

Høringsvar fra Nasjonalt fagråd for arbeid og helse – på utkast til læringsutbytter for sykepleier-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, sosionom- og vernepleierutdanningene.

Oversendt KD og RETHOS prosjektet - juli 2018.

Nasjonalt fagråd for arbeid og helse skal styrke myndighetenes fagrolle ved å gi kunnskapsbaserte råd på fagområdet arbeid og helse. Fagrådet skal på oppdrag fra direktoratene, på selvstendig grunnlag, gi faglige råd av høy kvalitet og generelt bidra til å styrke samhandlingen mellom helse- og arbeids/velferdstjenestene.

Fagrådet mener det er viktig å øke kunnskapen om arbeid og helse i profesjonsutdanninger innen helse og sosialfag og ønsker derfor å levere innspill til høringsrunden for

Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

Særlig rettet mot sykepleier-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, sosionom- og vernepleierutdanningene.

Fagrådet konstaterer at de foreslåtte læringsutbytter, som er sendt på høring innenfor disse utdanninger, i begrenset omfang omfatter læringsutbytter innen fagfeltet «Arbeid og helse». Det har de senere årene vært et økt fokus på dette feltet og det nevnes f.eks. i Statsbudsjettet 2018 - kap. 740 at «Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal samarbeide om å utvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt, herunder bl.a. bidra til å videreutvikle tjenester med god effekt til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid». For å oppnå dette mener fagrådet at det bør mer fokus på fagfeltet i profesjonsutdanningene for å forberede helsepersonell på den rolle de kan få i arbeid på tvers av arbeids- og helsesektorer og utfordringene de kan møte i deres fremtidige virke.

I den nye 'Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger' (2017) er følgende felles læringsutbytte formulert i § 2;

Kandidaten:

(6) forstår sammenhengene mellom helse, utdanning, arbeid og levekår, og kan anvende dette i sin tjenesteutøvelse, både overfor enkeltpersoner og grupper i samfunnet, for å bidra til god folkehelse og arbeidsinkludering.

Fagrådet anbefaler at det utvikles læringsutbytter innen alle helse- og sosialfag som følger opp forskriften og er mer spesifikke på hva kandidatene skal kunne i forhold til et arbeidslivsperspektiv. Hver profesjon kan utvikle og evt spisse disse fra eget ståsted. Som utgangspunkt foreslås følgende konkrete læringsutbytter, som fagrådet mener kan være viktige på tvers av profesjoner:

Kandidaten:

Kunnskap

- Har bred kunnskap om sammenhenger mellom arbeid og helse og hvordan helse kan styrkes eller forverres gjennom arbeid.

Ferdighet

- Har ferdigheter i å kommunisere kunnskap om sammenhengen mellom arbeid og helse på en troverdig og empatisk måte i møte med den enkelte.
- Kan anvende relevante tiltak som bidrar til arbeidsinkludering

Generell kompetanse

- Kan kritisk vurdere vitenskapelig litteratur som beskriver sammenheng mellom arbeid og helse.
- Forstår egen og andre helseprofesjoners rolle og virkemidler i samspillet med NAV og arbeidslivet

Bakgrunn for økt fokus på «Arbeid og helse» fagfeltet

Sykefraværet i Norge er et av de høyeste i verden samtidig som vi har høy arbeidsdeltakelse (OECD, 2012). Som en del av avtalen om et inkluderende arbeidsliv er det innført en rekke endringer i sykelønnsordningen for å få ned antatt unødvendig sykefravær. Dette er i første rekke samfunnsøkonomisk begrunnet (Mykletun et al., 2010). Det finnes også helsefaglige argumenter for at arbeidsdeltakelse kan ha positive virkninger (Dahl et al., 2014).

- Arbeidsdeltakelse kan gi en rekke helsefremmende effekter (van der Noordt et al., 2014; Waddell & Burton, 2006).
- Deltakelse i arbeidslivet, skole og studier er potensielt viktige kilder til anerkjennelse, fellesskap og identitet.
- Arbeid kan fremme psykisk helse ved å gi rammer, menneskelig kontakt og mening, mens langvarig sykefravær og uførhet motsatt kan bidra til å forverre mentale problemer (Alonso et al., 2004; Layard et al., 2006; OECD, 2012, Overland et al., 2006).
- For sykmeldte med muskel- og skjelettplager kan gradvis og kontrollert retur til arbeid i seg selv påvirke helsen og dermed funksjonsevnen positivt (Cullen et al., 2017; Waddell & Burton, 2006). Retur til arbeid for arbeidstakere med muskel- og skjelettplager fremmer rekonvalesens og rehabilitering, og kan således ha en terapeutisk effekt.
- Arbeid er for de fleste den viktigste kilden til økonomiske og materielle ressurser, som igjen er forbundet med helse (Elstad, 2005).

Helsekonsekvenser av tap av arbeid og helse basert på studier av arbeidsledighet viser sammenhenger mellom arbeidsløshet og helsevansker (Fryers, Melzer & Jenkins, 2003; McKee-Ryan et al., 2005), mens retur til arbeid synes å gi bedring i helse (Thomas, Benzeval & Stansfeld, 2005). Psykososiale,

strukturelle og økonomiske forhold ved arbeid inngår som viktige forklaringsmodeller (Janlert & Hammarström, 2009).

Flere generelle faglige prinsipper understøtter praktisk og samtidig arbeid med sammenhengene mellom arbeid og helse: Full sykemelding kan føre til isolasjon og mangel på aktivisering og struktur. Fravær og hvile kan være nødvendig ved noen sykdommer, men ved mange lidelser, både psykiske og somatiske, er nærvær og aktivitet viktig. Full sykemelding og råd fra helsepersonell om å bli helt frisk innen man går tilbake i arbeid kan gi medisinsk-faglig legitimitet til en unnvikelsesatferd som forsterker problemene og reduserer muligheten for problemløsning og mestring på arbeidsarenaen. Eksponering kan være en sentral komponent i behandlingen, mens unngåelse holder problemene ved like og det er ofte viktig at personen ikke mister kontakten med sin arbeidsplass og det strukturerte samspillet med andre mennesker som jobben innebærer. Fravær fra arbeid kan altså i seg selv ha negative helsekonsekvenser og det er viktig at helsepersonell kan bidra med kvalifiserte vurderinger av helsekonsekvenser ved både å stå i jobb og ved å ikke stå i jobb.

Sammenhengen mellom lengde på sykefravær og risiko for ikke å returnere til arbeid er vist i flere studier. Sammenhengen er delvis triviell fordi mange vil ha maksimal lengde på sykefravær før overgang til varige trygdeytelser. Det er likevel argumentert med at behandling (og å stå på venteliste), for mange sykemeldte kan redusere sannsynligheten for retur til arbeid. Pasientens forventninger til muligheten for å returnere til arbeidslivet er en prediktor for faktisk retur ved vanlige psykiske lidelser (De Viries et al., 2017; Løvik et al., 2014), i likhet med hva man har funnet ved ryggsmarter (Reme et al., 2009). Slike forventninger kan i seg selv endres under lange sykefraværsløp, og dermed være relevant for oppfølgingen.

Tradisjonelt er det ofte lagt opp til et behandlingsforløp med sykemelding mens plagene behandles, og tiltak for retur til arbeid når man er frisk. I praksis vil behandleren rette oppmerksomheten mot lidelsen og tiltak for å avhjelpe den, og i mindre grad adressere tilbakevending til arbeid. Først når symptomene har avtatt betraktelig, blir tilbakevending til jobb et viktig tema, gjerne i siste fase av behandlingen. Det er imidlertid ofte ugunstig med en slik sekvensiell tilnærming. Det er bedre å legge vekt på integrerte og parallelle tiltak. Det må ikke gå for lang tid før pasienten starter med gradvis tilbakevending til arbeid, og da gjerne med gradert sykemelding og eventuelt også dialog med arbeidsplassen som virkemiddel, eventuelt et aktivt samarbeid med NAV dersom personen har falt ut av arbeidslivet. Årsaker til sykmelding kan også ha sentrale og direkte arbeidsrelaterte årsaker slik som konflikter eller krenkelser på arbeidsplassen eller belastninger i kombinasjonen av arbeid og privatliv.

En forutsetning for å lykkes i behandling og rehabilitering er gjerne et godt samarbeid mellom personen selv og arbeidsplassen, og mellom helsepersonell og personell i NAV. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom helseregionene og NAV i hele landet, der arbeidsperspektivet er innarbeidet. Disse samarbeidsavtalene er basert på «Arbeid og helse – et tettere samvirke» (<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-og-helse-et-tettere-samvirke>).

Referanser

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S. et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 420, 38–46.
- Cullen, K. L., E. Irvin, A. Collie, F. Clay, U. Gensby, P. A. Jennings, S. Hogg-Johnson, V. Kristman, M. Laberge, D. McKenzie, S. Newnam, A. Palagyi, R. Ruseckaite, D. M. Sheppard, S. Shourie, I. Steenstra, D. Van Eerd, and B. C. Amick. 2017. 'Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners', *Journal of Occupational Rehabilitation*: 1-15.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt* (Hovedrapport). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- De Viries, Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A. & Wegewitz, U. (2017). Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56, 787–793.
- Elstad, J. I. (2005). *Gradientutfordringen*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders – A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 229–237.
- Janlert, U. & Hammarström, A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9:235 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-235>.
- Layard, R., Bell, S., Clark, D.M., Knapp, M., Meacher, M., Priebe, S., Turnberg, L., Thornicroft, G. & Løvik, C., Øverland, S., Hysing, M., Broadbent, E., Reme, S. E. (2014). Association between illness perceptions and return-to-work expectations in workers with common mental health symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 160–170.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R. & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53–76.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Rapport 2009:4 Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- OECD (2012). *Sick on the job?: Myths and realities about mental health and work*. Mental Health and Work, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264124523-en
- Overland, S., Glozier, N., Maeland, J.G., Aaroe, L.E. & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC. Public Health*, 6, 219.
- Reme, S. E., Hagen, E. M. & Eriksen, H. R. (2009). Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10. doi: 10.1186/1471-2474-10-139.
- Thomas, C., Benzeval, M. & Stansfeld, S. A. (2005). Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 243–249.
- van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 71, 730–736.
- Waddell, G. & Burton, A. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: Stationery Office.