



Arbeidsdeltakelse – en kilde til god helse for alle?

I Norge har reformer blitt gjennomført og nye lover vedtatt for å imøtekomme nasjonale utfordringer: opptrappingsplan for psykisk helse, NAV-reformen og Samhandlingsreformen. I Stortingsmelding nr. 47 (2008 - 2009) «Samhandlingsreformen» og ny folkehelselov (2011) trekkes arbeid fram som en viktig arena for fremming av befolkningens helse og utjevning av sosiale ulikheter. Det har i de senere år skjedd store endringer i arbeidslivet. I Norge har en i stadig større grad rettet oppmerksomheten mot forhold som kan skape et godt arbeidsmiljø og en god samværskultur.

AV ANITA ENGESET

Allerede i «Soria Moria-erklæringen» la Regjeringen særlig vekt på forhold og prosesser som påvirker den enkeltes arbeidsdeltakelse og nærvær i arbeidslivet. I arbeidsmiljøloven av (2005) løftes helsefremmende arbeidsmiljø frem som et sentralt prinsipp loven bygger på. Lovens formål (paragraf 1-1) er å sikre trygge ansettelser og likebehandling i det norske arbeidslivet, og sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon.

Å sørge for et best mulig arbeidsmiljø er både lønnsomt og lovpålagt. Ingen er tjent med at arbeidsplassen bidrar til helseproblemer og langvarige fravær fra arbeidslivet. Deltakelse i arbeidslivet sikrer inntekt og reduserer fattigdom, og er samtidig avgjørende for verdiskapingen i samfunnet (Norsk Ergoterapeutforbund, 2010).

Styrke helsefremming og forebygging i arbeidslivet

Helsefremmende og forebyggende arbeid bygger på to hovedstrategier. En helsefremmende strategi som tar sikte på å utvikle tiltak som kan bedre trivsel og muligheter til å mestre de

utfordringer og belastninger en utsettes for i arbeidslivet, og forebygging som handler om å hindre utvikling av sykdommer, redusere risikoen for skade og dødeligheten (Schancke, 2003). I praksis er helsefremmende og forebyggende arbeid overlappende tilnærminger, og mange tiltak kan ha elementer av begge.

Helsefremmende arbeid defineres av Ottawa-charteret som en prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse (WHO, 1986). Antonovsky (2004) har beskrevet begrepet salutogenese og forhold som styrker eller fremmer vår helse. I salutogen orientering har en fokus på mestring og opplevelse av sammenheng. Antonovskys perspektiv på helse danner grunnlag for det som etter hvert har etablert seg som begrepet helsefremmende arbeidsplasser (Hefa 2002). En helsefremmende arbeidsplass er i følge WHO (1986) et sted der alle arbeider målrettet mot en felles visjon om fremme av sunne ansatte, noe som er viktig både for den enkelte, for organisasjonen og for samfunnets økonomiske og sosiale vekst. Det sentrale i tenkningen rundt helsefremmende arbeidsplasser er nettopp den holdningen at ansattes helse ivaretas og skapes ved å fokusere på prosesser som er helsefremmende.

Den høye arbeidsdeltakelsen, utdanningsnivået og gode offentlige ordninger bidrar til at helsetilstanden i Norge er rimelig god og på linje med land det er naturlig å sammenligne seg med (Folkehelseloven, 2011). I

følge Hernes (2010) scorer norske arbeidstakere høyt på motivasjon og tilfredshet i arbeidssituasjon og er i det internasjonale tetsjiktet når det gjelder arbeidsglede. I en spørreundersøkelse sier 80 - 90 prosent av de spurte at de er veldig eller stort sett fornøyde med det arbeidet de går til, og langt de fleste vil til og med fortsette å arbeide selv om det ikke var nødvendig økonomisk sett (Hernes, 2010). Dette indikerer at arbeid betyr mye for mange, og at arbeidsplassen er mer enn et sted der en tjener penger til livsopphold. Et godt sosialt nettverk og støtte fra andre mennesker er viktig for at vi skal kunne mestre belastninger og tåle sykdom (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010). Et godt arbeidsmiljø er derfor av svært stor betydning for den enkelte.

Ergoterapi er forankret i en holistisk tradisjon og har et helhetlig og salutogenetisk syn på helse. Sammen med det salutogene og helsefremmende fokuset skulle derfor ergoterapeuter i betydelig grad kunne bidra i helsefremmende og forebyggende arbeid både på individ-, gruppe-, system- og samfunnsnivå, slik ergoterapeutens samfunnskontrakt legger føringer for (Norsk Ergoterapeutforbund, 2006). Holmberg (2010) fant i en studie at ergoterapeutene hadde mye kunnskap om helsefremming, men brukte denne i liten grad i sin hverdag. Individfokuset syntes å styre ergoterapeutenes intervensjon og var slik til hinder for helsefremmende tenkning og arbeid på



Anita Engeset er spesialrådgiver i Norsk Ergoterapeutforbund.
E-post: ae@netf.no

system- og samfunnsnivå (Holmberg 2010).

Det er sunt med jobbengasjement

Forskning på jobbengasjement representerer et spennende område som kan gi nyttig informasjon om hva som bidrar til motivasjon og arbeids glede hos arbeidstakere. Jobbengasjement ble lansert som en positiv motvekt til utbrenthet, representerer noe nytt og spennende (Shaufeli & Bakker, 2004) og defineres av Hakkanen m.fl. (2008) som: «... *a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigour, dedication, and absorption*» (s. 225).

Hva bidrar så til jobbengasjement? Richardsen og Martinussen (2008) gjorde en undersøkelse blant arbeidstakere i syv ulike helse- og omsorgsyrker i Norge. Denne undersøkelsen viser at jobbressurser i høy grad var relatert til mange aspekter ved jobbengasjement. Jobbkraav ble definert som de aspektene ved jobben som krever vedvarende innsats assosiert med fysiske, sosiale og organisatoriske kostnader. Jobbressurser refererte til fysiske, psykososiale eller organisatoriske forhold. Jobbressursene er funksjonelle med hensyn til å nå målene i arbeidet og stimulere til vekst, læring og utvikling, jamfør Shaufeli og Bakker (2004). Richardsen og Martinussen (2008) konkluderte med at organisasjoner som ønsker motiverende og produktive arbeidstakere, som er involverte og interesserte i arbeidet, må sørge for at de nødvendige jobbressursene er tilstede.

Dette er ikke oppsiktsvekkende og støtter det forskning tidlig på 90-tallet viste, jamfør Karasek og Thorells (1990) «jobb-kraav og kontroll-støtte-modell». Schaufeli og Bakker (2004) fremhever at ressurser som autonomi og støtte kan bidra til å redusere jobbkraav og dermed redusere stress, utbrenthet og mulige negative konsekvenser, men også at slike ressurser i seg selv er funksjonelle når det gjelder å gjøre en god jobb. Engasjement kan fungere som en støtpute i forhold til negative effekter av høye jobbkraav (Richardsen og Martinussen, 2008). Motiverende og engasjerte medarbeidere vil være en ressurs for en organisasjon. I et lederperspektiv handler det om å

utvikle medarbeidere som bidrar til et godt og faglig arbeidsmiljø. Fokus må være på hva som skaper engasjerte medarbeidere, og hvordan en kan holde oppe engasjementet hos den enkelte. Dette er i tråd med arbeidsmiljølovens (2005) § 4-2 krav om at utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal legges til rette slik at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Helsefremmende arbeidsplasser skapes når virksomheten blir en vekstplass for den ansatte, der den enkeltes behov, ressurser og potensial utvikles gjennom deltakerstyrte prosesser (HefA, 2002).

Dette samsvarer med grunntanker i ergoterapi, der helse knyttes til evner og muligheter til å engasjere seg i eller utføre ønskede aktiviteter i sine omgivelser til tross for hindringer. Den enkeltes ressurser og opplevelse av mestring er sentralt i ergoterapi og avgjørende for endring, motivasjon og suksess. Antonovsky (2004) utarbeidet et måleinstrument for å måle opplevelse av sammenheng. Instrumentet er ment å måle i hvilken grad en opplever å ha ressurser som gir motstand mot hindringer og stress og en følelse av sammenheng. Dette kan være et nyttig redskap for å kartlegge helsefremmende forhold i arbeidsmiljøet. Forhold som bidrar til en opplevelse av arbeidet som motiverende og meningsfylt, kan gjøre at en mestrer arbeidet på tross av utfordringer og krav en møter på arbeidsplassen. Ved å fokusere på og styrke jobbressurser, som for eksempel muligheter til medbestemmelse, sosial støtte fra leder og kollegaer og mulighet til utvikling på jobben, kan bedrifter styrke jobbengasjementet, motivasjon og arbeids glede.

Like muligheter til utdanning og arbeid?

Alle har rett til deltakelse i arbeidslivet og arbeidslivet må tilrettelegges slik at det er mulig for alle mennesker å delta (Norsk Ergoterapeutforbund, 2010). Arbeidslivet baserer seg i dag i stor grad på formell kompetanse. Ungdommer har svært ulike forutsetninger for å mestre både videregående skole og høyere utdanning. Det er en stor utfordring for både den enkelte

ungdom og samfunnet når ungdom dropper ut av skole og ikke kommer inn på arbeidsmarkedet. Stortingsmelding nr. 44 (2008 - 2009) «Utdanningsmeldinga» peker på at det er behov for nye grep og vilje til å tenke nytt for å endre den negative utviklingen. Nyere forskning viser at unge som ikke fullfører videregående skole og er arbeidsledige i ung alder, har en tendens til å forbli marginaliserte (Legard, 2010).

«Tilbake til framtiden?» er tittelen på en ny rapport fra Arbeidsforskningsinstituttet (Lyng m.fl. 2010). I rapporten presenteres funnene fra en studie av alternative kvalifiseringstiltak rettet mot ungdom i alderen 16 - 19 år som står utenfor skole og arbeidsliv. I rapporten fokuseres det på tiltak som tilbyr ulike former for kvalifisering som skal bidra til at deltakerne vender tilbake til utdanning eller kommer ut i arbeid. I denne undersøkelsen finner de at en høy andel av deltakerne går til jobb eller utdanning etterpå, og de alternative kvalifiseringstiltakene er lønnsomme også i et samfunnsøkonomisk perspektiv. I rapporten pekes det på at en del av deltakerne har behov for tilbud og oppfølging på lengre sikt, særlig med tanke på å fullføre videregående opplæring. Forfatterne av rapporten viser til at tett individuell oppfølging, ansattes tid og tilgjengelighet er noen av suksessfaktorene (Lyng m.fl. 2010). I Opplæringslova (2008) paragraf 1 - 3 står det at opplæringen skal tilpasses den enkelte elev. Det som beskrives som suksesskriterier i kvalifiseringstiltakene, samsvarer med suksesskriteriene i ordinærskolen. Det er da et paradoks at det må opprettes særtiltak for at den enkelte elev skal få det tilbudet en har krav på.

I en studie av hverdagslivet til studenter med nedsatt funksjonsevne finner Magnus (2009) at studentene likte å studere og gjerne ville fullføre utdanningen. De ønsket ikke å være en belastning, men å være bidragsytere og sørge for egen familie. Når studentene i studien opplevde å møte restriksjoner, handlet dette i følge Magnus (2009) ofte om restriksjoner på flere nivåer og om ikke-intenderte konsekvenser av tiltak. Studentene ble hindret i deltakelse av manglende til-

gjengelig, vanskelig samhandling eller en uønsket synliggjøring av annerledesheten (ibid.). Enkelte mente at funksjonsnedsettelsen ble mer tydelig i overgangen til høyere utdanning, fordi en i større grad måtte argumentere for og dermed tydeliggjøre de ytelsene og tilretteleggingene en hadde behov for (Magnus 2009). Mange av de utfordringene som studentene i Magnus undersøkelse har, handler om at samfunnet ikke er universelt utformet, og at dette fører til unødvendige barrierer og belastninger. Dette harmonerer med Norsk Ergoterapeutforbunds (2010) politiske dokument, som legger vekt på at arbeid og utdanning må være tilgjengelig for alle. Dette innebærer at også utdanningsinstitusjonenes organisering, administrative systemer, bygninger, uteområder og transportmidler må utformes og etableres i tråd med prinsippene i universell utforming. Dette krever både lovfesting, økonomi og kunnskaper.

Universell utforming handler også om å sikre tilgjengelighet til kommunikasjons- og informasjonsteknologi som muliggjør deltakelse. Det har skjedd en rivende utvikling på dette området. Søderstrøm (2010) hevder i en pilotstudie av bruk av informasjonssj- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i skolehverdagen for grunnskoleelever med nedsatt funksjonsevne, at kompetanse, kunnskap og holdninger hos lærere, skoleledelse og samarbeidsaktører påvirker bruken av IKT-hjelpemidler. Barrierene som beskrives, er at hjelpemiddelet som er tildelt den enkelte elev, ikke er brukbart. Det kan være enkle tekniske feil og mangler ved utstyret, eller det kan være manglende kompatibilitet med det ordinære IKT-utstyret. Søderstrøm (2010) viser videre til at der hvor IKT-hjelpemidlene fungerer og integreres i undervisningen, gir disse store muligheter for økt deltakelse og inkludering for elever med nedsatt funksjonsevne i skolehverdagen.

Studier viser at unge med lav utdanning lett utstøtes fra arbeidslivet på bakgrunn av en helserelatert seleksjon (Lillefjell m.fl. 2010). Opplæring og utdanning er sentralt for unges videre yrkesmuligheter og arbeidsdeltakelse. Dette krever tilrettelegging av

skolesituasjon og tilgjengelighet ved høyskoler og universitet. Ergoterapeuter bidrar med tilrettelegging av skolesituasjon og har kompetanse på universell utforming og hvordan gjøre omgivelsene ved skoler, høyskoler og universitet mer tilgjengelige. Ergoterapeuters kunnskaper om tilpassing mellom teknologi og person, er like viktig enten det dreier seg om å formidle den beste rullestolen, et kommunikasjonsmiddel eller andre avanserte løsninger i forbindelse med utdanning og arbeid. Hjelpemidler til utdanning og arbeid må også sees i en helhet for den enkelte, som kan ha tilsvarende hjelpemiddelbehov i dagliglivet og i fritid. Det er behov for en større faglig bredde inn i skole og utdanning for i større grad å kunne gi et individuelt tilpasset opplærings tilbud, og ergoterapeuter har nødvendig og relevant kompetanse inn i et slikt tverrfaglig samarbeid.

Et arbeidsliv der mangfold verdsettes?

Det er forhandlet fram en ny intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen), som varer fram til 31. desember 2013. Den nye IA-avtalen innebærer en endring fra fokus på sykefravær til arbeidsnærhet. Et av de nye tiltakene er gradert sykemelding, der hensikten er å opprettholde kontakten med arbeidsplassen og dra nytte av restarbeidsevnen. Gradering krever en vurdering av hva en arbeidstaker klarer eller har krefter til, og det kreves en vurdering av hvilken del av jobben som skal utføres. Dette er oppgaver som går rett inn i ergoterapeutens kjernekompetanse, og er som laget for funksjonsvurdering og aktivitetsanalyse.

Inkludering av personer som står i fare for å falle utenfor arbeidslivet, er spesielt viktig, da de som er uten lønnet arbeid, lettere også ekskluderes fra andre arenaer i samfunnet (Jakobsen, 2006). Personer med muskel- og skjelettlidelser utgjør en av de største gruppene når det gjelder sykefravær og uførhet (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010). Dette er kroniske tilstander hvor en ofte ser et svingende og uforutsigbart forløp, noe det i følge Lillefjell et al. (2010) i liten grad gir rom for i arbeidslivet.

Kompleksiteten ved muskel og skjelettplager synliggjør behovet for fleksible tiltak som tar hensyn til variasjon i arbeidsevne over tid (ibid.). Forfatterne av artikkelen fremholder at det er vanskelig å se at intensjonen om et inkluderende arbeidsliv for personer med muskel- og skjelettlidelser kan realiseres, da strategiene primært bygger på en individuell årsaksforklaring (Lillefjell m.fl. 2010).

Flere nye studier har sett på om ledelse påvirker ansattes helse ved å ta utgangspunkt i lederegenskaper og lederstiler. Resultater fra en svensk studie viste at lederstil kan påvirke sykefravær og nærvær på arbeidsplassen direkte (Nyberg m.fl. 2008). At tillit mellom ledelse og ansatte er av betydning for ansattes sykefravær, støttes også i en norsk studie av Aas m.fl. (2008), som beskriver tillitsskaperen som en av sju viktige ledertyper ved tilbakeføring av langtidssykmeldte. Forankringen styrkes også ved at leder i større grad samarbeider med andre, samt involverer og har tettere dialog med tillitsvalgte og ansatte. Dette kan i følge Mørk (2009) føre til at sykefraværet reduseres og inkluderingen økes i disse virksomhetene. Funnene i studien viser at fokus på tillit mellom ledelse og ansatte samt et bevisst valg av endringsstrategier, kan være avgjørende (Mørk, 2009).

Selv om intensjonen med avtalen er å fokusere på arbeidsnærhet og hva som bidrar til dette, evner den ikke helt dette. Likevel har selve oppmerksomheten omkring sykefraværet i IA-virksomheter hatt en positiv effekt. Ledere og ansatte har fått en større bevissthet rundt sin rolle, plikter og ansvar. Norvoll og Fossetøl (2010) hevder at dette har medvirket til en sterkere bevissthet rundt forebygging, selv om mange ennå ikke har iverksatt forebyggende tiltak. IA-avtalens intensjon var å bidra til reduksjon i sykefraværet, beholde eldre i arbeidslivet samt øke ansettelsen av personer med funksjonsnedsettelse. Det har vært knyttet store forhåpninger til avtalen. Flere arbeidskraftundersøkelser og evalueringer av blant andre Ose (2009) og Norvoll og Fossetøl (2010) hevder at avtalen i liten grad har hatt betydning som inkluderings-

tiltak for funksjonshemmede. Over tid ser det likevel ut til at det har blitt arbeidet mer med delmål to, men dette har i liten grad slått ut i økt ansettelse av funksjonshemmede (Norvoll & Fossetøl 2010).

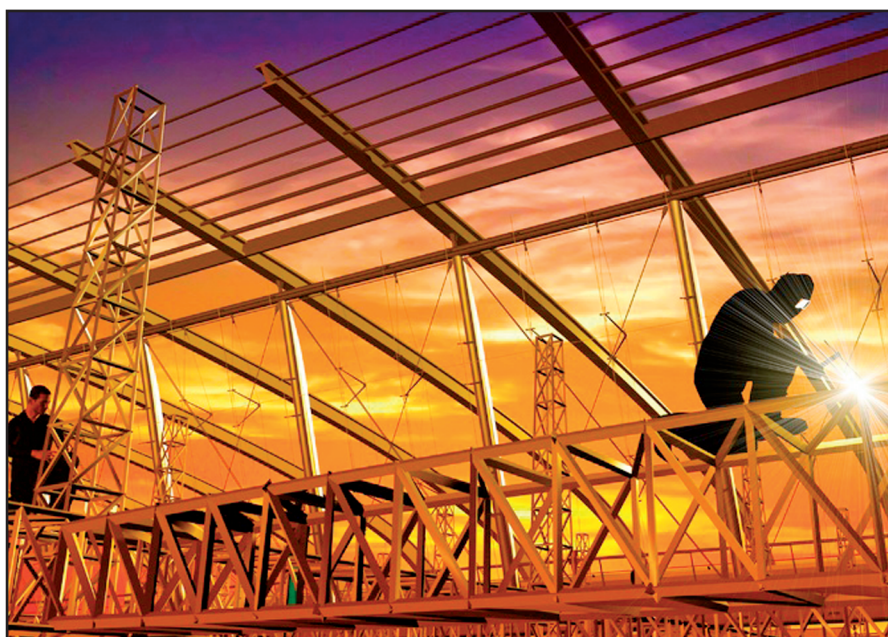
«Place-train» gir gode resultater

Kjell Ingolf Ropstad, Arbeidspolitisk talsmann (KrF), uttaler i et debattinnlegg i Dagsavisen 13. juli 2011: «Hittil har ikke regjeringen gjort nok for å få de som ikke kan yte 100 prosent hele tida ut i arbeid.» I den nye IA-avtalen står det at delmål to om økt sysselsetting av personer med redusert arbeidsevne videreføres. Dette må prioriteres av regjeringen, NAV og den enkelte arbeidsgiver. Yrkesdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne har de siste årene vært konstant lav på tross av oppgangskonjunkturer og lav arbeidsledighet i befolkningen generelt (Spjelkavik, 2011).

Det har i de senere årene kommet flere både nasjonale og internasjonale rapporter og evalueringer av ulike tiltakstyper og tilnærminger for å øke sysselsettingen blant personer med redusert arbeidsevne. I tiltakene som lykkes, fremheves arbeidsplassen som arena, tidlig intervensjon og tett oppfølging som suksesskriterier (Schafft, 2009, Osa m. fl. 2009, Spjelkavik, 2011). I Norge står fortsatt den tradisjonelle tiltakskjeden først behandling, så rehabilitering eller trening, og så arbeid («train-place») sterkt.

«Place-train» legger vekt på at trening, støtte og tilrettelegging foregår i direkte tilknytning til arbeidssituasjon på arbeidsplassen. I intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv fremheves at løsningene finnes på den enkelte arbeidsplass, der alle parter er kjent med forholdene og mulighetene. Sherbrooke-modellen og Supported Employment bygger blant annet på arbeidsplassen som arena for habilitering og rehabilitering. Dette samsvarer med sentrale prinsipper innen ergoterapeutisk tilnærming, der det legges vekt på at trening og rehabilitering skal skje på hverdagslivets alminnelige arenaer, der vanlige folk ferdes, bor og arbeider.

Sherbrooke-modellen har fokus på arbeidsrettet rehabilitering av personer med muskel- og skjelettplager.



Yrkesdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne har de siste årene vært konstant lav på tross av oppgangskonjunkturer og lav arbeidsledighet i befolkningen generelt

Modellen gir en integrert tilnærming rettet mot både arbeidstaker, arbeidsgiver og arbeidsplassen (Norsk Ergoterapeutforbund, 2009). Modellen ble utviklet og evaluert gjennom en populasjonsbasert, randomisert studie. Resultatene både fra Canada og Nederland viser at personer som fikk Sherbrook-tilbudet, kom raskere i arbeid enn kontrollgruppen, som fikk vanlig intervensjon. Videre fremheves betydningen av at de arbeidsrettede tiltakene skjedde på arbeidsplassen og parallelt med klinisk intervensjon. I denne modellen har også ergoterapeutisk intervensjon en sentral plass (ibid.). Resultatene kan ikke overføres direkte til norske forhold på grunn av ulike velferdssystemer. Dalane-prosjektet var basert på blant annet denne modellen og bestod av to delprosjekter: «De gode hjelperne» og «Inkluderende arbeidsliv i praksis» (ibid.).

Spjelkavik (2011) viser til at internasjonal forskning har påvist at der målet er en lønnet jobb, gir Supported Employment og «Place-train» bedre resultater enn «Train-place» og gradvise tilnærminger til arbeidslivet. I Norge regnes «Arbeid med bistand» for å være det klassiske «Supported Employment»-tiltaket. Målgruppen for Arbeid med bistand er personer som har fylt seksten år, og som har

funksjonsnedsettelse og bistandsbehov som gjør at det vurderes av NAV å være nødvendig og hensiktsmessig for at vedkommende skal få og beholde et arbeid (Forskrift om arbeidsrettede tiltak m.v. 2008). I starten var dette et tilbud til personer med psykisk utviklingshemming. I dag er det personer med psykiske lidelser eller rusproblemer og personer med muskel- og skjelettsykdommer som utgjør de største diagnosegruppene i tiltaket (Spjelkavik, 2011).

Supported Employment har spredd seg raskt, men utgjør likevel ingen stor andel av alle arbeidsrettede tiltak; i de nordiske landene dominerer fortsatt tradisjonelle skjermede tilbud med gradvis tilnærming til arbeidslivet (Spjelkavik, 2011). I motsetning til den evidensbaserte tilnærmingen inneholder ofte nordiske tilbud som omtales som Supported Employment flere elementer av tradisjonell «Train-place», mens den direkte koblingen til det ordinære arbeidsmarkedet, basert på «Place-train» er svakere (ibid.). Det er derfor behov for internasjonale standarder og for å øke kompetansen på evidensbasert Supported Employment (Spjelkavik, 2011). Det etterlyses en felles nordisk faglig forståelse og policy for inkludering i ordinært arbeidsliv for personer med nedsatt funksjonsevne (ibid.).

«Place-train» har vist seg som en velegnet tilnærning for flere diagnosegrupper, blant andre mennesker med psykiske helseproblemer eller lidelser, som ønsker å komme i jobb. Helen Bull (2010) hevder, i et innlegg på Norsk Ergoterapeutforbunds møteplass Psykisk helse, at det å være i arbeid kan bidra til færre symptomer, færre og kortere innleggelse, mestringfølelse, bedre livskvalitet, økt sosialt nettverk og bedring i sosiale relasjoner. Hun viser til uttalelser fra noen av deltakerne i en pågående undersøkelse som uttrykker følgende: «Det beste med jobben er å møte andre og ha noen å prate med i pausene» og «Det er fint å oppleve at jeg mestrer en jobb jeg kan leve av, og at jeg igjen bidrar i samfunnet.» (Bull, 2010). Dette viser at arbeid har stor betydning for den enkelte. Det at denne typen tilnærning er mulig, er i seg selv grunn til å sette spørsmålstegn ved påstanden om at arbeidsrelaterte tiltak overfor mennesker med psykiske lidelser nødvendigvis må begynne på et lavt nivå, i skjermede omgivelser.

Arbeidsplassen som arena for fremming og gjenvinning av helse og ergoterapeuters kompetanse

Arbeidsplassen som arena for fremming og gjenvinning av helse er sentral i nyere arbeidslivsforskning. Der arbeidsdeltakelse er målet, er det av stor betydning at dette skjer i nær tilknytning til arbeidsplassen. Det er en erkjennelse at de som står utenfor arbeidslivet har en gjennomgående dårligere helse enn de som er yrkesaktive (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010), selv om det også er helseforskjeller blant de som er i arbeid. Til tross for gode intensjoner om inkludering av personer med nedsatt funksjonsevne i arbeidsmarkedet, er vi fortsatt langt fra målet. Å tilrettelegge for økt arbeidsdeltakelse er derfor svært viktig for at de som ønsker og kan jobbe, skal få mulighet til det. Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv bør ha et sterkere fokus på helsefremmende og forebyggende strategier, og i større grad enn nå bidra til at personer med redusert funksjonsevne blir i og får mulighet til å komme inn i arbeidslivet. Ar-

beidsmarkedstiltakene må få en tettere kobling til det ordinære arbeidsmarkedet og større innslag av «Place-train»-tilnærning. Arbeidsplassen må anerkjennes som en arena både for fremming og gjenvinning av helse.

Ergoterapeuter kan bidra til at helse- og velferdstjenestene er slik at hver enkelt i størst mulig grad mestrer eget liv og gjennom deltakelse i arbeid har en meningsfull hverdag. Profesjonens tjenester skal bidra til å redusere helsefarlige arbeidsplasser, fremme nærvær i arbeidslivet og unngå arbeidsrelatert sykefravær, uførhet og utstøting. Ergoterapeuter har mye å bidra med i arbeidet med å skape gode og helsefremmende arbeidsmiljø. Den aktivitetsbaserte kompetansen og breddetilnærningen til funksjon, aktivitet og helse vil spille en viktig rolle i møtet med framtidens utfordringer innen arbeidshelse. To sentrale virkemidler for å redusere gapet mellom den enkeltes arbeidsevne og arbeidslivets krav, er funksjonsvurderinger og aktivitetsanalyser.

Norsk Ergoterapeutforbund har utarbeidet et eget politisk dokument: «Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om arbeidshelse». Dokumentet ble vedtatt av Sentralstyret 27.8.2010 og presenteres i sin helhet på forbundets hjemmeside. Her finner en også «Dette kan ergoterapeuter bidra med for å fremme deltakelse i arbeidslivet.» Disse dokumentene kan benyttes av medlemmer og tillitsvalgte som skal formidle forbundets syn og ergoterapeuters kompetanse på området. □

Referanser

Antonovsky, A. (2004). *Helbredets mysterium*. Hans Reitzels Forlag. København.

Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v. (arbeidsmiljøloven). Loven ble kunngjort 17. juni 2005 nr. 609 med visse unntak og presiseringer og satt i kraft fra 1. januar 2006. Arbeidsdepartementet. <http://www.lovdata.no/all/hl-20050617-062.html> Besøksdato: 24. mai 2011.

Bull, H. (2010). Arbeid som helsefremmende tiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse. <http://www.netf.no/NETF/Kurs-og-aktiviteter/Konferanseinnlegg/Moeteplass-Psykisk-helse>

Folkehelseloven (2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Publisert 24. juni 2011 og trer i kraft fra 1. januar 2012. Helse-

og omsorgsdepartementet. Oslo. <http://www.lovdata.no/all/nl-20110624-029.html> Besøksdato: 1. juli 2011.

Forskrift om arbeidsrettede tiltak m.v. (2008). Kapittel 1. Fellesbestemmelser, § 1-3. Villkår for deltakelse i tiltak. FOR 2008-12-11 nr. 1320, som trådte i kraft 1. januar 2009. Arbeidsdepartementet. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/lides?doc=/sf/sf-20081211-1320.html#map008>

Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B. & Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*. Vol. 22, No. 3, pp. 224 – 241.

HefA (2002). Lillestrømerklæringen om helsefremmende arbeidsplasser. <http://www.hefa.no/> Besøksdato 24.mai 2011.

Hernes, T. (2010). *Betydningen av arbeid. I: Arbeidsinkludering. Om det nye politiske og praksisfeltet i velferds-Norge*. Hernes, T., Heum I., Haavorsen, P. (red.) (2010). 1.utg.1.oppl. Oslo. Gyldendal Akademiske. ISBN 978-82-05-39256-4.

Holmberg V. (2010) Norske ergoterapeuter som aktører på helsefremmende arbeid og helsefremmende arbeidsplasser – en kvalitativ studie. Master of Public Health. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. <http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/MPH/Vigdis%20Holmberg.pdf>

Jakobsen, K. (2006). Delrapport Arbeid. I *Full deltakelse for alle*. Sosial og helsedirektoratet. Oslo

Kjell Ingolf Ropstad, Arbeidspolitisk talsmann (KrF). Debattinnlegg i Dagsavisen 13. juli 2011.

Lillefjell, M., Jakobsen, K & Krokstad, S. (2010). Utsatte grupper – karakteristika og utfordringer på arbeidsmarkedet. *Tidsskrift for Velferdsforskning*. Vol. 13. No. 2 s. 107 – 118.

Legard, S. (2010). Alternative kvalifiserings tiltak for ungdom. Kjennetegn, resultater, suksessfaktorer og utfordringer. Innlegg ved Norsk Ergoterapeutforbunds Møteplass Barns helse, 14. oktober 2010.

Lyng, S., Legard, S., Bergene, A. C., Anker, N., Jessen, J. E. & Reichborn-Kjennerud, K. (2010). Tilbake til framtiden? En studie av alternative kvalifiseringstiltak for ungdom utenfor skole og arbeidsliv: Kjennetegn, resultater, suksessfaktorer og utfordringer. AFI-rapport 3/2010. ISBN 978-82-7609-277-6.

Magnus, E. (2009). *Student som alle andre. En studie av hverdagslivet til studenter med nedsatt funksjonsevne*. Doktoravhandling ved NTNU. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, 2009:129. Trondheim. ISBN 978-82-471-1628-9 (elektronisk utgave).

Mørk, G. (2009). Inkluderende arbeidsliv, et spørsmål om ledelse? Masteroppgave, Masterstudiet i Endringsledelse. Det Samfunnsvitenskaplige fakultet. Institutt for medie-, kultur- og samfunnsfag.

- Universitetet i Stavanger. Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2010). *Folkehelse rapport; Helsetilstanden i Norge*. Rapport 2010:2. ISBN 978-82-8082-410-3. Norvoll, R. & Fossetøl, K. (2010). Funksjonshemmede og arbeid. En kunnskapsoppsummering. AFI-notat 13/2010. ISBN 978-82-7609-276-9.
- Norsk Ergoterapeutforbund (2010). Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om: Arbeidshelse. <http://www.netf.no/NETF/Politikk-og-paavirkning/Dette-mener-NETF-om/Arbeidshelse>
- Norsk Ergoterapeutforbund (2009). «Hvorfor virker Sherbrooke-modellen fra Canada og er den overførbart til Norge?» Miniseminar arrangert av Presenter ved International Research Institute of Stavanger, IRIS, 18. februar 2009. <http://www.netf.no/NETF/Aktuelt/Nyhetsarkiv/Miniseminar-om-Sherbrooke-modellen-tilbakefoering-av-sykemeldte>
- Norsk Ergoterapeutforbund (2006). Ergoterapeutens samfunnskontrakt – yrkesrolle og etiske retningslinjer vedtatt 20. mars 2006.
- Nyberg, A., Westerlund, H., Magnusson Hanson, L., & Theorell, T. (2008). Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women. *Scandinavian Journal of Public Health*, no, 36(8), 803-811.
- Opplæringslova (2008). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova). Kapittel 1. Formål, verkemråde og tilpassa opplæring m.m. (i.kr. 1 aug 2008, etter res. 20 juni 2008 nr. 621). Kunnskapsdepartementet. <http://www.lovdato.no/all/tl-19980717-061-001.html#1-3>
- Ose, S. O., Bjerkan, A. M., Pettersen, I., Hem, K. G., Johnsen, A., Lippestad, J. Paulsen, B., Mo, T. O., Saksvik, P. Ø. (2009). Evaluering av IA-avtalen (2001–2009). SINTEF Teknologi og samfunn. Helsetjenesteforskning. Gruppe for arbeid og helse. http://www.regjeringen.no/upload/AID/publikasjoner/rapporter_og_planer/2009/R_ia_avtalen_2009.pdf
- Richardsen, A & Martinussen, M. (2008). Hva skal til for å øke arbeidsgleden og motivasjonen? En undersøkelse av jobbenegasjement i helse- og omsorgsykker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol. 45, nr. 3 s. 249-257.
- Schafft, A (2009). Å få seg en jobb. Arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer. Oslo: Kommuneforlaget.
- Schancke, V.A. (2003): Hva er forebygging? – en kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger. Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken. Forebyggingsseksjonen. Skriftserie – rapport 1/2003.
- Spjelkavik, Ø. (2011). Supported Employment i Norden. Med bidrag fra Hagen, B. og Härkäpää, K. AFI-rapport 3/2011.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement. A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25 pp 293 – 315.
- Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 44 (2008 – 2009). Utdanningslinja. Kunnskapsdepartementet. Karasek, R. A. & Thorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the recognition of working life*. New York. Basic Book.
- Søderström, S. (2010). *Teknologi i den digitale enhetsskolen. En pilotstudie i bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i skolehverdagen for grunnskoleelever med nedsatt funksjonsevne*. Rapport 2010. Avdeling Mangfold og inkludering. Samfunnsforskning AS. NTNU. Trondheim.
- World Health Organisation (WHO) (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
- Aas, R. W., Ellingsen, K., Lindøe, P., & Möller, A. (2008). Leadership Qualities in the Return to Work Process: A Content Analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(4), 335-346.