

Grænser for sundhed

En afhandling om sundhed som et anliggende for arbejdsgivere

Abelone Løgstrup Annie Hagel Lars Lyhne Maj-Britt Aslund Niels Ole Krogh

Vejleder: Jørn Helder

At man, naar det i Sandhed skal lykkes en at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er og begynde der.

Søren Kierkegaard

Taksigelsen

Du sidder med den rene og skære hjerteblod mellem dine ivrige hænder. Måske tænker du på, hvilke ofre, vi har måttet give for at nå hertil?

De personlige ofre for os som gruppe er intet at regne i sammenligning med de ofre, vore nære og kære (og til dels vores arbejdsgivere) har måttet lide. Vi har jo bare redet på en bølge af entusiasme, surfet gennem bøger og begreber, pikket på glasset bag hvilket store centraleuropæiske tænkere myndigt kigger ud i verden. Vi havde det sjovt og vi realiserede os bare.

Derfor denne dybfølte tak til alle, vi kender, som har måttet undvære os så længe.

Tak. Af hjertet tak.

Abelone, Annie, Maj-Britt, Niels Ole og Lars

København 2007

Indholdsfortegnelse

1 Indledning – Sundhed i kikkerten.....	5
2 Problemstilling – Hvorfor og hvordan?.....	6
2.1 Sensemakere konstruerer en diskurs.....	8
2.2 Forforståelse.....	8
2.3 Metodiske overvejelser.....	8
3 Teori og begreber.....	9
3.1 Diskurs og italesættelse.....	10
3.2 Vores analysestrategi.....	11
3.2.1 En sundhedsdiskurs.....	14
3.2.2 Vores magtbegreb.....	15
3.2.3 Sensemaking og sensegiving.....	15
Sensemaking ifølge Weick.....	16
Sensegiving ifølge Gioia & Chittipeddi.....	17
Sensemaking ifølge Dervin – en metodisk afstikker.....	17
4 En sundhedsdiskurs.....	17
4.1 Personligt, men ikke privat.....	18
4.1.1 WHO forud for sin tid.....	19
4.1.2 Sundhed for alle år 2000.....	19
4.1.3 Sundhed som 'Det gode liv'.....	20
4.1.4 Det 'officielle' sundhedsbegreb.....	21
4.1.5 Mestringsstrategi.....	22
4.2 Institutionel historie som analysestrategi.....	23
4.2.1 Den diakrone analysestrategi.....	24
4.2.2 'Sund hele livet'.....	26
Den deskriptive orden.....	26

Den narrative orden.....	26
4.2.3 Det fælles ansvar er den enkeltes.....	28
4.3 Sundhed som diskursivt fænomen.....	29
4.3.1 Governmentality – det selvstyrende subjekt.....	30
4.4 De disciplinerende fællesskaber.....	31
4.5 Sundhed på arbejdspladsen.....	33
4.5.1 Politikker og tilbud.....	34
4.5.2 Sundhed kan ikke ses på bundlinjen.....	35
4.5.3 Hvor går grænsen?.....	36
5 Sundhedsfremme i praksis – teori og metode.....	37
5.1 Kommunikation som sensegiving og sensemaking.....	38
5.1.1 Governmentality og det handlende individ.....	39
5.1.2 Sensemakingmetaforen.....	39
5.2 Medarbejderinterview.....	41
5.2.1 Interviewsituationen.....	42
6 'Bliv godt kørende' et initiativ til sundhedsfremme.....	42
6.1 'Bliv godt kørende'.....	43
6.2 Noget skulle der ske.....	44
6.3 Virksomheden: Det ansvarlige fællesskab.....	45
6.4 Mestringsstrategier.....	46
6.5 Svært at komme ud over rampen.....	47
6.6 Spørgsmål om sundhedsadfærd legitimeres.....	48
6.7 Post Danmark i sundhedsdiskursen.....	49
7 Chaufførerne og 'Bliv godt kørende'	51
7.1 Sund og produktiv.....	51
7.2 Sund nok?	53
7.2.1 Chaufførernes syn på deres egen sundhed	54

Grænser for sundhed

7.2.2 Vandflaske og frugt.....	54
7.2.3 Rygestopkursus.....	55
7.2.4 Kogebogen.....	56
7.2.5 Grænser for adfærdsændring.....	57
7.3 Chaufførernes sensemaking.....	58
7.3.1 Sensemaking i interviewene.....	59
8 Konklusion og diskussion.....	59
8.1 Diskurs er viden.....	60
8.2 Diskurs er praksis.....	61
8.3 Ledelsen.....	62
9 Litteraturliste.....	62

Abstract: Limits for Health

We began with a simple assumption: Do we see companies taking responsibility for their employees' health as a result of the general health discourse and in particular its sub-discourse 'workplace health promotion'? And what were the interested parties' arguments on the matter?

Our texts and interviews have been analyzed using a variety of theories. Our primary approach towards the discourse is that of the social constructionism. To prove that the discourse continues to develop we applied a diachronic analysis to a corpus of texts. These texts ranged from the 1948 WHO charter of health to the 2002 Danish government's health plan (Sundhed for alle), recent articles from health consultants, interest groups etc. Interviews with employees in a Post Danmark branch (PD) were analyzed using the Sense-Making method. Our aim was to deduct if and how the sub-discourse 'workplace health promotion' had an impact on the lives and thoughts of the intended target group of PD's 'Drive well' campaign (Bliv godt kørende).

We chose PD because they are among the forerunners of implementing workplace health promotion in Denmark. And we used them to exemplify how a company accepts the sub-discourse and communicates its principles to the target group. The present 'Drive well' campaign consists of free council regarding weight issues and nutrition, a recipe booklet and a water bottle. But PD offers more than this: The Health & Wellness department, which is a part of PD, continuously offers health improving tools via campaigns.

Based on the works of Habermas and in particular his theory on the deteriorating boundaries between the 'public and the private' and the theories of 'governmentality' – derived from Foucault – a triangle of stakeholders emerged. This triangle consists of the **state**, personified by the government and its institutions, the **community**, consisting of e.g. companies, political parties, interest groups, sport clubs, and the **individual**, the citizen.

But as the interview analysis of the target group and the management went on, we discovered two things: no-one rejected the general health discourse, and that the reasons for recognizing and using the discourse were very different: they were dependent on where in the organization the respondees were placed.

The top management mainly thought of the health promotion campaign as yet another way of differentiating PD in terms of being attractive to new employees, cutting costs as a result of lowering absence due to sickness and, finally, limiting the employee-churn. The middle management also regarded economical factors, but generally they took the health issue more seriously – probably because they were closer to the problems caused by sickness. The target group saw the initiative as the management's way of showing appreciation and care. They generally thought that the management had a right to implement health promotion – with a little twist: interested as they were, the only instrument used was the water bottle. This was clearly demonstrated during the Sense-Making analysis of the interviewed target group. Their life world – the work hours, their

social status etc – blocked for the sought change of especially eating habits and level of exercise.

Generally, the target group accepted the management's intervention but voices of concern were nonetheless audible: They were drawing a line when and if PD were to dictate certain rules. Being allowed to freely accept or reject the different health improving offers was paramount.

A neatly wrapped conclusion is therefore not possible. From the analysis we were able to conclude that the general health discourse is well-established: it embraces us - it is accepted and relevant – we seek to fit in. We found that PD uses the sub-discourse by offering 'self-governance health tools' as a means to reach certain goals and that the target group – even though they are exposed to the health offers continuously – were appreciative yet reluctant or slow to apply the instruments of self improvement in their daily lives.

1 Indledning – Sundhed i kikkerten

Oprindeligt blev vores interesse for sundhed på arbejdspladsen vakt, da vi bemærkede begrebet 'sundhedsledelse'. Vi mødte det i en lang række artikler uden en yderligere præcision af, hvad begrebet dækker over. Med initiativer, der berører medarbejdernes sundhed, begiver arbejdsgiverne sig ind på et felt, der hidtil har været anset som et privat anliggende for den enkelte og, hvis det gik galt, et anliggende for sundhedsvæsenet.

Vi har ikke fundet virksomheder, der taler om eller mener at bedrive sundhedsledelse. Derimod har vi fundet, at sundhedsledelse primært er et begreb, som konsulentbranchen anvender, formentlig fordi den ser et nyt og uopdyrket forretningsområde for sig. Vores indledende research ansporede os imidlertid til at fortsætte ad et andet, men beslægtet spor. Det viser sig nemlig, at sundhed i stigende grad bevæger sig ind på arbejdspladserne, og at medarbejdernes sundhed er på dagsordenen i rigtig mange virksomheder, såvel offentlige som private. Det pirrede vores nysgerrighed: Hvordan kan det være, at sundhed kommer ind i virksomhederne? Hvad er formålet, og hvad siger medarbejderne?

Stadig flere virksomheder tilbyder sundhedsordninger til deres medarbejdere. Det kan være alt fra frugt og fedtfattig mad i kantinen, motionsrum og pausegymnastik til helbredstjek og sundhedsforsikringer. Over tid kan vi se, at ikke alene er andelen af virksomheder med sundhedsfremmeordninger steget betydeligt, virksomhederne giver også "*(...) i stigende grad udtryk for, at arbejdspladsen har et medansvar for medarbejdernes vaner og adfærd i forhold til rygning, alkohol, mad, motion og psykisk arbejdsmiljø/stress. Blandt andet mente 35 % i 2002, at virksomheden i høj eller nogen grad havde et medansvar for de ansattes rygevaner. I 2005 er den tilsvarende andel 51 %.*" (www.sst.dk).

Tendensen bakkes op i deklamationer, reformer og regeringsinitiativer, fx i 1997 da det daværende danske Arbejds miljøinstitut medvirkede til udarbejdelsen af Luxembourg Deklarationen. Den er resultatet af et europæisk netværkssamarbejde, som med

deklarationen skulle lægge grunden til en fælles europæisk forståelse af begrebet sundhedsfremme på arbejdspladsen. Deklarationen taler om "(...) *arbejdspladsens voksende betydning for gennemførelse af det forebyggende sundhedsarbejde.*" (www.arbejdsmiljoforskning.dk).

Det er centralt for vores problemstilling, at vi ser konturerne af en sundhedsdiskurs. Vi bruger begrebet diskurs, som Åkerstrøm gør det (Åkerstrøm 1994 s.9), nemlig som " ... *italesættelsesprocesser, der gennem formulering af forskelle, ligheder og relationer, og reguleret af bestemte idealer, ordner bestemte sociale relationer, interesser og fænomener.*" Vi inddrager også Lene Ottos opfattelse af sundhed som diskursivt fænomen, idet hun definerer diskursen som "...*det indlysende: den man agerer, skriver og taler sig ind i med selvfølgelighed* (Otto 2003). Endelig inddrager vi Habermas' diskursetiske princip i vores forståelse af, hvordan diskurser bliver til.

Med vores socialkonstruktionistiske udgangspunkt er vi ikke optaget af at påvise eksistensen af en 'objektiv' sundhedsdiskurs. Sundhedsdiskursen er vores konstruktion konstrueret specifikt til vores problemstilling og analyse. Vi vil uddybe den socialkonstruktionistiske tilgang samt vores diskurs- og magtforståelse i teorikapitlet.

Vi mener ikke, at 'vores' sundhedsdiskurs er et udtryk for en grundlæggende ny diskurs. Der er snarere tale om en diskurs under stadig – og for tiden hastig - forandring. Vi synes at se en sundhedsdiskurs, der bliver stadig mere omsiggribende både i forhold til de temaer, som inkluderes, og de positioner der tilbydes. Hvor sundhedsdiskursen tidligere italesatte sundhed som værende fravær af sygdom, så kobles sundhed i dag til begreber som velvære og livskvalitet. Således er der tale om et langt mere omfattende og komplekst sundhedsbegreb end tidligere, med et stigende fokus på livsstil og forebyggelse. Desuden ser vi, at sundhedsdiskursens bevægelse i stigende grad har givet virksomhederne "(...) *adgang til de positioner, hvorfra man kan opføre sig som fornuftsvæsen*" (Andersen 1994, s. 2).

Med 'sundhedsfremme på arbejdspladsen' er der skabt en subdiskurs – eller en delmængde om man vil – af den overordnede sundhedsdiskurs. Subdiskursen 'sundhedsfremme på arbejdspladsen' indplacerer sig i den overordnede sundhedsdiskurs - ikke nødvendigvis i magtkamp med konkurrerende diskurser i antagonistiske relationer - men snarere i et netværk af diskurser, der 'låner' rationaler og argumenter hos hinanden. Vi nævner i flæng: Folkesundheden, wellness-bølgen, værdiledelse, virksomheders PR og sociale ansvar, offentlig-private partnerskaber etc.

2 Problemstilling – Hvorfor og hvordan?

Det er vores påstand og et udtryk for vores forforståelse, at netop i feltet 'sundhedsfremme på arbejdspladsen' overskrider sundhedsdiskursen grænsesætningen mellem privatliv og arbejdsliv. Med sundhedsdiskursens bevægelse, fra privatliv til arbejdsliv, berører ledelsen temaer, der griber ind i den måde, den enkelte vælger at leve sit liv på – i fællesskaberne og privat. Og i forlængelse heraf er det vores tese, at der i denne overskridelse er potentielt konfliktstof. At medarbejderne vil afvise initiativerne, fordi de overskrider denne grænse.

Vi har valgt at arbejde med en division i Post Danmark (herefter PD), fordi vi har fundet, at den arbejder særlig aktivt for sundhedsfremme blandt sine ca. 5000 ansatte. PD har ansat en sundheds- og velværeansvarlig og to sundhedskonsulenter, som sammen udgør en særskilt afdeling for sundhed og velvære i virksomheden. Et af deres initiativer er projektet 'Bliv godt kørende', som har 1250 chauffører som målgruppe. Det har fokus på chaufførernes kostvaner. De har fået en kokebog med udvalgte medarbejderes favoritopskrifter, som i samarbejde med studerende fra Suhrs Seminarium er præsenteret i en fedtfattigere udgave. Desuden har chaufførerne fået en vandflaske, som skal dæmme op for forbruget af læskedrik på køreturene.

I tilfældet PD vil vi se på, hvorfor virksomhedens ledelse igangsætter sundhedsinitiativerne, og hvad de konkret gør. Hvordan kommunikerer ledelsen initiativerne til medarbejderne, og hvordan reagerer medarbejderne. Opfatter medarbejderne sundhedsinitiativerne som utidig indblanding i privatlivet eller som personalegoder? Og har initiativerne indflydelse på medarbejdernes handlinger i hverdagen?

Analysen skal vise, hvorvidt der i det konkrete projekt 'Bliv godt kørende' kan ses spor af det generelle, nemlig sundhedsdiskursen. Vi ønsker at se på diskursbevægelsen igennem tiden belyst ved artikler, videnskabelige arbejder, policydokumenter etc. Denne del af analysen skal præsentere 'vores' sundhedsdiskurs. Dernæst vil vi undersøge, om PDs ledelse og medarbejdere medvirker til at producere/reproducere sundhedsdiskursen, eller om der forekommer antagonistiske relationer.

Problemformulering:

Indskriver PD sig i den aktuelle sundhedsdiskurs? Hvis ja, hvordan?

Arbejdsspørgsmål

Med udgangspunkt i ovenstående vil vi spørge til:

- hvorfor ledelsen iværksætter sundhedsfremmeinitiativer,
- hvad den konkret gør og
- hvordan initiativerne kommunikerer til medarbejderne.

Disse spørgsmål skal give os svar på, om ledelsen indplacerer sig i sundhedsdiskursen og, i givet fald, hvorfor og hvordan?

På samme måde vil vi se på, om medarbejderne afviser eller accepterer sundhedsdiskursens udbredelse til arbejdspladsen. Vi leder med andre ord efter modstand eller i diskursteoretiske termer antagonistiske relationer i den konkrete case. Er medarbejderne med- eller modspillere? Konkret vil vi spørge til:

- om sundhedsfremmeinitiativerne har ændret deres hverdagspraksis og
- hvorfor/hvorfor ikke?

2.1 Sensemakere konstruerer en diskurs

Som tidligere nævnt er det ikke vores ærinde at påvise eksistensen af en 'objektiv' sundhedsdiskurs. Konturerne af sundhedsdiskursen, som den tegner sig for os, er dels et produkt af vores forforståelse, dels et produkt af den ramme vi nødvendigvis må konstruere for at få hold om vores problemstilling og analyse. Videre kan vi sige, at vores valg af analysestrategi og diskurskonstruktion er et udtryk for vores sensemaking – at give mening til problemstillingen.

Vores valg og fravalg, tilgængelig empiri, interviewmetode etc., har altså afgørende betydning for analysens resultater. Det betyder ikke, at alt flyder. Vi er optaget af, at andre i 'vores sted', fra vores position, vil kunne nå samme erkendelser, som vi har nået. Derfor har vi bestræbt os på at redegøre for vores motivation, forforståelser, problemstilling, analytiske ramme, teori og metode for derigennem at eksplicite vores diskursive tilholdssted.

2.2 Forforståelse

Når vi beskæftiger os med sundhedsfremme på arbejdspladsen, så fokuserer vi på en lille flig af sundhedsdiskursen i et særligt univers. Sundhedsdiskursen møder en virksomhedsdiskurs, i hvilken aktørerne indtager forskellige positioner. Helt centralt er positionerne medarbejder og leder, hvor sidstnævnte har den formelle ret til at lede og fordele arbejdet. På samme måde har ledelsen initiativretten i forhold til at iværksætte nye initiativer – herunder initiativer til sundhedsfremme. Disse positioner er afgørende for den måde, vi vil gribe analysen an på. Vi vil analysere ledelsen som sensegiver (udbyder af en bestemt forståelsesramme), mens medarbejderne vil blive analyseret som sensemakere (meningsskabere i forhold til den udbudte forståelsesramme).

Vi betragter ledelsens sensegiving og medarbejdernes sensemaking som en kommunikativ proces i det konkrete og et udtryk for en diskursiv praksis overordnet set.

Med vores diskursteoretiske udgangspunkt er det vigtigt at understrege, at vi ikke mener, at PDs ledelse udøver ledelse uafhængigt af de strukturer, vi alle er indlejret i. I tilfældet 'sundhedsfremme på arbejdspladsen' manøvrerer ledelsen ikke i et tomrum, men sætter pejling i forhold til de gældende rationaler, der fungerer som retningslinier for social handlen. Derfor kan hverken ledelse eller medarbejdere operere uanfægtet af de gældende diskurser, herunder sundhedsdiskursen.

2.3 Metodiske overvejelser

Da emnet er relativt nyt, fandt vi det nødvendigt at sammenkæde interview af aktører med en diskursiv og en diakron tekstanalyse for, om muligt, at påvise, om sundhedsdiskursen indgår i de handlinger og tanker, såvel PDs ledelse som medarbejdere gør sig om sundhed.

Udvælgelsen af interviewpersoner var gennemskuelig, fordi PD er en virksomhed: Der er ledelse og medarbejdere.

På ledelsessiden interviewede vi følgende personer: vicedirektøren, lederen af Sundhed og Velvære og de to konsulenter og to kørselsledere.

De er placeret i ledelseslaget med forskellige funktioner og dermed forskellige strategiske og instrumentelle positioner i forhold til projektet. Det brede udsnit af medarbejdere i ledelseslaget er betinget af vores ønske om at vise, hvordan diskursen manifesterer sig i kommunikationslinien fra øverste leder til chaufførerne.

Vi interviewede fem chauffører, som ikke blev specielt udvalgt. Tværtimod. Vi interviewede de chauffører, der var til stede samtidig med os. Vi kunne have bedt om PDs hjælp til at finde chauffører, hvis livsførelse ligner den, PDs initiativer søger at bedre. Denne mulighed valgte vi fra, fordi vi ikke ønskede at trække en speciel gruppe frem.

Vi er klar over, at den tilfældige udvælgelse af blot fem chauffører (to i Odense og tre på Sjælland) kan have en betydelig effekt på, hvilke resultater vores analyse viser. Fx kunne en decideret udvælgelse af overvægtige rygere give et radikalt anderledes billede end det, vores tilfældigt sammensatte gruppe gjorde. Den geografiske spredning kan også have betydning, idet 'Bliv godt kørende' blev rullet ud i de forskellige centre med knap et års forskydning. Ligeledes er vi klar over, at vi med valget af analysemetode fraskrev os muligheden for at foretage fokusgruppeinterview.

Valget af tekster baserer sig på statslige (og mellemstatslige) handlingsplaner og policydokumenter og artikler fra fagblade, aviser og magasiner. Vi har søgt artikler på bl.a. Infomedia, 3F, HK, Helse, Børsen og Erhvervsbladet. Vore udvælgelseskriterier beroede på vores egen dømmekraft, for materialet er ikke arkiveret under 'sundhedsfremme på arbejdspladsen'. Dog giver en søgning på Infomedia under ordene 'sundhed på arbejdspladsen' et godt indtryk af, at det er et emne, der er 'oppe i tiden'. Det er klart, at denne udvælgelsesproces med vores forforståelse er farvet. Men med det meget brede kildevalg mener vi, at diversiteten er tilgodeset.

Valget af PDs projekt 'Bliv godt kørende', gav os en mulighed for at analysere, hvordan PDs ledelse mener, at sundhedsfremme på arbejdspladsen skal kommunikeres til en valgt medarbejdergruppe i et konkret tilfælde.

3 Teori og begreber

"Er det ikke storartet?", råbte Plys ned til Jacob. "Hvad ligner jeg?"

"Du ligner en bjørn med ballon", svarede Jacob.

"Men dog", svarede Peter Plys ærgerligt, "ligner jeg ikke en lille sort sky på en blå himmel?"

"Nej, ikke meget"

"Nå, men det kan jo være, det ser anderledes ud heroppe fra. Og som jeg siger, man kan jo aldrig vide, hvad bier tænker."

- Alan Alexander Milne -

3.1 Diskurs og italesættelse

Nu er det langt fra sikkert, at A. Milne ville bekende sig til socialkonstruktionismen og diskursteori, havde han levet i dag. Ikke desto mindre har han med ovenstående tekststykke leveret et fint eksempel på socialkonstruktionismens udgangspunkt; at verden eksisterer i en uendelig mangfoldighed af former, og at den verden, vi kender, blot er én af disse uendeligt mange former – vores konstruktion.

Teorien om sociale konstruktioner er diskursteoriens afsæt. Fx hævder Laclau og Mouffe, at samfundet ikke findes som objektiv totalitet, men hele tiden er delvist, men netop kun delvist og midlertidigt struktureret (Jørgensen og Phillips 1999, s. 51). Vi producerer hele tiden samfundet, men opfører os, som om det fandtes som en objektivitet, og italesætter¹ det som helhed. Italesættelse er nøgleordet i diskursteorien. Ved at sætte ord på verden, begriber vi den. Ud fra denne betragtning vil den sociale verden altid være en konstruktion². Men at den er social indebærer, at vi som individer ikke kan sætte hvilke som helst ord på hvad som helst. Foucault påstår, at vi som individer i en given historisk epoke er underlagt et sæt regler for, hvad der overhovedet kan siges og tænkes (Heede 1997, s. 82).

Systemteorien taler om, at vores virkelighedskonstruktion er kompleksitetsreduktion i en uoverskuelig verden, og at "(...) kun meget lidt af det, som er muligt i verden, bliver tilladt i et socialt system; det meste bliver udelukket." (Kneer og Nassehi 1997, s. 45). Kompleksitetsreduktion eller meningsreduktion sætter grænserne mellem mening og ikke-mening, dvs. det der accepteres som gyldig viden, og det der afvises som nonsens.

Peter Plys forsøger, i sin jagt efter biernes honning, at konstruere sig som en lille mørk sky på en ellers skyfri himmel, mens Jacob fra sin position ser den velkendte Peter Plys, nu blot hængende frit i luften under en ballon. Og for Plys' mission er det store spørgsmål, hvordan bierne vil konstruere ham.

Teoretisk set kan Peter Plys konstrueres på et utal af måder, som han hænger der og vajer for vinden, men i praksis snævres konstruktionerne betydeligt ind som følge af vores erfaringsgrundlag og den verden, vi er født ind i og formet af.

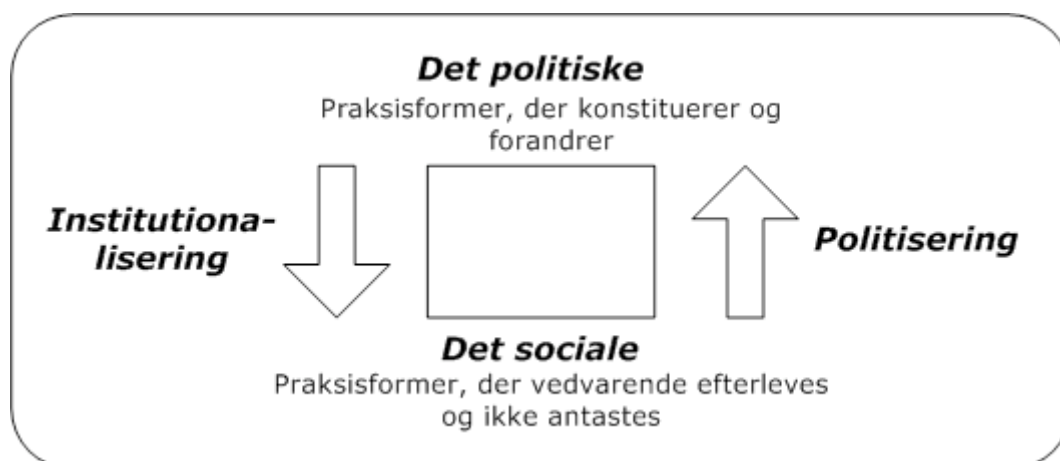
¹ I vores analyse af sundhedsdiskursen, som vi ser den, bygger vi på Åkerstrøm 1994, som inspireret af bl.a. Foucault definerer diskurser som "italesættelsesprocesser, der gennem formulering af forskelle, ligheder og relationer, og reguleret af bestemte idealer, ordner bestemte sociale relationer, interesser og fænomener. Italesættelse er her processer, hvori der fremstilles forskelle og ligheder mellem subjekter og objekter, årsager og virkninger, inde og ude, oppe og nede m.v. At sætte noget i tale betyder, at det får en position i diskursen, der medfører, at dette noget faktisk kan komme på tale og få betydning." (Andersen 1994, s. 9).

Vores erfaringshorisont er ikke kun individuel. Den er i høj grad også kollektiv, dvs. at vi er indkapslet i diskursernes tyngde og træghed, hvorfor der hele tiden findes et stort område af 'objektivitet', forstået som alt det der vanskeligt kan tænkes anderledes. Mennesket er grundlæggende socialt formet, og vores muligheder for at omforme strukturerne er udpeget af de tidligere strukturer (Laclau & Mouffe iflg. Jørgensen & Phillips 1999, s. 48).

Hvor strukturerne og det tilsyneladende objektivt givne i praksis sætter grænser for mulige handlinger, så peger diskursteorien på, at handlingsrummet gives i diskursernes ufuldstændighed. Ingen diskurs kan etableres totalt, og diskurser vil altid være i konflikt med andre diskurser, der definerer virkeligheden anderledes, og som dermed sætter andre retningslinier for social handlen. Bestemte diskurser kan på visse historiske tidspunkter virke selvfølgelige og stå uimodsagte. Det er det, begrebet 'objektivitet' henviser til. Men de er aldrig mere etablerede, end at de kan blive genstand for nye artikulationer. Det er i konkrete artikulationer, at diskursen reproduceres eller udfordres gennem fiksering af betydning på bestemte måder (Laclau & Mouffe iflg. Jørgensen & Phillips 1999, s. 39 og 60).

3.2 Vores analysestrategi

Studiet af diskurser må nødvendigvis tage udgangspunkt i den konkrete kontekst og analysestrategien tilrettelægges herefter. Forskellige teoretikere præsenterer forskellige analysestrategier, med deres fordele og ulemper. Derfor hviler vores diskursforståelse og -analyse på flere videnskabelige produktioner. Til trods for forskellige tilgange til diskursbegrebet og -analysen understøtter og udbygger de hinanden, idet de betoner forskellige, men væsentlige sider af diskursbegrebet.



I. Eter Bertramsen et al, 1991 i Johansen et al, 1998.

² En sten er en sten, uanset vores sansning og erfaringsgrundlag, men stenen kan være kasteskyts, byggemateriale, en unik vidnesbyrd om geologiske forandringer i verdenshistorien eller Det er med stenens indtog i den sociale verden – som våben, hus eller historiefortæller – at vi sætter den på formel.

Vi har i Niels Åkerstrøm Andersens Institutionelle Historie og hans diakrone og synkrone analysestrategi fundet en analysestrategi, som er særligt optaget af relationen mellem det politiske og det institutionelle (Andersen 1994). Institutioner skal her forstås som fastlåste kategorier og praksisformer, der vedvarende efterleves og ikke antastes. Overfor står det politiske, der forstås som politisering af institutionerne. Institutionerne politiseres, når de ikke længere giver tilfredsstillende svar på nye problemstillinger. Politik henviser til, at vi kontinuerligt konstituerer det sociale på bestemte måder, der udelukker andre måder. Vores handlinger er midlertidige fastlåsnings af betydning i et uafgørligt terræn, som reproducerer eller forandrer de herskende diskurser og dermed samfundets indretning (Laclau & Mouffe iflg. Jørgensen & Phillips 1999, s. 47).

Vi bruger den institutionelle historie som analysestrategi, fordi dens genstand er "(...) *kommunikerede forestillinger og institutioner.*" (Andersen 1994, s. 4). Andersen betragter institutioner som muligheds- såvel som magtregimer. Institutionelle konstruktioner er produktive, idet de "(...) *skaber positioner, hvorfra individer og kollektiver kan se sig selv som fornuftsvæsener, der evner at handle som om de er rationelle aktører.*" (Andersen 1994, s. 2). Derudover sætter de institutionelle konstruktioner, gennem acceptregler, rammerne for, "(...) *hvem som har adgang til de positioner, hvorfra man kan opføre sig som fornuftsvæsen*" ligesom de sætter "(...) *acceptregler for, hvad det vil sige at tale og handle fornuftigt.*" (Andersen 1994, s. 2).

Sammenfattende siger Andersen, at diskurser produceres, reproduceres og/eller nedbrydes kontinuerligt. De er til forskellige tider mere eller mindre sedimenterede – dvs. institutionaliserede eller uimodsagte. Så langt, så godt. Andersen taler endvidere om diskursive positioner, hvorfra individer og kollektiver kan se sig selv som rationelle aktører og om acceptregler, der sætter rammerne for meningsfuld handlen i diskursen. Andersen kommer ikke med et bud på, hvordan diskursens aktører i det konkrete former/formes af diskursen. For at belyse dette inddrager vi Habermas, der med sit begreb om kommunikativ handlen kan bibringe os en forståelse af, hvordan noget bliver gyldigt i en bestemt diskurs. Hvordan får dette 'noget' adgang til diskursen, og hvordan afgøres det, hvad der er gyldigt og ugyldigt?

Ifølge Habermas eksisterer samfundet som koordineret kollektiv handlen; det vi er enige om at gøre, og det vi gør i vores individuelle handlinger. I Habermas' diskursetik er etikken baseret på kommunikation, og kommunikationen baseret på etik. Som individer og borgere bliver vi enige om, hvad der gyldigt og ugyldigt, rigtigt og forkert i en dialog baseret på rationelle argumenter. Vi er, kort sagt, fornuftsvæsener, der taler os til rette (Habermas iflg. Bordum 2001, s. 19).

Bordum sammenfatter Habermas' diskursetiske princip: "*Kun de handlingsnormer er gyldige, som alle om muligt berørte i kraft af deres deltagelse i en rationel diskurs ville kunne opnå enighed om.*" (Bordum 2001, s. 26). Det er, skriver Bordum, kerneprincippet i diskursetikken, hvormed vi kan afgøre, om en artikuleret norm er gyldig. Falder dette princip, falder diskursetikken. Ifølge Habermas er det, dialogen handler om, påstande om verden, ikke verden eller de subjekter der kommer med påstandene. Han forudsætter altså en sproglig kontekst, hvor vi afprøver de formulerede påstandes gyldighed og genopretter enighed, når vi er uenige. Og han

forudsætter, at vi argumenterer rationelt og kan nå til enighed om det fælles bedste, hvis vi har viljen til det.

Habermas indfører begrebet rationel konsensus, som adskiller sig fra konsensus og kompromis. Der er tale om grader af enighed, hvor kompromis vil sige, at de berørte er enige i en påstand, men ikke enige om, hvordan den skal begrundes. Konsensus vil sige, at de berørte er enige i en påstand og argumenterne i begrundelsen for den. Rationel konsensus vil sige, at alle berørte er enige i en påstand, argumenterne for den og i, at den er gyldig og acceptabel (Habermas iflg. Bordum 2001, s. 45). Habermas opererer med fire gyldighedskrav: forståelighed, sandhed, rigtighed og oprigtighed.

Habermas bruger begrebet kommunikativ handlen som en forståelsesramme for den proces, hvor diskurser bliver til. Med begreberne 'primær socialisering' og 'sekundær socialisering' stikker Berger og Luckmann et spadestik dybere og leverer et yderligere bidrag til forståelsen af byggestenene i selvets livsverden og dennes betydning for vores normer, værdier og handlinger. Med disse begreber splitter Berger og Luckmann den individuelle dannelsesproces op i to overordnede hændelsesforløb, der hver for sig udmønter sig i dannelsen af selvets virkelighedsopfattelse (Berger & Luckmann 2007, s. 171).

Den primære socialisering tager vi med os gennem hele livet – den er vores referenceramme. Det er den, vi opfatter med selvfølgelighed, hvorimod alle andre holdninger skal vurderes og diskuteres, før vi vælger at indoptage eller forkaste dem. Deri ligger, at hvis den sekundære socialisering skal lykkes, skal det ske på den primæres præmisser. Den skal være plausibel og have relevans. Ydermere betyder det, at der er en latent trussel mod en hvilken som helst sekundær socialiseret holdning: den kan snakkes væk. Det betyder, at virkeligheden for at være virkelig hele tiden skal diskuteres i samvær med andre. I sin yderste konsekvens 'eksisterer' verden ikke, hvis vi ikke hele tiden bliver bekræftet i dens massivitet og uforanderlighed (Berger & Luckmann 2007, s. 178).

Såvel den primære som den sekundære socialisering er foranderlige størrelser, som, givet den rette påvirkning, kan ændres til noget andet. Livsverdenen er derfor alle de tillærte, fremdiskuterede holdninger og opfattelser, et menneske måtte have på et hvilket som helst tidspunkt. Skal man til at ændre på dette menneskes liv(sverden), må det nødvendigvis betyde, at en agent/agitator skal præsentere en 'ny verden', som, qua reglen om plausibilitet, ikke kan være for forskellig fra den 'gamle verden'.

Sundhedsfremme på arbejdspladsen hører til i kategorien sekundær socialisering. Gennem massiv oplysning, konkrete initiativer og uddannelse sættes der en ramme i forhold til hvilken, vi skal vurdere/revurdere vores normer, værdier og handlinger. Gennem italesættelsen af en bestemt sundhedsopfattelse produceres/reproduceres virkeligheden og vores (ændrede) handlinger.

3.2.1 En sundhedsdiskurs

Vi aner konturerne af en 'sundhedsfremme på arbejdspladsen'-diskurs, men endnu ikke en institution³. Vi ser derimod en sundhedsdiskurs, hvor idealet er 'sundhed'. I sundhedsdiskursen defineres sundhed ikke alene ved fraværet af sygdom, men snarere som 'et liv i fysisk og psykisk balance'. Det er en noget problematisk opgave at indkapsle diskursens ideal, eftersom idealet, som diskursens forankringspunkt, er diskursens "(...) *selvforklarende sidstereference*." (Andersen 1994, s. 12). Al argumentation og problematisering stopper ved idealet, og det er i idealet, at selve diskursen begrundes. Dog mener vi, med introduktionen af begreber som velvære og livskvalitet, at se konturerne af et langt mere omfattende og komplekst sundhedsbegreb end tidligere. Vi ser, at der i langt højere grad er fokus på livsstil og forebyggelse. Desuden ser vi, at sundhedsdiskursens bevægelse i stigende grad har givet virksomhederne "(...) *adgang til de positioner, hvorfra man kan opføre sig som fornuftsvæsen*" (Andersen 1994, s. 2).

For at belyse den bevægelse, vi mener at se - at sundhed, som tidligere var en privatsag, nu er et fælles anliggende - vender vi os igen mod Habermas. Habermas opererer med to kategoriseringer af det samfundsmæssige: Livsverden og System.

Hvor livsverdenen er horisonten "(...) *af kulturel viden, sociale normer og individuelle færdigheder* (...)." så er systemet "(...) *hele det komplicerede økonomisk-administrative apparat, som ikke reproduceres via kommunikativ handlen, men derimod gennem anonyme (sprogløse) styringsmedier så som penge og magt*." (Nørager 1993, s. 31-32). Habermas' projekt er samfundskritisk og hans ærinde er at påpege følgerne af, "(...) *at tendensen i moderne samfund går i retning af, at systemet 'koloniserer' livsverdenen* (...)" (Nørager 1993, s. 32).

Livsverden og system kan i praksis ikke "(...) *adskilles, da de konstant interagerer trods hver deres rationalitetsformer og handlingstyper*. (...) *Systemet er præget af en kognitiv-instrumentel rationalitet, hvor menneskelige handlinger sker formelt og upersonligt og ikke forudsætter en gensidig situationsforståelse*." (Kjerholt 2006⁴). Men i livsverdenen foregår menneskelig handling "(...) *på baggrund af gensidig forståelse, og rationaliteten i livsverdenen er en moralsk-praktisk og en æstetisk-ekspressiv rationalitet. Man kan sige, at mens livsverdenens kundskab er kendetegnet ved sit deltagerperspektiv, er systemet kendetegnet ved sit tilskuerperspektiv*." (Kjerholt 2006⁵).

³ Arbejdsmiljølovgivningen kan opfattes som ét institutionaliseret udtryk for sundhedsdiskursens udvikling. Hvor arbejdsmiljøloven tidligere afgrænsede sig til forebyggelse af fysiske/kemiske påvirkninger og ulykker, så er også psykiske og ergonomiske i dag omfattet af arbejdsmiljøloven. Men en egentlig sundhedsfremmediskurs/-institution, med udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb (se kapitel 4), mener vi ikke, at der er tale om endnu.

⁴ www.dsr.dk/dsr/upload/7/177/672/Medlemsblad_maj_2006.pdf

Vi anvender kategorierne som metodisk opdeling i forhold til vores empiri og analyse, hvor vi ser tre fremtrædende aktører: 'det offentlige' (staten og statslige institutioner, hel- og halvoftentlige), virksomheder og arbejdstagere.

3.2.2 Vores magtbegreb

For at få yderligere perspektiv på den bevægelse vi ser i retning af, at den enkeltes sundhed og livsstil trækkes ud af privatsfæren og ind i socialsfæren⁶, inddrager vi begrebet 'governmentality'⁷. Governmentality omfatter både selv-praktikker, selvforvaltning, og de mere åbenlyse former for ydre styring, der ligger i overvågende og regulerende politiske tiltag (Høstrup 2005, s. 32). Det er en central pointe, at der søges skabt en 'boble af frihed' omkring det enkelte menneske, hvorved det er i stand til at udføre 'reguleret autonomi'. Hermed er der tale om en magtform, der adskiller sig fra fx dominans ved at inddrage subjektets evne til at reflektere og handle. Styringen foregår ikke ved ydre tvang, men i vores egne hoveder (Petersen & Bunton 1997).

Ud fra den overordnede forståelse, som læsningen giver os, vil vi analysere udvalgte tekster for at finde ud af: Hvem der taler om sundhed som et anliggende for arbejdspladserne, hvordan de taler om det, hvor de taler om det, og hvad de siger? Vi vil dels se på officielle tekster som 'Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10 (Regeringen, september 2002). Dels på en række udtalelser fra faglige organisationer og virksomheder, på hjemmesider og i artikler fra magasiner og dagblade om sundhedsinitiativer på arbejdspladser.

3.2.3 Sensemaking og sensegiving

I afhandlingens empiriske del undersøger vi på grundlag af kvalitative interview, hvorfor og hvordan ledelsen i PD iværksætter sundhedsfremmende initiativer, og hvordan medarbejderne reagerer på dem.

Undersøgelsen tager afsæt i en forståelse af kommunikation som dialog mellem sensegiver (afsender) og sensemaker⁸ (modtager). Sensemaking er en proces, hvor sensemaker konstruerer og rekonstruerer mening, således at en forandring⁹ bliver meningsfuld, dvs. 'makes sense'. Sensemaking foregår altid i en konkret kontekst, og genskaber stabilitet eller orden i sensemakers forståelse af konteksten (Weick 1995, Gioia & Chittipeddi 1991, Dervin 2003).

⁵ www.dsr.dk/dsr/upload/7/177/672/Medlemsblad_maj_2006.pdf

⁶ Vi trækker her på Habermas' begreber fra teorien om den borgerlige offentlighed, som i sit ideal forudsætter adskillelse mellem samfund og stat. Samfundet er det private område med socialsfæren, hvor markedet og produktionen findes og intimsfæren, hvor familien findes. Mellem stat og samfund etableres den borgerlige offentlighed, borgerne som privatejere mødes og når til enighed om fælles anliggender på basis af det fornuftige ræsonnement. Forudsætningen er at deres private interesser

Sensemaking ifølge Weick

Som udgangspunkt for at begribe, hvad sensemaking kan være, har vi inddraget Karl E. Weick, som i 'Sensemaking in Organizations' (1995) indleder med at fastslå, hvad sensemaking ikke er. Det forveksles ofte med tolkning, men det er det ikke. For tolkning handler om at se på noget, der allerede er der og så fortolke det. Sensemaking derimod er en proces. Meningen skabes undervejs. Sensemaking kommer før tolkning, den skaber så at sige det, der kan tolkes. Sensemaking er heller ikke en beslutningsproces. Men er ifølge Weick at gøre noget meningsfuldt for sig selv.

Weick beskriver syv karakteristika for sensemaking, forstået som den proces, vi gennemgår, når vi giver noget mening for os selv. Sensemaking:

- konstruerer identitet
- er tilbageskuende
- gør omgivelserne meningsfulde
- er social
- foregår hele tiden
- bygger på det genkendelige
- handler mere om sandsynlighed end nøjagtighed

Kort beskrevet handler processen om, at vi som sensemakere konstruerer vores identitet ved at reagere på det, der omgiver os. Derfor er vi hver især ikke bare én, men mange sensemakere, der hele tiden skaber vores identitet. Det gør vi typisk ved at se tilbage på, hvad vi har gjort. Vi ved ikke, hvad vi gør, før vi har gjort det. Vi er bevidste om, hvad vi har gjort, men ikke bevidste om, hvad vi gør, mens vi gør det. Og når vi bliver bevidste om det, kan vi kun skabe mening i det ved at se tilbage med nutidens øjne. Derfor er fortiden altid set gennem nutidens øjne. Når vi skaber mening, er vi med til at konstruere vores egne omgivelser. Omgivelserne findes ikke bare i én bestemt form. Vi påvirker dem, når vi skaber mening i dem, ligesom når vi sætter ord på dem.

Sensemaking er ikke en individuel, men en social proces. Når vi skaber mening, påvirkes vi af de andre og indretter os efter, hvad andre mener. Endelig foregår sensemaking hele tiden. Vi er altid midt i noget, som bliver til noget, når vi ser tilbage på det. At forstå sensemaking er at forstå, hvordan folk tager øjeblikke ud af det flow, de lever i, og trækker essensen ud af det de oplever. Det er disse essenser eller

holdes ude af offentligheden. Men det Habermas påviser er bl.a., at stat og socialsfære flyder sammen. Samfundet bliver, skriver Habermas, stadig mere 'statsliggjort', og staten bliver samtidig stadig mere 'samfundsmæssiggjort' (Habermas 1984, s. 185). Staten overtager stadig flere opgaver fra privatsfæren og lovgiver om områder, der tidligere blev betragtet som private anliggender, fx om arbejdsmiljø på arbejdspladserne.

nøgleord, som vi bygger videre på, når vi siden skaber mening i det nye, vi oplever. Vi skaber mening ved at tage udgangspunkt i det genkendelige.

Weick påpeger, at nøjagtighed ikke spiller den store rolle for den mening, vi skaber. Det er tilstrækkeligt, at den sammenhæng, vi skaber mening i, er sandsynlig. Den mening, vi skaber, kan ikke genfindes i en objektiv verden. Det behøver den ikke. Det er nok for os som sensemakere, at den mening, vi finder, passer med den viden og fornemmelse, vi har. Sensemaking handler ikke om objektiv iagttagelse. Det handler om, hvad der synes muligt, pragmatisk, sammenhængende, fornuftigt og instrumentelt, socialt acceptabelt og troværdigt (Weick 1995, s. 61).

Sensegiving ifølge Gioia & Chittipeddi

Begrebet sensegiving findes hos Gioia & Chittipeddi, der bruger begrebet om de processer, hvor den ene part (sensegiver) forsøger at påvirke andres (sensemakeres) meningskonstruktion i en ønsket retning (Gioia & Chittipeddi 1991, s. 442). Gioia & Chittipeddi påpeger, at forandringsbestrebelse i en organisation sjældent indføres via dekret, men ofte bygger på konsensus som et resultat af "(...) a round of negotiated social construction." (Gioia & Chittipeddi 1991, s. 434).

Sensemaking ifølge Dervin – en metodisk afstikker

I vores undersøgelse af medarbejdernes reaktion på ledelsens initiativer tager vi afsæt i Dervins forståelse af sensemaking og metoder til at analysere sensemakingprocessen. Dervins interviewmetode – Time-Line-interviewet – er interessant, fordi interviewet afdækker individers sensemaking og gør det muligt at koble resultaterne af denne sensemaking til personens holdning og handling. Metoden afdækker samtidig, hvordan disse holdninger og handlinger hænger sammen med personens hverdag, herunder de sociale strukturer, som vi hver især er indskrevet i, og den information vi bruger (Dervin 2003, s. 223). Vi præsenterer Dervins metode, som er central for vores analyse af 'Bliv godt kørende', i kapitel 5.

4 En sundhedsdiskurs

Den enkeltes sundhed har altid været et personligt ansvar. Det er det stadig. Tidligere var sundhed desuden et privat anliggende. Det er det i stadig mindre grad. Både det offentlige og nu også arbejdsgiverne kan blande sig i den del af privatlivet, som har med den enkeltes sundhed at gøre. Og hvad der har med sundhed at gøre udvides til stadig flere områder af livet. Mange virksomheder går langt videre end fx arbejdsmiljølovgivningen kræver. Stadig flere virksomheder tilbyder deres medarbejdere

⁷ Vi har fundet begrebet i Robin Bunton & Alan R. Petersen bog 'Foucault, Health and Medicine' 1997, hos Lene Otto i 'Foucaults Governmentalitetsteori. Styringsteknologi og subjektivitet. Arbejdsrapport 1. udkast 2003' og i Helle Høstrup, 'Sundhedsbegrebet i regeringens folkesundhedsprogram, Sund hele livet' 2005, <http://www.aaa.dk/aaa/kvartalmarts2005-4.pdf>

⁸ På engelsk er stavemåden Sense-Giver og Sense-Maker. Vi vælger en fordansket stavemåde og skriver sensegiver om den der forsøger at videregive en mening til andre og sensemaker om den der

en bred vifte af sundhedsfremmetilbud. Spørgsmålet er, hvordan sundhedsfremme med frugt på bordene, gratis fitness, rygestopkurser, personlige sundhedsprofiler, sundhedsordninger og diverse velværetilbud er blevet en del af arbejdslivet?

Det vil vi analysere ud fra tre perspektiver. Først ser vi på, hvordan sundhedsbegrebet har udviklet sig fra at handle om 'sundhed som fravær af sygdom' til 'sundhed som det gode liv' med fokus på forebyggelse og sundhedsfremme. Med udgangspunkt i regeringens sundhedspolitik 'Sund hele livet' analyserer vi, hvordan regeringen italesætter sundhed og sundhedsfremme og ansvarliggør individer og kollektiver i forhold til folkesundheden.

I folkesundhedsprogrammet er det selvstyrende subjekt en central aktør. Derfor inddrager vi dernæst governmentality-tænkningen, som bl.a. Lene Otte præsenterer med udgangspunkt i Foucaults tanker om sammenhængen mellem magt, viden og diskurs.

Til sidst analyserer vi, hvordan sundhedsfremme er blevet et tema på arbejdspladserne. Udviklingen i sundhedsbegrebet har ikke blot været et spil om ord. Udviklingen har affødt en række praksisser, herunder at virksomhederne i stadig større grad får en rolle, en position, i sundhedsdiskursen.

Delanalyserne af hhv. regeringen ud fra en governmentality-betragtning og virksomhedernes indtog i sundhedsdiskursen skal vise, at regering og virksomheder som aktører indtager deres positioner i sundhedsdiskursen med forskellige motiver. Det har en betydning for, hvordan de indskrives i sundhedsdiskursen.

4.1 Personligt, men ikke privat

Med udgangspunkt i Niels Åkerstrøm Andersens Institutionelle Historie og hans diakrone analysestrategi vil vi se på institutioners historiske dannelse, dvs. "(...) *hvordan idealer dannes, diskursiveres og institutionaliseres.*" (Andersen 1994, s. 11). Den diakrone analysestrategi er anvendelig i afdækningen af de forestillinger og rationaler, der ligger til grund for og er bragt i spil i forbindelse med etableringen af feltet 'sundhedsfremme på arbejdspladsen'. Med den diakrone analysestrategi vil vi søge at få en forståelse af, hvordan sundhed er blevet et tema på arbejdspladserne og kort analysere, hvordan sundhedsbegrebet har udviklet sig i de seneste 50-60 år. Analysen skal give et billede af, hvilke væsentlige aktører der medvirker til at føre sundhedsfremme ind i virksomhederne, hvilke argumenter de bruger, og hvilken betydning det har for udbredelsen af sundhedsdiskursen. Videre vil vi – fortsat med den diakrone analysestrategi – analysere regeringens program 'Sund hele livet' som et udtryk for sundhedsdiskursen som vi ser den lige nu.

skaber eller konstruerer mening for sig selv.

⁹ Forandring hentyder ikke nødvendigvis til større, gennemgribende forandringer. Som Karl E. Weick, skriver i "Sensemaking in Organizations" (1995), så er sensemaking en uafbrudt proces, hvorfor forandringsbegrebet opfattes meget bredt og i en procesbetragtning. Forandring er allestedsnærværende og konstant.

4.1.1 WHO forud for sin tid

Da verdenssundhedsorganisationen WHO blev stiftet i 1948 definerede den sundhed som værende *"(...) en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social velbefindende."* (Encyklopædien, bind 18, 2000, s. 276). Denne definition markerede et opgør med den traditionelle sundhedstænkning i den vestlige verden, hvor den dominerende opfattelse af sundhed var, at sundhed stod i modsætningsforhold til det at være syg, og betød nogenlunde det samme som at være rask. WHO's definition blev kritiseret for at være verdensfjern og for at definere lykke snarere end sundhed (Encyklopædien, bind 18, 2000, s. 276). Men definitionen kan ses som en markering i forhold til den traditionelle sundhedstænkning og som banebrydende for et bredere sundhedsbegreb.

4.1.2 Sundhed for alle år 2000

I 1975 markerede WHO sig med målsætningen 'Sundhed for alle år 2000' (Encyklopædien, bind 18, side 277). Den blev, som vi kan se i dag, ikke nået. Men målsætningen gav inspiration til landene i WHO's Europaregion. I 1984 tog Europaregionen 'Sundhed for alle år 2000' til sig som overordnet strategi og udmøntede den i 38 mål, der skulle opfyldes inden år 2000. Det interessante i vores sammenhæng er, at strategien satte fokus på folkesygdomme og forebyggelse, og at *"(...) løsningen på sundhedsproblemerne skulle betragtes som et tværsektorielt ansvar - ikke som sundhedsvæsenets eneansvar. På denne måde blev uddannelse, boligforhold, fødevarer, miljø mv. inddraget som væsentlige elementer i sundhedsstrategien."* (Kristensen, Vital nr. 1, 2000¹⁰).

I 1998 opdaterede WHO's Europaregion strategien og definerede med 'Sundhed for Alle i det 21. århundrede' 21 delmål. Der var fortsat fokus på forebyggelse, sygdomsbekæmpelse og multisektorielt ansvar. Og så er arbejdspladserne faktisk nævnt som en af de relevante sundhedspartnere sammen med hjem, skole, lokalsamfund m.m. (Kristensen, Vital nr. 1, 2000).

Folketinget fulgte i 1988 op på WHO og Europaregionens målsætninger og vedtog, at 'Sundhed for alle' skulle være grundlag for dansk sundhedspolitik. I 1989 vedtog Folketinget med den daværende VKR-regering 'Regeringens forebyggelsesprogram' (www.si-folkesundhed.dk¹¹) og afsatte puljemidler til forebyggelsesprojekter, ligesom amter og kommuner fik forebyggelsesråd, der satte projekter i gang. 'Sund By Netværket', som blev etableret i 1991, også efter inspiration fra WHO, har inddraget arbejdspladserne i deres arbejde. 'Sund By Netværket' arbejder lokalt for forebyggelse og sundhedsfremme gennem temaer som: 'Sundhed på arbejdspladsen', 'forebyggelse af ulykker' og 'kost og fysisk aktivitet' (www.sund-by-net.dk). I samme periode ændrer

¹⁰ Vital var et blad, som Sundhedsstyrelsen udgav som en markering af, at fokus nu var rettet mod forebyggelse

¹¹ <http://www.si-folkesundhed.dk/Links/Danske%20sundheds-%20og%20folkesundhedinstitutioner.a-spx>

amternes sygehusforvaltninger navn til sundhedsforvaltninger som udtryk for det øgede fokus på sundhed og forebyggelse¹².

4.1.3 Sundhed som 'Det gode liv'

Med det øgede fokus på forebyggelse kom 'egenomsorg' ind som begreb. Det drejer sig om, hvad den enkelte selv kan gøre for sin sundhed, og med det fulgte begreber som 'livskvalitet' og det gode liv. Det afspejler sig blandt andet i den daværende SR regeringens 'Folkesundhedsprogram 1999-2008', som blev vedtaget i 1999. Da havde det vist sig, at middelalderen i Danmark ikke længere steg så meget som forventet sammenlignet med andre lande. Derfor var de overordnede mål for programmet 'social lighed i sundhed' og 'længere liv med høj livskvalitet' (www.folkesundhed.dk¹³). Programmet er "(...) et udtryk for den stigende erkendelse af, at hverken sofistikerede bioteknologiske/farmakologiske behandlinger eller forebyggelse med et stigende antal screeningsprogrammer, livsstilsprogrammer og kampagner er tilstrækkelige til at ændre middellevetid eller livskvalitet (...)" (Encyklopædien, Bind 17, 2000, s. 462).

I det seneste folkesundhedsprogram 'Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010' står der i forordet, at regeringen viderefører væsentlige mål fra det tidligere program – herunder de overordnede målsætninger om "(...) længere levetid, højere livskvalitet og social lighed i sundhed." (www.folkesundhed.dk¹⁴). Regeringen vil ydermere "(...) fastholde perspektivet med lighed i sundhed. Samfundet har et ansvar over for de svageste og udsatte grupper." I forlængelse heraf fremhæver regeringen "(...) behovet for en speciel opmærksomhed og indsats i forhold til en række risikogrupper." (www.folkesundhed.dk¹⁵).

Milepæle i den senere udvikling som skitseret af Sundhedsstyrelsen:

- 1980 - Oprettelsen af Forebyggelsesrådet, som følge af arbejdet i såkaldte sundhedsprioriteringsudvalg.
- 1988/89 – Regeringens forebyggelsesprogram, udarbejdet af det nyoprettede sundhedsministerium, kendetegnet ved erkendelsen af behovet for en bred tværfaglig og tværsektoriel indsats.
- 1994 – Sundhedsplanlægningsloven, som stillede krav om, at amter og kommuner forholdt sig til sundhedsfremme og forebyggelse i deres planlægning og indsatser.

¹² Det var i de år, diskussionen om prioritering i sundhedssektoren tog fart. Den drejede sig om det dilemma, at det med den teknologiske udvikling er muligt at behandle stadig mere, men økonomisk vil det aldrig være muligt at behandle alt. Ligesom det viste sig, at folk ikke blev sundere i takt med, at udgifterne til behandling steg.

¹³ <http://www.folkesundhed.dk/media/detgamlefolkesundhedsprogr.pdf>.

¹⁴ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

- 1999 – 'Folkesundhedsprogrammet 1999-2008', med fokus på sundhedens determinanter.
- 2001 – 'Sund hele livet 2002-2010', som følge af regeringsskiftet. Samme overordnede formål, men nu også med fokus otte udvalgte folkesygdomme.

(www.sst.dk¹⁶).

Med udviklingen af sundhedsbegrebet fra 'sundhed som fravær af sygdom' til 'sundhed som det gode liv', er der sket en markant ændring i retning af et bredere sundhedsbegreb.

4.1.4 Det 'officielle' sundhedsbegreb

Det seneste 'officielle' bud på en definition af det aktuelle sundhedsbegreb finder vi i Sundhedsstyrelsens pjece 'Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed'. Her gennemgås forskellige tilgange til begrebet, som har til fælles at de tager udgangspunkt i 'det gode liv'.

Sundhed defineres som en positiv tilstand og *"(...) ressourcer der gør det muligt for den enkelte at imødegå sygdomstrusler eller gør det muligt at udfolde sig på en ønskværdig måde og leve længe med høj livskvalitet."*

Sundhedsstyrelsen kæder sundhed sammen med forstavelsen 'folke-'. *"Dels for at fortælle, at det er noget for alle (...)", "Dels vil man pointere, at det er i modsætning til et sundhedsbegreb, der forbindes med det autoriserede og højt specialiserede sundhedsvæsen."* (www.sst.dk¹⁷). Sundhedsstyrelsen skriver, at sundhed i vid udstrækning handler om 'det gode liv' (www.sst.dk¹⁸).

I spørgsmålet om, hvem der definerer, hvad det gode liv handler om, og hvordan vi når denne tilstand, siger Sundhedsstyrelsen, at det er *"(...) et væsentligt aspekt af den definitoriske afgrænsning af folkesundhedsbegrebet, hvordan det anvendes i en politisk og værdimæssig prioriteringsproces, og det er væsentligt for forståelsen at se på den historiske og sociale sammenhæng, hvori begrebet er introduceret og bruges. Den måde, folkesundheden defineres og måles på (...), og den måde, den forklares på (...), er med til at sætte den politiske dagsorden og bestemme politikens indhold."* (www.sst.dk¹⁹).

Sundhedsstyrelsen refererer kritikker af de to seneste folkesundhedsprogrammer:

¹⁵ <http://www.folkesundhed.dk/page50.aspx>

¹⁶ <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

¹⁷ <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

¹⁸ <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

¹⁹ <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

"Det første program blev bl.a. kritiseret for at løfte pegefingre og moralisere, at lægge op til overgreb på livsstil og sundhedsvaner uden baggrund i evidens. Kritikken gik også på, at ulighedsaspektet af sundhed ikke tog udgangspunkt i den sociale ulighed i samfundet og den systematiske sammenhæng mellem sociale vilkår og sygelighed og dødelighed. Tilsvarende er programmet 'Sund hele livet' blevet kritiseret for ikke at inddrage samfundets ansvar for folkesundheden og de strukturelle, miljømæssige årsager til sygdom, og for at programmet ser årsagerne til sundhedsproblemerne som borgernes egne valg af uhensigtsmæssig livsstil, herunder også de udsatte grupper. Programmet kritiseres for at lægge op til en styring og direkte påvirkning og overtalelse for at få folk til at vælge en anden livsstil." (www.sst.dk²⁰).

4.1.5 Mestringsstrategi

Sundhedsstyrelsen definerer sundhedsfremme som en "(...) sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres resurser og handlekompetence." (www.sst.dk²¹). I bemærkningerne til definitionen hedder det, at "(...) i sundhedsfremmearbejdet vendes opmærksomheden væk fra sygdom og over mod sundhed. Der fokuseres på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier frem for på risici (...). I sundhedsfremmearbejdet er der fokus på begrebet 'sund', hvor **sund forstås som en stærk følelse af sammenhæng, dvs. den enkeltes oplevelse af tilværelsen som meningsfuld, begribelig og håndterlig.** Sundhedsfremme kan foregå i alle rammer, og både professionelle i sundhedsvæsenet og uden for samt patienter og andre borgere kan være aktører." (www.sst.dk²², vores fremhævelse).

Som det ses af vores fremhævelse, så nærmer Sundhedsstyrelsen sig i definitionen af 'sundhedsfremme' en definition af 'sundhedsbegrebet'.

Vi kan altså konstatere, at sundhed som begreb, sådan som det tilnærmelsesvist er defineret af sundhedsprofessionelle og politiske aktører, har ændret indhold fra at være fravær af sygdom til at have et bredere indhold, der omfatter 'det gode liv'. Og at der tilsvarende er sket en udvikling i sundhedsvæsenet og samfundet fra at være fokuseret på behandling til i stadig højere grad at inddrage forebyggelse og sundhedsfremme. Vi har et sundhedsbegreb, som bliver bredere og omfatter stadig flere områder af livet. Det giver plads til forskellige opfattelser af sundhed og det gode liv, hvor velvære og balance mellem privatliv og arbejdsliv drages ind. Men det rummer også risikoen/muligheden for, at en del af det, der før blev betragtet som hørende til privatlivet, nu er et felt, som det offentlige og arbejdsgiverne får ret til at blande sig i.

²⁰ <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

²¹ <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

²² <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

4.2 **Institutionel historie som analysestrategi**

I 'Sund hele livet' er der særligt fokus på partnerskaber for fremtidens sundhedsfremmeindsatser. Virksomhederne tænkes som en afgørende partner i en "(...) *stigende erkendelse af, at nærmiljøet har betydning for forebyggelsen.*" (www.sst.dk²³). Der tales om fælles udfordringer, det fysiske og psykiske arbejdsmiljøets betydelige indflydelse på medarbejdernes sundhed og arbejdspladsen som socialt netværk og som "(...) *bærer af holdninger til sundhed og en vigtig ramme for støtte til konkrete adfærdsændringer.*" (www.folkesundhed.dk²⁴). Det pointeres yderligere, at en "(...) *god sundhedstilstand i befolkningen har betydning for landets muligheder for at producere – til forbrug, til handel med omverdenen, til velfærdsydelser.*" (www.folkesundhed.dk²⁵). Der appelleres i høj grad til virksomhedernes sociale ansvar, og mener virksomhederne ikke at se deres ansvar som 'rollemodel' eller gennem de rammer, virksomheden tilbyder medarbejderne, så henvender 'Sund hele livet' sig i termer, som burde være forståelige for virksomhederne: Sundheden har betydning for produktiviteten, som har betydning for indtjeningen.

Med 'Sund hele livet' inviterer regeringen de danske virksomheder med i sundhedsdiskursen som relevante og fuldgældige aktører. Virksomhederne tildeles en position i sundhedsdiskursen. Ikke som følge af 'Sund hele livet', men snarere som resultatet af den udvikling, som sundhedsbegrebet har gennemgået. Regering og virksomheder bevæger sig i samme diskursive sammenhæng.

'Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10' er et gældende officielt politisk dokument. Det italesætter en bestemt forestilling om sundhed og sundhedsfremme og sætter således rammerne for sundhedsfremmearbejdet og spiller en væsentlig rolle som formidler af den viden, der indgår i sundhedsdiskursen. På den baggrund mener vi, at teksten er uomgængelig, når det gælder om at få indsigt i vigtige elementer i den diskursive institutionaliseringsproces. Derfor vil vi foretage en diskursanalytisk læsning af denne tekst med udgangspunkt i Niels Åkerstrøm Andersens Institutionelle Historie og den diakrone analysestrategi²⁶.

Andersen beskæftiger sig med institutionsanalyse og betragter institutioner som "(...) *autoriseringer af diskursive distinktioner*" og videre institutionalisering som "(...) *den proces, hvorigennem diskursivt formulerede forskelle autoriseres og bindes til sanktioner (evt. retlige), og hvor individer og kollektiver forpligtes på disse forskelle.*" (Andersen 1994, s. 19). I studiet af diskurser (og institutioner og institutionaliseringsprocesser) leder vi efter monumenter som forankringspunkter for vores analyse. Ifølge Andersen er monumenter "(...) *de tekster, der stikker op i historien og udgør en slags knudepunkter i institutionaliseringsprocesserne.*

²³ <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

²⁴ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

²⁵ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

²⁶ Institutionel historie – en introduktion til diskurs- og institutionsanalyse, COS-rapport nr. 10/94.

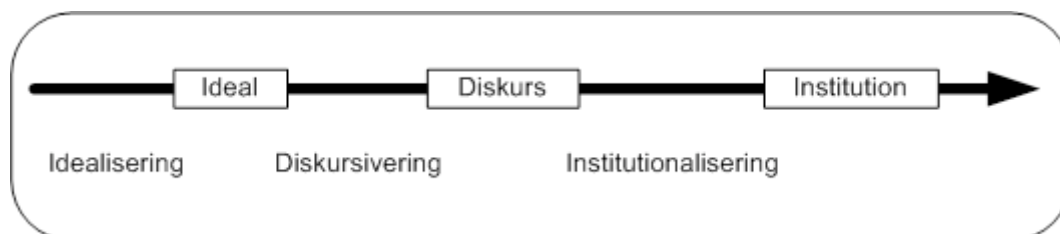
Monumenter læses således i den institutionelle historie som knudepunkter i forløb, hvor forestillinger og institutioner udvikles." (Andersen 1994, s. 33). En lang række tekster har bidraget til vores forståelse af udviklingen af det brede sundhedsbegreb og sundhedsdiskursen, men hvor de øvrige tekster har vist en udvikling, så betragter vi 'Sund hele livet' som et monument og gør derfor teksten til genstand for en nærmere analyse, som skal levere et øjebliksbillede af sundhedsdiskursen.

Man kan selvfølgelig diskutere, hvornår en tekst er et monument. Og det gør Andersen da også. Som første og vigtigste selektionstrin anfører han, at det er problemformulering og erkendelsesinteresse, der er styrende for, hvilke tekster der kan få status som monument. Vores problemformulering handler om sundhedsfremme på arbejdspladsen, og vores erkendelsesinteresse er at finde ud af, på hvilken måde sundhedsdiskursen er under forandring, herunder hvordan sundhed er blevet et tema på arbejdspladserne.

Man kan også spørge, om det er en institutionaliseringsproces, der er i gang, når det gælder sundhed. Det mener vi, det er, idet der allerede i tilknytning til processen er sket ændringer i eksisterende institutioner, så de passer ind i den ændrede diskurs, fx Statens Institut for Folkesundhed og nye, der kommer til, som Det nationale Råd for Folkesundhed. Og hjemmesiden www.folkesundhed.dk. 'Sund hele livet' opfordrer til nye og flere, mere eller mindre formelle partnerskaber, der skal arbejde for folkesundheden.

4.2.1 Den diakrone analysestrategi

Andersen beskæftiger sig med institutioners dannelseshistorie, idet han ser institutioner som diskursiveringer af idealer. Og han betragter idealer som de forankringspunkter, der gør en forskel for diskurserne. Idealet kommer derfor logisk før institutionen. Den diakrone analyse er en analyse af, hvordan idealer dannes, diskursiveres og institutionaliseres. Til trods for at vi ikke påviser en egentlig institutionalisering for den del af sundhedsdiskursen, som vi beskæftiger os med, 'sundhedsfremme på arbejdspladsen', så er feltet i bevægelse og i en institutionaliseringsproces, hvorfor det giver god mening at inddrage Andersens diakrone analysestrategi. Ideal er hos Andersen selvforklarende punkter i diskursen. Det er der, hvor argumentationen stopper. Det er punkter, som ingen problematiserer, når man henviser til dem.



II. Andersen 1994, s. 11

Andersen definerer diskurser som "(...) italesættelsesprocesser, der gennem formulering af forskelle, ligheder og relationer, og reguleret af bestemte idealer, ordner bestemte sociale relationer, interesser og fænomener. Italesættelse er her processer, hvori der fremstilles forskelle og ligheder mellem subjekter og objekter, årsager og virkninger,

inde og ude, oppe og nede m.v. At noget sættes i tale betyder, at det får en position i diskursen, der medfører, at dette noget faktisk kan komme på tale og få betydning." (Andersen 1994, s. 9). Andersen betragter diskurser som flere gensidigt afgrænsede italesættelsesprocesser, hvor forskelle kan formuleres. Diskurser og relationerne mellem dem ændres over tid. Det samme gør reglerne for dem. Derfor lægger han i analysen vægt på den diakrone analysestrategi, der netop ser på forløb over tid. Italesættelse indtager en central rolle i den diakrone analysestrategi, hvor netop positioner som inde/ude, oppe/nede, fortid/fremtid etc. er afgørende analytiske fikspunkter, der skal fortælle os noget om italesættelsen og den produktion/reproduktion af bestemte forestillinger, som sker i diskursen.

Andersen opererer med tre ordener, hvori et ideal skal italesættes for at få karakter som diskurs: En deskriptiv orden, en narrativ orden og en argumentativ orden (Andersen 1994, s. 14).

Den deskriptive orden "(...) ordner måden, man opfatter objekter, deres egenskaber og relationer på i diskursen." (Andersen 1994, s. 15). Der sættes kriterier for "(...) hvordan fænomener kan gøres til genstand for undersøgelse, tale og regulering." (Andersen 1994, s. 13). Objekter kan studeres gennem spørgsmål til, hvad der tales om i diskursen og hvordan objekterne "(...) klassificeres, gennem fremsættelse af påstande, der kan sammensættes til sammenhænge (...)." (Andersen 1994, s. 15). Det handler med andre ord om at registrere, hvordan der "(...) sættes forskel mellem årsag og virkning, herunder hvad det er, der sættes lig årsag, og hvad der sættes lig virkning." (Andersen 1994, s. 15).

Den narrative orden omfatter et antal subjektpositioner, hvor individer og kollektiver kan være ansvarlige og handledygtige. Her opstiller Åkerstrøm fem distinktioner, fem måder at finde svar på:

Indenfor/udenfor: Det er et skel som mellem venner og fjender. Efter hvilke kriterier er man ude eller inde?

Oppe/nede: Nogle positioner er oppe og andre nede. Nogle har mere magt og status end andre. Hvilket ansvar tildeles hvem, og hvilke kompetencer har de?

Fortid/fremtid: Vi skal se på, hvad der sættes lig fortid, og hvad der sættes lig fremtid, og hvilken relation der synes at være mellem fortid og fremtid.

Subjekt/objekt: Hvem kan bearbejde, regulere, undersøge hvilket objekt? Der er forskel mellem dem, der styrer, og dem der styres.

Hjælper/modstander: Af hvem kan subjekter forvente støtte, af hvem modstand og i hvilken form?

Den argumentative orden omfatter et antal acceptregler for, hvordan subjekterne kan tale sammen i diskursen, og hvordan udsagn kan afvises som uacceptable. Den ordner måden, man i diskursen sammenkæder betegnelser på, når man argumenterer. Den er diskursens dynamiske niveau. Diskursen er først diskurs, når der er nogle regler for,

hvad man accepterer, der bliver sagt, og hvad der bliver forkastet. Acceptregler er regler for, hvordan et udsagn skal se ud og fremføres for, at det har noget at skulle have sagt.

Spørgsmålene er: Efter hvilke regler er dette argument bygget? Efter hvilke regler kan lignende argumenter bygges? Hvordan går det til, at netop dette argument fandt sted? Svarene kan vi finde ved at registrere, hvordan der skelnes mellem gyldigt og ugyldigt, acceptabelt og uacceptabelt og mellem videnskabeligt og uvidenskabeligt.

4.2.2 'Sund hele livet'

Vi vil i udpluk analysere 'Sund hele livet', som er den 81 sider lange præsentation af regeringens forebyggelsesprogram 2002-2010. I forordet præsenteres programmet som et helhedsorienteret sundhedsprogram, der følger den linje der blev lagt med VKR-regeringens forebyggelsesprogram fra 1989, og som viderefører væsentlige overordnede mål fra den tidligere regerings folkesundhedsprogram. Men med særlig vægt på indsatsen i forhold til de store folkesygdomme.

Den deskriptive orden

I 'Sund hele livet' er de overordnede målsætninger længere levetid, højere livskvalitet og social lighed i sundhed. Hertil kommer identifikationen af en række målgrupper og indsatsområder, der skal sikre udviklingen i retning af de overordnede målsætninger.

Programmet fokuserer på mobilisering af ressourcer, og sundhed forstås "(...) som en stærk følelse af sammenhæng, dvs. den enkeltes oplevelse af tilværelsen som meningsfuld, begribelig og håndterlig." (www.sst.dk²⁷). Som følge af denne ressourcebetragtning fokuseres der i bestræbelserne på at sikre bedre sundhed ved "(...) at give den enkelte den nødvendige viden og de nødvendige redskaber til egenindsats og egenomsorg." (www.folkesundhed.dk²⁸).

Den narrative orden

Subjekt/objekt

De gennemgående temaer i forordet er fælles udfordringer, samarbejde og partnerskaber. I forordet optræder ordet 'fælles' adskillige gange. Det optræder tre gange i andet afsnit; to gange 'fælles udfordringer', en gang 'fælles ansvar'. I tre andre af de i alt ti små afsnit i forordet optræder 'fællesskab', 'fælles opgaver' og 'fælles indsats'. Dertil kommer relaterede begreber og formuleringer som 'bredt samarbejde', 'ingen kan alene løfte opgaven', 'vi alle vedkender os vores ansvar og påtager os vores del af opgaverne', 'partnerskaber', 'samarbejde mellem ligestillede parter'. Endelig er der 'den enkelte', som skal have den nødvendige viden og de nødvendige redskaber til egenindsats og egenomsorg.

²⁷ <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

²⁸ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

Subjekter i forordet er regeringen, som 'opfordrer', 'formulerer', og 'forudser' og indirekte, gennem programmet, som 'viderefører' og 'sætter fokus'. Desuden inddrages som handlende subjekter: 'ingen', 'vi alle', 'den enkelte', 'familien', 'de nære netværk', 'den frivillige verden', 'daginstitutioner', 'uddannelsessteder', 'sundhedsvæsenet mv.', 'arbejdspladser', 'private og offentlige virksomheder', 'kommuner, amter og staten'. Vi er med andre ord alle subjekter, der tildeles ansvar for sundheden, dels i de fællesskaber vi alle er en del af, dels som enkeltindivider med ansvar for egen sundhed.

Objektet for programmet er 'sundheden', 'folkesundheden', 'folkesygdomme', 'livskvalitet'. 'Den enkelte' er både subjekt, der kan gøre noget og objekt – den der skal have nødvendig viden og redskaber.

Fortid/fremtid

Der venter, ifølge forordet, en fremtid med mange og store udfordringer. Regeringen forudser, at partnerskaber bliver et centralt element i de kommende års forebyggelsesindsats. Og der vil for fremtiden ske en mere systematisk indsats med overvågning og dokumentation af udviklingen i befolkningens sundhedstilstand.

Teksten forholder sig dobbelt til fortiden ved dels at pointere, at programmet, i modsætning til det tidligere program, sætter særligt fokus på de store folkesygdomme, dels ved at fortælle at væsentlige mål fra det tidligere program videreføres. Regeringen lægger vægt på at bevare en kontinuitet i folkesundhedsarbejdet samtidig med, at den finder, at der er behov for en nyorientering i relation til de store folkesygdomme.

Oppe/nede

Som subjekt er regeringen 'oppe' som den der 'lægger vægt på', 'finder, at der er behov for', 'vil fastholde', 'fremhæver', 'har varslet at sætte fokus'. Regeringen er styrende subjekt, den sætter retning, men handler ikke selv. Derimod inddrager regeringen andre subjekter, som bør handle:

Den enkelte har ansvaret for sit eget liv, for sig selv, sine nærmeste og for at tage del i fællesskaberne. Den enkelte indgår i et 'vi', som har ret til at leve livet 'som vi vil', men må være klar over, at vores valg har konsekvenser. 'Vi' er her også det nære netværk – familie og venner.

Fællesskaberne er fx skolen, idrætsforeningerne, naboskabet og arbejdspladsen. Her har 'vi' et ansvar over for hinanden.

Det offentlige, defineret som kommunerne, amterne og staten, har ansvar for at skabe de gode rammer for den enkeltes, familiernes og fællesskabernes sundhed og indsats for sundhed. Og et særligt ansvar for de svageste.

Den argumentative orden

"Sundhed skabes i et sammenspil mellem den enkelte, familie, og de små og store netværk og fællesskaber, som den enkelte indgår i. De nære og de daglige relationer præger vores holdninger, livssyn og adfærd. Også når det gælder sundhed. Og sundhed

skabes af vores levekår og af rammerne for vores liv, fx boligforhold, arbejdsmiljø, det ydre miljø, fødevarerikkerhed og sundhedsvæsenets tilbud. Folkesundhedsarbejdet kan bedst udbygges og udbredes ved, at vi vedkender os vores ansvar og handler herudfra." (www.folkesundhed.dk²⁹).

Tekstens centrale objekt (ideal) er sundheden. Derefter gøres sundhed til et fælles ansvar. Der argumenteres for, at sundhed skabes i et samspil og af vores levekår og rammerne for vores liv. Der tales om, at 'skabe sundhed'. Sundhed er ikke bare noget vi har, ligesom sygdom ikke bare er noget der tilstøder os.

Subjektet i teksten – regeringen – argumenterer med konstateringer og påstande: *"De fremtidige udfordringer er mange", "At forbedre vores sundhed forudsætter (...)", "Målene er ambitiøse. Udfordringerne er store.", "Sundhed skabes (...)", "Den enkelte har ansvaret", "En risikofaktor er forhold hos den enkelte, livsstilen (...)", "Kendskabet til risikofaktorer er grundlaget".*

Regeringen politiserer med påstande, fremlagt som fakta, viden og kendsgerninger: Her skal modtagerne ikke stille spørgsmål eller debattere.

4.2.3 Det fælles ansvar er den enkeltes

Pointen er, at regeringen i folkesundhedsprogrammet giver arbejdet for folkesundheden en drejning ved at lægge vægt på det fælles ansvar mellem tre ligeværdige parter: den enkelte, fællesskaberne og det offentlige, og ved at inddrage partnerskaber som en vigtig vej i det forebyggende arbejde.

I programmet tager regeringen fat på en række folkesygdomme, som kan forebygges og på en række risikofaktorer, hvoraf de fleste og de første i rækken har at gøre med den individuelle adfærd: rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, svær overvægt, ulykker (herunder arbejdsulykker), arbejdsmiljø og miljøfaktorer.

Diskursanalyse drejer sig ifølge Andersen om at konstatere, hvilke forskelle der kommer for dagen i det sagte. En diskursanalytisk læsning er ikke en fortolkning eller en udlægning med henblik på forståelse (Andersen 1994, s. 38). Med det diskursanalytiske udgangspunkt kan vi konstatere, at regeringen i sit folkesundhedsprogram definerer sundhed, som noget der skabes i fællesskab, og samtidig er den enkeltes ansvar. Et ansvar der kræver motivation og viden. Motivationen skabes i fællesskaberne, som *"(...) er med til at danne og forandre vores normer. Også når det gælder vores sundhedsadfærd – og det både i positiv og negativ retning."* Fællesskaberne tillægges betydning som adfærdsregulerende: *"Vi har her et ansvar overfor hinanden. I fællesskaberne er vi med til at skabe hinandens liv."* (www.folkesundhed.dk³⁰).

²⁹ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

³⁰ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

4.3 Sundhed som diskursivt fænomen

Opfattelsen af hvad sundhed er, er kulturelt og historisk bestemt. Det afhænger desuden af, hvem der taler om det. Når vi i Danmark i dag taler om sundhed i almindelig dagligdags tale, har vi en forestilling om, hvad vi taler om, og at vi rimeligvis taler om det samme. Vi taler om at leve sundt og mener dermed typisk noget med at spise fedtfattig mad og mange grøntsager, motionere, helst hver dag, ikke ryge og ikke drikke for meget alkohol. Vi deler forestillingen om, at disse handlinger i høj grad medvirker til at sikre os et sundt liv med mindre sygdom. Men vi er ikke nødvendigvis enige om, at det også er det gode liv, forstået som det vi har lyst til at gøre.

Vi og vores interviewpersoner deler forestillingen om det sunde liv. Det viste vores interview, hvor fx Jim, der tydeligvis har været udsat for '6 om dagen'-kampagnen, bemærkede *"Det er sundt at spise fem kilo frugt og alt det der."* Eller René, der godt ved, at chaufførerne generelt lever usundt *"Det er sgu en halvfærlig kost den der. Vi har for mange der lever af fastfood, som går op og køber en burger eller en bolle med et stykke ost i."* Og Kjeld, der tydeligvis ved bedre, men for hvem det 'gode liv' handler om alt andet end kostpyramiden *"(...) det er ikke mig alt det dér sunde – jeg ved godt, det er forkert, men jeg bryder mig ikke rigtig om det."*

Vi vil med Lene Otto³¹ betragte sundhed som et diskursivt fænomen *"Diskursive fænomener (...) indgår i menneskers fundamentale livsopfattelse, præger bevidstheden og forestillingerne om livets sammenhænge, fx hvad der er naturligt. Diskursen er det indlysende: den man agerer, skriver og taler sig ind i med selvfølgelighed. Diskurs er viden, der ikke er bundet til et bestemt subjekts tænkning, men omfatter videnskabelige indsigter, praktisk erfaring, ekspertise såvel som hverdagskundskab og handlemønstre, som bygger på ikke-artikuleret viden. Enhver form for viden forudsætter en diskursiv praksis."* (Otto 2003, s. 8).

Det er netop typisk for begrebet sundhed, at det indeholder både videnskabelige viden, erfaringsbaseret viden og handlemønstre. Sundhedsdiskursen ændrer sig og er til stadighed under forandring. Den omfatter og er omfattet af mange slags viden, indsigter og erfaringer som i gensidig og mangesidig påvirkning medvirker til at producere og reproducere diskursen. 'Vores' chauffører taler sig tydeligt ind i sundhedsdiskursen, som vi ser den lige nu, og i den fælles forestilling om, hvad der er sundt og usundt. Følger de deres lystbetonede behov og fx ryger eller spiser fastfood, er det med dårlig samvittighed. De er påvirket af kampagner som '6 om dagen' og den almindelige debat om rygning, alkohol, sundhed og risikofaktorer. Det vil vi se nærmere på med hjælp fra bl.a. Lene Otto og 'governmentality-begrebet' udviklet på baggrund af Foucaults tanker.

³¹ Lene Otto er etnolog og beskæftiger sig bl.a. med sundhed som diskurs i Danmark ('Rask eller lykkelig – sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede', Komiteen for Sundhedsoplysning 1998) og 'Folkesundhed i praksis - herunder skabelsen af det moderne sundhedsbevidste subjekt' (Foucaults 'governmentalitetsteori', Styringsteknologi og subjektivitet, Arbejdsrapport 1. udgave, 2003).

4.3.1 Governmentality – det selvstyrende subjekt

Regeringen appellerer til det selvstyrende subjekt. Regeringen lægger hovedansvaret for folkesundheden på borgerne som enkeltindivider. Der fokuseres på de store folkesygdomme og en række risikofaktorer, der "(...) tager udgangspunkt i de forebyggelige årsager til de store folkesygdomme og dødsårsager. Programmets risikofaktorer er: rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, svær overvægt, ulykker, arbejdsmiljø og miljøfaktorer." (www.folkesundhed.dk³²). Sygdomme skyldes primært den enkeltes egne valg. Derfor er det afgørende, at den enkelte vælger rigtigt. Og helst af sig selv. Som hjælp til selvhjælp inddrager regeringen i 'Sund hele livet' fællesskaberne og det offentlige. Fællesskaberne skal støtte og adfærdsregulere, idet de "(...) nære og de daglige relationer præger vores holdninger, livssyn og adfærd. Også når det gælder sundhed." (www.folkesundhed.dk³³). Det offentlige skal sikre, at de rette tilbud er til stede.

Lene Otto præsenterer governmentality-tænkningen som en videreudvikling af nogle grundtanker, som Michael Foucault har fremlagt, men aldrig formulerede i bøger eller artikler. Udgangspunktet er Foucaults opfattelse af sammenhængen mellem magt, viden og diskurs – og subjekternes placering i diskursen. Subjekter dannes ifølge Foucault i kulturelle processer. De er skabt af diskursen eller får i diskursen mulige positioner at tale fra. Menneskers evner og handlemuligheder tager form i sociale relationer, og magten eksisterer i disse relationer og ikke som en mekanisk undertrykkende magt. Viden og magt er forbundet, fordi øget viden medfører øget magt og en udvidelse af magten medfører øget viden (Høstrup 2005, s. 32).

Governmentality kan ifølge Lene Otto oversættes til ledelsesformer eller –strategier (Otto 2003, s. 2). Ledelsesstrategierne omfatter måder, hvorpå mennesker skabes som bestemte subjekter. Foucault kalder processen en subjektiveringsproces, som er "(...) en formnings- og dannelsesproces som styres og reguleres, men som samtidig forudsætter individets aktive selvdannelse i form af forskellige operationer på egen krop og sjæl, tanker, adfærd og levevis med henblik på at reformere sig selv for at opnå en vis tilstand af lykke, renhed, visdom, dannelse eller perfektion. Disse operationer kaldes under et for selvets teknologier." (Otto 2003, s. 2).

"'Governmentality' er en sammentrækning af 'governmental rationality', men spiller også på 'mentality'" (Otto 2003, s. 5). Bag det ligger en forestilling om en kollektiv mentalitet, der danner baggrund for, at bestemte typer af viden og former for praksis betragtes som rationelle og fornuftige. Denne enighed om, hvad der er det rigtige, er forudsætningen for, at regeringen kan regere. Det særlige er, at styringen ikke primært foregår udefra, men inde fra individet selv. Governmentality er en særlig magtteknologi, hvor "Mennesker ledes til at kontrollere egne instinkter ved, at den enkelte eller den sociale gruppe udstyres med sprog og teknikker til selvforståelse og selvbeherskelse. Frivilligheden er forudsætningen for, at vi kan ledes, men frihed er også en praksis, der skal reguleres. Således går ledelsesteknologierne ud på, at vi skal gøre bestemte ting,

³² <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

³³ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

fordi vi (har lært at) synes, det er det rigtige. Det er dette, der adskiller ledelse fra fx disciplinering. Ledelse er fremherskende i moderne vestlige samfund og er vigtig for den moderne velfærdstats eksistens, idet det er en statsform, der netop betjener sig menneskers selvledelse og derfor foregår som en styring gennem deres frihed." (Otto 2003, s. 3).

Ottos tekst er særlig interessant, fordi den tager fat i sundhedsbegrebet og dets udvidelse fra at handle om helbredet til at handle om 'det gode liv'. Otto taler for, at det udvidede sundhedsbegreb kan opfattes som regulering (government), forstået som 'relationen mellem styringsbestræbelser, diskurser og selvets teknologier'. I det liberale demokratiske samfund skal statens vilje kobles med den enkeltes individuelle formåen. *"Kort sagt er den governmentale ledelsesform en særlig magtteknologi, hvis formål er styring af menneskers selvstyring af deres eget liv og egen adfærd"* (Otto 2003, s. 2).

Otto beskriver, hvordan det moderne sundhedsbevidste subjekt er udviklet i det 20. århundrede. Individene ses ikke længere som objekter for politiske foranstaltninger, der skal hindre sygdomme i at sprede sig. De er sundhedssubjekter. Forskellen er, at hvis mennesket er objekt, er sundhed blot en kapacitet i kroppen til at arbejde og kæmpe mod sygdom. Som sundhedssubjekt skal mennesket udvikle selvpraksisser. Det sker ved at religiøse, pædagogiske og medicinske institutioner investerer i dem: *"(...) gennem sundhedsfremme overtales befolkningen til at have lyst til at ændre på egne handlemønstre og levemåder for at opnå en bestemt form for sundhed. Der er ikke tale om tvangspraksisser, men om former for praksis, som samtidig indgår i en form for auto-formation af subjektet. Foucault kalder det for asketiske praksisser. De handler ikke om afkald, men om at arbejde med sig selv for at nå frem til en bestemt adfærd og fremtræden."* (Otto 2003, s. 20). Med Lene Otto og Foucault kan vi pege på en bevægelse i sundhedsdiskursen i det 20. århundrede fra fokus på behandling, kroppen som objekt, til egenomsorg, kroppen som en del af subjektet til selvregulering, subjektet styrer, disciplinerer sig selv inden for de givne rammer – en boble af frihed.

4.4 De disciplinerende fællesskaber

"Den enkelte har ansvaret for sit eget liv. Vi har alle ret til at leve livet, som vi vil. Træffe vores egne valg. Men vi må være klar over, at vores valg har konsekvenser for os selv og kan påvirke andre – i positiv eller negativ retning." (www.folkesundhed.dk³⁴).

Vi fandt i Sundhedsstyrelsens definition af sundhedsfremme en slags definition af et bredt sundhedsbegreb med inddragelse af den enkeltes ressourcer.

Sundhedsstyrelsen definerede sundhedsfremme som *"Sundhedsrelateret aktiviteter, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetence."* Og videre at opmærksomheden i den forbindelse vendes *"(...) væk fra sygdom og over mod sundhed. Der fokuseres på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier frem for på risici."* (www.sst.dk³⁵).

³⁴ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

³⁵ <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

I det store hele genfinder vi det brede sundhedsbegreb i 'Sund hele livet'. 'Sund hele livet' har øje for behovet for mobilisering af ressourcer som et led i sundhedsfremmearbejdet, og at mobiliseringen ikke nødvendigvis skabes i sundhedssystemet alene, men også i andre systemer: *"Uddannelse har vist sig at være nok en af de bedste veje til at skabe sundhed og udligne social uligheder i sundheden."* (www.folkesundhed.dk³⁶).

Men regeringens rolle som 'government' fornægter sig ikke. 'Sund hele livet' har fokus på risici og identificerer otte folkesygdomme, som en særlig udfordring for fremtidens folkesundhed. Vi ser programmets fremhævelse af risici og de otte folkesygdomme som et udtryk for fokus på individets og fællesskabernes ansvar. Risici og folkesygdommene ses som tæt forbundne og har overvejende med livsstil at gøre. Der er med andre ord tale om en understregning af individets ansvar i forhold til egen sundhed og sygdom. 'Sund hele livet' er et udtryk for en regering, der søger at adfærdsregulere gennem balanceringen af det, Otto kalder 'relationen mellem styringsbestræbelser, diskurser og selvets teknologier'.

"Regeringen vil søge at få skabt en yderligere interesse for vores sundhed i de mange sammenhænge, som vi færdes i." (www.folkesundhed.dk³⁷). Regeringen har som mål at få sat sundhed på dagsordenen i de sammenhænge, vi færdes i. Heri ligger sundhed som et allestedsnærværende tema. I den private sfære og i den offentlige. Der appelleres til den enkelte og til fællesskaberne, og der opereres med tre ansvarlige niveauer: 1) Det offentlige, 2) den enkelte, familien og de nære netværk og 3) fællesskaberne og miljøerne tillægges forskellige roller.

"Det offentlige – dvs. kommunerne, amterne og staten – har et ansvar for at skabe gode rammer for den enkeltes, familiernes og fællesskabernes sundhed og indsats for sundhed. Det sker gennem lovgivning, planlægning m.v. og gennem velfærdssamfundets mange ydelser og tilbud. Det sker ved at sikre formidling af viden om sundhed og sygdom, ved at overvåge sundheden i befolkningen, ved at bidrage til udvikling af nye metoder og ved at formulere fælles mål og strategier for forebyggelsesindsatsen."

"I fællesskaberne er vi med til at skabe hinandens liv. Fællesskaberne – eller de små og store netværk – er med til at danne og forandre vores normer. Også når det gælder vores sundhedsadfærd – og det både i positiv og negativ retning. Det gælder sundhedsadfærd i bred forstand, dvs. bl.a. vores livsstil, omgang med miljøet, færden i trafikken. De nære netværk, som forældrekrædsen i en skoleklasse, naboerne, arbejdskollegerne m.v. har stor indflydelse på, hvordan vi handler."

"Den enkelte har ansvaret for sit eget liv. Vi har alle ret til at leve livet, som vi vil. Træffe vores egne valg. Men vi må være klar over, at vores valg har konsekvenser for os selv og kan påvirke andre – i positiv eller negativ retning. Det er fx ikke ligegyldigt, hvordan vi handler som forældre. Familien er en kerne i det danske samfund, også når det gælder sundhed. Gennem opvæksten sætter vi præg på vores børn. Det er ofte i

³⁶ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

³⁷ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

familien, at man søger og finder støtten i tilfælde af sygdom. Den enkelte har et ansvar for sig selv, sine nærmeste og for at tage del i fællesskaberne." (www.folkesundhed.dk³⁸).

Med 'Sund hele livet' tildeles det offentlige alene rollen som rammegiver gennem lovgivning og vidensproduktion og –formidling. Denne vidensproduktion vil desuden blive baseret "(...) på professionel faglighed og understøttes af forskningsbaseret metodeudvikling og evaluering samt på uddannelse." (www.folkesundhed.dk³⁹).

Denne rolle ligger i tråd med vores produktive magtbegreb, Ottos governmentality-teori og hendes tanker om den moderne velfærdsstats brug af selvledelse som ledelse. Gennem det offentliges lovgivning, vidensproduktion og –formidling udstyres den enkelte og fællesskaberne med en bestemt forestilling om tingenes tilstand, de "(...) udstyres med sprog og teknikker til selvforståelse og selvbeherskelse." (Otto 2003, s. 3). Regeringen lægger ikke skjul på, at aktiveringen af fællesskaberne skal tjene som adfærdsregulering. Det er i de daglige relationer, i netværkene og fællesskaberne, at individet disciplineres til at træffe 'det sunde valg'.

4.5 Sundhed på arbejdspladsen

Det hører med til den ændring, der er sket i opfattelsen af, hvad sundhed er, at også opfattelsen af arbejdsgivernes rolle og ansvar har ændret sig. Det kan bl.a. ses i den udvikling, der er sket i opfattelsen af, hvad arbejdsmiljø er, sådan som den kommer til udtryk i arbejdsmiljølovgivningen.

Fra 1950'erne og frem mod slutningen af 1900-tallet udvidede spørgsmål og lovgivning om arbejdsmiljø sig fra udelukkende at dreje sig om at beskytte arbejdstagerne mod ulykker og påvirkninger udefra til efterhånden også at inddrage fysiske og psykiske belastninger og stress. Fra slutningen af 1990'erne begynder arbejdspladser at blive nævnt i forbindelse med forebyggelse og sundhed i bredere forstand.

I 1997 medvirkede Arbejdsmiljøinstituttet (nu Nationalt Forskningscenter for Arbejdsmiljø) til formuleringen af Luxembourg Deklarationen. Den er resultatet af et europæisk netværkssamarbejde, som med deklARATIONEN skulle lægge grunden til en fælles europæisk forståelse af begrebet sundhedsfremme på arbejdspladsen. Deklarationen taler om "(...) arbejdspladsens voksende betydning for gennemførelse af det forebyggende sundhedsarbejde." og videre, at "Sundhedsfremme på arbejdspladsen er en moderne virksomhedsstrategi (...)". Deklarationen understreger desuden sundhedsfremmens betydning for virksomhedernes fremtidige udviklingspotentialer og konkurrenceevne⁴⁰.

³⁸ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

³⁹ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

⁴⁰ Luxembourg Deklarationen om Sundhedsfremme på arbejdspladsen, november 1997, s.4, arbejdsmiljøinstituttet, www.arbejdsmiljoforskning.dk

I løbet af 1990'erne og begyndelsen af 2000-tallet nævnes arbejdspladserne i stadig flere programmer og planer i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme. Der kommer endda en indtil nu noget overset mulighed for sundhedscertificering af virksomheder ind i lovgivningen i 2001⁴¹.

Arbejdspladserne nævnes som medspillere i regeringens folkesundhedsprogram fra 2002 'Sund hele livet'. Det hedder i kapitlet om arbejdsmiljø, at *"Nye arbejds- og organisationsformer, ændrede ansættelsesforhold og en stadig stigende intensitet i arbejdet har vist nye udfordringer for parterne på arbejdsmarkedet og for myndighederne. Disse problemer skal løses i takt med løsningen af de traditionelle arbejdsmiljøproblemer"* (www.folkesundhed.dk⁴²). Videre hedder det, at *"Sundhedsfremme på arbejdspladsen er en effektiv forebyggelsesindsats, og der vil fremover være grobund for en stigende integration af arbejdsmiljø-sundhedsfremmeaktiviteter."* (www.folkesundhed.dk⁴³).

Mere konkret bliver det i regeringens 'Redegørelse om fremtidens arbejdsmiljø 2010' (Redegørelse, december 2005). Heri hedder det blandt andet, at *"Arbejdsmiljøet kan (...) påvirke, hvor let eller svært den enkelte har ved at vælge en sund livsstil, og derfor kan arbejdspladsen også være et vigtigt forum for indsatser for at fremme en sund livsstil."* (Redegørelse, december 2005). Opfattelsen af arbejdsmiljø udvides her til også at omfatte den enkeltes livsstil.

Virksomhederne ansvarliggøres i understregningen af, at arbejdspladsen er et forum, hvor det kan være lettere eller sværere for den enkelte at vælge en sundere livsstil.⁴⁴

4.5.1 Politikker og tilbud

Vi ved fra undersøgelser gennemført af Sundhedsstyrelsen og Ledernes Hovedorganisation, at stadig flere virksomheder gør noget for deres medarbejders sundhed. Ifølge Sundhedsstyrelsens undersøgelse fra 2005, som omfatter 1978 virksomheder med mindst 10 ansatte, har 89% af virksomhederne en alkoholpolitik, 83% har en rygepolitik, 44% har ordninger, der skal øge de ansattes fysiske aktivitet og 50% har ordninger, der skal stimulere sundere spisevaner. Som virksomhedernes motiver for at indføre sundhedsordninger angiver 54% personalepleje, 22% at reducere sygefravær og 12% at øge produktiviteten.

Sideløbende med udviklingen i opfattelse af, hvad arbejdsmiljø og virksomhedernes ansvar omfatter, har virksomhederne efterhånden påtaget sig opgaven som adfærdsregulerende aktører. Det begyndte så småt med alkoholpolitikker i 1970'erne og

⁴¹ Arbejdsministeriets bekendtgørelse nr. 923 af 21. oktober 2001 og vejledning fra Arbejdstilsynet fra april 2002 om sundhedsfremme på arbejdspladsen om "virksomhedernes arbejde med sundhedsfremme med henblik på at erhverve arbejdsmiljøcertifikat".

⁴² <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

⁴³ <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

⁴⁴ http://www.arbejdsmiljoviden.dk/Fakta_om_arbejdsmiljo/Hvad_er_arbejdsmiljo.aspx

er fortsat med rygepolitikker. Samtidig med rygepolitikkerne har mange virksomheder fulgt op med tilbud om rygestopkurser. Det vil sige, at virksomhederne begyndte at hjælpe medarbejderen til at leve et sundere liv. Siden kom mange andre tilbud til, sådan at stadig flere arbejdspladser har mange former for tilbud til medarbejderne om at vælge sundt.

Det er ikke nyt, at virksomhederne interesserer sig for medarbejdernes helbred og livsstil. En lang række brancher, fx luftfarten og søfarten har af sikkerhedsmæssige årsager haft fokus på bestemte medarbejdergrupperes helbredstilstand. Det nye er, at virksomhederne synes at have interesse for alle medarbejders sundhed og livsstil.

4.5.2 Sundhed kan ikke ses på bundlinjen

For at få et bredere indtryk af med hvilke begrundelser og forventninger, virksomheder indfører sundhedsordninger for medarbejderne, har vi valgt at se på en række artikler i dagblade og magasiner fra de seneste år. Ved søgning på 'sundhed på arbejdspladsen', Infomedia, den 02.04 2007 og et år tilbage fik vi 288 artikler, ved at gå to år tilbage yderligere 294. Nogle var helt irrelevante i vores sammenhæng, men de fleste gav et umiddelbart aftryk af, hvad det er virksomhederne gør. Det drejer sig meget om rygning, alkohol, sund kost, motion, fitness, massage, fedme, stress og sygefravær.

De argumenter, der dukker op, er, at det drejer sig om at fastholde og tiltrække medarbejdere, nedsætte sygefraværet, og at det kan ses på bundlinjen.

En artikel fra 'Nyt job' (tillæg til Jyllands-Posten og Politiken) opsummerer mange af argumenterne. Her citeres Jørgen Falk, konsulent i Sundhedsstyrelsen, for følgende: *"Alkohol og rygevaner har vi for længst vænnet os til, arbejdspladsen blander sig i. Nu er motion og kost de store udviklingsområder, og de fleste virksomheder har sundhed som en del af personalepolitikken. De ser det som en måde at fastholde og rekruttere interessante medarbejdere på. Det er en trend hjulpet på vej af manglen på arbejdskraft."* Og videre *"Der er ingen tvivl om, at virksomheden også gør det, fordi det kan ses på bundlinjen. Hvis medarbejderne fungerer godt, producerer de også bedre."* ('Firmaer satser på sundhed', Nyt Job uge 6 2007, s.1).

Imidlertid ser det ikke ud til at sundhedsfremmeinitiativer generelt set har en målbar effekt. Kun 20% af de virksomheder, der har taget initiativ til sundhedsfremmende aktiviteter mener, at det i nogen grad eller i høj grad har haft den ønskede effekt. Det er markant lavere end en tilsvarende undersøgelse viste i 2002, hvor 50% havde den samme opfattelse. Virksomhederne byder selv ind med en mulig forklaring på den manglende effekt. Som forklaring peges på, at det tager lang tid at ændre virksomhedskulturen, at *"(...) medarbejderne ikke benytter tilbudene, og at virksomheden ikke yder den nødvendige støtte."* (www.sst.dk⁴⁵).

⁴⁵ http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CFF/Sundhedsfremme_05/Sundhedsfremme_05.pdf

4.5.3 Hvor går grænsen?

Nogle arbejdsgivere går mere håndfast til værks. Jumbo Stillads i Kolding har fx gennem et år givet ikke-rygerne et løntillæg for at være røgfri 24 timer i døgnet (JydskeVestkysten 7. januar 2006).

Den form for indblanding vil vi se mere af i fremtiden, mener Dansk Arbejdsgiverforening. Flemming Dreesen, ansættelseschef i DA, siger i artiklen: *"Det er blevet almindeligt, at arbejdsgiverne indgår aftaler med de ansatte om, at de skal kvitte smøgerne, tage sig eller dyrke motion, ellers får det konsekvenser af en eller anden art."* Han peger på, at det er en ny tendens i forhold til tidligere: *"Selvfølgelig handler det også om, at det går hurtigere på arbejdsmarkedet i dag. Man skal være mere effektiv. Men jeg opfatter det som en positiv udvikling, fordi det også betyder, at arbejdsgiverne bekymrer sig om de ansatte ud over arbejdstiden."* Den udvikling bryder fagforbundet 3F sig ikke om: *"Kolding-virksomheden går for vidt. Jeg kan ikke forestille mig, at medlemmerne kan lide tendensen til, at arbejdsgiverne blander sig i de ansattes livsførelse i fritiden,"* siger Ulla Sørensen, forbundssekretær, i samme artikel. Hun siger desuden, at *"Skal man holde op med at ryge eller tage sig, kræver det overskud, og det har vores medlemmer ikke. De er trætte, når de kommer hjem."*

I Århus skrev vrede pædagoger til rådmand Louise Gade (V), efter at hun præsenterede et udspil, som udpegede pædagogerne som rollemodeller, også når det gælder livsstil og sundhed. *"Det nytter jo ikke, at de opfordrer børnene til at leve sundt, hvis de selv ryger eller puster, når de går op ad trappen,"* sagde rådmanden. Det ville pædagogerne ikke finde sig i. *"Folk føler, at denne melding går over stregen i forhold til privatlivet. Men i øvrigt opfører pædagogerne sig altid som rollemodeller, men mennesker er altså væsentligt forskellige, også i den måde de ser ud på,"* sagde formand for BUPL, Henning Truelsegaard (JP Århus, 24.01. 2007).

HK-bladet gennemførte i april 2006 en meningsmåling blandt 644 medlemmer om, hvor grænsen for arbejdsgivernes indblanding i privatlivet går. Og den er knivskarp: Når medarbejderne forlader jobbet, vil de selv bestemme, hedder det i HK-Stat. Ifølge en undersøgelse, som Gallup har foretaget for ugebrevet A4 blandt 1002 lønmodtagere, har 11% inden for de seneste år oplevet, at ledelsen har interesseret sig for deres privatliv på en måde, som de har følt ubehagelig.

Det er bare begyndelsen, udtaler professor på Handelshøjskolen i København Ole Fogh Kirkeby til ugebrevet. Han vurderer, at det kun varer få år før det amerikanske fænomen 'life coaching' vil strømme ind over lønmodtagernes privatliv.

Bente Klarlund Pedersen, professor og formand for Det nationale råd for folkesundhed, skælder fagforeningerne ud. Hun mener, at de burde gå foran med krav om at få mere fysisk aktivitet ind i arbejdslivet. *"Men nogle kæmper imod med det besynderlige argument, at motion er en individuel sag, som samfundet og arbejdsgiverne ikke skal blande sig i. Det er en gammeldags holdning, og det er at lade medlemmerne i stikken."* (Pedersen, Helse ArbejdsLiv, april 2007).

Den er fagforeningerne ved at tage at tage til sig. LO har nedsat et udvalg, som arbejder med sundhed på arbejdspladsen. Flere forbund, herunder HK, havde sundhed på arbejdspladsen med som krav til overenskomstforhandlinger i 2007. Kravene var muligheder for motion, rygestopkurser, alkoholbehandling, sund kost, frugt, sundhedsforsikringer, krisehåndtering. Argumenterne var: Mindre sygefravær, bedre trivsel, stigende produktivitet og en positiv profilering af den enkelte virksomhed (HK, principielle krav, 2007).

Disse og flere udtalelser er eksempler på, hvordan sundhedsdiskursen er under forandring på den måde, at sundhed fortsat er et personligt ansvar, men ikke udelukkende et privat anliggende. Alle synes at indordne sig sundhedsdiskursen – også når den bevæger sig ind på arbejdspladsen og opløser skellet mellem arbejdsliv og privatliv.

Det at sundhedsfremmeordninger tilsyneladende ikke kan ses direkte på bundlinjen eller andre steder, afspejler sig ikke i et tilsvarende fald i andelen af virksomheder, der tilbyder sundhedsfremmeordninger. Tværtimod. Det får os til at konkludere, at virksomhederne generelt skriver sig ind i sundhedsdiskursen, om end det sker fra en virksomhedsdiskurs. Forventningen er, at det kan betale sig at investere i sundhedsfremme, fordi det gør virksomheden til attraktiv arbejdsplads. De forudsætter, at de (arbejdsgiverne) og medarbejderne er enige om, at sundhedsordninger er en positiv ting.

I de artikler, vi har fundet, er der kun få virksomheder eller medarbejdere, der opfatter initiativerne som en del af en samfundsmæssig opgave. Det partnerskab, som regeringen forestiller sig og appellerer til i 'Sund hele livet' eksisterer tilsyneladende ikke i virksomhedernes verden. Det, der driver virksomhederne, er, hvad de opfatter som deres egne interesser og her spiller medarbejdertilfredshed og det at være en attraktiv arbejdsplads en stor rolle.

5 Sundhedsfremme i praksis – teori og metode

I afhandlingens empiriske del undersøger vi, hvorfor PDs ledelse iværksætter sundhedsfremmende initiativer. Med projektet 'Bliv godt kørende' ser vi endvidere på, hvordan et konkret initiativ kommunikerer til chaufførerne, og hvordan de reagerer.

Undersøgelsen tager afsæt i en forståelse af kommunikation som dialog mellem sensegiver (afsender) og sensemaker (modtager). Som nævnt i kapitel 3 er *sensemaking* en proces, hvor sensemaker konstruerer og rekonstruerer mening, således at en forandring bliver meningsfuld, dvs. 'makes sense'. *Sensegiving* er en proces, hvor afsender (sensegiver) forsøger at påvirke modtagers (sensemakers) meningskonstruktion i en ønsket retning.

5.1 **Kommunikation som sensegiving og sensemaking**

Begrebet sensegiving findes hos Gioia & Chittipeddi, der bruger begrebet om de processer, hvor den ene part (afsender) forsøger at påvirke de andre deltagers (modtagers) meningskonstruktion i en ønsket retning (Gioia & Chittipeddi 1991, s. 442).

Gioia & Chittipeddi fokuserer på sensemaking som konstruktion af mening for at udvikle en meningsfuld referenceramme for "*understanding the nature of the **intended strategic change***" (Gioia & Chittipeddi 1991, s. 442, vores fremhævnings). Dervin bruger begrebet sensemaking på en anden måde. Sensemaking er for Dervin den proces, hvor individet konstruerer mening for at få nye situationer til at give mening i relation til deres **hverdagsliv** (Dervin 2003, s. 223, vores fremhævnings). Sammenlignet med Gioia & Chittipeddi drejer Dervin således fokus væk fra afsenders intenderede mening over til et rent modtagerperspektiv.

I analysen af sundhedsfremme hos PD ser vi ledelsen som sensegiver og medarbejderne som sensemakere. I analysen af chaufførernes holdning til og brug af ledelsens sundhedsfremmeinitiativer tager vi afsæt i Dervins brug af sensemaking begrebet.

Dervin opfatter individet i fænomenologiske termer som en *body-mind-heart-spirit* i konstant bevægelse i tid og rum⁴⁶ og dermed altid under potentiel forandring. Individet er forankret i materielle vilkår med en fortid og erfaringer, en nutidig dagligdag og med forventninger, drømme og ambitioner for fremtiden (Dervin 2003, s.7, s. 139).

Individet (modtager) bruger information til at opfylde sine behov og er således kun opmærksom på information, som har personlig relevans (Dervin 2003, s. 216). Der er tale om motivationel relevans, hvor noget bliver relevant, fordi det kan fungere som redskab til at opnå mål og planer, eller bygger på tidligere erfaringer eller livsholdninger mv. (Pedersen 2003, s. 36). Vi kan således kun forvente, at vores chauffører vil inddrage projektet 'Bliv godt kørende' i deres sensemaking i det omfang, de finder, at initiativerne kan fremme deres mål eller bygger på deres erfaringer eller livsholdninger mv.

Dervin fokuserer bl.a. på, hvordan individet opfylder sit informationsbehov og i sin hverdag anvender den mening, han eller hun konstruerer ud fra informationen. (Dervin 2003, s. 254). Men den konstruerede mening er aldrig begrænset til afsenders intention. Den beriges altid af de realiteter, individet bringer med sig fra sin livsverden. Dervin påpeger derfor, at modtager konstruerer sin egen information (Dervin 2003, s. 219-20).

Dervin har udviklet en interviewmetode, der netop tager sigte på at afdække respondentens brug af information, og hvordan respondenterne bruger resultaterne af sin sensemaking i hverdagen. Interviewmetoden omtales nærmere i afsnit 5.2.

⁴⁶ *Tid* er både kronologisk tid og selve de forandringer, der sker over tid, fx dagens contra morgendagens videnskabelige 'facts'. *Rum* er fx forskellige kulturer, kontekster eller materielle forhold (Dervin 2003, s. 237).

5.1.1 Governmentality og det handlende individ

Hos Dervin møder vi altså et individ, der konstruerer og bruger information for at fremme sine personlige mål. Vi har med andre ord at gøre med et aktivt, handlende individ. Det er her på sin plads at nævne, at vi ikke ser Dervins informationsbrugende og 'sensemakende individ' som en modsætning til governmentality begrebet og det selvstyrende subjekt, der handler inden for 'boblen af frihed'.

Den governmentale ledelsesform styrer menneskers selvstyring af deres eget liv og adfærd. Der sker ved at mennesket udvikler en selvpraksis, der tager sigte på at handle i overensstemmelse med den aktuelle diskurs. Denne ledelsesform forudsætter netop de styrede subjekters kapacitet som frie aktører (Otto 2003, s. 2). Kapaciteten som frie aktører opstår, da

"Formningen af [individet som] subjekt(et) sker i en dobbeltsidet proces: på den ene side er subjektet formende og konstituerende (det fænomenologiske aspekt), på den anden side formes subjektet også af forskellige objektgørelser" (Otto 2003, s. 2).

Vi ser Dervins individer som frie aktører, der handler inden for boblen af frihed. Vi har set, at vores chauffører deler forestillingen om det sunde liv, der italesættes i den aktuelle sundhedsdiskurs. En diskurs der præger bevidstheden om livets sammenhænge. Vores chauffør ved, hvad der er sundt og usundt, og hvordan de bør handle.

5.1.2 Sensemakingmetaforen

Et *body-mind-heart-spirit* individ under konstant potentiel forandring, med en fortid, en nutid og fyldt med forventninger og ambitioner for fremtiden. Dette er udgangspunktet for Dervins forståelse af sensemakingprocessen. Processen illustreres med en metafor, hvor 'situation', 'gap', 'bridging' og 'helps/outcomes' er centrale begreber. Begreberne gennemgås her i grove træk:

Gap

Et gap – på dansk brud - opstår, når hverdagslivets kontinuitet brydes, og den kendte mening ikke slår til. Man bliver fx forvirret, usikker, eller stiller spørgsmål til situationen. Gaps kan opstå overalt i hverdagen, i stort og småt. Fx i samvær med andre, når man modtager uventet eller uforståelig information, eller når man søger at nå et mål (Dervin 2003, s. 223). I vores eksempel kan det, at man præsenteres for noget så uvant på en arbejdsplads som en kagebog, være et muligt gap. At arbejdsgiveren begynder at interessere sig for medarbejdernes sundhed, er et andet eksempel på et muligt gap.

Gaps er kognitive forestillinger og derfor individuelle. Forskellige chauffører vil således se forskellige gaps i samme situation.

Situation

Sensemaking tager altid udgangspunkt i en konkret situation, hvor individet, her chaufføren, observerer et gap. Chaufføren definerer situationen på baggrund af konteksten og sine erfaringer, sin dagligdag og sine forventninger til og ambitioner for fremtiden.⁴⁷

Bridge

Stående overfor et gap vil mennesket altid søge at få situationen til at give mening; man begynder at konstruere en mening, der kan bridge – bygge bro over – det observerede gap. Vores chauffører har måske behov for at afklare deres holdning til 'arbejdsgiverens interesse for medarbejderne sundhed'. Eller for at overveje om projekt 'Bliv godt kørende' kan fremme et personligt mål.

I metaforiske termer sensemaker man altså ved 'bridge et gap'. Det er mange måder at 'bridge-gappe' på. Man kan fx bruge sine erfaringer og gentage handlinger, der har virket tidligere. Eller bruge andres erfaringer. Og information kan ikke alene udløse et gap, men kan også bruges til at bridge. Også idéer, planer, holdninger og værdier kan bruges, eller man kan lade sig lede af sine følelser eller sin intuition. Det hele er eksempler på potentielle bridging-redskaber i en eller anden kontekst.

Ikke alene vil forskellige chauffører se forskellige gaps. De vil også bridge samme gap forskelligt afhængigt af deres erfaring og vurdering af situationen og af deres forventninger til og planer for fremtiden (Dervin 2003, s. 256).

Outcomes - Helps

En ny mening – sense – er konstrueret, og hverdagslivets kontinuitet genoprettet, når chaufføren vurderer, at han har bygget en bridge, der har ført over gabet. Resultatet af chaufførens bridge-gapping udtrykkes i outcomes og helps. Outcomes kan fx være indflydelse eller påvirkning, mens helps er hjælp eller støtte, fx til at løse et problem eller nå et mål. Eksempelvis kan det for chauffører i PD være et problem at få sund mad, fordi de kører meget eller arbejder på skæve tidspunkter. Help kan fx være, at projekt 'Bliv godt kørende' giver en chauffør en idé eller en handlingsanvisning til, hvordan han kan få sundere mad i løbet af dagen.

Outcomes og helps er de måder, hvorpå chaufføren aktivt bruger sin nye forståelse. Vi vurderer, at overgangen mellem helps og outcomes er flydende, og i vores analyse af interviewdata skelner vi ikke mellem begreberne.

For ikke at forstyrre fremstillingen af analysen med begreber fra sensemakingmetaforen har vi udvalgt relevante eksempler på chaufførernes konkrete sensemaking og placeret dem sidst i kapitel 7.

⁴⁷ Dervin antager, at sensemaking kun kan forstås ved at se på "individet i kontekst", incl. den sociale kontekst. Men Dervin kan ikke acceptere, at individet alene defineres af den sociale kontekst, da det ikke efterlader rum til modstand, forandring og intervensering m.m. (Dervin 2003, s. 333).

5.2 Medarbejderinterview

I interviewene med chaufførerne har vi taget udgangspunkt i et modificeret Time-Line interview. Metoden indgår i Dervins sensemakingmetodologi⁴⁸. Ved at bruge denne metode er det muligt at koble resultaterne af respondentens sensemaking til hans eller hendes holdning og handling. Metoden viser samtidig, hvordan disse holdninger og handlinger hænger sammen med personens hverdag, herunder de sociale strukturer personen lever i, og den information han eller hun bruger (Dervin 2003, s. 223).

Time-Line interviewmetoden lægger op til åbne kvalitative enkeltmandsinterview, hvor den enkelte chauffør fortæller om sine erfaringer, og interviewer primært lytter. Respondenten fortæller om sin livsverden og sine erfaringer ved at beskrive situationen, definerer hvilke gap han ser, fortælle hvordan han bridger sine gaps, og hvordan han bruger sin nye forståelse. (Dervin 2003, s. 257).

Konkret spørger interviewer om, hvad der skete i situationen. Når respondenter har beskrevet situationen trin for trin, spørger interviewer for et eller flere trin (kaldet Time-Line Step), hvilket gap respondenter så, hvordan dette gap blev bridged, og hvordan respondenter brugte den nye forståelse, han fik fra sin bridge-gapping.

Interviewet bliver således 'guidet' af strukturen 'situation – gap – bridging – outcome', men i den rækkefølge, respondenter sætter.

Interviewundersøgelser efter Time-Line metoden adskiller sig fra traditionelle interviewundersøgelser ved ikke at spørge ind til afsenders intenderede effekt. I stedet fokuseres på respondenternes erfaringer. Selvom deres erfaringer varierer, ordnes erfaringerne systematisk ved metodens fokus på situation – gap - bridging - outcome (Dervin 2003, s. 281). Dermed er det muligt at sammenholde og analysere data fra flere interview.

Da det var første gang, vi brugte metoden, valgte vi fra starten at kombinere den meget åbne tilgang med en semistruktureret del, så vi var sikre på at få belyst vores arbejdsspørgsmål. Chaufførerne var dog mindre talende, end vi havde forventet, og vi måtte derfor stille flere konkrete spørgsmål, end vi havde regnet med. Vi kan se, at vi ikke har undgået ledende spørgsmål. Men vi vurderer, at alle vores spørgsmål relaterede sig til projektets potentielle relevans i chaufførernes hverdag, snarere end til ledelsens intenderede effekt.

⁴⁸Dervins metodologi omfatter også en metode til analyse af interviewdata, en såkaldt verbingsanalyse. Metoden kategoriserer data på en meningsfuld og så neutral som mulig måde. Kategorierne udtrykker, hvad der hæmmer og fremmer respondenternes bridge-gapping. Og ved at benytte denne viden, kan afsender kvalificere sin fremtidige information. Vi har ikke brugt analysemetoden, da vi ikke ser på, hvordan ledelsens informationsindsats kan kvalificeres, men er interesseret i at følge sundhedsdiskursens udbredelse på arbejdspladsen.

5.2.1 Interviewsituationen

For at skabe en afslappet stemning bad vi først chaufføren fortælle om sin arbejdsdag. Vi indledte selve interviewet med at bede chaufførerne beskrive, hvad der skete, da de fik kogebogen og vandflasken udleveret. Vi vidste på forhånd, at det var sket under en mindre event.

Herfra tog interviewene forskellige drejninger: Nogle chauffører havde kun deltaget i en del af eventen, fordi de kom hjem fra eller skulle ud på posttur, (men alle havde fået kogebogen og vandflasken udleveret). Og af de chauffører, der havde været til stede i længere tid, var ikke alle vant til gengive og beskrive situationer uden for den daglige rutine.

I nogle interview måtte vi derfor afvige fra interviewstrukturen i den forstand, at vi kun havde en spinkel beskrivelse af eventen, der udgjorde grundlaget for Time-Line interviewet.

I stedet spurgte vi generelt ind til, *hvad* chaufførerne syntes om den del af eventen, de havde overværet, *om* kogebogen og vandflasken var relevant; *om* projektet rummede nye informationer, som chaufføren kunne bruge eller havde behov for at få forklaret/suppleret; *om de* fik idéer til, hvordan de kunne ændre vaner. Og *om* de brugte den nye viden og havde ændret vaner.

Ud over projekt 'Bliv godt kørende' fortalte chaufførerne om to andre initiativer, som vi inddrog i analysen: Frugtordninger og rygestopkurser. Ifølge virksomhedens nye rygepolitik må medarbejderne ikke længere ryge indendørs, men til gengæld tilbyder PD gratis rygestopkurser.

Uden for Time-Line-skabelonen spurgte vi, hvilken rolle det spillede, at 'Bliv godt kørende' er iværksat af ledelsen. Med spørgsmålet ønskede vi at få afdækket chaufførernes holdninger til ledelsen som aktør på sundhedsområdet.

6 'Bliv godt kørende' et initiativ til sundhedsfremme

Som en indledning vil vi kort skitsere projektet 'Bliv godt kørende' – et sundhedsfremmeinitiativ i en PD. Vi indleder ledelsesanalysen med en projektbeskrivelse, idet 'Bliv godt kørende' er resultatet af et ledelsesinitiativ – ikke et medarbejderinitiativ. Dernæst vil vi – med udgangspunkt i vores arbejdsspørgsmål – analysere, hvorfor PDs ledelse iværksætter sundhedsfremmeinitiativer, hvad den konkret gør, og hvordan initiativerne kommunikeres.

Analysen er baseret på interview med en divisionsleder (DL), en afdelingsleder (AL), en sundhedsansvarlig (SA). Desuden to sundhedskonsulenter (SK øst og SK vest) og endelig to teamledere (TL 1 og TL 2).

Deres forskellige positioner giver naturligvis forskellige perspektiver på organisationen som helhed og på det konkrete projekt 'Bliv godt kørende'. DL, AL og SA har blik for en

overordnet strategisk tilgang til og forståelse af sundhedsfremmeinitiativet. Sundhedskonsulenterne er i højere grad optaget af deres rolle i forhold til målgruppen og overvejelser over, hvordan de bedst muligt formidler sundhedsfremmeinitiativer. Teamlederne, som har deres daglige gang blandt målgruppen, chaufførerne, betragter sundhedsinitiativerne som en del af en travl hverdag med mange gøremål.

Teamlederne er især medtaget som interviewpersoner, idet de forventes at påtage sig en ledelsesmæssig rolle i arbejdet med sundhedsfremme.

Med kommunikationen af projekt 'Bliv godt kørende' betragter vi ledelsen som sensegiver, der som afsender søger at give mening til problemstillingen 'sundhed på arbejdspladsen'. Dermed tilbyder ledelsen en bestemt forståelse af problemstillingen, som søges udbredt til målgruppen: chaufførerne.

6.1 'Bliv godt kørende'

Projektet 'Bliv godt kørende' er et forsøg på at give PDs chauffører redskaber og inspiration til at spise sundere og drikke mere vand. Konkret består projektet i en kokebog, en vandflaske, to pjecer og en præsentation af initiativet ude i chaufførstuerne. Opskrifterne i kokebogen er chaufførernes egne i en 'lettere' udgave. Ideerne blev indsamlet i forbindelse med, at sundhedskonsulenterne besøgte chaufførerne og tilbød dem et sundhedstjek. Opskrifterne er blevet til i samarbejde med studerende fra Suhrs Seminarium. Sundhedskonsulent SK øst fortæller om baggrunden:

"Det skulle være sjovt. Vi kunne lide tanken om, at det ikke var salat, men deres egne livretter, som er gjort 'lovlige' med andre råvarer og en anden tilberedning. (...) Chauffører er lidt nogle 'lonely cowboys'. De bruger ikke kantinerne og føler sig måske lidt udenfor. De er en svær målgruppe at fange. Derfor ville vi gøre bogen personlig." (SK øst).

Kokebogen er i A5 format, er forsynet med et plastikomslag, har 42 sider og anvender tegninger og farvefoto som illustrationer. I forordet står: *"Sundhed & Velvære har fokus på medarbejdernes sundhed og trivsel og er et tilbud til alle ansatte i PD. 'Lettere Livretter - chaufførernes kokebog' er en del af Sundhed & Velværes indsatser indenfor kost og ernæring. (...) Chaufførerne i Post Danmark og deres lastbiler er på farten 24 timer i døgnet, og kører ca. 41 mio. km. om året fordelt på 676.000 faste ture. De ca. 1250 chauffører arbejder primært morgen, aften og nat, hvilket er en stor udfordring for deres sundhed og velvære. Denne kokebog er udarbejdet på baggrund af vores samtaler med chaufførerne om deres livretter, kost og sundhed."*

Kokebogen er inddelt i to dele:

1. et informerende afsnit om kostens sammensætning (s. 1 -16) og
2. et afsnit med chaufførernes egne opskrifter i fedtfattige udgaver (s. 17 - 41).

Det første afsnit giver et grundigt indblik i, hvad kosten består af, hvad der kan betegnes som en sund og alsidig kost og dens betydning for velværet, og hvad der bør indtages i små mængder og helst helt undgås.

Der er afsat to sider til hver opskrift. Opsætningen er overskuelig, og de korte tekster giver et luftigt layout. Kokken præsenteres med foto, og efter opskriften følger informationer om rettens energifordeling.

Kogebogen findes i to oplag. Første oplag, som er omtalt ovenfor, blev præsenteret i Ålborg, Århus og Fredericia og gav anledning til en del presseomtale. Andet oplag er udbygget med en guide til indkøb af sunde mellemmåltider på tankstationerne og med nye opskrifter fra de sjællandske chauffører.

Foruden kogebogen har chaufførerne fået udleveret en vandflaske. Vandflasken skal dæmme op for chaufførernes betydelige forbrug af læskedrikke.

I forbindelse med præsentation af kogebog og vandflaske iværksatte Sundhed & Velvære små lokale events i chaufførstuerne. Sundhedskonsulenten og de studerende fra Suhrs Seminarium etablerede en sundhed- og velværebod i chaufførstuerne eller andre centrale steder. Præsentationen foregik over en eller flere dage. Ideen med at møde chaufførerne i det daglige var naturligvis først og fremmest at udlevere kogebogen, men også at give sundhedstips og information om øvrige aktiviteter. For at markedsføre initiativet og anskueliggøre budskabet blev der udleveret en madpakke eller et mellemmåltid. Chaufførerne blev informeret om arrangementet i forvejen af deres teamleder eller kommunikationsansvarlige, ligesom der var opsat plakater og lagt foldere ud.

Folderen 'Bliv godt kørende – sæt fart på sundheden' skal appellere til chaufførernes ansvarlighed. Argumenterne for at spise sundt er, at *"(...) et godt helbred fremmer fysisk og psykisk velvære. Det kan styrke din koncentration og i sidste ende forebygge skader og arbejdsulykker"*. Argumentationen underbygges med små faktabokse med informationer som: *"Vidste du? At usund kost kan forlænge en chaufførs reaktionstid og bremselængde med 30 meter ved 70 km/t."*

6.2 Noget skulle der ske

Projektet 'Bliv godt kørende' er udviklet af SA, SK øst og SK vest. Til sammen udgør de afdelingen 'Sundhed & Velvære', som hører under udviklingsafdelingen, der er en del af staben i PD. Der er cirka 5000 ansatte i PD, heraf 1250 chauffører. PDs overordnede ledelse og staben er placeret i København. I øvrigt består PD af fire postcentre med hver sin direktør og administration og en transportenhed med egen ledelse. Chaufførerne er tilknyttet de fire postcentre og fire chaufførcentre. De otte centre ligger fordelt over hele landet.

Alle chauffører og postarbejdere arbejder i selv bærende team og refererer først og fremmest til lokale team- og kørselsledere. De selv bærende team har været organiseringen i hele Post Danmark siden 1998. På det tidspunkt var der, ifølge AL, nødt til at ske noget. Post Danmark var præget af konstant konflikt med mange

arbejdsnedlæggelser og et højt sygefravær. Dengang var det ikke ualmindeligt, at ledelsen kunne læse i pressen, hvad medarbejderne mente og omvendt kunne medarbejderne læse i pressen, hvilke initiativer ledelsen barslede med (AL 2007).

Vendepunktet kom med projektet TIK (Total Involvering i Kvalitet) som blandt andet inspirerede til en ny måde at snakke ledelse på (AL 2007).

AL siger, at sundhedsinitiativerne er et resultat af DLs engagement. AL tror, at han har set rigtigt; sundhedsfremme er på mange måder vejen frem.

6.3 Virksomheden: Det ansvarlige fællesskab

Helt i tråd med regeringens 'Sund hele livet' er både AL og DL opmærksomme på, at virksomheden spiller en rolle i forhold til en række af de livsstilsvalg, den enkelte træffer. AL er især opmærksom på, at det hårde arbejde, herunder særligt natarbejde, kan gøre det vanskeligt for den enkelte at træffe det sunde valg. Som hun siger, det kan være kulturen, de muligheder de har, arbejdstiderne (AL 2007).

DL fokuserer ligeledes på virksomhedens muligheder for at hjælpe, men med et andet fokus. Det høje sygefravær betød, at PD var nødt til at lede efter årsagerne. DL betragter sundhedsfremmeinitiativerne som de redskaber, der kan hjælpe medarbejderne til at leve deres liv bedre, så de bliver en bedre arbejdskraft og samtidig får generel bedre livskvalitet (DL 2007).

Der tegner sig umiddelbart tre spor i den øverste ledelses argumentation for at iværksætte initiativerne: Nedbringelse af sygefravær, øget medarbejdertilfredshed og markedsføringen af PD som en attraktiv arbejdsplads.

AL tager det brede sundhedsbegreb til sig. Hun siger, at ikke alene har gode vaner betydning for nedslidning, i arbejdslivet såvel som i privatlivet, men at sygefravær også kan relateres til, hvor glad man er (AL 2007). AL fokuserer således på det hele menneske, måske på baggrund af sine erfaringer med det høje sygefravær og det dårlige psykiske arbejdsmiljø tilbage i midt- og sen 90'erne. Sygefravær nævnes hele vejen rundt: Fra topledelse til medarbejdere er alle klar over, at sygefraværet koster virksomheden dyrt, og at det skal nedbringes.

Tilfredse medarbejdere giver tilfredse kunder. DL er ikke i tvivl. Det er svært at gøre kunderne tilfredse, hvis ikke medarbejderne er det (DL 2007). AL følger trop, og til trods for, at der pt. er målt et dyk i medarbejdertilfredsheden, så tror hun på det lange seje træk og på, at det havde set værre ud, havde PD intet gjort (AL 2007).

Ifølge DL, så stiller kampen om de unge krav til virksomhederne. Det er vigtigt, at rammerne er i orden og bliver bedre. PD ønsker desuden at fastholde medarbejderne og er klar over, at det ikke er et spørgsmål om løn alene (DL 2007).

AL taler også om kampen om de små årgange og behovet for, at virksomhederne profilerer sig positivt. Hun tvivler på, at den enkelte chauffør vil bekræfte, at han tog jobbet på grund af frugtordning og fysioterapi. Hun henviser til sundhed som et generelt

samfundsmæssigt tema, som virksomheden ikke kan komme uden om. Hun mener, at PD skal følge med, og at de nok skulle høre for det, hvis ikke de gjorde noget (AL 2007).

AL og DL deler opfattelsen af kampen om arbejdskraften. I denne kamp er sundhedsdiskursen blevet så altomfattende, at virksomheden ikke synes at træffe ét af flere mulige valg – sundhed er et samfundsmæssigt tema, som også virksomhederne må indoptage.

Betydningen af en positiv profil kan ikke undervurderes. Som ledelsen påpeger, så er den afgørende i konkurrencen om arbejdskraften. Gode arbejdsvilkår er naturligvis afgørende for nuværende medarbejdere, men også virksomhedens omdømme ligger dem på sinde. Således siger teamleder 1 *"(...) jeg kunne godt tænke mig, at vi fik et ry [á la Novo] – men jeg tror også, vi har det. Vi kan jo se, vi har jo ikke så store problemer i at få medarbejdere – det er lidt mere med at holde fast på dem. Det kan knibe lidt. Men det, tror jeg, hænger meget sammen med vores arbejdstider."* (TL 1 2007).

6.4 Mestringsstrategier

Som vi skrev i kapitel 4, så har arbejdstagerorganisationerne været skeptiske i forhold til virksomhedernes sundhedsfremmeinitiativer. SA mener, at de formentlig frygter for opdelingen af medarbejderne i A- og B-medarbejdere, for som hun siger *"(...) betyder det så, at man siger, at en god arbejdskraft er slank og ikke-rygende, mens en dårlig arbejdskraft er dem med forhøjet blodtryk, der vejer 30 kilo for meget? Hvis man er benhård, så er det faktisk"* (SA 2007). SA interesserer sig nu for, om sundhed bliver et tema ved de kommende overenskomstforhandlinger. Hun forudser, at sundhedsfremmeinitiativer ligefrem kan blive et medarbejderkrav (SA 2007).

Og hvad tilbyder PD så medarbejderne i bestræbelserne på at nedbringe sygefraværet og på at skabe de bedst mulige rammer for 'det sunde valg'? 'Bliv godt kørende' er et spørgsmål om 'hjælp til selvhjælp'. DL siger, at virksomhedens ansvar ligger i at se på de vilkår, virksomheden giver medarbejderne for selv at gøre noget (DL 2007). Der er ikke udstedt direktiver, forbud eller påbud til medarbejderne. I stedet søger PD at 1) appellere til medarbejderne inden for rammerne af den fælles sundhedsforståelse, at sundhed er et ubetinget gode, og 2) udstyre medarbejderne med forskellige mestringsstrategier, der skal hjælpe dem til at træffe de rigtige valg på deres vej til et sundere liv.

'Bliv godt kørende' er blot ét i rækken af sundhedsfremmeinitiativer som Sundhed & Velvære har udviklet. Rygestopkurser, fysioterapi, væggtabskurser, 'drik-vand'-kampagner, 'vi cykler til arbejde'-kampagner er blandt PDs tilbud. Mere interessant er det imidlertid, at PD også efteruddanner mellemledere og sikkerheds- og tillidsrepræsentanter i vigtigheden af at beskæftige sig med sundhed og velvære, fysisk og psykisk trivsel (SK øst 2007).

6.5 Svært at komme ud over rampen

I forhold til 'Bliv godt kørende' havde sundhedskonsulenterne meget forskellige oplevelser af succesraten. SK vest er ikke i tvivl om, at Århus kom bedst fra start, dels fordi det er hendes base, og derfor har hun været meget til stede, dels fordi der var nogle engagerede kørselsledere og sidst, men ikke mindst, var Århus første postcenter, der fik kogebogen, og det lykkedes at få skabt medieomtale af initiativet. Om sin egen rolle siger SK vest "(...) det gælder alle virksomheder. Jo mere synlig man er, jo mere engagement skaber man måske også. (...) jeg [kunne] mærke, at det var nogen ledere, som gerne vil det her, som tror på, at det kan sænke sygefraværet, skabe trivsel eller hvad det nu måtte være. Men dermed skal man ikke undervurdere, hvor meget tid jeg er derovre i forhold til de andre steder." (SK vest 2007).

Samme oplevelse har SK øst: "Vi har størst succes, når vi ser folk i øjnene." (SK øst 2007). Hun siger videre, at "Vi vinder tillid ved ikke at spille eksperter på sundhed, men lytte til, hvad de vil. Chaufførerne virker glade for, hvad vi laver, og teamlederne er glade for, at der sker noget og vil gerne hjælpe til." (SK øst 2007).

Til trods for den gode modtagelse, så oplever konsulenterne også deres arbejde som trægt. "Det er, som om mange lever i en osteklokke. De møder på arbejde og går hjem igen. De orienterer sig ikke i de medier, vi har. Vi har opslagstavler, info-møder, blad. Men mange har ikke en kultur for at søge skriftlige informationer. (...) De vil hellere hjem, handle, hente børn." (SK øst 2007).

SK øst leverer selv et muligt bud på den manglende tilslutning, idet hun siger "alle tilbud ligger uden for arbejdstiden. For ellers ville det gå ud over produktiviteten." Kun helbredsundersøgelser godtgøres. På trods heraf "(...) var det kun 200 af de 1200 på Sjælland, der gennemførte en helbredsundersøgelse." (SK øst 2007).

"Før kogebogen blev til, havde vi tilbud om kostvejledning og vejning ude i chaufførstuerne, og de studerende [fra Suhrs Seminarium] var ude at samle opskrifter hos chaufførerne. Der var ikke mange, der ville vejes og have vejledning. Ingen i København. 6 i Brøndby og Odense. Men vi betragtede det også bare som et middel til at nå målet – at de studerende skulle ud og skabe tillid omkring kogebogen." (SK øst 2007).

Vi hælder umiddelbart til den forklaring, at der er forskel på at modtage en koge bog, en vandflaske, to foldere og et sundt mellemmåltid ved en mini-event og på at stille sig op i kø til vejning og kostvejledning hos sundhedskonsulenten. Førstnævnte kræver et minimum af deltagelse, boden var stillet et centralt sted, og chaufførerne fik oven i købet noget med sig hjem. Når man melder sig til vejning og kostvejledning hos sundhedskonsulenten, så signalerer man, at man har et behov, dvs. at der er problemer med vægten og/eller kosten. Og man risikerer at få noget ubehageligt at vide om sin egen sundhed.

Under alle omstændigheder så har sundhedskonsulenterne følt, at de skulle 'ses an'. *"(...) der er en tilbageholdenhed. (...) nu har jeg været derovre og lave events en tre-fire gange, hvor jeg kan se, den her chauffør er helt klart i risikogruppen. Han er chauffør, meget overvægtig og ikke særlig fysisk aktiv. Men hvor han aldrig har henvendt sig (...), men han er blevet mere mere og mere interesseret og aktiv, hvor jeg så var henne og tale med ham, hvor han sagde til mig, du skal regne med, at jeg har været ansat her i 18 år og lige pludselig kommer der sådan noget her. Jeg skal have tid til at finde ud af, hvad det er for noget, hvad det er, I vil, og om det er noget, der bliver ved."* (SK vest 2007).

SK vest giver udtryk for, at hun mangler værktøjer til at opfange og videreformidle de gode historier *"(...) En chauffør kom hen og fortalte, at det [opskriften på smoothies] var til hans datter, og det var det, de skulle hygge med i weekenden. Og det er sådan nogle bittesmå succesoplevelser, som jeg tror, der er flere af. Men jeg hører ikke alle, og jeg har svært ved at finde ud af, hvad jeg skal spørge ind til for at få alle de her historier."* (SK vest 2007).

6.6 Spørgsmål om sundhedsadfærd legitimeres

Det øgede fokus på sundhed giver ikke alene medarbejderne en række konkrete redskaber, det åbner også for mellemlidernes mulighed for at bringe sundhedsadfærd på banen ved fx sygesamtaler. Teamleder 1 mener godt, at han ved en sygesamtale kan *"(...) foreslå at lave en kostoplægning. Man brugte de tilbud, der ligger i Post Danmark – det kan jeg godt tage ind i samtalen. Jeg kan ikke diktere ham noget, men jeg kan give ham et forslag."* (TL 1 2007). Men i det daglige afviser han at tage affære *"Jeg kan jo ikke sige til en chauffør, at nu skal du huske at tage fem gulerødder med og spise dem. Så er jeg inde over privatlivets fred."* (TL 1 2007). Teamleder 1 er med andre ord parat til at bringe PDs sundhedsinitiativer aktivt i spil i forhold til den enkelte medarbejder, hvis han vurderer, at vedkommendes sygefravær skyldes livsstilsproblemer.

Han synes, at virksomheden har høje standarder for sundhed og velvære og mener, at tilbuddene vidner om en virksomhed, der drager omsorg for sine medarbejdere. Han understreger, at grænsen går, hvor der udstedes direktiver, men i øvrigt at han nok ville *"(...) tage det mere negativt, hvis de bare var fuldkommen ligeglade med, hvordan medarbejderne havde det."* (TL 1 2007).

Teamleder 2 vil også gerne gøre en forskel i det daglige *"Jeg synes, det er helt perfekt, at vi har nogen specialister til at sætte noget i gang. Så skal jeg gerne hænge plakater op og sælge det, så godt jeg kan."* (TL 2 2007).

SK vest understreger betydningen af, at mellemlidende tager sundhedsfremmeinitiativerne til sig og udbreder dem blandt medarbejderne. Hun *"(...) ser gerne, at alle kørsels- og produktionsledere, og dem der er ledere for forskellige team, bliver foregangsmænd/-kvinder. At de kender til vores tilbud, at de kan sige til medarbejderne, vi har de og de tilbud, du skulle tage at benytte dig af, hvis du har*

behov for det. At de træder frem så medarbejderne kan se og mærke, at de synes, det er et godt tiltag. At de i sygesamtalerne kan bruge vores tilbud og sige: Vi har altså de her kurser, du kan henvende dig der og der.” (SK vest 2007).

Tilsyneladende er både Teamleder 1 og Teamleder 2 de ambassadører, som SK vest ønsker sig.

DL er opmærksom på, at der mellem linierne sker en grænseoverskridelse mellem privatliv og arbejdsliv, men ser ikke umiddelbart et problem heri. Han siger fx, at deres hidtidige medarbejdertilfredshedsundersøgelser var for brede. Og videre at der var brug for at komme tættere på – også på tabuområder. Fordi vi er hele mennesker, er spørgsmålet om forholdet mellem arbejde og familie, private forhold, relevant. Det, vi slæber med hjemmefra, har indflydelse på arbejdet (DL 2007). I forhold til fx stress opfatter DL PD rolle som omsorgsfuld, forstående og støttende. PD har efteruddannet chefer og ledere i stresshåndtering og siger, at PD ikke kan ændre medarbejdernes liv, men se symptomerne og tage en dialog om, hvad det vil sige at have travlt. Det er et signal om, at det er et område, vi synes er relevant, og som vi gerne vil tale om og gøre noget ved (DL 2007).

AL understreger, at der er og skal være tale om frit valg, men at virksomheden kan flytte medarbejdernes holdninger; at virksomheden har en rolle som holdningspåvirkere (AL 2007). Hun står undrende over for fagforeningernes afvisende holdning til, at arbejdsgiverne blander sig og tilslutter sig Bente Klarlunds udmelding om, at det er at svigte medlemmerne⁴⁹ (AL 2007).

6.7 Post Danmark i sundhedsdiskursen

Sundhed er blevet en integreret del af det at være ansat i Post Danmark. Som DL siger, så ser PD sundhed som en del af samarbejdet i hele virksomheden. Det er en naturlig del af at være ansat i PD. Det er en del af 'pakken' (DL 2007). Det siger DL på trods af, at sygefraværet faktisk steg, efter at sundhedsfremmeinitiativerne blev igangsat. Der er dog næppe en direkte sammenhæng, mener han. Han kender ikke årsagen, men en stor medarbejderudskiftning (6.000 af 22.000 stillinger på årsbasis) kan være en del af forklaringen. Desuden mangler PD at se konkrete resultater som følge af initiativerne; at færre ryger og flere er mere tilfredse (DL 2007).

Også AL er opmærksom på denne problemstilling. På trods af, at arbejdet (endnu) ikke har båret frugt, så mener hun, at hvis PD ikke havde taget sundhedsfremmeinitiativer, så havde statistikken set værre ud, eller PD havde fået massiv kritik for at 'lade stå til' (BJ 2007). I sidstnævnte tilfælde er der tale om en legitimeringsstrategi. Virksomheden vil gerne tegne det billede udadtil, at den gør noget for medarbejdernes sundhed.

SK vest opfatter sin egen rolle som inspirator og erkender, at de er i en 'trial and error'-fase *“Vi får motivationen igang. Hvis det nu viser sig, at de medarbejdere har ændret sig, så er det måske den vej, vi skal gå. Så skal vi måske tilbyde flere*

⁴⁹ Se kapitel 4.

sundhedstjek. Vi må simpelthen hele tiden kigge på, hvad er det, der virker, og hvad virker ikke." (SK Vest 2007).

PD benytter sig af de tanker om egenindsats og egenomsorg, som regeringen taler om i folkesundhedsprogrammet 'Sund hele livet'. PD respekterer, at den enkelte selv bestemmer og har ansvar for egen sundhed. Alligevel bevæger organisationen sig i retning af at blande sig i medarbejdernes privatliv med sit ønske om at bevidstgøre medarbejderne om, hvad de kan gøre for deres sundhed. Ikke bare i arbejdstiden, men også i fritiden. Fx kan alle medarbejdere få gratis fysioterapi – i fritiden.

Der synes at gå en direkte linie fra en regering, der sætter rammer for virksomhedernes handlinger til virksomhedens ledelse, der sætter rammer for medarbejdernes handlinger. Virksomhed og individer agerer inden for hver deres 'boble af frihed'.

Men PDs ledelse indskriver sig ikke i sundhedsdiskursen ved aktivt at sige ja til regeringens opfordringer til at agere og tage medansvar for folkesundheden. De agerer i sundhedsdiskursen som aktører, der også optræder i en virksomhedsdiskurs. Derfor handler sundhedsfremme i PD ikke om altruisme, men om at sundhedsfremme fremmer PDs interesser på langt sigt. Det handler om: Nedbringelse af sygefravær, øget medarbejdertilfredshed og om legitimering, at fremstå som en ansvarlig og attraktiv virksomhed i nuværende og kommende medarbejderes øje og i den generelle offentlighed.

Med initiativer til sundhedsfremme risikerer virksomheden at presse enkelte medarbejdere med 'ondt i sundheden'. SA kender statistikken og ved, at usunde medarbejdere har flere sygedage og er mindre produktive end sunde medarbejdere. Teamlederne har også taget budskabet til sig, udbreder det og ser det som legitimt at tale kostomlægning, rygning eller andet med medarbejdere ved sygesamtaler. Boblen af frihed snævres ind som følge af den disciplinering, der følger sundhedsdiskursen og den rolle, fællesskaberne kan få heri, sådan som regeringen forestiller sig det.

På trods af, at PDs indsats tilsyneladende ligger i direkte forlængelse af regeringens sundhedsprogram, og at PD dermed skriver sig direkte ind i sundhedsdiskursen som den tegner sig i 'Sund hele livet', så er PDs position ikke entydig.

Som SA siger *"Jeg tror ikke, at virksomhederne har taget det her til sig, fordi de har en opgave i forhold til folkesundhedsprogrammet, og at de skal tage et socialt ansvar. Måske nogen steder, men mest er det for at være en attraktiv arbejdsplads. Og sundhed kan være et meget synligt område at gøre det på."* Omvendt er hun opmærksom på det samfundsmæssige ansvar: *"WHO siger, at om 20 år vil 70 procent af alle dødsfald være livsstilsbetingede (...) og man vil spørge sig, med den viden vi havde dengang, hvorfor gjorde vi ikke noget ved det? Vi har et ansvar (...)"* (SA 2007). Virksomhederne forpligtes.

7 Chaufførerne og 'Bliv godt kørende'

Når vi i dag taler om at leve sundt, mener vi typisk noget med at spise fedtfattigt og mange grøntsager, motionere, ikke ryge og ikke drikke for meget alkohol. Vi så i kapitel 4, at vores chauffører deler denne fælles forestilling om sundt og usundt, og dermed taler sig ind i den aktuelle sundhedsdiskurs.

Med udgangspunkt i vores arbejdsspørgsmål vil vi analysere chaufførernes holdning til og eventuelle brug af sundhedsfremmeinitiativet 'Bliv godt kørende'. Om de afviser eller accepterer tilbudet, og om initiativet har indflydelse på deres handlinger i hverdagen.

Med kagebog, vandflaske og folder tilbyder ledelsen en række redskaber, der kan understøtte sund levevis både i og uden for arbejdstiden. Også sundhedskonsulenternes informationer om *"(...) sundhed og kroppen osv., og hvordan det vil påvirke maven og arbejdsfunktioner (...)"* (Jim 2007) ser vi som potentielle redskaber til sundhedsfremme. Informationerne indgik i eventen, hvor sundhedskonsulenterne uddelte vandflaske og kagebog.

Dermed placerer 'Bliv godt kørende' sig i subdiskursen 'sundhedsfremme på arbejdspladsen'. En subdiskurs, der overskrider grænsen mellem arbejdsliv og privatliv. Med initiativet berører ledelsen således temaer, der griber ind i den måde, den enkelte vælger at leve sit liv på.

Det er vores tese, at denne overskridelse rummer potentielt konfliktstof, der kan få medarbejderne til at afvise tilbudet. I det omfang chaufførerne afviser tilbudet, ser vi det som udtryk for kamp om subdiskursens udbredelse - at sundhedsdiskursen ikke har primat.

Analysen er baseret på interview med fem chauffører. Vi ser chaufførerne som sensemakere, der reagerer på ledelsens sensegiving. Sensegiving i form af projekt 'Bliv godt kørende', frugtordninger og rygestopkurser. De to sidstnævnte er ikke en del af projekt 'Bliv godt kørende' men inddrages i analysen, fordi chaufførerne omtalte det i interviewene. Vi antager derfor, at disse tilbud har relevans i chaufførernes hverdag.

7.1 Sund og produktiv

Chaufførernes afvisning eller accept af projekt 'Bliv godt kørende' er den første prøve på, om de finder ledelsens initiativer til sundhedsfremme relevante.

Chaufførerne ser ikke noget specielt nyt i initiativerne. Jim bemærker, at *"(...) det er jo ligesom det, man hører i radioen eller pressen. Nu er det så altså kommet på arbejdspladsen (...)"* (Jim 2007).

Også René ser initiativet i sammenhæng med *"(...) den sundhedsdebat der er i gang overalt i samfundet om økologiske varer, og hvad det lige er, vi stopper i munden. (...) og rygning er jo også inde lige nu."* (René 2007).

Alle tager positivt imod tilbudet. Esben ser det som *"(...) et fornuftigt initiativ."* (Esben 2007), og det får Jim til at føle, at virksomheden *"(...) er meget fremme i skoene."* (Jim 2007) Og Preben finder, at *"(...) det bare skulle være sket for mange år siden."* (Preben 2007).

Chaufførerne ser projektet som et udtryk for, at Post Danmark – med Prebens ord – interesserer sig for *"(...) sine medarbejderes velvære."* (Preben 2007).

Alle vores chauffører accepterer projektet og dermed, at ledelsen optræder som aktør på sundhedsområdet og beskæftiger sig med medarbejdernes sundhed. Også selvom ledelsen dermed overskrider grænsen til privatlivet.

Chaufførerne lægger dog vægt på, at tilbudene er frivillige. For så kan man *"(...) jo bare lade være med at høre efter"*, (Kjeld 2007). Ingen føler sig presset til at bruge hverken vandflaske eller kogebog eller til at ændre vaner eller levevis. Med 'Bliv godt kørende' har ledelsen ifølge René *"(...) gjort det den skulle, og så er det bagefter op til den enkelte, om det er noget, han vil efterleve."* (René 2007).

Men accepten af projektet skal ikke opfattes som et carte blanche til ledelsen til at berøre alle sider af medarbejdernes sundhed og livsstil. Men chaufførerne har forskellige holdninger til, hvor grænsen går. I vores case ser rygeforbud og kostvaner ud til at skille vandene.

Jim synes, at folk selv må bestemme, om de vil ryge eller ej, og han er tydeligt utilfreds med rygeforbudet, der gælder inden døre. Han mener dog ikke forbudet skyldes Post Danmark, men derimod *"(...) at regeringen og staten blander sig i ting, der er private (...) ⁵⁰"* (Jim 2007). Også Kjeld er skeptisk og siger, at

"(...) det er ved at tage lidt overhånd alle steder med det der røg og tobak – man må ingenting (...) [Men] så længe man ikke siger, at jeg skal holde op med at ryge, så vil jeg ikke koncentrere sig så meget om det." (Kjeld 2007).

René accepterer derimod rygeforbudet uden forbehold. Han finder, at både chauffør og arbejdsgiver vinder på sagen:

"Nu kommer de jo med rygestop (...). Og sygefravær, det koster jo (...). Det er jeg jo nødt til at sige som tillidsrepræsentant. Men det er fair nok, det gavner jo også den enkelte. Så man ikke går rundt og skranter konstant." (René 2007).

Han er derimod ikke i tvivl om, hvorvidt kostvaner er en privat sag, som andre ikke skal blande sig i. Adspurgt om han som tillidsmand taler kost med overvægtige kolleger, siger han:

⁵⁰ Regeringen har fremsat lovforslag om røgfri miljøer, der ventes at træde i kraft sommeren 2007. Iflg. forslaget er det som udgangspunkt forbudt at ryge på arbejdspladser, men arbejdsgiveren kan tillade rygning inden for lovens rammer.

"Nej, ja, ja – både nej og ja. Det er privat (...) jeg kan jo ikke præge folk og sige til dem: "Du skal altså hjem og lave varm mad i morgen tidlig, og så skal du have varm mad med på arbejde (...)." (René 2007).

Modsat René afviser Esben, at overvægt udelukkende er en privat sag. Esben begrundet sin holdning med, at *"(...) medarbejderne er postvæsnets ansigt udadtil, og hvordan befolkningen ser på postvæsnet kommer an på, hvordan den person, du møder i din dagligdag, ser ud."* (Esben 2007).

Når Esben afviser overvægt som et privat anliggende med den begrundelse, at overvægtige medarbejdere giver virksomheden en dårligt omdømme, accepterer han virksomhedsdiskursen. Vi så i sidste kapitel, at ledelsen bruger sundhedsfremme som middel til at fremme virksomhedens økonomiske mål.

Esben er ikke den eneste, der identificerer virksomhedsdiskursen i ledelsens sundhedstilbud. Kjeld tror således, at formålet med initiativerne *"(...) godt kan være at få sunde og raske medarbejdere."* (Kjeld 2007).

Og René accepterer som nævnt rygeforbudet, da det hænger sammen med sygefraværet, som koster virksomheden penge. Men han ser også sygefraværet som garant for, at sundhedstilbudene ikke er et kortsigtet fænomen: *"Jeg tror, det bliver. Så optimistisk er jeg (...). Det har også noget med sygefravær at gøre, det koster en bondegård."* (René 2007).

René ser med andre ord sundhedstilbudene som en win-win situation. Heller ikke de andre chauffører er negative, når de omtaler ledelsens brug af sundhedsfremmeinitiativerne til at fremme virksomhedens interesser.

Vi ser altså, at vores chauffører ikke afviser sundhedsfremmeinitiativerne og ydermere accepterer, at ledelsen bruger initiativerne til at varetage virksomhedens egen interesse. På denne baggrund finder vi, at chaufførerne *holdningsmæssigt* indskrives sig i subdiskursen. Dermed er vejen åbnet for, at chaufførerne også i praksis kan bruge tilbudet.

7.2 Sund nok?

Selvom chaufførerne ser positivt på projektet, gør de ikke nødvendigvis brug af det. Som al anden information bliver det kun brugt, hvis chaufføren finder det relevant i forhold til sin hverdag, og det samtidig fremmer et personligt mål.

Vores chauffører indskrives sig med deres holdninger og viden i sundhedsdiskursen, og de ved, hvordan de bør handle. Det vil derfor være et relevant mål at ændre adfærd i en mere sund retning, hvis man ikke allerede føler sig sund.

Vi ser derfor på chaufførernes syn på egen sundhed, og i hvilket omfang de bruger initiativerne. Som mulige forklaringer på, hvorfor de anvender eller ikke anvender tilbudene, ser vi dels efter, hvilke barrierer chaufførerne selv afdækker, dels på hvad der karakteriserer de enkelte tilbud.

7.2.1 Chaufførernes syn på deres egen sundhed

Kun Preben giver udtryk for, at han lever sundt. Han er fysisk aktiv, løber maraton, spiller fodbold og har en opskrift med i kogebogen (Preben 2007). Esben kommer ikke ind på sin sundhedstilstand i interviewet.

Både Jim og René betragter sig som usunde.

"Jeg er jo ikke den mest sunde person", konkluderer Jim. Ved siden af chaufførjobbet er han fritidslandmand, så der er ikke tid til at tænke i sund kost. Når han kommer hjem kl. 22, fortæller kroppen ham, at han skal have mad i en fart, og pizzaen i mikrobølgeovnen er *ikke* hjemmelavet. Jim føler sig undervægtig og tænker mest på, hvordan han tager på i vægt. Derfor drikker han stadig sodavand på arbejde og lader vandflasken ligge. Han ryger, men har taget imod det gratis rygestopkursus (Jim 2007).

René går op i sin kost, spiser fedtfattigt og drikker rigeligt vand. Men han mener alligevel, at han godt kunne spise mere sundt og dermed leve sundere. René ser situationen som selvforskyldt. På arbejde spiser han rugbrød frem for fastfood. Men han savner varm mad, som han sjældent får. Postcentrets kantine er lukket, når han møder på arbejde, og når han kommer hjem ved 22-tiden, spiser han rugbrød igen. René er ryger (René 2007).

Kjeld går bevidst uden om alt grønt. Når han overhovedet spiser frokost, piller han den grønne pynt af maden. Hjemme styrer han uden om grøntsagerne, og når han er i byen, undgår han salatbaren, *"(...) det er derfor, jeg er så sund, som jeg er (ler)... Jeg har det udmærket, som jeg har det. Endnu da."* (Kjeld 2007). Endnu da – de to ord virker som en udtalt forventning om, at de fraværende grøntsager en dag vil belaste helbredet. Kjeld ved godt, at grøntsager er sunde og forebygger sygdom. Vi antager derfor, at han trods sin klare modstand er åben for forandring i retning af en sundere livsstil.

De fleste af chaufførerne er bevidste om, at de kan leve sundere, end de gør. Men bruger chaufførerne rent faktisk tilbudene? Det ser vi på i de næste afsnit.

7.2.2 Vandflaske og frugt

Vandflasken bliver brugt af mange chauffører. Den er populær både på Fyn (René 2007) og på Sjælland (Kjeld 2007). Chaufførernes observationer af vandflaskens popularitet understøttes af sundhedskonsulenten i Vest, der bemærker, at den lokale kantines sodavandssalg er halveret, efter at vandflasken er delt ud (SK vest 2007).

Vandflasken smitter og påvirker dermed kulturen, som det fremgår af Jims kommentar: *"Svend (...) bruger den flaske, men det er OK. Det er jo med til at påvirke (...). Og min flaske ligger også dernede, til hvis jeg en dag ikke har fået sodavand med."* (Jim 2007).

Også frugten er populær. Vi hørte om to ordninger: I Odense står frugtkurven permanent ved udgangen til postbilerne, og chaufførerne betaler to kr. pr. stk. René

betragter kurven som en succes (René 2007), og når maven rumler, tager Jim "(...) *lige et stykke frugt eller to for at tage den værste sult.*" (Jim 2007).

På Sjælland brugte ledelsen frugt som belønning for, at medarbejderne i en periode fik færre skader på bilerne. Kjeld, som nødtigt spiser grønt, fortæller, at han tog frugt fra kurven i arbejdstiden. Det er ikke noget, han selv køber, men nu det var der, kunne han lige så godt spise det (Kjeld 2007). Og nu savner han det: "*Men det der frugt – det kommer og går, har jeg lagt mærke til (...) så bliver man vant til, at det er der – og så er det væk igen.*" (Kjeld 2007).

Frugten har gjort indtryk, og senere i interviewet vender Kjeld tilbage til den:

"(...) det skal vi have hele året, så folk kan blive vænnet til det (...). Havde det nu kørt et par år, så kan det jo godt være at i det øjeblik, det holdt op, så sku' man ud og købe det. Altså, så var man blevet vant til at få det der frugt. Men den der måned eller to – det bli'r man ikke omvendt af." (Kjeld 2007).

Kjelds interesse er interessant, fordi den peger på, at et simpelt redskab som frugt måske kan være et middel til at overkomme en inkarneret modstand mod grønt. En modstand der kommer til udtryk i sætningen "*(...) Jeg rører aldrig salat – jeg spiser ikke grønt – der er dyr nok, som vi siger.*" (Kjeld 2007).

Vandflaske og frugtordninger er de mest populære og de mindst indgribende af de tilbud, chaufførerne omtalte. Begge dele er let tilgængeligt og kan bruges uden chaufførerne behøver at ændre adfærd uden for arbejdstiden.

7.2.3 Rygestopkursus

Rygestopkurset er ledelsens tilbud til medarbejderne for at kompensere for et rygeforbud inde i virksomheden. Rygeforbudet regulerer chaufførernes adfærd, og de rygende chauffører ser rygestopkurset og rygeforbudet som to sider af samme sag. Med tilbud om rygestopkurser griber ledelsen længere ind i privatlivet. Et rygestop betyder adfærdsendring både i arbejdstiden og i fritiden.

Jim ser da også det indendørs rygeforbud som utidig indblanding i privatlivet. Han kunne derfor have valgt fortsat at ryge udendørs, men han vælger en anden vej og melder sig til et rygestopkursus. Af to grunde: Hans læge og tandlæge har tidligere sagt, at han skal stoppe med at ryge. Og samtidig får chaufførerne kurset "*(...) gratis (...), og hvis det kan hjælpe mig med at stoppe med at ryge, så gør jeg det.*" (Jim 2007). For Jim er tilbudet relevant og rammer ind i et gammelt behov. Hans læge og tandlæge har uden tvivl påpeget det sundhedsskadelige i at ryge. Og så tiltaler tilbudet hans økonomiske sans.

Også René ryger, men for ham er rygestopkurset ikke relevant lige nu. Og da han "*(...) kommer så meget ud og ind i løbet af en dag (...)*", kan han fortsat ryge i arbejdstiden (René 2007). Kjeld hæfter sig ligeledes ved, at han kan ryge uden for, så kurset er heller ikke relevant for ham. Samtidig er han overvægtig, og et tidligere forsøg på at

stoppe med at ryge endte med, at han "(...) lige tog 5 kg på, så det går vel ikke. Jeg er stor nok i forvejen." (Kjeld 2007).

7.2.4 Kogebogen

Med kogebogen griber ledelsen potentielt ud over arbejdslivet og langt ind i privatlivet. I det omfang kogebogen bliver brugt, er det ikke kun medarbejderen, men også hans familie – det nære fællesskab og netværk – der bliver omfattet af ledelsens sundhedsfremmeinitiativ.

Ingen af vores chauffører har dog brugt kogebogen. Heller ikke Jim og René som ved, at deres kostvaner ikke er særlig sunde. Og kun enkelte af chaufførerne har kigget i bogen.

Det er som nævnt vores tese, at netop overskridelsen mellem arbejdsliv og privatliv potentielt rummer konfliktstof, som kan få chaufførerne til at afvise tilbudet. Den manglende brug af kogebogen er dog ikke nødvendigvis et tegn på konflikt. Måske skyldes det, at bogen er et nyt bekendtskab på Fyn og Sjælland. Sundhedskonsulenten fra Vest fortæller, at hun i Århus møder chauffører, som bruger nogle af opskrifterne (SK vest 2007).

Der kan også være andre årsager til, at kogebogen ikke er relevant. Tre af chauffører laver ikke selv mad, men overlader dette til ægtefællen. Som heller ikke har brugt opskrifter fra bogen.

Og Jim og René henviser til, at arbejdstiderne er en barriere for at stå i køkkenet og lave mad. Det skal først og fremmest gå hurtigt, og færdigkøbt mad til mikroovnen eller rugbrød er en genganger. René bemærker, at det ikke nødvendigvis er lysten, der mangler. Det handler om tid, og hvis det ikke er en fast rytme i hverdagen, er det for let at springe over, "(...) jeg har ikke lige tid til at lave varm mad i dag – og så kører den (...). Det bliver hurtigt en dårlig vane." (René 2007).

Begge er derudover singler, hvad der gør motivationen endnu mindre, og så er man "(...) tilbøjelig til at springe over, hvor gærdet er lavest." (René 2007).

For René betyder hans singlestatus sammen med de lange arbejdstider, at han er mere afhængig af den mad, han får i arbejdstiden. Arbejdstiderne har han til fælles med mange kolleger, men kantinen lukker før eftermiddags- og aftenholdet møder ind, og så går det helt galt med kosten. René peger på en løsning, der kan synes enkel. Han efterlyser flere gange i interviewet adgang til varm mad, som han åbenlyst opfatter som sundere – måske mere varieret? – end det rugbrød, han normalt spiser. René foreslår, at kantinen i stedet for rugbrød og boller med pålæg sætter middagsretter i automaterne, som chaufførerne kan varme i mikrobølgeovnene (René 2007).

Også spisepausernes placering udgør et problem. René fortæller:

*"Vi siger til dem: Læg nu de spisepauser, så de ligger anstændigt (...)
Pausen ligger måske to timer, før du skal hjem (...). Det er jo klart, det kan*

jo ikke altid komme til at ligge lige midt i tjenesten, (...) men man kan tilstræbe, at det ligger så fornuftigt som muligt. Jo, her er noget at tage fat på. For nogen gange kommer vi ind, og så skal vi køre seks-syv timer bagefter. Det duer ikke." (René 2007).

Spisepauserne er underlagt hensynet til driften, og her træder det tydeligt frem, at virksomhedsdiskursen dominerer subdiskursen 'sundhedsfremme på arbejdspladsen'. Her møder vi konfliktstof.

7.2.5 Grænser for adfærdsændring

Esben udtrykker som den eneste direkte, at projekt 'Bliv godt kørende' har fået ham til at ændre adfærd i hele arbejdstiden. Han tager bevidst frugt med i bilen i stedet for 'lige at holde ind' og købe et eller andet. Vandflasken bruger han også, selvom der ind imellem "(...) lige smutter en cola." (Esben 2007).

Før tænkte han aldrig over, hvad han spiste i løbet af dagen, men nu mærker han, at han får mere energi af grovboller og ikke bliver så hurtigt sulten igen. Han har også prøvet ikke at have noget med i bilen,

"(...) men det holder ikke vand. For så har du kørt dig selv flad, når du når ud. Især med de arbejdstider, jamen så lige pludselig så mister du koncentrationen, det du'r heller ikke." (Esben 2007).

Også Jim er bevidst om, at kombinationen af sundhed, arbejde, kost og væske er noget, man skal tænke over. Men bortset fra frugten lever han, som han plejer. Og selvom han bekymrer sig om sin lave vægt, har han ikke tænkt sig at ændre livsstil og fx begynde at lave sund mad (Jim 2007).

Heller ikke René har ændret adfærd. Han drak vand i forvejen, og var også opmærksom på ikke at spise for fedt. Han er bekymret for sin ensidige kost, men i lighed med Jim er arbejdstider og singlestatus for store barrierer til, at han selv kan ændre på situationen. Samtidig bliver det hurtigt en dårlig vane at springe over hvor gærdet er lavest (René 2007).

Frugten, der 'kom og gik', har sat gang i helt nye tanker hos Kjeld. Om det sætter varige spor, ved vi ikke. Men vi ved, at det skal være nemt, at han skal have frugten ved hånden, og måske skal det også være billigt eller gratis. De sukkerholdige sodavand er i vidt omfang afløst af vand (Kjeld 2007).

Selvom vores chauffører er underlagt den aktuelle sundhedsdiskurs og deler både viden om og holdningerne til, hvordan man bør handle, har de kun i mindre omfang ændret adfærd.

Kun en af tre rygere har meldt sig til rygestopkursus, og ingen anvender de fedtfattige opskrifter. De to chauffører, som åbent erkender, de lever usundt, har ikke tænkt sig at ændre adfærd. De har ingen målsætninger pt. om sunde kostvaner og derfor opfatter de ikke en adfærdsændring som relevant. Dette på trods af, at de indskrives i sundhedsdiskursen. Rygerne kan gå uden for og ryge. Og sund, hjemmelavet mad

kræver god tid, hvad der er svært med lange arbejdsdage og skæve arbejdstider. Og er mindre interessant, når man er single og måske oven i købet undervægtig.

Men vandflaske og frugt er populær. Det opfylder nogle umiddelbare behov, vand slukke tørsten, og frugt kan hurtigt dæmpe en let sult. Og begge dele er let tilgængeligt og enten billigt eller gratis.

Det var vores tese, at de sundhedsfremmende initiativer overskrider grænsen mellem arbejds- og privatliv og derfor rummer potentielt konfliktstof, som kunne få chaufførerne til at afvise tilbudene. Analysen viser ikke spor efter konflikt som følge af projekt 'Bliv godt kørende', frugtordningen eller rygestopkurset.

For at illustrere sensemakingprocessen og for at undersøge, hvordan chaufførerne får tilbud, vi ser som potentielt konfliktstof, til at give mening, ser vi i næste afsnit på chaufførernes sensemaking.

7.3 Chaufførernes sensemaking

Dette afsnit indeholder hverken nye argumenter eller nyt stof. Hele kapitlet bygger på interviewdata, der er indsamlet ved brug af Dervins interviewmetode. Men ved at illustrere udvalgte sensemakingprocesser får vi et overblik over, hvordan chaufførerne får tilbud, vi ser som potentielt konfliktstof, til at give mening i deres livsverden.

En kort opsummering af sensemaking: Processen går i gang, når 'noget' bryder hverdagens kontinuitet, og den kendte 'mening' forsvinder. Der opstår et gap – et brud. Man øjner måske en mulighed eller stiller kritiske spørgsmål. Og for at få orden i sin livsverden igen begynder man automatisk at konstruere en mening; at få situationen til at 'make sense'. Processen stopper først, når man har fået situationen til at give mening – når man har bridget sit gap.

Når man bridger et gap, skal man bruge byggesten. Det kan fx være værdier, holdninger, idéer, erkendelser, følelser eller information. Outcome er resultatet af sensemakingprocessen. I vores case er accepten af ledelsen som aktør og af initiativerne eksempler på outcomes.

Sensemaking tager altid udgangspunkt i en konkret situation, og ifølge Dervin er det respondenterne, der definerer situationen, dvs. udgangspunktet. Men som i alle andre undersøgelser har vi defineret udgangspunktet for interviewet.

Da 'Bliv godt kørende' overskrider grænsen mellem arbejdsliv og privatliv antager vi, at chaufførerne opfatter projektet som et gap, der sætter en sensemakingproces i gang. Også rygestopkurset definerer vi som et gap, som rygerne må forholde sig til, da det hænger tæt sammen med et rygeforbud. Kogebog, vandflaske og frugt kan udløse negative gap, hvis chaufførerne føler sig pressede til at bruge dem. Eller positive gap hvis tilbudene betragtes som redskaber til at opnå en sundere levevis.

7.3.1 Sensemaking i interviewene

Sat på 'formel' kan sensemakingprocessen udtrykkes som 'situation – gap – bridge – outcome'. Vi fokuserer på gap og bridge. På hvordan chaufførerne får et gap til at give mening i deres livsverden. Vi ser her alene på de potentielle konfliktområder.

Interviewene viser, at chaufførerne accepterer **ledelsens tilbud**. Uanset at sundhed og sundhedsfremme traditionelt anses for at høre til privatlivet. Chaufførerne får initiativet til at give mening ved at understrege, at det er frivilligt. Og ved at forstå initiativerne som udtryk for omsorg med medarbejderne. Omsorg og frivillighed er de byggesten i form af værdier, holdninger eller følelser mm., der bruges til at 'bridge gappet'.

Rygestopkurset er ledelsens tilbud til medarbejderne for at kompensere for et rygeforbud. Forbudet regulerer chaufførernes adfærd, og 'frivillighed' kan ikke bruges til at bridge gappet. Forbudet møder modstand hos de fleste af rygerne, men alle får skabt mening i situationen. Og undgår den potentielle konflikt: *Jim* har en todelt strategi: han ser forbudet som et resultat af regeringens rygestoplov – virksomhedens ledelse er dermed undskyldt. Samtidig vil han gerne holde op med at ryge og bruger rygestopkurset som en mulighed. Hvis kurset kan hjælpe ham, er det ok. *Kjeld* lægger vægt på, at han stadig kan ryge uden for bygningen, og at ingen har sagt, at han *skal* holde op med at ryge. *René* accepterer forbudet, som han ser som en win-win situation: Medarbejderne skranter mindre, og virksomheden opnår lavere sygefravær. Her er det værdier, holdninger og følelser mm. som 'personlig vinding' (*Jim*, *René*), 'fravær af forbud mod at ryge' (*Kjeld*) og 'placering af skyld uden for virksomheden' (*Jim*), der bruges som byggesten til at 'bridge gappet'.

Kogebogen er det mest indgribende tilbud. Opskrifterne inddrager hele familiens adfærd – hvis de bliver brugt. Det gør de ikke. To chauffører peger på strukturelle barrierer i form af knaphed på tid som følge af arbejdstider samt singleliv, og de øvrige overlader madlavningen til ægtefællen. Opskrifterne er ikke relevante i deres hverdag, de går helt uden om kogebogen. Vi fortolker interviewene således, at de chauffører, som erkender et kostproblem, slet ikke ser kogebogen som en situation, der udløser et gap. Vi kan ikke se spor efter en sensemakingproces hos dem.

Vi kan se, at kost i sig selv udløser sensemaking, men kogebogen er ikke en udløsende faktor. Til gengæld får de utilstrækkelige kantineforhold sensemakingprocessen i gang hos *René*. Det samme gør problemet med at få spisepauserne placeret, så chaufførerne kan spise nogenlunde halvvejs i arbejdstiden. Her dominerer virksomhedsdiskursen synligt sundhedsdiskursen. Her ser vi konfliktstof. Det ligger dog uden for afhandlingens rammer at se nærmere på dette forhold.

8 Konklusion og diskussion

Vi har i kapitel 4 påvist, hvordan vi ser en sundhedsdiskurs, der ændrer sig fra at opfatte sundhed som fravær af sygdom til et bredere sundhedsbegreb, der omfatter både fysisk og psykisk sundhed og det gode liv. Ændringen indebærer, at fokus flyttes fra behandling til forebyggelse og sundhedsfremme, og med begreber som egenomsorg

og livskvalitet inddrages den enkeltes livsstil. Livsstilen betragtes som det, den enkelte gør eller ikke gør for at fremme egen sundhed.

Vi ser i regeringens folkesundhedsprogram 'Sund hele livet', hvordan den enkeltes ansvar kædes sammen med livsstil og risikofaktorer, samtidig med at fællesskaberne, herunder arbejdspladserne, inddrages som medspillere i sundhedsdiskursen – de ansvarliggøres.

Vi ser, at samtidig med at sundhedsbegrebet bliver bredere, inddrages flere aktører i sundhedsdiskursen. Når sundhed kommer til at omfatte flere aspekter af livet, får arbejdspladserne også en position i sundhedsdiskursen. Det nye er, at arbejdsgiverne ikke kun bekymrer sig om arbejdsmiljøet i relation til produktion og arbejdsvilkår, men tilbyder sundhedsfremmeinitiativer der rækker ind i medarbejdernes privatliv.

Det er samtidig klart, at i vores afhandling har ledelsen deres egne bevæggrunde til at indskrive sig i sundhedsdiskursen. Med de virksomhedsdiskursive målsætninger om at nedbringe sygefravær, forbedre medarbejdertilfredsheden og fastholde og tiltrække medarbejdere, positionerer den sig i sundhedsdiskursen. På denne baggrund er ledelsens position i sundhedsdiskursen under indflydelse af virksomhedsdiskursen.

I den generelle sundhedsdiskurs findes en delmængde, som omhandler sundhed på arbejdspladsen. I det felt mødes sundheds- og virksomhedsdiskursen.

Sundhedsdiskursen er under indflydelse af virksomhedsdiskursen og vice versa. Sundhedsdiskursen eksisterer med andre ord i et netværk af diskurser i en gensidig vekselvirkning.

8.1 Diskurs er viden

"Diskursen er det indlysende: den man agerer, skriver og taler sig ind i med selvfølgelighed. Diskurs er viden, der ikke er bundet til et bestemt subjekts tænkning, men omfatter videnskabelige indsigter, praktisk erfaring, ekspertise såvel som hverdagskundskab og handlemønstre, som bygger på ikke-artikuleret viden. Enhver form for viden forudsætter en diskursiv praksis." (Lene Otto 2003, s. 8).

I kapitel 4 redegjorde vi for Ottos definition af diskurs og governmentality-begreb. Vi fremhæver den her, idet det er Otto diskursdefinition vi 'måler' vores analyse op imod. Indledningsvis taler Otto om diskursen som det indlysende og videre om den viden der ligger til grund for, at diskursen forekommer indlysende. Diskursen er et vidensregime, hvori grænsen mellem mening og ikke-mening sættes.

I vores case var der ingen tvivl om, at chaufførerne er bevidste om, hvad der betragtes som god latin i forhold til sundhed og sundhedsfremme. De kender kostrådene og kender betydningen af at følge dem. Rygerne er heller ikke i tvivl: De skulle hellere lade være med at ryge. De stiller ikke spørgsmålstegn ved sundhedsidealet eller ved den viden og de rationaler der gælder i sundhedsdiskursen. De accepterer med andre ord sundhedsdiskursen.

Vi fandt heller ingen modstandspositioner i forhold til sundhedsfremmeinitiativet 'Bliv godt kørende'. Chaufførerne betragtede initiativet som et tegn på en ledelse, der drager omsorg for sine medarbejdere. Chaufførerne var bevidste om, at initiativerne handlede om produktivitet og sygefravær, men det spillede tilsyneladende ingen rolle for den positive opfattelse.

8.2 Diskurs er praksis

Som vores interview har vist, så har vandflasken haft en betydelig effekt på chaufførernes sodavandsforbrug, ligesom frugtordninger ser ud til at være populære. Kogebogen og anbefalingerne vedrørende kosten har i det store hele ikke fået dem til at ændre adfærd.

Spørgsmålet er så, hvorvidt chaufførerne skal tage sundhedsfremmen til sig, før vi kan sige, at de indskriver sig i sundhedsdiskursen eller i subdiskursen 'sundhedsfremme på arbejdspladsen'? Vi har været tilbøjelige til at mene, at chaufførerne indskrives i diskursen gennem deres accept af de positioner, som diskursen tilbyder, dens vidensregime og grænsesætninger. På trods af, at vi ikke har set modstandspositioner med udgangspunkt i vores case 'Bliv godt kørende', så ser vi konturerne af modstand vedrørende det kommende og – for rygerne – langt mere indgribende rygeforbud.

Desværre lader spørgsmålet sig ikke besvare så enkelt. Ottos diskursforståelse lægger vægt på diskurs som viden og praksis. Chaufførerne har tilsyneladende taget vandflasken til sig, men mangler stadig at gøre brug af kogebogen. Det er der flere forskellige forklaringer på, som vi har redegjort for i analysen. Men spørgsmålet er, hvorvidt vi på baggrund af det ufuldstændige praksiselement kan betragte chaufførerne som entydigt indskrevet i eller udskrevet af sundhedsdiskursen eller subdiskursen 'sundhedsfremme på arbejdspladsen'?

I Niels Åkerstrøm Andersens definition af diskurser som "(...) *italesættelsesprocesser, der gennem formulering af forskelle, ligheder og relationer, og reguleret af bestemte idealer, ordner bestemte sociale relationer, interesser og fænomener.*" (Andersen 1994) åbnes der op for en mere pragmatisk tilgang. Sundhedsdiskursen er et omfattende videns- og dermed magtregime. De færreste taler sundhedsdiskursen midt imod og der er næppe mange – om nogen – der ikke deler opfattelsen af, at sundhed er et ideal, på trods af, at langt fra alle kan prale af at praktisere god sundhedsadfærd.

Med dette udgangspunkt konkluderer vi, at chaufførerne indskriver sig i sundhedsdiskursen, men også at sundhedsdiskursen ikke har primat. Den er ikke en hegemonisk 'overdiskurs'. Den eksisterer side om side med mange andre, delvist konkurrerende, diskurser. Det gør den, idet ingen diskurs kan etableres totalt. Som vi skriver i kapitel 3, så vil diskursen altid være i karambolage med andre diskurser, der definerer virkeligheden anderledes, og som dermed sætter andre retningslinier for social handlen.

8.3 Ledelsen

Ledelsens repræsentanter er – i lighed med chaufførerne – i sundhedsdiskursens vidensregime. De sætter ikke spørgsmålstegn ved, at i sundhedens tjeneste drikker man vand.

I forhold til 'sundhed på arbejdspladsen' vakler de heller ikke. Det er en god idé af flere årsager. Sundhedsinitiativerne skal: Nedbringe sygefraværet, fremme medarbejdertilfredsheden og sidst, men ikke mindst, profilere virksomheden udadtil i konkurrencen om arbejdskraften.

Ledelsens fokus på nedbringelsen af sygefraværet tegner en sundhedsdiskurs i kraftig interaktion med en virksomhedsdiskurs med et økonomisk rationale. Det skal kunne betale sig. Ligeledes betragtes tilfredse medarbejdere ud fra et resourcesynspunkt (tilfredse medarbejdere giver tilfredse kunder) og også konkurrencen om arbejdskraften handler om virksomhedens produktivitet – måske ligefrem overlevelse.

At virksomhedsledere fokuserer på det der gavner bundlinien – på kort og på langt sigt – er der intet overraskende i. Det er imidlertid interessant, at ledelsen betragter sundhed og sundhedsfremme som et samfundsmæssigt tema, som virksomhederne ikke kan unddrage sig. At sundhedsfremme er det flødeskum, der skal fastholde og tiltrække medarbejdere. Det vidner om sundhedsdiskursens omfang. Den har et godt tag i os alle.

9 Litteraturliste

Andersen, Niels Åkerstrøm (1994): *"Institutionel historie – en introduktion til diskurs- og institutionsanalyse"*. COS-rapport nr. 10/94

Berger, Peter L & **Luckmann**, Thomas (2007): *"Den sociale konstruktion af virkeligheden. En videnssociologisk afhandling"*. Akademisk Forlag.

Bordum, Anders (2001) *"Diskursetik og den positive selvreference"*. Forlaget Samfundslitteratur, Handelshøjskolen København. Kapitel 1.

Dervin, Brenda & L. **Foreman-Wernet** (with E. Lauterbach) (Eds.) (2003). *"Sense-Making Methodology reader: Selected writings of Brenda Dervin."* Cresskill, NJ: Hampton Press. Kapitlerne 1, 8, 11-14 og 17.

Habermas, Jürgen (1984): *"Borgerlig offentlighed"*. Arkiv förlag, Lund.

Heede, Dag (1997): *"Det tomme menneske"*. Museum Tusulanums Forlag, Københavns Universitet.

Johansen, Thomas **et al** (1998): *"Vadehavsregimet – en diskursanalyse af institutionelle muligheder og begrænsninger i et internationalt samarbejde om"*

beskyttelse af Vadehavet". Specialrapport. Roskilde Universitetscenter: Institut for Miljø, Teknologi og Samfund.

Jørgensen, Torben Beck (1973): *"En introduktion til Habermas: Borgerlig offentlighed"*. GMT.

Jørgensen, Marianne Winther og Louise **Phillips** (1999): *"Diskursanalyse som teori og metode"*. Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag.

Kneer, Georg og Armin **Nassehi** (1993): *"Niklas Luhmann – introduktion til teorien om sociale systemer"*. Hans Reitzels Forlag.

Nørager, Troels (1993): *"System og Livsverden - Habermas' konstruktion af det moderne"*. Forlaget ANIS, Frederiksberg.

Otto, Lene (1998): *"Rask eller lykkelig. Sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede"*. Komiteen for sundhedsoplysning.

Otto, Lene. *"Foucaults "governmentalitetsteori". Styringsteknologi og subjektivitet"*. Arbejdsrapport 1. udkast, 2003.

<http://etnologi.ku.dk/upload/application/pdf/f51d6748/Governmentality.pdf>

Pedersen, Karsten (2003): *"Offentlig kommunikation i teori og praksis"*. Handelshøjskolens Forlag.

Petersen, Alan. "Risk, governance and the new public health". *Foucault, Health and Medicine*. Eds. Alan Petersen & Robin Bunton. London & New York: Routledge, 1997.

Weick, Karl E (1995): *"Sensemaking in Organizations"*. Sage Publications, Inc. Kapitel 1-2.

Artikler i fagblade og tidsskrifter:

Den store danske encyklopædi, bind 18. Gyldendal 2000.

Gioia, Dennis and Chittipeddi, Kumar. "Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation". *Strategic Management Journal* 12(6) (1991):433-448.

Høstrup, Helle. *Sundhedsbegrebet i regeringens folkesundhedsprogram, Sund hele livet*. Kvartalsskrift marts 2005. <http://www.aaa.dk/aaa/kvartalmarts2005-4.pdf>.

Johansen, Gitte. "Sundhed er ikke en privat sag". *Nyhedsmagasinet Danske Kommuner* 01 (2007): 14-16.

Kjerholt, Mette. *Patienten eller systemet i centrum? – hvorfor kan det være så svært for sygeplejersker at sætte patienten i centrum for plejen og behandlingen?*

www.dsr.dk/dsr/upload/7/177/672/Medlemsblad_maj_2006.pdf

Kristensen, Marianne "WHO og forebyggelsen i Danmark". *Vital* nr. 1, 2000.

Regeringsdokumenter og rapporter:

Juel K, Sørensen J & Brønnum-Hansen H. *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, 2006 http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf

Luxembourg Deklarationen om sundhedsfremme på arbejdspladsen. Arbejdsmiljøinstituttet, 1997.

www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/udgivelser/luxembourg.pdf

Notat om undersøgelse af sundhedsfremmeordninger på danske arbejdspladser 2005. (virksomheder med mindst 10 ansatte). Sundhedsstyrelsen

http://www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/arbejdspladser/notat_sundhedsfremmeordninger_paa_arbejdspladser_051.pdf

Redegørelse om fremtidens arbejdsmiljø 2010 – Ny prioritering af arbejdsmiljøindsatsen. Regeringen, december 2005

<http://www.at.dk/graphics/at/05-Information/04-Andre-informationsmaterialer/Fremtidens-arbejdsmiljoe-P2010/Redegoerelse-2005.pdf>

Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Regeringen, september 2002

http://www.im.dk/publikationer/sund_hele_l/sund%20hele%20livet.pdf

"Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed". Sundhedsstyrelsen 2005. <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

Avisartikler:

Fahrendorff, Lars. "Chefen blander sig også i fritiden". *Jydske Vestkysten*, 7. januar 2006.

Johansen, Martin. "Pædagoger vrede over indblanding i livsstil". *JP Århus*, 24. januar 2007.

Klarlund Pedersen, Bente. "Fagforeningerne burde gå foran". *Helse Arbejdsliv*, nr. 1, 2007.

"Firmaer satser på sundhed og Kontrolvejning hver tirsdag". *Nyt job, Tillæg til Morgenavisen Jyllands-Posten, Politiken og 24 timer*, uge 6, 2007.

Baggrundsartikler – ikke citeret:

Andersen, Carsten A. "Ny trend for forretningsrejsende: Sund mad og træning". *Berlingske Tidende*, 3. juli 2006.

Aue Sobol, Thomas. "Chefer betaler for slankekuren". *Jyllands-Posten*, 23. januar 2007, erhverv og økonomi.

Bisgaard, Peder. "Folkesundhed: Kampen for et sundere liv skal stå på arbejdspladsen". *Politiken: Debatindlæg*, 16. juni 2006.

Bundgaard, Bente. "Bosser: kun sunde medarbejdere, tak". *Ugeskrift for læger* 2006;168(8):762

Brøndum, Rikke. "Virksomheder køber slankekuere til ansatte". *Erhvervsbladet*, 7. december 2006.

"Fagforeningen om sundhed på jobbet". Seks artikler fra *HK Stat*, januar og april 2006

Graversen, Hans Christian. "Sundhedsordning rykker ind i 3F-afdeling". *www.3f.dk*, 13. februar 2007.

Hauerslev, Hanne. "På sporet af sundheden". Tema om sundhedsfremme. *ArbejdsMiljø* nr. 5, 2006, side 14-21.

"Investering i sundhed". Annonceindstik produceret af Mediaplanet. *Børsen*, december 2006.

Jensen, Klaus A. "Trivselstilbud også i industrien". *Fyens Stiftstidende* 17. januar 2006.

Kornø Rasmussen, Kristian. "Høje Taastrup i træningstøjet". *JP København* 16. februar 2006.

Lykke, Louise. "BRFkredit overbevist om at sundhed gavner bundlinjen". *Børsen*, 27. april 2006.

"Man skal ikke slanke sig for chefens skyld". Leder, *Kristeligt Dagblad* 26.7.2006.

Møller-Holst, Christian, *Healthy Company Denmark*. "Behov for sunde indsatser i firmaer". *Vejle Amts Folkeblad*, 7. januar 2006.

Nissen, Ann. "Karriere, Sundhed ind på chefgangen". *Jyllands-Posten* 2. august 2006

Pape, Sara. "Din sundhed – rager det chefen?" *Alt for damerne* 3/2007

Poder, Søren "Sunde medarbejdere er moderne". *Vejle Amts Folkeblad* 1. marts 2006.

Riising, Tina. "Sundhedsledelse på vej i virksomheder". *Børsen*, 27. april 2006.

3F udtaler om sundhed. 3F, Netredaktionen, april-november 2006.

Themsen, Bjørn. "En sund ansat i en sund virksomhed". *Frederiksborg Amts Avis*, 23. december 2006.

"Vores fedme". Leder, *Information*, 7. juli 2006.