

Hva er helsefremmende arbeidsplasser – og hvordan skapes det?

Steffen Torp

Institutt for helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Høgkolen i Vestfold, postboks 2243, 3103 Tønsberg, Norge. E-post: steffen.torp@hive.no.

Arbeid med å skape helsefremmende arbeidsplasser innebærer at man bør definere helse som noe mer, eller annet, enn kun fravær av sykdom. I tillegg bør en benytte arbeidstakermedvirkende settingstilnærminger der helsefremmende arbeid knyttes nært til virksomhetens produksjon. I jobbkrav-ressursmodellen (Bakker & Demerouti, 2007) hevdes det at både helse og produktivitet påvirkes gjennom to parallelle prosesser; en helsereduserende prosess som drives av høye arbeidskrav og som leder til utbrenthet og sykdom, og en motivasjonsprosess drevet av jobbressurser som leder til jobbengasjement, positiv helse, og god organisatorisk produktivitet. Modellen er svært pedagogisk og forener helsefaglige og bedriftsøkonomiske perspektiv. Den kan med fordel benyttes i helsefremmende arbeid fordi den appellerer til både helse-, miljø- og sikkerhetspersonell og bedriftsledelse.

In workplace health promotion, health is defined as something more than the mere absence of disease. Additionally, one should use participatory settings' approaches in which health promotion closely links to enterprises' production of goods and services. The job demands-resources model (Bakker & Demerouti, 2007) claims that health and productivity are affected by two parallel processes: the health impairment process, driven by high job demands leading to burnout and disease; and the motivational process, driven by job resources leading to work engagement, positive health, and high commitment and performance. The model is highly educational and combines health-related and economic perspectives. It can be used in health promotion because it appeals to both health and safety personnel and company managers.

Innledning

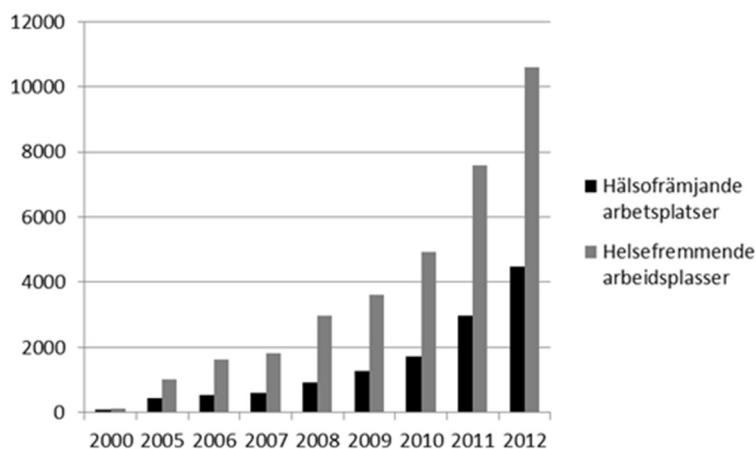
Begrepet helsefremmende arbeid («health promotion») ble først benyttet på begynnelsen av 1980-tallet (WHO, 1986), mens begrepet helsefremmende arbeidsplasser ble introdusert for alvor først midt på 1990-tallet (European Network for Workplace Health Promotion, 2005). Helsefremmende

arbeidsplasser har ikke hatt så mye oppmerksomhet i nordiske land, men oppmerksomheten har tilsynelatende økt de siste årene. For det norske begrepet helsefremmende arbeidsplasser har for eksempel antall nye treff/sider på internett med bruk av søkemotoren Google økt fra 109 treff for år 2000 til

10600 treff for 2012. For det svenske begrepet hälsofrämjande arbetsplatser har det for samme tidsperiode vært en økning fra 91 til 4490 treff (Figur 1). I mange sammenhenger er det imidlertid svært uklart hva som legges i begrepet. Denne artikkelen har som mål å gi innspill til hva helsefremmende arbeidsplasser kan eller bør innebære, og å presentere jobbkrav-ressursmodellen (Bakker & Demerouti, 2007). Under tegnede mener at tenkemåten som ligger til grunn for jobbkrav-ressursmodellen kan være nyttig som utgangspunkt for å forstå hva helsefremmende arbeidsplasser er, og som ledere og ansatte kan bruke som utgangspunkt når helsefremmende arbeidsplasser skal skapes. Det er likevel viktig å understreke at denne modellen bare èn av flere modeller som kan nyttes i arbeidet for å bedre helse blant arbeidstakere. Artikkelen legger særlig vekt på hvordan helse defineres, og betydningen av å benytte en settingstilnærming i helsefremmende arbeid.

Arbeid er viktig for helse

Helsefremmende arbeid defineres som «the process of enabling people to increase their control over the determinants of health and thereby improve their health» (Nutbeam, 1998). Kontroll over helsens determinanter oppnås gjennom å arbeide med både helsefremmende politikk og individrettet helsepedagogisk arbeid (Mittelmark, Kickbush, Rootman, Scriven, & Tonnes, 2007). Kjernen i helsefremmende arbeid er å adressere fundamentale og underliggende helsedeterminanter, myndiggjøring (empowerment) og å forebygge sosial ulikhet i helse. Arbeid er en faktor som i stor grad er med på å forme innbygges helse, og dermed også sosial ulikhet i helse. Den store betydningen helsefremmende arbeidsplasser har understrekes bl.a. av at det allerede i den første setningen av den norske Arbeidsmiljøloven (§1.1) (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005) sies at loven har til formål «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag



Figur 1. Antall treff på internett pr. år (2000 – 2012) for begrepene «hälsofrämjande arbetsplatser» og «helsefremmende arbeidsplasser» ved bruk av søkemotoren Google.

for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon». I Luxembourg-deklarasjonen for helsefremmende arbeidsplasser vektlegger European Network for Workplace Health Promotion (2005) arbeidsgiveres, arbeidstakeres og samfunnets felles innsats for å bedre arbeidsorganiseringen og arbeidsmiljøet, samt å fremme aktiv deltakelse og personlig utvikling blant arbeidstakere.

Hvordan bør arbeidshelse defineres?

Arbeidsmiljøtiltak bestemmes av hvordan helse defineres

Hvordan helse defineres vil virke bestemmende for hvilke determinanter som fokuseres i forskning og dermed også ha innvirkning på føringer for å forebygge sykdom og å fremme helse. Det mest innflytelsesrike dokumentet som gir retningslinjer for hva helsefremmende arbeid er og hvordan det bør utføres er Ottawa-charteret for helsefremmende arbeid (WHO, 1986). Dokumentet presenterer et holistisk syn på helse og hevder at helse er en ressurs for hverdagslivet og at det er et positivt begrep knyttet til fysiske, sosiale og personlige ressurser. Innen arbeidsmedisin og annen arbeidshelseforskning defineres imidlertid helse som oftest som fravær av sykdom eller helseplager (Danna & Griffin, 1999). Boorse (1977) er en sterk talsmann for bruk av en slik definisjon der helse knyttes til biologisk normalfunksjon. Andre filosofer, f.eks. Nordenfelt (2001), definerer helse mer i tråd med Ottawa-charterets forståelse av helsebegrepet, det vil si som et positivt begrep knyttet

til en subjektiv opplevelse. Eksempler er lykke, velvære, livskvalitet og engasjement. Dette er også i tråd med slik menigmann oppfatter hva god helse er (Fugelli & Ingstad, 2001). I en artikkel i British Medical Journal relativt nylig kritiserer Huber et al. (2011) WHO's definisjon av helse som en tilstand av fullkommen velvære (World Health Organization, 1948/2006) fordi den innebærer at personer med kroniske funksjonshemminger er syke. I følge forfatterne blir dette et særlig problem sett i lys av at befolkningen stadig blir eldre og med det har mye aldersrelaterte helseplager og funksjonshemminger. Derfor etterspør Huber et al. (2011) en helsedefinisjon som er mer dynamisk og som fokuserer på motstandskraft og evne til mestring og å opprettholde egen integritet og en følelse av velvære. Deres forslag til definisjon av helse er «the ability to adapt and self-manage». Mittelmark (2012) hevder at helse ikke bør ha en definisjon, men at helse bør defineres ulikt avhengig av hva man ønsker å oppnå og i hvilken setting man arbeider med å fremme helse.

Ulike tradisjoner benytter ulike helsedefinisjoner

Det er blitt hevdet at både arbeiderbevegelse og helse-, miljø-, og sikkerhetspersonell (HMS) har vært skeptiske til arbeidet med helsefremmende arbeidsplasser (Bjørnstad, 2013) fordi de har fryktet at tradisjonelt HMS-arbeid skal bli erstattet med livsstilskampanjer. Et annet argument har vært at helsefremmende arbeidsplasser ikke er noe nytt da HMS alltid har vært opptatt av myndiggjøring (empowerment), arbeidstakermedvirkning og forbedring

av arbeidsmiljøet. Dette kan godt være riktig, men det er likevel en stor forskjell mellom helsefremmende arbeid og HMS-arbeid, og det er hvordan helse defineres i de to tradisjonene. Mens retningslinjer for helsefremmende arbeid vektlegger helse som et holistisk og positivt begrep som f.eks. velvære og personlig utvikling (European Network for Workplace Health Promotion, 2005; Nutbeam, 1998; Tones & Greene, 2004) fokuseres det i HMS i første rekke på sykdom og helseplager (Moen, 2003).

Settingstiltærming i helsefremmende arbeid

Grunnleggende determinanter

I helsefremmende arbeid finnes det i prinsippet tre ulike tiltærminger; tematiltærmingen (f.eks. røyking, skader eller kosthold); målgruppetiltærmingen (f.eks. barn og unge eller eldre); og settingstiltærmingen (f.eks. skoler, nærmiljø eller arbeidsplasser) (International Union for Health Promotion and Education, 2000; Poland, Greene, & Rootman, 2000). I Ottawa-charteret (WHO, 1986) hevdes det at helse skapes og leves av mennesker i hverdagslivets settinger. I denne sammenheng forstås settinger gjerne som fysisk avgrensede områder der mennesker med definerte roller omgås over tid, og at settingen har en organisatorisk struktur (Nutbeam, 1998).

WHO har i lang tid argumentert for bruk av settingstiltærminger i helsefremmende arbeid fordi man med denne tiltærmingen velger å fokusere på grunnleggende miljømessige deter-

minanter for helse, og i mindre grad på endring av enkeltindividers atferd. WHO har initiert og drevet prosjekter som helsefremmende byer, skoler, fengsler, sykehus og arbeidsplasser. Å skape helsefremmende arbeidsplasser er særlig interessant og viktig fordi arbeidstakere utgjør en svært stor del av befolkningen, men også fordi arbeidstakere og arbeidsgivere er helt sentrale aktører i de aktivitetene som finner sted i alle de andre settingene som WHO har valgt å fokusere på. I tillegg er arbeidstakeres helse nært knyttet til bedrifters og nasjoners produktivitet som igjen kan ha stor betydning for helsen til den delen av befolkningen som ikke deltar i arbeidslivet (Schulte & Vainio, 2010).

Settingstiltærming innebærer et fokus på produksjon

Det finnes ingen konsensus på hva en settingstiltærming er, men de fleste forfattere som er opptatt av temaet (Dooris, 2009; Poland, Krupa, & McCall, 2009; Tones & Greene, 2004; Whitelaw et al., 2001) er enige om at en sentral forståelse er at folk lever i komplekse sosiale, kulturelle, økonomiske og politiske miljø som kan føre til både helse og sykdom på ulike måter. Dette betyr at det er nødvendig å gjøre endringer av selve settingene for å oppnå grunnleggende og varige endringer i folks helse og ikke kun fokusere på enkeltindividers helserelaterte atferd. Sagt på en annen måte betyr dette at både problemet (eller utfordringen) og løsningen ligger i settingen og at løsningen dermed er nært knyttet til de mest sentrale aktivitetene som utføres i settingen. Kjernevirksomheten i ar-

beidslivets virksomheter er produksjon av varer og tjenester. Dette innebærer at helsefremmende arbeid bør fokusere på både fysiske, sosiale og organisatoriske faktorer av betydning for både produktivitet og helse.

Med en slik forståelse kan man godt gjennomføre helsefremmende aktiviteter i en setting, f.eks. på en arbeidsplass, uten at det benyttes en settingstilnærming. Eksempler på helsefremmende aktiviteter i en setting uten å benytte en settingstilnærming er når man benytter en bedrift eller arbeidsplass som en praktisk måte med ”for” (å nå og å samle mennesker for å forsøke å endre deres atferd ”forhold utenfor arbeidsplassen” mellom knyttet til f.eks. kosthold og fysisk aktivitet.

Helsefremmende arbeidsplasser i nordiske land

Mange anser nordiske land som relativt langt kommet når det gjelder arbeid med arbeidslivshelse da de har en lang tradisjon for demokratisering av arbeidslivet, godt samarbeid mellom arbeidsgivere og –takere (Gustavsen, 2007), velfungerende bedriftshelsetjenester (WHO, 2002) og ikke minst en arbeidslivslovgivning som legger vekt på systemtenkning og myndiggjøring (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005).

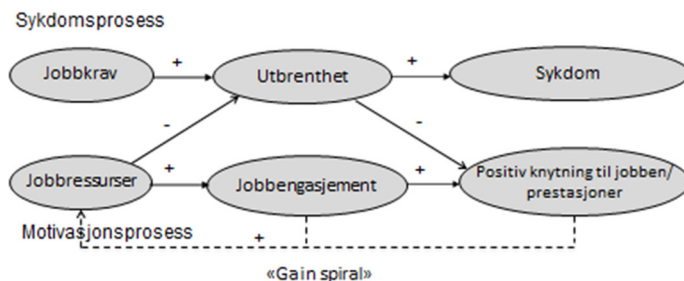
I en scoping review-studie kategoriserer Torp, Eklund & Thorpenberg (2011) nordiske intervensjonsstudier knyttet til helsefremmende arbeidsplasser som henholdsvis ikke-settingstilnærming; medvirkende settingstilnærming og ikke-medvirkende settingstilnærming.

Den studien viste at det var få studier som fokuserte eksplisitt på myndiggjøring og at nærmere to tredeler av intervensjonsstudiene ikke benyttet en settingstilnærming da de primært var opptatt av å endre enkeltindividets atferd knyttet til livsstil. Liknende funn er også vist i andre review-studier knyttet til helsefremmende arbeidsplasser (Giga, Noblet, Faragher, & Cooper, 2003; Harden, Peersman, Oliver, Mauthner, & Oakley, 1999; Källestål et al., 2004; Wilson, 1996). Det synes med andre ord som at forskningen knyttet til helsefremmende arbeidsplasser ikke er helt i tråd med de retningslinjer som foreligger for hva som er godt og effektivt helsefremmende arbeid.

Jobbkraft-ressursmodellen: en modell for å skape helsefremmende arbeidsplasser

Mittelmark (2012) hevder at førende dokumenter for helsefremmende arbeid har i all hovedsak fokusert på fremming og relativt lite på helse, og at det er behov for mer deskriptiv og analytisk forskning knyttet til ulike definisjoner av helse. I arbeidet med å skape helsefremmende arbeidsplasser på en best mulig måte er det bl.a. behov for å besvare følgende tre spørsmål:

- Hva er arbeidsrelatert helse dersom det ikke er fravær av sykdom eller helseplager?
- Hvilke faktorer fremmer arbeidsrelatert positiv helse?
- Er det andre faktorer som fremmer arbeidsrelatert positiv helse sammenliknet med faktorer som forebygger sykdom og helseplager?



Figur 2. Jobbkraav-ressursmodellen (Schaufeli & Bakker 2004, revidert).

Jobbkraav-ressursmodellen (Bakker & Demerouti, 2007) (Figur 2) er en modell som kan benyttes til å besvare disse spørsmålene, og som er svært pedagogisk for å forklare hvorfor og hvordan arbeid med helsefremmende arbeidsplasser er forskjellig fra tradisjonelt risiko-orientert HMS-arbeid.

Utbrenthet og jobbengasjement

Jobbkraav kan defineres som faktorer på jobb som potensielt kan føre til stress. Eksempler er rollekonflikter og kvantitative, kvalitative og emosjonelle krav. Jobbressurser kan defineres som fysiske, mentale, sosiale og organisatoriske aspekt ved arbeidet som kan redusere jobbkraav, fungere som virkemiddel for å oppnå målsetninger knyttet til arbeidet og som kan stimulere til personlig vekst og læring (Bakker & Demerouti, 2007). Eksempler er sosial støtte, læringsmuligheter, integritet og myndiggjøring. Kraav og ressurser finnes på både individuelt, gruppe og organisatorisk nivå i virksomheter.

I tillegg til kraav og ressurser inkluderer modellen to svært viktige mediatorer; utbrenthet (burnout) og jobbengasjement. Disse to faktorene medierer

effekten av arbeid og arbeidsmiljø på individuell helse og på organisatoriske utfallsmål som kvalitet på jobbutførelse og produktivitet. Utbrenthet og jobbengasjement er relaterte, men fungerer ikke som to motsatte endepunkt på en og samme skala. De er definert som to kvalitativt forskjellige begrep. Jobbengasjement er definert som «a positive fulfilling work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication and absorption» (Schaufeli & Bakker, 2010). «Vigor» knyttes til energi og vilje til å investere noe ekstra i arbeidet mens «dedication» knyttes til entusiasme, inspirasjon og stolthet av arbeidet sitt. «Absorption» er karakterisert av å være fullt konsentrert og oppslukt i arbeidsoppgaver som gir en følelse av lykke og at tiden flyr – ofte kalt flyt eller flow.

Uheldigvis er det mange som ikke skiller mellom jobbengasjement og det som ofte betegnes som jobbavhengighet (”workaholism”). Det er riktig at både jobbengasjement og -avhengighet kjennetegnes ved at arbeidstakeren er oppslukt av arbeidet sitt, men mens den engasjerte trekkes til arbeidet fordi jobben er engasjerende i seg selv trek-

kes den jobbavhengige til arbeidet av et (negativt) indre tvangsmessig driv (Taris, Schaufeli, & Shimazu, 2010). Jobbengasjement fører til overskudd både på jobb og i fritid, mens jobbavhengighet vil resultere i mindre overskudd og mer helseplager. Det er med andre ord viktig å skille mellom disse to betegnelsene, noe Schaufeli & Bakkers (2010) definisjon av jobbengasjement legger opp til.

Settingstilnærming

Jobbkraft-ressursmodellen er beslektet med krav-kontroll-støttemodellen (Karasek & Theorell, 1990), men skiller seg fra den ved at jobbkraft-ressursmodellen understreker at det finnes mange ulike krav og ressurser som kan være viktig for enten utbrenthet eller jobbengasjement, og at disse faktorene er forskjellig i ulike settinger og for ulike grupper av arbeidstakere og yrker. Dette betyr at det ikke finnes noen universelle faktorer som gjelder for alle, og at mulige determinanter må undersøkes i hver ulik setting en arbeider i. Dette er i tråd med hvordan man tenker når man benytter seg av en settingstilnærming i helsefremmende arbeid.

To ulike parallelle prosesser

Modellen beskriver to ulike parallelle prosesser som begge er viktige for arbeidshelse. En patogen prosess, kalt «the health impairment process», fører til energitap, utbrenthet og sykdom. Denne prosessen er hovedsakelig drevet av høye jobbkraft. En annen prosess som må betegnes som salutogen, kalt «the motivational process», leder til positive utfall som engasjement, helse,

god arbeidsoppnåelse og høy produktivitet. Denne motivasjonsprosessen drives i første rekke av jobbkraft.

Selv om modellen vektlegger to ulike prosesser sees prosessene likevel i sammenheng. I likhet med krav-kontroll-støttemodellen vektlegges blant annet at høye krav kan virke positivt på engasjement forutsatt god tilgang på jobbkraft. Det er også vist at enkelte typer krav («hindrance demands») er sterkt negativt assosiert med engasjement mens andre («challenging demands») viser positive sammenhenger (Crawford, LePine, & Rich, 2010).

Det er også vist at jobbengasjement er negativt korrelert med mentale helseplager (Hallberg & Schaufeli, 2006; Peterson et al., 2008) og at jobbengasjement trolig medierer effekten av arbeidsmiljø på slike helseplager (Bakken & Torp, 2012; Torp, Grimsmo, Hagen, Duran, & Gudbergsson, 2013).

Til forskjell fra jobbengasjement, er jobbavhengighet primært knyttet til jobbkraft og den patogene prosessen (Midje, Nafstad, Syse, & Torp, 2013). Det er imidlertid en del som tyder på at det ikke er høye arbeidskrav som fører til jobbavhengighet, men at personer med en tendens for å bli avhengige av jobben skaper unødvendig høye arbeidskrav for seg selv som igjen har en negativ effekt for deres helse (Burke, Matthiesen, & Pallesen, 2006; Midje et al., 2013).

Jobbkraft kan enten fungere som indre motivasjon som leder til læring og utvikling, eller som ytre motivasjon

for å nå viktige mål på jobb. En underliggende antakelse for motivasjonsprosessen er at positive emosjoner relateres til vilje til å eksperimentere og forsøke ut nye ideer («the broaden-and-build theory») (Fredrickson, 2000) og at ressurser og jobbengasjement styrker hverandre gjensidig i såkalte “gain spirals” («the conservation of resources theory») (Hobfall & Shirom, 2001; Salanova, Schaufeli, Xanthopoulou, & Bakker, 2010). Hypotesen er at arbeidstakere med nødvendige ressurser for å utføre en god jobb blir over tid engasjert, som igjen medvirker til at de utnytter eksisterende ressurser bedre og også legger mer energi i å skaffe seg nye og enda bedre jobbressurser.

Jobbengasjement: et egnet mål for arbeidshelse?

Å skape helsefremmende arbeidsplasser kan være vanskelig og komplekst. Derfor er det viktig og nødvendig at man i forskning og praksis benytter mange ulike mål som spiller ulike dimensjoner av helse på både individ- og organisasjonsnivå. Jeg argumenterer for at engasjement kan benyttes som ett positivt helsemål. Sammenliknet med vanlige helsemål slik som muskelskjelettplager, depresjon og helserelatert livskvalitet, er jobbengasjement et mer egnet arbeidshelsemål fordi målet er eksplisitt knyttet til arbeidet og bestemmes i all hovedsak av ressurser som finnes på jobb. I tillegg har jobbengasjement en relativt direkte sammenheng med virksomhetens produksjon. Å kunne utføre jobben sin på en kvalitativ god måte er av stor betydning for den enkelte arbeidstaker, men også for arbeidsgiver/bedrift (Sørensen, Mac,

Limborg, & Pedersen, 2008). Å knytte helsefremmende arbeid til virksomhetens kjerneaktiviteter er i følge Dooris (2009) svært sentralt i en settingstilnærming og ett av de viktigste kriteriene for å oppnå suksess med hensyn til både helse og produktivitet (Moore, Parahoo, & Fleming, 2011).

Framtidig forskning og praktisk helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid må defineres og forklares

Det er viktig å understreke at de mål og modeller en benytter i helsefremmende arbeid skal bestemmes av hvilken setting en arbeider i, og hvilken målsetting virksomhetens ledere og ansatte vurderer som relevant og viktig. Derfor er jobbengasjement bare ett av mange positive helsemål definert som noe kvalitativt annet enn fravær av sykdom og helseplager, og som kan benyttes i arbeidet for å skape helsefremmende arbeidsplasser. Det samme gjelder for jobbkrav-ressursmodellen. Likevel mener jeg at jobbkrav-ressursmodellen med sitt fokus på det positive helsemålet jobbengasjement er et eksempel på hva som kan nyttes mer aktivt i helsefremmende arbeid i virksomheter fordi den kan bidra til å utvide vår forståelse av hva som skaper helse forstått på en helhetlig måte, og om det er ulike faktorer som bestemmer henholdsvis sykdom eller helse. Å knytte helsearbeid nært til virksomhetens kjernevirksomhet er også helt avgjørende i framtidens helsefremmende arbeid.

Da helsefremmende arbeidsplasser

har fått betydelig oppmerksomhet de siste årene kan forskere og praktisk orienterte helsefremmere benytte denne oppmerksomheten til å forklare arbeidstakere, tillitsvalgte, ledere, politikere og Arbeidstilsyn hva helsefremmende arbeidsplasser kan og bør være og hvordan denne tilnærmingen skiller seg fra hvordan HMS-arbeid tradisjonelt har vært utført. Forskning med utgangspunkt i jobbkrav-ressursmodellen antyder at det primært er jobbressurser som er viktig for positive helsemål og at HMS-arbeid derfor bør dreies i større grad mot dette framfor å være ensidig opptatt av å identifisere risikofaktorer. For å kunne argumentere faglig godt for en slik tilnærming i helsefremmende arbeid trengs det likevel mer deskriptiv og analytisk forskning som undersøker om det faktisk er slik at det er andre determinanter for helse sammenliknet med determinanter for sykdom og helseplager.

Resultat av store og små forskningsprosjekter bør publiseres

Det er også behov for mer intervensjonsforskning med bruk av settingstilnæringer der medvirkning og myndiggjøring i arbeidslivet er sentralt (Torp et al., 2011). Dooris (2006) vektlegger at evalueringsforskning i helsefremmende arbeid bør være omfattende og helhetlig fordi systemtilnæringer er svært komplekse, og at små og snevre evalueringer vil føre til frustrasjon og mislykkede intervensjoner med negative funn. Jeg er enig i at det er behov for store og komplekse forskningsprosjekt, men vil likevel oppfordre forskere med små ressurser å publiserer sine mindre undersøkelser

om helsefremmende arbeidsplasser i vitenskapelige tidsskrift fordi disse studiene vil bidra til et større fokus på viktige faktorer som medvirkning, myndiggjøring og positiv helse. Det er et særlig behov for at mer forskning publiseres der kvalitative metoder og aksjonsforskningstilnæringer med fokus på prosessevalueringer benyttes.

Konklusjon

Arbeidslivet er i konstant endring, og det hevdes at dersom HMS-arbeidet skal klare å møte framtidige demografiske endringer må fagfeltet «reconfigure, reinvest in and re-energize itself» (Schulte & Vainio, 2010). For at ledere skal klare å skape helsefremmende arbeidsplasser er det etter min mening nødvendig at de forstår at helse er noe mer enn fravær av sykdom og helseplager, og at dette trolig krever andre tilnæringer enn de som benyttes i tradisjonell risikoorientert HMS-arbeid. Jobbkrav-ressursmodellen forener interesser og forståelser hos både administrasjon, personalledelse og HMS-personell, og kan benyttes aktivt i opplæring av både ledere og arbeidstakere. Modellen kan også fungere som teoretisk rammeverk og utgangspunkt for å skape produktive og bærekraftige arbeidsplasser som samtidig er helsefremmende.

Referanser

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

- Bakken, B., & Torp, S. (2012). Work engagement and health among industrial workers. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, 4(1), 4-20.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bjørnstad, O. (2013). Health-promoting workplaces in Norway. *Barents Newsletter on Occupational Health and Safety* 16(1), 17-18.
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542-573. Doi: 10.1086/288768
- Burke, R. J., Matthiesen, S. B., & Pallesen, S. (2006). Personality correlates of workaholism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1223-1233.
- Crawford, E. R., LePine, J. A., & Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), 834-848. Doi: 10.1037/a0019364
- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management* 25(3), 357-384.
- Dooris, M. (2006). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21(1), 55-65. Doi: 10.1093/heapro/dai030
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, 129(1), 29-36.
- European Network for Workplace Health Promotion. (1997). The Luxembourg declaration on workplace health promotion in the European Union. Luxembourg: European Network for Workplace Health Promotion.
- Fredrickson, B. (2000). Why positive emotions matter in organizations. Lessons learned from the broaden-and-build model. *The Psychologist-Manager Journal*, 4, 131-142.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2001). Helse slik folk ser det. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 121(30), 3600-3604.
- Giga, S. I., Noblet, A. J., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2003). The UK perspective: A review of research on organisational stress management interventions. *Australian Psychologist*, 38(2), 158-164.
- Gustavsen, B. (2007). Work organization and 'the Scandinavian model'. *Economic and Industrial Democracy*, 28(4), 650-671. Doi: 10.1177/0143831x07082218
- Hallberg, U. E., & Schaufeli, W. B. (2006). "Same same" but different? Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *European Psychologist*, 11(2), 119-127. Doi: 10.1027/1016-9040.11.2.119
- Harden, A., Peersman, G., Oliver, S., Mauthner, M., & Oakley, A. (1999). A systematic review of the effectiveness of health promotion interventions in the workplace. *Occupational Medicine-Oxford*, 49(8), 540-548.
- Hobfall, S. E., & Shirom, A. (2001). Conservations of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. In Golembiewski (Ed.), *Handbook of Organizational Behavior* (pp. 57-81). New York: Dekker.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, 235-237.

- International Union for Health Promotion and Education. (2000). The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe. Part two. Brussels: ECSC-EC-EAEC (http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/EHP_part2.pdf, accessed 28.08.2013)
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Källestål, C., Bjurvald, M., Menckel, E., Schaeström, A., Schelp, L., & Unge, C. (2004). *Workplace health promotion. Effects of interventions referred to in systematic knowledge reviews and in Swedish reports*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. Report R 2004:54.
- Midje, H. H., Nafstad, I. T., Syse, J., & Torp, S. (2013). *Workaholism and mental health problems among municipal middle managers in Norway*. (Submitted).
- Mittelmark, M. B. (2012). From rhetoric to action: Human rights as the basis for defining, measuring and promoting health. Paper presented at the 9th European IUHPE Conference on Health Promotion, Tallin.
- Mittelmark, M. B., Kickbush, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2007). Health promotion. In H. K. Heggenhougen (Ed.), *The encyclopedia of public health*. Oxford: Elsevier.
- Moen, B. E. (2003). *Håndbok for bedriftshelsetjenesten 1-3*. Oslo: Arbeidsmiljøforlaget.
- Moore, A., Parahoo, K., & Fleming, P. (2011). Managers' understanding of workplace health promotion within small and medium-sized enterprises: A phenomenological study. *Health Education Journal*, 70(1), 92-101. doi: 10.1177/0017896910364881
- Nordenfelt, L. (2001). On the goals of medicine, health enhancement and social welfare. *Health Care Analysis*, 9, 15-23.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84-95. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x
- Poland, B., Greene, L. W., & Rootman, I. (2000). *Settings for health promotion. Linking theory and practice*. London: Sage Publications.
- Poland, B., Krupa, G., & McCall, D. (2009). Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promotion Practice*, 10(4), 505-516. Doi: 10.1177/1524839909341025
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Xanthopoulou, D., & Bakker, A. B. (2010). The spiral of resources and work engagement: Sustaining a positive worklife. In A. B. Bakker & M. Leiter (Eds.), *Work engagement. A handbook of essential theory and research* (pp. 118-131). New York: Psychology Press.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2010). Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.), *Work engagement. A handbook of essential theory and research*. (pp. 10-24). New York: Psychology Press.
- Schulte, P., & Vainio, H. (2010). Well-being at work - overview and perspective. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 36(5), 422-429.
- Sørensen, O. H., Mac, A., Limborg, H. J., & Pedersen, M. (2008). *Arbejdets kerne. Om at arbejde med psykisk arbejdsmiljø i praksis*. København: Frydenlund.

tema

- Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Shimazu, A. (2010). The push and pull of work: The differences between workaholism and work engagement. In A. B. Bakker, & M. P. Leiter (Eds.) *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 39–53). East Sussex: Psychology Press.
- Tones, K., & Greene, J. (2004). *Health Promotion. Planning and strategies*. London: Sage Publications.
- Torp, S., Eklund, L., & Thorpenberg, S. (2011). Research on workplace health promotion in the Nordic countries – a literature review, 1986–2008. *Global Health Promotion*, 18(3), 15-22. Doi: 10.1177/1757975911412401
- Torp, S., Grimsmo, A., Hagen, S., Duran, A., & Gudbergsson, S. B. (2013). Work engagement: a practical measure for workplace health promotion? *Health Promotion International*, 28(3), 387-396. Doi: 10.1093/heapro/das022
- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., Machardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). "Settings" based health promotion: a review. *Health Promotion International*, 16(4), 339-353.
- Wilson, M. G. (1996). A comprehensive review of the effects of worksite health promotion on health-related outcomes: An update. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 107-108.
- World Health Organization. (1948/2006). *Constitution of the World Health Organization*. New York: WHO (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf; accessed 04.08.2013).
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. An international conference on health promotion, November 17-21. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.