komplekse samspil mellem mennesker og samfund end medicinske tiltag. Og effekterne er stærkere påvirket af den sociale, kulturelle og samfundsmæssige kontekst, og af hvem der intervenserer. Derfor bør manglende evidens ikke forhindre en større indsats for sundhedsfremme på arbejdspladserne. Det vigtigste er, at der er handling bag de indsatser, der iværksættes – at det ikke forbliver ved rene politikker og hensigtserklæringer.

God og sund læselyst fra temareaktionen

Betina Dybbroe

Christian Helms Jørgensen

Ole Henning Sørensen

REFERENCER

Ahrenkiel, Annegrethe, Betina Dybbroe & Finn M. Sommer (2007): *Tillidsrepræsentanter i DSR – udfordringer og svar*, København, Dansk Sygeplejeråd, Institut for Psykologi & Uddannelsesforskning, RUC & CARMA Aalborg Universitet.

Andersen, Vibeke, Betina Dybbroe & Ida Bering (2004): *Fællesskab kræver fællesskab*, Dansk Sygeplejeråd og Roskilde Universitetscenter.
Andersen, Linda L. (2006): *Det indre og ydre liv på arbejde – en kritisk introduktion til Tavistock og den psykoanalytiske socialpsykologi*,

- i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 8, 3, 69-86.
- Antonovsky, Aaron (2000): *Helbredets Mystorium*, København, Hans Reitzels Forlag.
- Dybbroe, Betina (2006): Omsorg i skæringspunktet mellem arbejde og liv, i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 8, 1, 67-81.
- Gannick, Dorte E. (2005): *Social Sygdomsteori – et situationelt perspektiv*, Frederiksberg, Samfundslitteratur.
- Kristensen, Tage Søndergård & Marianne Borritz (2004): *Copenhagen Burnout Inventory*, Projekt Udbrændthed, Motivation og Arbejdsglæde, København, Arbejdsmiljøinstituttet.
- Krogh-Hansen, Helle (2006): *Ældreomsorg i pædagogisk perspektiv*. Ph.d.-afhandling. Roskilde, Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitetscenter.
- Liebst, Lasse S. & Merete Monrad (2008): Imellem empati og depersonalisering – en følelsessociologisk analyse af tayloriseringens konsekvenser for hjemmeplejere, i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 10, 1, 56-71.
- Liveng, Anne (2007): *Omsorgsarbejde, subjektivitet og læring*. Ph.d.-afhandling. Roskilde, Forskerskolen i livslang læring, Roskilde Universitetscenter.
- Nutbeam, Don (1998). Evaluating health promotion – progress, problems and solutions, i *Health Promotion International*, 13, 1.
- Otto, Lene (1998): Rask eller lykkelig. Sundhed som diskurs i det 20. århundrede. Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Prætorius, Nadja U. (2004): Livet som undtagelsestilstand, i *FOFU-NYT*, 6, 1, 13-26.
- Simonsen, Simon S. (2006): *Mænd, sundhed og sygdom. Ronkedor fænomenet*, København, Klim.
- Wethje, Annette & Vilhelm Borg (2005): *Arbejdstid og arbejdsmiljø*, Projekt SATH, København, Dansk Sygeplejeråd og AMI.
- WHO (1986): *Ottawa charter for health promotion*, København.

CALL FOR PAPERS – Tidsskrift for Arbejdsliv, temanummer, nr. 4 – 2008

Psykisk arbejdsmiljø

– arbejdets produktive kerne eller en beskæftigelsesmæssig nødvendighed

Læs beskrivelse på vores hjemmeside: www.nyt-om-arbejdsliv.dk/tfa-12.asp

Artikler mailes til *Ole Henning Sørensen*: ohs@nrcwe.dk eller/og *Jo Krøjer*: jokr@ruc.dk

Deadline for artikler: 19. maj 2008

Temanummer udkommer: november 2008