

# Hvordan bør vi prioritere i helse-, miljø- og trivselsspørsmål i fremtidens arbeidsmiljø?\*

PETER F. HJORT  
forskningsjef  
Gruppe for helsetjenesteforskning  
Statens institutt for folkehelse  
Geitmyrsveien 75  
N-0462 OSLO 4  
Norsk bedr.h.tj. 1989, 10. 8-14.

**1. Balanse?**  
Mitt oppdrag er å trekke opp noen hovedlinjer i diskusjonen om arbeidsliv og helse.  
Jeg vil gå ut fra brede definisjoner av arbeidsliv og helse, og jeg er opptatt av de store spørsmålene. Min grunnleggende mening er at partene i arbeidslivet har ansvar for hverandre. Ingen skal utnytte den annen part. Problemet er å finne den riktige balansen.

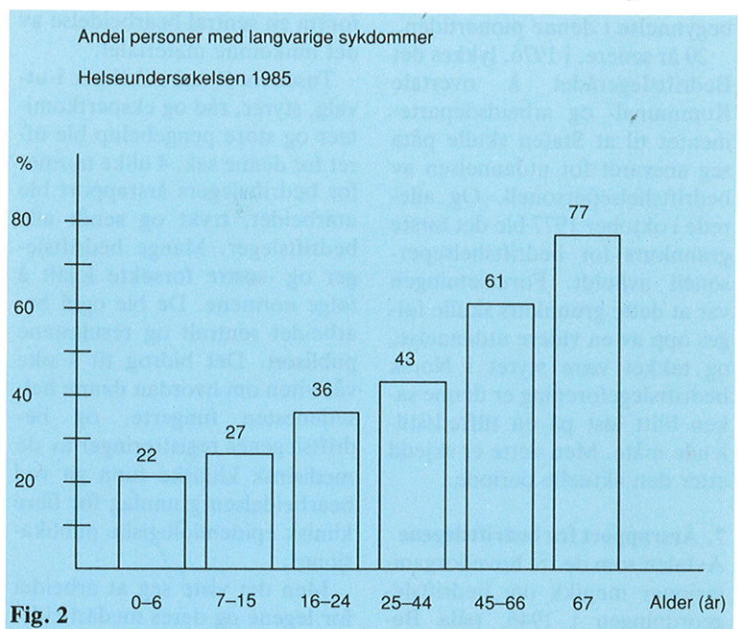


Fig. 2

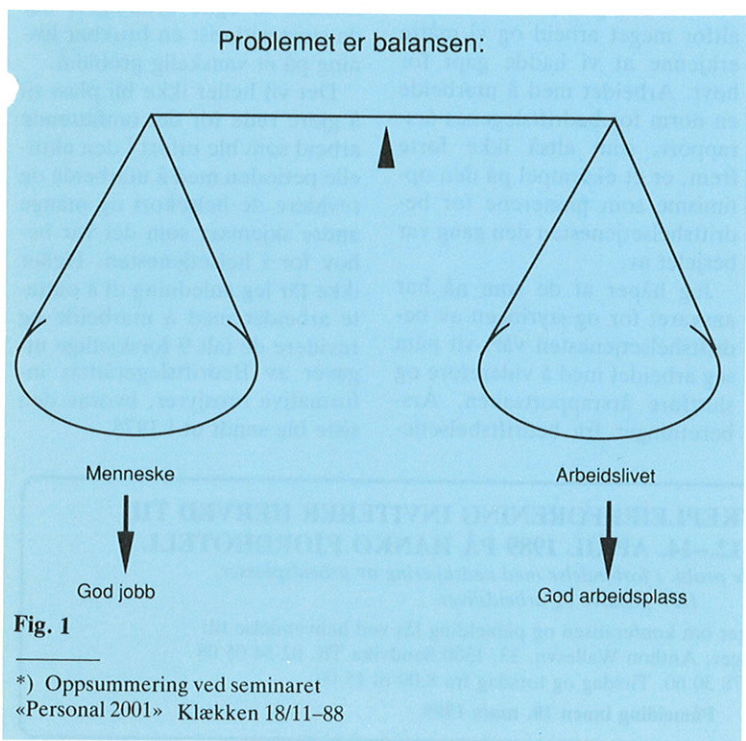


Fig. 1

\*) Oppsummering ved seminaret «Personal 2001» Klækken 18/11-88

**2. Om helse**  
Det er en vanlig feiloppfatning at helsen bare har med kroppen å gjøre. Derfor understreker jeg at helsen har tre deler – kropp, sinn og sosialt liv. Disse delene er like viktige, og god helse forutsetter at det er harmoni mellom dem.  
Jeg vil også advare mot Verdens helseorganisasjons definisjon av helse som «fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære», for etter den definisjonen er det knapt noen som har god helse i Norge. For å understreke det, viser jeg et nøkkelresultat fra Helseundersøkelsen 1985, nemlig andelen personer med langvarig sykdom ved begynnelsen av den 14 dagers perioden folk ble intervjuet om (1). I min alder hadde altså to tredjeparter av befolkningen langvarig sykdom.

Norsk Bedr. h. tj. 1989; 10 (nr. 1)

Vi kan ikke definere ut halvparten av befolkningen. Derfor må vi definere helse på en annen måte. Min definisjon er slik: «Helse er et overskudd i forhold til hverdagens krav» (2) – nesten på tross av sykdom.

Det er viktig at arbeidslivet ser at oppgaven er å holde *uenne* befolkningen i arbeid og ved godt mot. Arbeidslivet – like lite som politikerne – kan velge seg et nytt folk. Samtidig er det selvfølgelig viktig at arbeidstakerne innser at de – så langt råd er – bør forsøke å holde seg i arbeid på tross av helseproblemer.

### 3. Om forebyggende arbeid

Forebyggende arbeid har to sider:

- motvirke sykdom («disease prevention»),
- fremme eller styrke helsen («health promotion»)

Jeg har erfart at svært mange – også blant legene – ikke forstår dette. De sitter igjen i den gammeldagse troen at forebyggende arbeid bare er å unngå helseskade eller sykdom.

Det er helt avgjørende at alle forstår dette poenget, og det er et stort problem at vi mangler et godt norsk ord for «health promotion». Ordet skulle dekke både kropp, sinn og sosialt liv, og det skulle gi både forståelse og inspirasjon. «Helsefostring» er ikke godt nok, «egenomsorg» ligner betenkelig på ego-omsorg, og det svenske «friskvård» går ikke i Norge.

### 4. Om arbeidets natur og plass i menneskelivet

Det er helt grunnleggende at arbeidet får en riktig plass i menneskenes liv. Dessverre har arbeidet en historie som stort sett har vært negativ:

- Alt for lang arbeidstid: 60–70 timer i uken var ikke uvanlig «i gamle dager»
- Ofte grovt helseskadelig: silikose, asbest o.l.
- Ofte grov utnyttning av arbeidstakerne: f.eks. barn

Denne historien har preget vårt syn på arbeidet som noe negativt.

Dermed ble målet å gjøre arbeidet kort, lett og fint – jo mindre desto bedre. Vi har gjort den feilslutningen at arbeidet i prinsippet er negativt og har ikke forstått at det her – som på alle andre områder av menneskelig aktivitet – er et spørsmål om «passe» (optimum), ikke maksimum eller minimum. Det er lettere å illustrere dette prinsippet ved et eksempel fra et annet viktig område: På ca. tre generasjoner har vi gått fra sult til å spise oss ihjel, og nå må hele befolkningen settes på TV-sofaen for å lære å spise fornuftig.

Min konklusjon er at arbeidet er godt for menneskene, og det er min tro at optimum for de fleste ligger nærmere 40 enn 30 timer i uken. Jeg innser selvfølgelig at denne diskusjonen er både omfattende og komplisert, fordi hjem og omsorg også krever arbeid, og jeg har selvfølgelig merket meg at det har gått 472 år siden Thomas More foreslo 6-timers dagen – riktignok før det ble fri lørdag (3). Min konklusjon er at menneskene trenger arbeidet.

Men det er én konklusjon til, og den er like viktig: Det er ikke nok å fjerne de negative faktorene fra arbeidet, en må også fremme de positive. De positive faktorene ved arbeidet er klarlagt gjennom mange samstemmige undersøkelser. Det er fire:

- Godt psykososialt arbeidsmiljø

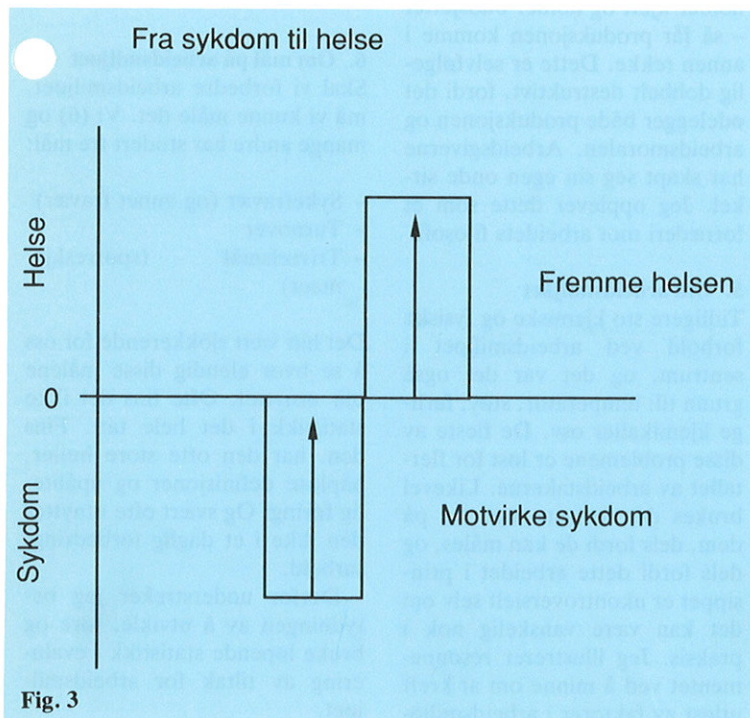
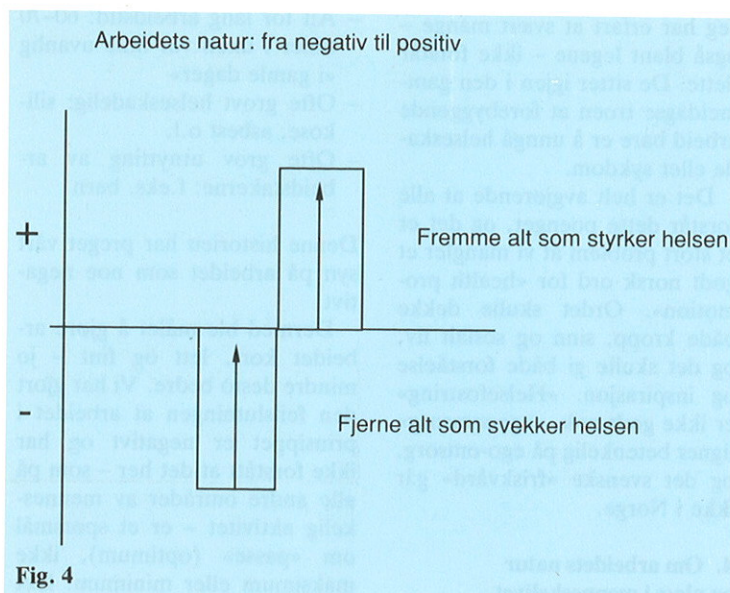


Fig. 3



- En rimelig utfordring i forhold til arbeidstakernes ressurser
- En rimelig grad av egenkontroll over arbeidet
- Et rimelig stressnivå

Både arbeidsgiver og arbeidstaker har felles interesser i et positivt arbeidsmiljø. Det fremmer produktiviteten for arbeidsgiveren, og det fremmer helse og trivsel for arbeidstakeren. Begge parter må forstå det.

Som en slags negativ illustrasjon vil jeg nevne et problem som bekymrer meg mer og mer, nemlig produktiviteten i det offentlige arbeidslivet. Her er produktiviteten ofte lite synlig og vanskelig målbar, f.eks. i helse-tjenesten, i skolene, i barnehagene og i politiet. I de senere år har all interesse samlet seg om budsjettene, og produktiviteten har kommet i bakgrunnen. De store arbeidsgiverne med staten i spissen driver ofte bevisst underbudsjettering, slik at det er nødvendig å holde stillinger ubesatte. Rask turnover på personellet (enkelte sykehus har 25% pr. år)

styrker budsjettet, og det gjør ikke noe at produksjon og produktivitet svekkes, for det er usynlig. Den idéelle offentlige arbeidsleder blir en person som holder kjeft og holder budsjettet – så får produksjonen komme i annen rekke. Dette er selvfølgelig dobbelt destruktivt, fordi det ødelegger både produksjonen og arbeidsmoralen. Arbeidsgiverne har skapt seg sin egen onde sirkel. Jeg opplever dette som et forræderi mot arbeidets filosofi.

### 5. Om arbeidsmiljøet

Tidligere sto kjemiske og fysiske forhold ved arbeidsmiljøet i sentrum, og det var det også grunn til: temperatur, støy, farlige kjemikalier osv. De fleste av disse problemene er løst for flertallet av arbeidstakerne. Likevel brukes det fortsatt mye tid på dem, dels fordi de kan måles, og dels fordi dette arbeidet i prinsippet er ukontroversielt selv om det kan være vanskelig nok i praksis. Jeg illustrerer resonnetet ved å minne om at kreft utløst av faktorer i arbeidsmiljø-

et er sjelden – kanskje bare 2% av alle krefttilfelle og i de fleste virksomheter vesentlig lavere (4). Det betyr at den samlede risikobelastning for kreft fra arbeidsmiljøet er tiendeparten av tobakkens betydning. Det er viktig å se proporsjonene her, selv om vi selvfølgelig må fortsette kampen mot de farlige stoffene i arbeidsmiljøet.

Til gjengjeld har andre faktorer seilt opp, og særlig to:

- Belastningssykdommene og ergonomi
- Psykiske problemer og psykososiale faktorer

Det er her kreftene må settes inn for å skape trygghet og trivsel. Etter min lesning ser det ut til at japanerne klarer å forene dette med høy produktivitet. Midlene er jobbtrygghet, et positivt arbeidsmiljø og kvalitetssirkler (5). Jeg tror vi bør prioritere disse tingene i vårt arbeidsliv.

### 6. Om mål på arbeidsmiljøet

Skal vi forbedre arbeidsmiljøet, må vi kunne måle det. Vi (6) og mange andre har studert tre mål:

- Sykefravær (og annet fravær)
- Turnover
- Trivselsmål (spørreskjemaer)

Det har vært sjokkerende for oss å se hvor elendig disse målene blir utnyttet. Ofte fins det ikke statistikk i det hele tatt. Fins den, har den ofte store huller, håpløse definisjoner og upålitelig føring. Og svært ofte utnyttes den ikke i et daglig forbedringsarbeid.

Derfor understreker jeg betydningen av å utvikle, føre og bruke løpende statistikk i evaluering av tiltak for arbeidsmiljøet.

## Johnson & Johnson: «Live for life» program

	% Change Baseline – one year	
	Treatment	Control
Fitness: aerobic cal./kg/week	+ 43	+ 6
Weight control: % above ideal weight	- 1	+ 6
Smoking cessation: % current smokers	- 15	- 4
Stress management: general well being	+ 5	+ 2
% with elevated BP	- 32	- 9
Self-reported sick days	- 9	+ 14
Inpatients costs increase per year (\$) <sup>1</sup>	+ 42	+ 76

(Source: J E Fielding, Ann Rev Publ. Health 1924; 5: 227-65)

<sup>1</sup>) Source: J E Fielding, Lecture in Göteborg, 9.11.1988

Fig. 8

En kan argumentere for at dette arbeidet ligger utenfor bedriftene, men samtidig er det ikke tvil om at arbeidsplassen gir spesiell mulighet for individuell påvirkning. SAAB-SCANIA bedriften i Sverige engasjerte seg tidlig. Resultatene derfra er nylig sammenfattet i to doktoravhandlinger. Prinsippet var at alle skulle kjenne sine egen helseprofil og jobbe med den. Bedriften støttet arbeidstakerne, blant annet ved å tillate mosjon i arbeidstiden. Resultatene er etter bedriftens mening gode (10, 11).

Spesielt i USA har dette individrettede arbeidet grepet voldsomt om seg. Der er det basert på økonomiske motiver for bedriftene og på forskjellige økonomiske insentiver for de ansatte. Resultatene er ofte imponerende (12, 13).

Jeg er likevel bekymret over mulige bivirkninger ved dette arbeidet. Skal det føre frem på lang sikt, må det bygge på langsiktige, indre motiver hos den enkelte – ikke på motiver som er påtvunget utenfra og ofte knyttet til økonomisk vinning. Hvis det forebyggende arbeidet forankres i økonomiske motiver, vil

det lett gi alvorlige bivirkninger i form av utstøting, mobbing, og «labeling», dvs. at mennesker får merkelapper på seg. Jeg er engstelig for dette, fordi vi trenger et samfunn og et arbeidsliv som har bruk for *alle*. Dessuten må vi ikke tro at produktivitet og helse er de eneste mål i menneskelivet. Et godt samfunn trenger også mangfold, kultur og generøsitet mellom menneskene.

Min konklusjon blir at det er bra at bedriftene engasjerer seg i det alminnelige helsearbeidet, men kanskje er det tre betingelser:

- Dette arbeidet må ikke komme i stedet for å jobbe med arbeidsmiljøet.
- En må satse på bevisstgjøring og indre motiver hos arbeidstakerne, ikke på ytre press og økonomiske insentiver.
- Dette arbeidet må ikke føre til utstøting, mobbing og forsøk på å sikre bedriften en arbeidstaker-elite av unge, friske og helse-frelste. Resultatene må ikke bli bedre helse for noen og utstøting for andre.

### 8. Om bedriftshelsetjenesten

Jeg tror at bedriftshelsetjenesten er hjørnesteinen i det forebyggende helsearbeid på bedriftene, og den må fortsatt ha høy prioritet. Men jeg tror også det er nødvendig å diskutere tre modeller:

Den første er *personallege-modellen*, hvor bedriftslegen er lege for de ansatte. Denne modell er ønsket både av de ansatte og av bedriften, og den passer godt med legens tradisjonelle arbeidsmåte. Likevel tror jeg dette arbeidet stort sett ikke bør utføres av bedriftshelsetjenesten, men av kommunehelsetjenesten. Skarpe grenser er det imidlertid ikke, og bedriftshelsetjenesten må selvfølgelig kjenne til hvorledes arbeidsmiljøet påvirker den enkeltes helse. Mitt poeng er at alle mennesker bør ha en fast og personlig lege som er forankret i kommunehelsetjenesten.

Den andre modellen kaller jeg *helseprofil-modellen*. Den er inspirert av det individuelle forebyggende helsearbeid, spesielt mot hjerte- og karsykdommene. Jeg tror det er mye bra i denne modellen, fordi arbeidsplassen er et godt og naturlig påvirk-

### 7. Om det alminnelige forebyggende helsearbeid

Verdens helseorganisasjon har skapt en ny giv i det forebyggende arbeid med visjonen om «Helse for alle i år 2000» (7). Denne visjonen har samtidig understreket at det ligger en stor prinsipiell konflikt i det forebyggende helsearbeid. To modeller settes ofte opp mot hverandre:

- Den medisinske modellen er individrettet og understreker at enhver har ansvar for egen helse og egen lykke: «Enhver er sin egen lykkes smed». Den bygger på helsekontroller, tidlig diagnose av skjult sykdom og medisinsk behandling. De store eksemplene er høyt blodtrykk og høyt kolesterol.
- Samfunnsmodellen er befolknings- og grupperett og understreker betydningen av arbeids- og samfunnsmiljøet: «Frihet, likhet, brorskap». Den satser på tiltak for menneskene, av menneskene og i miljøet – både det lille nærmiljøet og arbeidsmiljøet og i det store samfunnsmiljøet. Ett eksempel er Sogn og Fjordane fylkeskommune som gjør «Helse, kultur, trivsel og trygghet» til overordnede politiske mål.

Den medisinske modellen står sterkt, fordi den støttes av medisinen, av legemiddelindustrien og av mange mennesker som heller vil ha en liten pille enn en

#### Risiko for lungekreft:

Asbestarbeid	x 5-6
Røyking	x 11
Asbest + røyk	x 54

(Data fra Telemark, Hilt et al. 1986)

Fig. 5

besværlig omlegging av liv og livsstil. Samfunnsmodellen er besværlig og politisk mer kontroversiell. Desto viktigere er det å mobilisere kreftene bak den.

Men samtidig må vi innse at vi trenger begge modellene, og vi må arbeide på begge plan samtidig. Det innebærer f.eks. at vi må bekjempe både asbest og røyking, og spesielt må vi rette tiltakene mot alle de forhold som gjør det vanskelig å leve sunt. Svensk LO har nylig tatt opp denne hansken (8).

### Felles risikofaktorer

Risikofaktorer	Hjerte- og karsykdom	Kreft	Ulykker	Belastnings-sykdom	Tung alderdom	Sam-sykd. Vantrivsel
Feil ernæring	+	+		+	+	+
Røyking	+	+	+		+	
Høyt blodtrykk	+				+	
For lite mosjon	+			+	+	+
Stress	+			+	+	+
Alkohol	(+)	+	+		+	+
Arbeidsmiljø			+			
- fysisk/kjemisk		+		+	+	
- sosialt	+		+	+	+	+
Sosialt nettverk	+		+	+	+	+
Inaktivitet	+		+		+	+

Fig. 7

### Helsevett

1. Ta ansvar for din egen helse.
2. Bruk kroppen din.
3. Stump røyken.
4. Maten er halve helsa.
5. Sov deg frisk.
6. Stress med vett.
7. Hold fred med familien din.
8. Unngå ulykker.
9. Vis respekt for alkohol.
10. Bruk ikke pille for alt som er ille.
11. Seks er bra, men én er best.

Fig. 6

I de siste 10-15 år har mange bedrifter begynt å engasjere seg i det alminnelige forebyggende helsearbeid, kanskje særlig rettet mot hjerte- og karsykdommenes risikofaktorer: kost og kolesterol, røyk, mosjon, stress og psykososiale faktorer. Grunnlaget er de påviste sammenhengene i denne tabellen. De viser at det er mulig å lage et enkelt program som gjelder alle sykdommer og hele livet. Det er også en enkel operasjon å oversette disse sammenhengene til enkle levereregler, som det sees et eksempel på her.

ningssted. Arbeidet må imidlertid drives slik at en unngår de bivirkninger jeg har nevnt, og det må ikke fortrenge det egentlige arbeidet for bedriftshelsetjenesten.

Den tredje modellen er *arbeidsmiljømodellen*. Her er målet å sikre helse for alle i bedriften, og oppgaven er arbeidsmiljøet som helhet, ikke den enkelte arbeidstaker. Etter mitt skjønn er dette hovedoppgaven.

Erfaringen har lært meg at det sjelden er skarpe grenser og enkle firkanter i livet. Derfor tror jeg at en god bedriftshelsetjeneste arbeider på alle tre måter samtidig, men det er viktig at hovedvekten ligger på arbeidsmiljø.

Jeg vil nevne at vår forskningsgruppe ved Statens Institutt for Folkehelse har et forskningsprogram om bedriftshelsetjenesten. Det finansieres av NAF, men vi står fritt til å drive det etter eget skjønn. Vi planlegger følgende faser:

- Hvilke *ressurser* rår bedriftshelsetjenesten over? Spesielt er vi opptatt av personalressursene.
- Hvilken *virksomhet* driver den? Hvilken modell driver den etter, hvilke metoder bruker den, hvilke mål har den satt seg?
- Hvilke *resultater* oppnår den? Denne oppgaven er selvfølgelig den vanskeligste, og forskningsmetodene kan bare delvis besvare den.

Jeg startet med å si at jeg har meninger om mange av disse spørsmålene, men som forsker må en forsøke å legge meningene til side. Derfor har vi engasjert en erfaren bedriftslege, Axel Wannag, til prosjektet og

organisert en bredt sammensatt rådgivningsgruppa. Foreløpig holder vi på med den første fasen, og den har vist seg vanskeligere enn vi trodde, fordi de statistiske kildene er så usikre.

### 9. Om attføring

De fleste arbeidsplasser har noen arbeidstakere med spesielle problemer – alkoholisme, kroniske sykdommer, lange sykmeldinger, dårlig motivering etc. Mange arbeidsgivere er fristet til å presse ut slik arbeidstakere i stedet for å forsøke å få dem over i et positivt spor ved en eller annen form for attføring.

Det er viktig å se at dette er et generelt problem, og jeg vil illustrere det ved to eksempler fra helsetjenesten:

- Det er vanlig å regne – iallfall i USA – at ca. 10% av legene er uskikket for sitt arbeid på grunn av alkoholisme, narkomani, alvorlige psykiske forstyrrelser eller faglig ukyndighet (14).
- Det er tilsvarende problem blant pasientene, jfr. det engelske leger kaller «Heartsinkpatients», dvs. pasienter som får legens hjerte til å synke, fordi de er krevende, aggressive, kranglete, ikke følger opp etc. Kort sagt, legen rår ikke med dem, og han får nederlagsfølelse når de kommer (15).

Løsningen på begge problemer – i den grad de kan løses – er å ta dem opp, få dem på bordet, forsøke å gjøre noe med dem – ikke bare vike unna. Når vi kombinerer denne kunnskapen med den generelle kunnskapen om kroniske sykdommer (se fig. 2 ovenfor), er det lett å forstå at alle må ta sin del av disse problemene. Alternativet er at det blir et stort Svarteperspill om slike arbeids-

takere. Vi må prøve å få dem på rett vei selv. Derfor tror jeg at intern attføring bør ha høy prioritet. Bedriftshelsetjenesten må engasjere seg her, og forskning omkring disse problemer bør prioriteres.

### 10. Noen andre tiltak

Til slutt har jeg en liten liste med andre tiltak som jeg tror kan være viktige:

- Bedriftene bør forsøke å utvikle et godt sosialt liv rundt arbeidsplassen. Her er bedriftsidrett, familietreff, barnehager, kulturelle tiltak etc. viktige.
- Bedriftene bør holde kontakten med pensjonistene sine, blant annet ved å organisere pensjonistlag. Det skaper kontakt og viser at bedriften har omsorg og interesse for arbeidstakerne som mennesker.
- Ofte kan det være nyttig å la arbeidsgrupper innen bedriften reise bort sammen et par dager for å drøfte problemer, muligheter og idéer. Etter min erfaring skaper det samhold, fellesskap og arbeidsglede.

### 11. Ansvar for hverandre

Jeg føler at det går en rød tråd gjennom alt jeg har sagt, og den er arbeidets positive natur for menneskene. Det ligger i dette at vi har en forpliktelse til å organisere arbeidet og arbeidsmiljøet slik at denne positive natur får utfolde seg – til beste for menneskene og til nytte for bedriftene.

Det ligger også i denne tanken at vi ikke bare har ansvar for oss selv, men for hverandre.

### Referanser

1. Statistisk sentralbyrå, Hel-seundersøkelsen 1965.

2. Hjort PF. Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. S- 11-31 i «Helsepolitikk og helseadministrasjon», red. PE Lorentzen. Tanum-Norli, Oslo 1982.
3. More T. Utopia (første gang publisert 1516). Everyman's Library, Dent, London 1965.
4. Cancerkommittéen: Cancer – orsaker, forebyggende mm. SOU 1984:67.
5. Aune, A. Kvalitetssirkler. Problemløsningsgrupper for personlig vekst, kvalitet og produktivitet. Universitetsforlaget, Oslo 1985.
6. Buxrud EG, Krogstad U. Farende folk – en analyse av årsakene til turnover ved Sentralsykehuset i Akershus 1985-87. SIFFs avdeling for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 4-1988.
7. Helsedirektoratet. Helse for alle i Norge? Kommunalforlaget, Oslo 1987.
8. Heta siffror och kalla fakta. Lägesrapport om ujämlikheten. LO, Stockholm 1986.
9. Hilt B, Langård S, Lund-Larsen PG, Lien JT. Previous asbestos exposure and smoking habits in the county of Telemark, Norway – A cross-sectional population study. Scand J Work Environ Health 1986; 12: 561-6.
10. Andersson G. The importance of exercise for sick leave and perceived health. Linköping University Medical Dissertations No 245, 1987.
11. Malmgren S. A health information campaign and health profile assessment as revelatory communication. Linköping University Medical Dissertations No 246, 1987.
12. Fielding JE. Health promotion programs in the United States: progress, lessons and challenges. Lecture at the Nordic School of Public Health, Gothenburg 9.11.1988.
13. Fielding, JE. Health promotion and disease prevention at the worksite. Ann Rev Publ Health 1984; 5: 237-65.
14. Scheiber SC, Doyle BB. The impaired physician. Plenum Medical Book Company, New York, 1983.
15. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. Br Med J 1988; 297: 528-30.

*Redaksjonen ba en erfaren bedriftslege, bedriftsoverlege Bernt-H. Høgsæt i Østfold fylkeskommune om å kommentere professor Hjorts artikkel:*

Artikkelen til Peter F. Hjort hvor han ser på helse, miljø og trivselsspørsmål i fremtidens arbeidsmiljø var egentlig til å bli i godt humør av. Det var mye klokskap og livsvisdom i de refleksjoner han gjør seg, og i de meninger han bringer til torgs. Særlig vil jeg understreke hvor nødvendig det er få bort den negative fokuseringen på arbeidsmiljø. Vi må mye sterkere fremheve de mange positive ting som finnes i arbeidslivet og lære oss til å bedømme de helsemessige virkningene av arbeidsmiljøet på en mer edruelig måte. All slitasje er ikke sykdom.

Når det gjelder forfatterens konklusjon i forhold til hvilke modeller bedriftshelsetjenesten skal prioritere, kan jeg imidlertid ikke være helt enig. Her aner jeg almenpraktikeren som skje-

ler til eget revir, og den etter min mening helt gale båstenkningen i Arbeidstilsynsmodellen.

Jeg vil mye sterkere understreke nødvendigheten av å arbeide parallelt etter alle tre modellene, og med klart minst vekt på personallegemodellen i dens tolkning av å være de ansattes primærlege. Her bør vi klare oss med akuttfunksjonen og en generell positiv holdning til å hjelpe de ansatte når de har behov for hjelp til løsning av medisinske problemstillinger. Tenke trivsel og service.

Det individuelle forebyggende arbeidet som vi i bedriftshelsetjenesten virkelig har muligheter for å drive med, setter oss i en unik posisjon blant helsepersonell. Vi har her en gruppe som almenhelsetjenesten bare sporadisk har kontakt med, nemlig de

arbeidsføre og friske. Men så kjent er også disse menneskene potensielle pasienter og de trenger å bli tatt vare på. Forøvrig tilsier min erfaring at almenhelsetjenesten bare i liten grad avsetter tid til individuell forebyggende medisin. Bedriftshelsetjenesten har sjansen til å påvirke til egeninnsats, til helsefostring, og vi har mulighet til å lære de ansatte å se sammenhengen mellom god helse og det å mestre de ulike situasjoner og utfordringer i arbeidslivet.

Desto viktigere vil dette bli i fremtiden, å få oss alle til å innse at det er vi selv som er hovednøkkelen til hvordan vi skal fungere i arbeidslivet.

Dernest skal vi vi selvfølgelig legge stor vekt på arbeidsmiljøarbeidet.

*(Forts. side 18)*