



Helse- og arbeidsaksen i et komparativt perspektiv

Institusjonelle og organisatoriske modeller
for å bygge ned grenser mellom
helsesektoren og trygde-/arbeidsmarkedsetater i Finland

av

Ingebjørg Skarpaas

AFI-notat 9/2010

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS NOTATSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S OCCATIONAL PAPERS

© Arbeidsforskningsinstituttet AS, 2010
© The Work Research Institute
© Forfatter/Author

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i «Lov om opphavsrett til åndsverk», «Lov om rett til fotografi» og «Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet».

All rights reserved. This publication, or part thereof, may not be reproduced in any form without written permission from the publisher.

ISBN 978-82-7609-271-4
ISSN 0801-7816

Notatet kan lastes ned fra hjemmesiden eller bestilles fra:/Distribution by:

Arbeidsforskningsinstituttet AS
Pb. 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Work Research Institute
P.O.Box 6954 St. Olavs pl.
NO-0130 OSLO

Telefon: +47 23 36 92 00
Telefax: +47 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no
Web: www.afi.no

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS NOTATSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S OCCASIONAL PAPERS

Temaområde:
Medvirkning, inkludering og organisering

Notat nr.:
9/2010

Tittel:
**Helse- og arbeidsaksen
i et komparativt perspektiv**
Institusjonelle og organisatoriske modeller for å
bygge ned grenser mellom helsesektoren og
trygde-/arbeidsmarkedsetater i Finland

Dato
mai 2010

Forfatter:
Ingebjørg Skarpaas

Antall sider:
67

Resymé:

Dette notatet belyser tre institusjonelle og organisatoriske løsninger som Finland har iverksatt for å koble helsesektoren og arbeids-/velferdsområdet tettere sammen. De tre løsningene representerer tre ulike tilnærminger til å se helse og arbeidsrelaterte utfordringer i sammenheng: Den første tilnærmingen er en lov som pålegger aktørene å samarbeide i et rehabiliteringsforløp, den andre er en teambasert integrering av statlige, lokale arbeidskontor og den kommunale sosialtjenesten. Den tredje løsningen som presenteres er et nasjonalt arbeidslivsutviklingsprogram som kombinerer strategier for verdiskaping og produksjonsvekst med integrering og kvalitet i arbeidslivet. Også helseinstitusjoner inngår i dette arbeidslivsutviklingsprogrammet, og det tilrettelegges for nettverksbasert læring mellom samarbeidende aktører.

I notatet presenteres hvordan tiltakene i Finland er organisert. Vi ser på styrker og svakheter ved løsningene, og hvilke utfordringer de er ment å gi et svar på. Vi gjengir også erfaringene til sentrale og involverte aktører, og drøfter Finlands løsninger i forhold til Norske forhold.

Emneord:

- Koordinering av velferdstjenester
- Tverrsektorielt samarbeid
- Organisering av helsetjenester
- Helse- og arbeidsakse

FORORD

Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) fikk i oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet å kartlegge institusjonelle løsninger og organisatoriske modeller i Finland som samtidig kobler helsetjenester og arbeidsrelaterte tiltak. Dette er to felt vi i Norge har hatt utfordringer med å få til å fungere i sammenheng – både strategisk og planmessig, men også rundt den enkelte bruker.

Finland er valgt fordi man her har innretninger for å koble sammen helsesektoren og arbeids- og velferdsfeltet som er noe annerledes enn i Norge. Hensikten med studien er dermed å se om Finlands valg av løsninger innehar elementer som vi kan nyttiggjøre oss av i norsk politikk og velferdsorganisering.

Ingebjørg Skarpaas har vært hovedansvarlig for gjennomføringen av prosjektet (innhenting av data, analyse og utarbeidelse av rapporten.) Knut Fossetøl ved AFI har kommentert utkast underveis og bidratt med perspektiver inn i analysen.

Prosjektet ble gjennomført og rapporten først skrevet i 2008, men den kommer nå ut med en oppdatering på norske forhold i 2010.

Arbeidsforskningsinstituttet,

Ingebjørg Skarpaas

Mai, 2010

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag

1	Bakgrunnen for en komparativ studie	1
1.1	Innledning	1
1.2	To sentraliserte velferdsreformer	2
1.3	Utfordringer mellom helse- og arbeidsaksen	3
1.4	Brukeren som koordinator	4
1.5	Sektorovergripende utfordringer - hvordan overkomme dem?.....	8
2	Metode og oppbygning av rapporten	11
2.1	Metode	11
2.2	Rapportens videre oppbygging	13
3	Finlands hovedutfordringer - og politiske svar.....	14
3.1	Innledning	14
3.2	Organisering av helse- og sosialpolitikken	19
3.3	"Kuntoutus" - Det finske rehabiliteringssystemet.....	24
3.4	Oppsummering	30
4	Institusjonelle løsninger mellom helse- og arbeidsaksen	33
4.1	Pålegging av samarbeid i rehabiliteringen – gjennom en lov	33
4.2	LAFOS-kontorene – integrert tospann mellom stat og kommune	42
4.3	Gode arbeidsprosesser i arbeidslivet – verdiskaping og godt arbeidsmiljø hånd i hånd	46
4.4	Felles oppsummering	53
5	KAN VI LÆRE noe AV FINLAND? - Oppsummerende drøfting.....	56
	LITTERATURLISTE	64

SAMMENDRAG

Personer med helseproblemer som befinner seg utenfor arbeidslivet i Norge har ofte behov for en samordnet innsats fra flere instanser for å komme i jobb. De trenger tiltak både innenfor *helseaksen* (medisinske utredninger, behandlinger og opptrening/rehabilitering) og *arbeidsaksen* (arbeidstrening/-utprøving, kompetansetiltak og oppfølging på arbeidsplassen).

Tradisjonelt har de medisinske tiltakene blitt iverksatt på et tidlig tidspunkt og først når man har vært ”ferdig behandlet” har spørsmål knyttet til arbeid blitt trukket inn. Dette har vært uheldig, da lange opphold uten arbeid i seg selv har vist seg å skape helseproblemer.

Slik som arbeids- og velferdssystemet er organisert i dag tilhører helse- og arbeidsrelaterte tiltak hvert sitt departementale ansvarsområde, og det har ligget store utfordringer i å koble tiltak rundt enkeltbrukere innenfor hver av disse aksene, fleksibelt og helhetlig.

Andre land, som Finland, har iverksatt løsninger for å koble helse og arbeid tettere sammen som er noe annerledes enn det vi har gjort i Norge, og det er tre slike finske tilnærminger som presenteres i dette notatet:

Loven om klientsamarbeid i rehabiliteringen representerer et pålegg til aktører innenfor både helsetjenesten og arbeids-/velferdstiltakene om å stille med representanter til samarbeidsfora på lokalt, regionalt og sentralt nivå som skal samarbeide på tvers av ulike sektorer og ta ansvar for ulike oppgaver på alle nivå i rehabiliteringen.

Samlokaliseringen LAFOS, skal reformere de kommunale arbeidskontorene for personer med helseproblemer og funksjonsnedsettelse, ved å samle statlige og kommunale virkemidler under samme tak og trekke helsepersonell inn i den tradisjonelt yrkesinnrettede rehabiliteringen.

Arbeidsprogrammet Tykes som er et FoU-program som har til hensikt å øke produktiviteten i arbeidslivet gjennom forskning og utvikling – samtidig som man tar vare på de ansatte og inkluderer personer utenfor arbeidslivet.

Erfaringene fra Finland viser at det er trekk ved de finske løsningene som har trukket helse- og arbeidsfokuset nærmere hverandre. Loven om klientsamarbeid i rehabiliteringen samler aktører både fra helsetjenester, arbeidsrelaterte tiltak og utdanning på en forpliktende måte på alle nivå og på kommunalt nivå har samarbeidsutvalget representert et tilbud for en gruppe med sammensatte behov man ikke har hatt tidligere.

I LAFOS-kontorene trekkes det bl.a. frem at en helseundersøkelse, foretatt av sykepleiere som er med i teamet, har vært spesielt viktig for de videre rehabiliteringsplanene til brukerne. Og også LAFOS-kontorene har truffet målgruppen med sammensatte behov, selv om kontorene som en andrelinjetjeneste, oppfattes som et ”eksklusivt” tilbud – for bare noen få.

I TYKES programmet har spesielt helseinstanser vært aktive med å utvikle nye former for samarbeid, og arbeidslivsprogrammet kobler konkurransefortrinn og produktivitet med inkludering av marginaliserte grupper som vi ikke finner i tilsvarende program i Norge.

1 BAKGRUNNEN FOR EN KOMPARATIV STUDIE

1.1 Innledning

Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder antall sysselsatte i befolkningen. Yrkesfrekvensen, det vil si prosentandelen i befolkningen som inngår i arbeidsstyrken, er høy sammenlignet med andre land. Samtidig står vi overfor flere store velferdsmessige utfordringer: det anslås at om lag en fjerdedel av befolkningen i yrkesaktiv alder er midlertidig eller varig ute av arbeid på grunn av helserelaterede forhold, som sykdom, skader og plager. Antall uføretrygdede i Norge er blant de høyeste i OECD, sykefraværet som har ligget høyt er stabilisert, men det reduseres ikke og vi har hatt jevn en økning i antall personer på attføring og rehabilitering. At personer som kunne vært i arbeid gitt riktige tiltak og tilrettelegging, er utenfor arbeidslivet er uheldig både for den enkelte og samfunnet.

For flere av dem som i dag er uten arbeid kreves det en koordinert og samordnet innsats for å få til et varig arbeidsforhold. Mange som har problemer med å få - eller beholde - et arbeid har sammensatte utfordringer, ofte knyttet til kroniske plager, psykisk sykdom og lidelser i muskel og skjelett. Fastlege, primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunale rehabiliteringstilbud og arbeidsrelaterede tiltak i regi av NAV inngår ofte i en persons arbeids- og velferdstilbud, og det kreves en koordinert innsats fra alle aktørene for at hvert virkemiddel og tiltak som tas i bruk skal gi best mulig effekt. Tidligere var det vanlig å tenke at en person skulle være ferdig behandlet og helt "frisk" før det var aktuelt å tenke på arbeid. I dag vet vi at det kan være uheldig med lange perioder utenfor arbeidslivet, og at det tvert i mot er viktig for å lykkes i rehabiliteringsforløpet å tenke arbeidsrettet og gjenoppta aktivitet eller arbeid på et tidlig tidspunkt.

For personer med sammensatte behov, kreves sammensatte løsninger. Mange forsøksprosjekt gjennom hele 90-tallet hadde til hensikt å bedre koordineringen mellom behandlings-, opptrenings-, rehabiliterings- og arbeidsutprøvingstiltak, og retten til en individuell plan ble innført for ytterligere å sikre en bedre kjeding av tjenestene. Utfordringene rundt samordning av tjenester innenfor rehabilitering har vi ikke greid å løse, noe som kobles til at rehabilitering ikke har blitt prioritert høyt nok eller fått den posisjonen og prestisjen som er nødvendig for å nå de overordende målene. Av denne grunn ble rehabilitering satt enda sterkere på den politiske agendaen gjennom Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 (St.prp.nr.1, 2007-2008, kap.9). Strategien peker på flere forhold innenfor viktige områder som må forbedres, og legger større vekt på å følge opp tiltak som er iverksatt. Dette kommer jeg tilbake til.

Til tross for store satsninger og intervensjoner i ordninger og lovverk, står fortsatt mange personer med helseproblemer og funksjonsnedsettelse utenfor arbeidslivet. Det ser særlig ut

til at er ”broen” fra primær-/spesialisthelsetjeneste og rehabiliteringstiltak, og *over i arbeid* eller arbeidsrettede tiltak som ofte den største utfordringen. Det er disse koblingene mellom helserelaterte tjenester og arbeidsrettede tilbud vi skal ha fokus på i denne rapporten.

1.2 To sentraliserte velferdsreformer

Norge har iverksatt to store sentraliserte velferdsreformer de senere år med betydning for dette feltet; *Helseforetaksreformen* og en *Ny arbeids- og velferdsorganisering* (NAV). Dette er to store reformer som er initiert og implementert innenfor for hvert sitt velferdsdepartement, Helseforetaksreformen ble styrt og ledet fra Helse og Omsorgsdepartementet (HOD), og NAV-reformen fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID)¹.

Det er særlig det udekkede behovet for samordning av tjenester og virkemidler som er hovedårsaken til reformene. Dels handler det om bedre samordning for å få en mer effektiv ressursutnyttelse, og dels om å få til mer helhetlige og koordinerte tjenester overfor brukerne.

NAV-reformen. Ny arbeids- og velferdsforvaltning

Stortingsmeldingen som omhandlet Arbeid, velferd og inkludering (nr 9, 2006-2007) pekte på at det var behov for å etablere et enklere system for en midlertidig inntektssikring, og at det var viktig å flytte fokus og ressurser fra vurderinger knyttet til hvilken inntektssikring den enkelte *hadde rett til*, over mot hvilke tiltak og tjenester man har *behov for*. Etablering av NAV-kontorene skulle gjøre det enklere for de ansatte å finne løsninger på tvers av de tidligere etatsskillene og overføringen av saksbehandlingsoppgaver til de nye spesialforvaltingsenhetene skulle gi mer rom for å følge opp den enkelte bruker². En viktig målsetting ved å samordne tjenestene var at de skulle bli mer effektive og brukerrettede. Gjennom ny organisering og nye tiltak og virkemidler skal tilbudene omformes slik at de i større grad fører til arbeid og aktivitet.

Sammenslåingen av aetat, trygdeetaten og kommunal sosialtjeneste i NAV-reformen ble tydelig avgrenset mot også å innbefatte kommunale pleie- og omsorgstjenester, da slike tjenester fortsatt vil høre inn under kommunens ansvarsområde. Denne avgrensningen bekymret blant annet Handicapforbundet, som mente det var uheldig at uheldig at ikke tjenester som hjemmesykepleie, hjemmehjelp, funksjonsassistent og transporttilbud også ble integrert i NAV³. Stortingsproposisjon nr.46, 2004-2005, som kom med NAV-reformen, legger imidlertid sterk vekt på at den nyopprettede etaten må samarbeid mot helsesektoren

¹ I tillegg er *Samhandlingsreformen* på trappene, som også er en reform innenfor Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde.

² Mange av de tradisjonelle saksbehandlingsoppgavene er flyttet til regionale forvaltningsenheter, for å frigjøre tid til brukermøter (St.prp.nr.46 (2004-2005)).

³ ³ NHF: Høring om forslag til ny lov om arbeids- og velferdsforvaltningen og tilpasninger i visse andre lover, <vhttp://www.nhf.no/index.asp?id=42026

(primær- og spesialisthelsetjenesten), utdanningsinstitusjoner og arbeidsgivere. Det ligger dermed en oppmerksomhet og en intensjon fra sentrale myndigheters side om å få til et tett samarbeid mellom NAV, helsesektoren og arbeidslivet. Spørsmålet blir derfor hvilke grenseflater NAV utvikler til helsetjenestene og hvordan kontorene utvikler slike relasjoner mot eksterne samarbeidspartnere. Fører etableringen av NAV-kontorene til en tettere kobling mellom arbeids- og helsefeltet, enn de tidligere etatsskillene?

Helseforetaksreformen

På helsesiden er det særlig samordningsutfordringene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som er viet mest oppmerksomhet. Bedre samhandling mellom første- og andrelinjen har vært et tverregionalt satsingsområde⁴ og man har blant annet vært opptatt av hva som kan gjøres for å begrense bruken av spesialisthelsetjenesten (rask utskriving, forebygging som kan demme opp for økende behov, kompetanseoverføring etc) slik at flest mulig av helsetjenestene kan håndteres innenfor primærhelsetjenesten.

Med NAV-reformen og helseforetaksreformen har vi i Norge forsøkt å løse to store samordningsutfordringer, men innenfor to omfattende og adskilte ”akser” i velferdsstaten; den ene knyttet til helse og den andre til arbeid og aktivitet. De to reformene omfatter således ulike aktører, og de er ledet av hvert sitt departement. Vi har en helsetjeneste som er samordnet på tvers av nivåene, men spesialisert om *helsetjenester*, og en samordnet arbeids- og aktivitetsorientert velferdsetat, men der helseproblemer hittil synes å tillegges mindre vekt. Etaten har satt fokus på funksjon og arbeidsressurser/restarbeidsevne, og særlig på økonomiske insentiver som skal motivere til arbeidsdeltakelse.

Samordningsbehovene det så langt er funnet organisatoriske løsninger på sentralt, ligger dermed innenfor AID og HODs ansvars- og arbeidsområde. NAV-reformen er fortsatt i en etableringsprosess og da mange av de lokale kontorene enda ikke er ferdig utformet. Det er derfor for tidlig å si noe om effektene med hensyn til koblinger mot helsetjenesten. Det vil si at vi står overfor utfordringer knyttet til koordinering og samordning på helse-, velferds- og arbeidsområdet også i nær fremtid.

1.3 Utfordringer mellom helse- og arbeidsaksen

I styring og utvikling av arbeids- og velferdstjenester er det alltid et spørsmål om hvordan vi som samfunn på den ene siden sikrer den delen av befolkningen som av helsemessige årsaker ikke kan stå fullt ut i arbeid - både ved å tilby gode helsetilbud og ved å kompensere for manglende arbeidsevne økonomisk (inntektssikring). På den annen side handler det om å utforme tiltak og tilbud som kvalifiserer og motiverer personer som kan arbeide til å delta i arbeidslivet (hjelp til selvhjelp). Å få til gode koblinger mellom helsetjenester og tiltak rettet

⁴ Det skjer utprøving av samordningsmodeller i flere helseforetak – samordningsråd, hospitering, praksiskonsulentordning osv

mot arbeid krever en samtidig kunnskap om personers helsetilstand og hva som er forsvarlig for personen å utføre av arbeid. Man må også ha kjennskap til tiltak, virkemidler og mekanismer som integrerer og ivaretar personer i arbeidslivet.

Tema som tas opp i dette notatet, er dermed:

- 1) Hvordan kan man få til løsninger som omfatter helsebehov og arbeidsevne samtidig?
- 2) Hvordan har et land som Finland, som selv argumenterer for å legge et helseperspektiv til grunn i alle livets faser og samfunnsområder, iverksatt løsninger som forener helse- og arbeidsaksen?

Før vi går over til å se på Finland vil jeg utdype noe mer hvilke koordinerings- utfordringer vi har i helse-, arbeids- og velferdssektoren i Norge dag.

1.4 Brukeren som koordinator

Ett sentralt trekk ved hjelpeapparatet over lang tid har vært at det har fremstått som ukoordinert overfor brukerne, og det har ofte vært opp til brukerne selv å koordinere tjenestetilbudet. Mangelen på koordinering er godt dokumentert de siste tjue år, både gjennom forskning og offentlige utredninger.

Å koordinere velferdstjenestene selv er en krevende oppgave. Både fordi det etter hvert har blitt et komplisert hjelpeapparat med mange statlige, kommunale og private aktører og man må kjenne ansvarsområdene godt for å vite hvilken instans man skal henvende seg til. Det er også krevende å være en "kompetent bruker" fordi man ofte opplever å få motstridende opplysninger – spesialhelsetjenesten kan for eksempel forespeile et videre rehabiliteringsforløp som kommunene ikke kan følge opp. Å være pådriver for tjenestene selv er en påkjenning enten man nettopp har fått vite at man har en alvorlig diagnose, eller er langvarig kronisk syk.

For å forsøke å løse koordineringsutfordringene har mange ulike instanser innenfor hjelpeapparatet gjennom årenes løp enten fått tildelt, eller selv påtatt seg, rollen som koordinator. St. meld. nr. 39 (1991-92) utpekte for eksempel trygdeetaten som en koordinator og pådriver i sykefraværarbeidet. Det har også vært gjort ulike forsøk med bedriftshelsetjenesten i denne koordinerende rollen (Johannesen og Skarpaas 2002) og også private aktører har påtatt seg koordineringsansvar. Koordinator-funksjonen er en komplisert rolle å ha. Den krever tverrfaglig kompetanse og legitimitet fra de andre aktørene og dessuten relasjonell kunnskap som vil si at man må beherske "stammespråket" innenfor ulike profesjoner og fagområder dersom man skal opptre som fullverdig koordinator (Skarpaas 2004).

Erkjennelsen av at rehabiliteringsfeltet har vært *for* oppsplittet og primært rettet inn mot helse- og omsorgssektoren, har ført til at man har søkt etter måter å forplikte også andre

samfunns-/departementsområder som har ansvar for tiltak som må inngå i tilbudet rundt enkeltbrukerne. Dette gjelder områder som arbeid og utdanning.

To sentrale virkemidler for å få aktørene til å samarbeide bedre rundt personer med behov for sammensatte tjenester kom i 2001: Det ene er retten til en Individuell plan og det andre er kommunenes og heleforetakenes forpliktelser til å etablere koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering, som faste kontaktpunkt for samhandling.

Individuell plan

Ordningen med individuell plan ble innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse og/eller sosialtjenester. Det var ikke enkelttiltakene kritikken først og fremst var rettet mot, men den mangelfulle koordineringen mellom dem og at samarbeidet ble sett på som lite målrettet. Sentrale myndigheter så dermed på individuell plan som et virkemiddel for å skape helhetlige tjenestetilbud, der tjenesteytere fra ulike instanser og forvaltningsnivåer samarbeider med hverandre og brukeren om tilbudet som gis. Planen blir også ansett som et verktøy for å styrke tjenestemottakernes stilling gjennom medvirkning til egen plan (Røhme m.fl.2006).

Lovbestemmelsen om individuell plan trådte i kraft fra 2001, men en ny felles forskrift om individuell plan for sosial- og helselovgivningen trådte i kraft 1. januar 2005 (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Lov om arbeids- og velferdsforvaltning rettighetsfestet individuell plan i 2006. Et viktig formål med individuell plan er å sikre at det til enhver tid er *én* tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren slik at ansvarsforholdet blir klarere (St.prp.nr.1, 2007-2008).

Individuell plan er en rettighet og et planleggingsverktøy for pasienter/brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Retten er uavhengig av diagnose og alder, og gjelder selv om brukeren mottar tjenester fra kun ett forvaltningsnivå, som for eksempel bare kommunen (Helsedirektoratet 2009). Hvis det er behov for koordinering, skal det lages en individuell plan og kvaliteten ved en slik plan ligger nettopp i at den er individuell (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Individuell planlegging handler ikke bare om hvilke tjenester som er aktuelle å iverksette, det kan også dreie seg om opprydding, legge strategier eller utløse ressurser for å skape tilgjengelighet og støtte i brukernes omgivelser (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Det har tatt tid å få ordningen med individuell plan implementert. Lenge etter at forskriften om individuell plan ble innført, er det fortsatt mange med behov for og rett til en individuell plan som ikke har fått det, selv om vi ikke kan tallfeste eksakt hvor mange som får eller ikke får en slik plan. Funn fra tilsynsrapporter viser at selv om flere kommuner og helseforetak har kommet godt i gang med å tilrettelegge arbeidet, er det et langt stykke å gå før individuell

plan som rettighet er innfridd og virker etter intensjonen (Helsedirektoratet 2009⁵). Det ligger fortsatt utfordringer knyttet til å få planen til å fungere som koordinerende mekanisme overfor brukerne. Det er lite dokumentert hvilke erfaringer man har med selve arbeidsprosessen rundt slike planer (Grut 2008), men vi vet etter hvert en del om hvilke forutsetninger som må være til stede for at planen skal bli et godt verktøy. Dette er kunnskap som kom frem i forbindelse med at Helsedirektoratet satte ekstra søkelys på arbeidet med å implementere individuell plan i 2008 (Helsedirektoratet 2009).

Det ble avholdt seks erfaringskonferanser om individuell plan i regi av Helsedirektoratet i 2008. Konferansene viste at slike planer representerer et betydelig potensial for å sikre helhetlige forløp med utgangspunkt i pasienters/brukeres ståsted og målsettinger. Men det er viktige forutsetninger at brukeren blir sett, hørt og verdsatt i prosessen, og at koordinatorrollen løftes tydeligere frem, med én tjenesteyter som er hovedansvarlig, slik forskriften krever. Det gjenstår å lage bedre systemer innenfor organisasjoner og virksomheter i forhold til hvordan man utnevner en koordinator, og det må gis bedre opplæring og veiledning. Det er også viktig å sørge for systematisk samarbeid på tvers av ulike nivå/etater og sektorer (Helsedirektoratet 2009).

Det har vært uttrykt skepsis til individuell plan som koordinerende verktøy. En av innvendingene er at bestemmelsen gir tjenestemottakeren en rett til å få utarbeidet en plan, men ikke ubetinget rettskrav på bestemte tjenester. Det har dermed blitt hevdet at rettighetsbestemmelsen dermed ikke gir en større rett til tjenester enn det som allerede følger av det øvrige regelverket. En annen innvending er at tilbudet skal gis til brukere med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Hvordan en skal forstå behovet for "langvarig og koordinerte tilbud" vil imidlertid være et spørsmål om skjønn, slik at det kan være vanskelig å bedømme et slikt behov (Røhmer med fl.2006). Ordningen med individuell plan består i tillegg til å utarbeide plandokumentet, også av å *evaluere og revidere planen*. Dette er viktig for å lære noe om hvordan slike planer virker, og for å kunne korrigere dem for brukerne. Spørsmålet er imidlertid hvor realistisk det er å få til slike evalueringer, tatt i betraktning hvor vanskelig det har vært å få kommunene til å *lage* slike planer.

Erfaringene med individuelle planer så langt, har vist at det har tatt langt tid å innarbeide rutiner for å få laget planene. Det prøves ut former for elektroniske planer som skal gjøre kommunikasjonen mellom de involverte aktører enklere. En utfordring er imidlertid at selv om man har rett på en individuell plan, ligger det ingen sanksjoner knyttet til om planen følges eller ikke, så det er et spørsmål hvor forpliktende den er for aktørene som inngår i handlingsplanen.

Vi vet at kjennskapet til individuell plan og formålet med planen etter hvert er godt kjent i kommunene i landet (Grut 2008). Konklusjonen er imidlertid at *tiltaket* individuell plan, som

⁵ Jeg har en plan! Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan. Helsedirektoratet, Rapport 15.1672

et tiltak for å styrke tjenestetilbudet til den enkelte gjennom koordinering og samhandling i dag likevel ikke har fungert godt nok. Praksisfeltet har etterlyst en tydelig adresse i kommunene når det gjelder henvendelser i forhold til individuell plan, noe som kan komme bedre på plass når de *koordinerende enhetene* for rehabilitering fungerer etter intensjonen.

Koordinerende enheter i kommunene og spesialisthelsetjenesten

Alle kommuner og regionale helseforetak skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten⁶. Den koordinerende enheten skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunen og helseregionen, og være et fast kontaktpunkt for samhandling (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Både Individuell plan og koordinerende enheter er tiltak som ble innført for å styrke rehabiliteringstjenestene, og det legges vekt på at de koordinerende enhetene i kommunene bør ha ansvar for opplæring og rutiner knyttet til individuell plan, særlig med tanke på å sikre brukervedvirkning (Sosial- og helsedirektoratet 2008).

Alle landets kommuner har som ansvar å sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering og kommunene skal planlegge virksomheten og ha oversikt over tjenestene. Den koordinerende enheten skal være lett synlig for brukere og samarbeidspartnere⁷ og ett sted å henvende seg til for interne og eksterne aktører. Enheten skal også være en pådriver for kartlegging, planlegging utvikling av rehabiliteringsvirksomheten generelt, og sørge for at tjenester til brukerne ses i sammenheng. Kommunene skal etablere og utvikle et system som sikrer at tjenestene som tilbys er samordnet, tverrfaglig og planmessig ytes ut fra et brukerperspektiv, for eksempel gjennom individuell plan. Det er naturlig at den koordinerende enheten i kommunene har det overordnede ansvaret for at ordningen med individuell plan fungerer⁸.

Koordineringsfunksjonen er ikke en egen enhet i kommunene, men en funksjon som legges til et allerede eksisterende tjenestetilbud. En undersøkelse om rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommune, gjennomført av Synovate viste at den koordinerende enheten hyppigst er plassert i en pleie- og omsorgsavdeling (21%), eller helsetjenesten (16 %). Den rollen som høyest andel av de koordinerte enhetene i undersøkelsen oppgir at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i stor grad har i deres kommune, er at enheten har oversikt over rehabiliteringstilbudet i kommunen. Hele 93% oppgir at deres koordinerende enhet i meget stor eller i ganske stor grad innehar denne rollen (Sørensen 2009).

De regionale helseforetakenes ansvar for habilitering og rehabilitering

Ifølge forskrift om habilitering og rehabilitering §12 skal det regionale helseforetaket sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig

⁶ Jfr Forskrift om habilitering og rehabilitering §§8 og 13).

⁷ Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Synlig og brukerrettet. Sosial- og helsedirektoratet.

⁸ St.prp.nr.1, 2001-2008 s.20.

habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, i og utenfor institusjon. Det skal finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten (§13) som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt og sørge for nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten. En slik koordinerende enhet bør etableres innenfor hvert enkelt helseforetak, og bør ha hovedansvar for å etablere faste og stabile samarbeidsrutiner og møteplasser med kommunene i helseforetakenes primære nedslagsfelt. De bør også utvikle formalisert samarbeid med brukerorganisasjoner.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

Rehabilitering med arbeid som mål handler om å hjelpe personer til å mestre de utfordringene de har som hindrer dem i aktivitet og aktiv deltakelse, og om å se hvilke muligheter den enkelte har for å delta i arbeidslivet. For å få til dette har det vært viktig å tenke nytt for å fjerne de hindringer som finnes, enten det er de fysiske omgivelsene, holdninger i arbeidslivet, eller mangel på selvtillit og en tro på at det nytter hos den det gjelder.

For å legge et større press på viktigheten av rehabilitering, og plassere rehabilitering på det satsningsområdet som nasjonale helse- og velferdspolitiske mål tilsier, ble det utarbeidet en Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering for perioden 2008-2011. Viktige satsningsområder i strategien er blant annet styrking av politisk styring, styrking av brukermedvirkning, styrking av samarbeid mellom samfunns- og departementsområder og å få individuell plan og koordinerende enheter til å fungere etter intensjonene.

Det pekes i denne nasjonale strategien på viktigheten av at Helse- og sosialtjenestene samarbeider med arbeids- og velferdsforvaltningen for å gi brukerne raske og koordinerte tilbud. Det anses som avgjørende for resultatet av rehabiliteringen at spørsmål om arbeidslivsdeltakelse kommer tidlig inn i rehabiliteringsprosessen. Det heter i strategidokumentet at det er behov for ”flere arbeidsrettede tiltak og tjenester, mer effektiv tilrettelegging og oppfølging, og mer aktivt og samordnet arbeid fra myndighetenes side, både mellom Helse- og sosialdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet og mellom NAV-kontorene og helse- og sosialtjenestene (St.prp.nr.1, 2007-2008:29)”. Gode relasjoner til arbeidsgiverne vil ifølge strategien også være sentralt her. Det opplyses videre om at Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet skal vurdere hvordan tiltak som befinner seg i skjæringspunktet mellom medisinsk utredning og behandling kan forankres bedre.

1.5 Sektorovergrepene utfordringer - hvordan overkomme dem?

Situasjonen i Norge i dag er dermed at utfordringene med å skape et ”sømløst”, helhetlig hjelpeapparat overfor brukerne, ikke er løst. Det har generelt vist seg å være vanskelig å forankre tiltak som både ivaretar medisinsk utredning, fysisk opptrening og arbeidsrettede tiltak. Dermed har brukerne falt mellom helsetjenestenes og Arbeids- og velferdsetatens ansvarsområder (St.prp.nr.1, 2007-2008). Det er derfor behov for å se nærmere på hvordan

institusjonelle og organisatoriske løsninger kan overkomme det som har vært - og fortsatt ser ut til å bli - gapet mellom den innsatsen som gjøres for å bedre folks helse, og den innsatsen som gjøres for de som har problemer i arbeidslivet, og som trenger å få eller beholde arbeid. Det er dette vi i dette notatet omtaler som "helse – arbeidsaksen".

For å tenke nytt, kan det være nyttig å se til andre land og lære av deres erfaringer. Vi har valgt ut Finland som på mange måter har lik struktur og oppbygging på velferdssiden som Norge, de har dermed også mange av de samme utfordringene. Samtidig ser vi at de har iverksatt andre løsninger enn oss, og koblet aktørene innenfor andre arenaer og på andre måter. Tre slike sentraliserte løsninger vil vi belyse i denne studien.

Det har vært gjort komparative studier i dette feltet tidligere, men de har vært foretatt *innenfor* helse- eller arbeidsfeltet. Man har ikke sett på koblingene mellom disse feltene. Det er for eksempel gjort komparative studier av policyutviklingen på velferdsområdet og enkelte policy-områder (eksempelvis: Hvinden 1994, Hvinden & Van Oorschot 2000, Mabbett 2000, Halvorsen & Jensen 2004, Stafford 2004, Jordan 2005, Mechelen 2005, Thornton 1997). Det er imidlertid gjennomført langt færre studier av de organisatoriske endringene og virkningene av disse, både nasjonalt og i et komparativt perspektiv (Berg 2006). Organisatorisk integrasjon og mål om "one-stop-one door" synes å være et tverrnasjonalt reformgrep (Hagen & Kubicek 2000) og evalueringer av denne organisatoriske løsningen er gjort, spesielt i England (Corkett 2005, Deloitte 2005, Talbot 2005, Møller 2004, Lissenburgh & Marsh 2003). Hovedfokus i disse komparative studiene kan imidlertid oppsummert sies å ha ligget på arbeids- og velferdssiden, og på samordningen av trygd og arbeid. Det har vært gjort lite på *relasjonene i helse – arbeidsakse* - og det er denne relasjonen som har stått i fokus i dette prosjektet:

Sentrale problemstillinger

De overordnede problemstillingene i denne studien er dermed knyttet til hvordan man kan styre, planlegge og organisere opp et hjelpeapparat som på en og samme tid kan 1) ivareta behovet for utredning og behandling av helseskader og helseproblemer, 2) se behovet for inntektssikring permanent eller midlertidig, og 3) se om det er trengs former for hjelpemidler, tiltak eller utprøving for å kvalifisere personen til å få og beholde et arbeid⁹. Finland fremsto som interessant i denne sammenhengen.

For å sikre et mer samordnet rehabiliteringstilbud har Finland innført en lov om samarbeid i rehabiliteringsarbeidet som pålegger aktørene innenfor helse- og arbeidssektorene å samarbeide – på statlig, regionalt og kommunalt nivå.

⁹ I tillegg kommer ofte behovet for sosiale tjenester, men dette blir kun i liten grad berørt i denne studien.

Finland har opprettet egne serviceenheter for personer med sammensatte behov, såkalte LAFOS-kontor, om består av ansatte fra de statlige, lokale arbeidskontorene, den kommunale sosialtjenesten og Finlands trygdeforsikringsaktør – Folkepensjonsanstalten. Kontorene har knyttet til seg sykepleiere og annet helsepersonell for å ivareta helseperspektivet i rehabiliteringen.

Landets myndigheter har utviklet et landsomfattende arbeidslivsutviklingsprogram, Tykes, som har som mål at Finland skal utvikle seg til en konkurransedyktig aktør på verdensmarkedet. For å skape varig økonomisk vekst må man sikre gode arbeidsmiljø på arbeidsplassene og sørge for integrering av personer med helseutfordringer og funksjonsnedsettelse.

Det er disse tre tilnærmingene vi vil belyse i notatet.

2 Metode og oppbygning av rapporten

2.1 Metode

For å kartlegge hvordan finske myndigheter har foretatt koblinger mellom helse-/arbeids- og velferdsområdet, har vi benyttet ulike datakilder og metoder.

Gjennomgang av tilgjengelige offentlige dokumenter

Studien startet med en gjennomgang av tilgjengelige offentlige dokumenter som omhandlet det finske helsesystemet, rehabiliteringssystemet, arbeidsmarkedspolitik, næringspolitikk og arbeidsmarkedstiltak. Vi gikk gjennom Regjeringsprogram, mål og handlingsprogram for helse- og arbeidsmarkedspolitikken, internettsider med organiseringen av statlig forvaltning/opp-gave- og ansvarsfordeling, samt brosjyrer, årsmeldinger og annet informasjonsmaterieil som var gjort tilgjengelig på engelsk og svensk.

Relevant forskning

Et utvalg av paper og artikler som omhandler helse- og arbeids-/velferdsfeltet i Finland danner også bakgrunn for denne studien. Deskriptive presentasjoner av helsetjenestene, velferdsfeltet og forhold ved arbeidsmarkedet har blitt gjennomgått, men også analyser som har bidratt til å belyse effekter og konsekvenser av hvordan tjenestene er organisert.

Intervjuer med forskere og nøkkelaktører i Finland.

Vi har i tillegg foretatt intervjuer med elleve eliteinformanter fra enheter innen helse-/arbeids- og rehabiliteringsfeltet i Finland. Vi deltok også på en konferanse som omhandlet integrerte tilnærminger i aktiv arbeidsmarkedspolitik, sosialpolitikk og tjenester som ble holdt i Helsingfors¹⁰, og hadde i den anledning samtaler med forskere og praktikere som deltok fra ulike instanser innenfor helse/rehabiliteringsfeltet.

Mer om informantene:

Fra det finske Social- og Hälsovårdministeriet har vi intervjuet Generalsekretæren i Delegasjonen for rehabiliteringstiltak. Informanten hadde det overordnede ansvaret for et av tiltakene som vi presenterer i denne rapporten, som er Loven om klientsamarbeid i rehabiliteringen. Hun hadde ansvar både for gjennomføringen og oppfølgingen av loven. Vi har også snakket med ansvarlig for yrkesrettet rehabilitering i det nylig sammenslåtte Arbets-

¹⁰ Workshop "Working Towards integrated Approaches in Active Labour Market and Social Policies and Services" holdt av forskningsinstitusjonen Stakes, som ligger under det finske social- og hälsovårdministeriet.

og Näringsministeriet¹¹. Informanten hadde tidligere arbeidet innenfor inntektssikring dvs. Folkepensjonsanstalten *Kela*, og vedkommende var også representert i Delegasjonen, oppnevnt av Social- og Hälsovårdsministeriet, som hadde ansvaret for å følge opp Lov om klientsamarbeid i rehabiliteringen.

Videre har vi besøkt og snakket med et rehabiliteringssenter, Stiftelsen for rehabilitering, som i tillegg til å ha en poliklinikk og ulike rehabiliteringstilbud også hadde en egen forskningsavdeling. Vi intervjuet forskere og den som var tiltaksansvarlig. Vi har også intervjuet en overlege fra Finlands inntektssikringsaktør Folkepensjonsanstalten. Som deltakere på den internasjonale konferansen med tematikk i skjæringspunktet mellom aktiv arbeidsmarkedspolitikk og sosial inntektssikring, snakket vi med en representant fra brukerorganisasjon VATES, som arbeider for å fremme sysselsetting for personer med funksjonsnedsettelse. Vi snakket også med to forskere som var med å evaluere Loven om klientsamarbeid i rehabiliteringen¹², og vi snakket med forskerne som evaluerer finlands samlokalisering av kommunale og statlige virkemidler på arbeidsmarkedssiden; LAFOS, om er et annet av tiltakene vi presenterer i denne studien. Vi besøkte også et LAFOS-kontor, og snakket med fire av de ansatte ved kontoret. Det var lederen, en sykepleier, ansvarlig for sosialtjenester og ansvarlig for langtidsarbeidsløse.

Utvelgelsen av virkemidler

På bakgrunn av litteraturgjennomgangen og innspill fra oppdragsgiver valgte vi å fokusere på tre sentrale virkemidler finske myndigheter har tatt i bruk for å påvirke samarbeid og samhandling mellom aktører som tradisjonelt befinner seg innenfor ulike felt¹³.

Vi ser på en lov som påbyr samarbeid på statlig, regionalt og kommunalt nivå i rehabiliteringen. Videre belyser vi opprettelsen av nye, tverrfaglige sammensatte kommunale arbeidskontor som er opprettet for å imøtekomme behovene for personer med sammensatte problemer. Og til slutt ser vi på et nasjonalt utviklingsprogram for arbeidslivet som søker å se verdiskaping og ivaretagelse av ansatte som to sider av samme sak.

På bakgrunn av valg av virkemidler tok vi kontakt med relevante personer i Finland som kunne gi oss informasjon om tiltakene, og bidra med erfaringer i forhold til de utvalgte tilnærmingene.

Vi intervjuet og møtte de ulike tiltakene i Finland, februar 2008.

¹¹ Dette ministeriet ble opprettet 1.1.2008, og er en sammenslåing av Arbetsministeritiet og Näringsministeriet.

¹² Publikasjonen fra denne evalueringen foreligger bare på finsk.

¹³ Det var også andre koblinger mellom helse- og arbeidsaksen som var interessante, for eksempel bedriftshelsetjenestens rolle i rehabiliteringsforløp, et nasjonalt program som hadde til hensikt å gjøre arbeidslivet mer attraktivt for alle (VETO-programmet), private rehabiliteringssentres tiltak, virkemidler og tilnærming etc. Denne studien omhandler imidlertid *institusjonelle og organisatoriske modeller* for å koble helse- og arbeidsaksen, og derfor ble disse tre løsningene – som myndighetene i Finland selv omtaler som sentrale satsninger for å integrere sektorer, nivåer og tjenester - valgt.

Fokus i denne studien

Fokuset i studien har primært vært å beskrive hvorfor og hvordan finnene har søkt å bedre samordning innen rehabiliteringsfeltet. Vi har i mindre grad hatt anledning til å undersøke resultatene av reformene/tiltakene. Vi refererer imidlertid til forskningsbaserte evalueringer av tilnærmingene, og til refleksjoner over resultater og erfaringer som informantene har delt med oss. Det nasjonale arbeidslivsutviklingsprogrammet Tykes, som er det tredje tiltaket vi belyser i studien, har blitt underveis-evaluert¹⁴ og vi har også fått tilgang til to paper fra den pågående evalueringen av de tverrfaglige arbeidskontorene (LAFOS-kontorene¹⁵). Resultater fra disse evalueringene trekker vi inn i studien.

Lov om klientsamarbeid i rehabiliteringen er også evaluert, men dette er en publisering som kun foreligge på finsk. Vi har imidlertid fått et engelsk sammendrag av evalueringen, som spesielt fokuserer på brukernes erfaringer med loven, og som vi supplerer våre data med¹⁶. Vi har også fått tilgang til et upublisert paper, fra samme forsker som evaluerte loven, som berører problemstillinger som det har vært relevant å bringe inn¹⁷.

2.2 Rapportens videre oppbygging

I neste kapittel, kap 3, vil vi gi en kort beskrivelse av helse- og velferdssituasjonen i Finland. Dette skaper en ramme for å belyse de tre løsningene vi skal presentere, og gjør det lettere å forstå hvorfor akkurat disse tiltakene ble iverksatt, og hvordan de virker.

I kap.4 vil vi beskrive de tre tilnærmingene mht hvordan de er organisert i praksis, og belyse på hvilken måte de kobler helse- og arbeidsaksen. Vi vil også bringe inn aktørenes egne erfaringer med tiltakene.

I kap 5 vil vi drøfte styrker og svakheter ved de tre innretningene, og belyse dem i forhold til norske forhold.

¹⁴ Alasoini, Tuomo, Elise Ramstad og Nuppu Rouhiainen: The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities. Tykes, Reports 47, Helsinki, 2005.

¹⁵ Arnkil, Robert: "Reassessing the Nordic welfare state". Paper for Nordic Centre of Excellence, Research strand 7, "Activation and new governance structures". First workshop, Oslo, October 22-23.2007 og Arnkil, Robert, Timo Spangar, Vappu Karjalainen, Peppi Saikku and Sari Pitkänen. "The Finnish public employment service reform: From a two strand network model to an integrative working-life oriented network model. An introduction paper for the participants in the workshop Working Towards Integrated Approaches in Active Labour Market and Social Policies and Services, Helsinki, 13.-15.februar 2008.

¹⁶ Saikku, Peppi: *Co-operation on client services by a new law? Evaluation of co-operation within rehabilitation. Helsinki 2006 (Reports of the Ministry of Social- Affairs and Health, Finland)*. Engelsk sammendrag.

¹⁷ Saikku, Peppi: *Co-operation and the position of the client in locally organized rehabilitation*", Unpublished paper, STAKES, Helsinki, February 2007.

3 FINLANDS HOVEDUTFORDRINGER - OG POLITISKE SVAR

3.1 Innledning

Finland omtales og beskrives som et land som har lyktes i å posisjonere seg i det globale økonomiske markedet. Landet omtales ofte som ett av de mest – om ikke den mest - konkurransedyktige landet i verden¹⁸ – og da særlig innenfor informasjons- og kommunikasjonsteknologi¹⁹. Etter å ha ligget bak de andre nordiske landene når det gjelder økonomisk vekst²⁰, foretok Finland som følge av landets økonomiske krise på 90-tallet, en helomvending - fra skogdrift og gårdsdrift, til telekommunikasjon. Finland har satset på eksportrettet næringsvirksomhet og høyteknologisk produksjon og Nokia har for eksempel blitt landets største selskap og verdensledende når det gjelder mobiltelefoni²¹.

To tiltak som anses å ha hatt en sterk positiv innvirkning på landets økonomi var den massive opptrappingen av FOU-virksomheten i landet²² og nasjonale program for å stimulere utviklingen innen IKT-sektoren. Snuoperasjonen fra skogsdrift til telekommunikasjon beskrives ofte som et resultat av den økonomiske krisen, men oppgraderingen kan også ses som et resultat av en langsiktig utviklingsstrategi²³. FoU-investeringer i Finland i dag, regnes som blant de høyeste i verden²⁴.

Samtidig som fremtidsutsiktene fortsatt omtales som positive for Finlands økonomiske vekst, står landet overfor flere store utfordringer som høy strukturell langtidsarbeidsledighet, sterkt press på velferdsordningene og tendenser til økende sosiale forskjeller. Landet har et høyt antall arbeidsløse i forhold til Norge og andre nordiske land. Samtidig vil landet fortere enn andre vestlige land, og allerede i perioden 2010-2020, merke virkningene av en stadig økende aldrende del av befolkningen. Dette vil skape utfordringer på arbeidsmarkedet, da gruppen som trer inn i arbeidsmarkedet, ikke er stor nok til å erstatte de som forlater det. Den store gruppen eldre vil også skape utfordringer innenfor helse-/omsorgssektoren, hvor det vil være behov for flere ansatte.

¹⁸ Arnkil, Robert: *Public Employment Service Reform in Finland in a Nordic Perspective*. Paper for Nordic Centre of Excellence “Reassessing the Nordic welfare state” Research strand 7, “Activation and new governance structures”. First workshop, Oslo, October 22-23.2007

¹⁹ Alasoini, Tuomo, Elise Ramstad og Nuppu Rouhiainen: *The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities*. Tykes, Reports 47, Helsinki 2005, side 1.

²⁰ Niemelä, Heikki and Kari Salminen: *Social security in Finland* ISBN 951-669-706-2, Helsinki 2006, et skrift i forbindelse med markeringen av finsk presidentskap i EU.

²¹ The OECD thematic review on reforming sickness and disability policies to improve work incentives. Ministry of social affairs and health, 2007, under progress.

²² I 2001 sto FoU for 3.4 % av BNP, ifølge Eli Moen: *Helhetlig næringspolitikk. Forholdet mellom politikk og næringsutvikling i Finland, Nederland, Irland, Singapore og Chile*. Discussion Paper 3/2004, BI Handelshøyskolen.

²³ Eli Moen: *Helhetlig næringspolitikk. Forholdet mellom politikk og næringsutvikling i Finland, Nederland, Irland, Singapore og Chile*. Discussion Paper 3/2004, BI Handelshøyskolen.

²⁴ Arnkil, Robert: *Public Employment Service Reform in Finland in a Nordic Perspective*. Paper for Nordic Centre of Excellence “Reassessing the Nordic welfare state” Research strand 7, “Activation and new governance structures”. First workshop, Oslo, October 22-23.2007

Av de som står uten arbeid i Finland i dag, regner man med at ca 60 % har problemer med å få et arbeid på grunn av manglende kompetanse, høy alder, funksjonsnedsettelse eller forhold knyttet til det å ha en minoritetsbakgrunn. Av de som er langtidsledige, er 44 % over 55 år, og 21 % har funksjonsnedsettelse²⁵. Øst- og nordområdene i landet har høyest ledighet. Så mens vi i Norge i stor grad har uføretrygdet personer som ikke kan jobbe på grunn av helse, går denne målgruppen i Finland under betegnelsen langtidsledige med helseproblemer.

Utfordringer for arbeidsmarkedspolitikken

Den høye arbeidsledigheten som følge av den økonomiske krisen, avskallingen i arbeidslivet på grunn høy alder, samt utfordringer i helse-/velferdssektoren med å dekke kostnader på tjenester, gjør at fokuset i Finland - som i andre land – er konsentrert om å få flere i arbeid. På den ene siden er det behov for arbeidskraft, men det er en ”mismatch” mellom ferdigheter og kapasitet slik at personer som er tilgjengelige for arbeidsmarkedet ikke innehar den kompetansen som etterspørres²⁶. Og på grunn av geografisk beliggenhet og immigrasjonspolitikken kan Finland ikke regne med pågang fra utenlandske arbeidere – landet har det laveste antall immigranter blant befolkningen innenfor EU²⁷.

Finland hadde i 2006 en arbeidsløshet på 7.7 %²⁸ og på grunn av den høye ledigheten, hadde statsminister Matti Vanhanen og hans regjering som mål å øke sysselsettingen i landet med et minimum på 100 000 personer i arbeid i perioden 2003-2007. Dette ville utgjøre en sysselsettingsprosent på 70 %. Målet var at sysselsettingen skulle jevnt opp i hele landet, og utjevne de regionale forskjellene i arbeidsløshet²⁹. I 2006 var den gjennomsnittlige sysselsettingsraten i alderen 15-64 år på 68,9 % (ibid), og dette var en økning på 43 000 fra året før³⁰. Selv om sysselsettingsraten har gått fra 66.9 til 68.8 på seks år³¹, og landet kan sies å ha lyktes med å forlenge avgangsalderen fra arbeidslivet – fra 59 til 61 år, er fortsatt hovedmålet i arbeidsmarkedspolitikken å redusere den strukturelle arbeidsløsheten og forhindre utstøting og frafall i arbeidslivet (ibid).

Regjeringen Vanhanen ser særlig to forhold som bestemmende for finsk økonomi og sysselsettingsrate i tiden fremover. Det ene utfordringen er de store endringene på det internasjonale arbeidsmarkedet, og hvilken innflytelse et økende globalisert arbeidsmarked får for Finland. For å utvikle nye arbeidsplasser og hevde seg konkurransemessig kreves at

²⁵ The OECD thematic review on reforming sickness and disability policies to improve work incentives. Ministry of social affairs and health, 2007, under progress

²⁶ Arnkil, Robert: *Public Employment Service Reform in Finland in a Nordic Perspective*. Paper for Nordic Centre of Excellence “Reassessing the Nordic welfare state” Research strand 7, “Activation and new governance structures”. First workshop, Oslo, October 22-23.2007

²⁷ Ibid.

²⁸ Employment Report 2006, Ministry of Labour, Finland 2007, side 11.

²⁹ Employment Report 2006, Ministry of Labour, Finland 2007

³⁰ Det var størst økning i privat sektor. I offentlig sektor skyldes økningen flere ansatte i staten i forbindelse med Finlands presidentskap i EU.

³¹ The OECD thematic review on reforming sickness and disability policies to improve work incentives. Ministry of social affairs and health, in progress.

Finland økonomisk og arbeidsmarkedsmessig fortsetter å tilpasse seg det globale arbeidsmarkedet (ibid). Den andre utfordringen Finland står overfor er å håndtere den eldre andelen i populasjonen³². Den aldrende delen av befolkningen utgjør som nevnt en tosidig utfordring - på den ene siden må det utvikles gode tilbud til de eldre, samtidig eldes også arbeidsstokken som skal ta seg av de eldre, særlig innenfor offentlig sektor, og spesielt i grisgrendte kommuner. Dette gjør at Finland må iverksette tiltak som kan ivareta og forlenge denne gruppen som arbeidstakere på arbeidsmarkedet.

En viktig oppgave for regjeringen Vanhanen, ifølge regjeringsprogrammet, er å styrke offentlig sektor. Ved bruk av lønninger, faste ansettelser og bedre ansettelsesvilkår ønsker regjeringen å sikre at arbeidskraften forblir i sektoren, og at offentlig sektor blir mer attraktiv som arbeidsplass³³.

Rehabilitering – en investering i fremtiden

Fra regjeringens side anses rehabilitering som et viktig virkemiddel for å nå målet om en høy sysselsetningsgrad på minst 70 %. Og rehabilitering anses som et viktig virkemiddel for å redusere den strukturelle ledigheten - ved å øke personers arbeids- og funksjonsevne. Rehabilitering anses å ha en nøkkelrolle for å styrke spesielle gruppers muligheter i arbeidslivet, som funksjonshemmede, eldre og personer med minoritetsbakgrunn. Når arbeidslivet endrer seg, og tidligere inntektsgrunnlag faller bort og erstattes med ledighet, må man hjelpe personer til å tilpasse seg nye jobbsituasjoner³⁴. Gjennom rehabilitering kan man også forsøke å nå et annet sentralt mål for regjeringen - å utsette avgangen fra arbeidslivet med 2-3 år. Av disse grunner konstaterte riksdagen i sin behandling av statsrådets redegjørelse om rehabilitering i 1998, at rehabilitering er *en investering i fremtiden* – og ikke bare en utgiftspost³⁵.

Samtidig er det å sikre den finske befolkningen et likere helsetilbud en økende utfordring. Ulik kommunal økonomi, skjevheter i statlig fordelingsnøkkel, geografiske forskjeller når det gjelder arbeidsløshet og aldring ved at det er en større andel eldre innbyggere i grisgrendte kommuner enn i byene, og stadig tydeligere skiller mellom offentlige og private helsetilbud, skaper større og større forskjeller i befolkningen som bekymrer myndighetene.

³² Employment Report 2006, Ministry of Labour, Finland 2007, side 1.

³³ Regjeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regjering. 19.4.2007.

³⁴ Rehabilitation in Finland. RIFI 2002, side 4.

³⁵ Statsrådets redogörelse till riksdagen. Rehabiliteringsredogörelse 2002. Social- och hälsovårdsministeriet. Publikationer 2002:7.

Organisering av aktørene som iverksetter arbeidsmarkedspolitik

”En ökad sysselsättning och en ansvarsfull skötsel av den offentliga ekonomin skapar grunden för en bättre välfärd för våra medborgare. Arbete, företagande och driftighet skall alltid vara ekonomiskt lönsamt” *Regjeringen Vanhanen II*

Tidligere hadde Finland et *Arbetsministerie* som hadde ansvar for sysselsettingspolitikken. Fra 1.1.2008 ble Arbeitsministeriets oppgaver slått sammen med Handels- og industriministeriets oppgaver³⁶, samt Innenriksministeriets avdeling for region- og forvaltningsutvikling (med unntak av region- og lokalforvaltningsenheten). Det nye ministeriet fikk navnet *Arbets- og næringsministeriet*. Ministeriet skal ha ansvar for innovasjoner og satser utover tekniske innovasjoner, der Finland allerede regnes for å være i verdenstoppen, på innovasjoner innenfor servicesystem, arbeidsorganisasjoner og regioner.

Ifølge ministeriets strategi skal det også ha ansvar for å ivareta og utvikle kunnskapsbaserte arbeidsplasser og rask sysselsetting av arbeidstakere³⁷. På grunn av aldersstrukturen vil den finske arbeidsstokken minske, og blir det manglende tilvekst av arbeidskraft, kan det bli en faktor som begrenser utviklingen av nye foretak. Det gjelder derfor å effektivisere matchingen mellom tilbud og etterspørsel, i samarbeid med andre forvaltingsområder. Tjenestene for utvikling av foretaksvirksomhet skal dermed kobles tettere sammen med tjenester som remmer sysselsettingen av arbeidsløse og kompetanseutvikling. Arbeits- og næringsministeriet har derfor også ansvar for å planlegge, utvikle og gjennomføre arbeidsmarkedstjenester i sammenheng med næringsutvikling. Ved ministeriet forberedes lovgivning som har tilknytning til arbeidsmarkedsservicen, og et annet av ansvarsområdene er offentlige anskaffelser.

Arbets- og næringsministeriet styrer og støtter de 15 regionale *arbeidsmarkeds- og næringsssentralene*³⁸ som er statlige regionale tjeneste- og utviklingssentraler³⁹. Sentralene har ansvar både for regional næringsutvikling og for å organisere den arbeidsmarkedspolitiske innsatsen. Slik sett var det regionale nivået integrert når det gjelder å ha ansvaret for næringsutvikling og sysselsettingspolitikk – før sammenslåingen av ministeriet på sentralt nivå. Det regionale nivået beskrives imidlertid ikke som så sterkt i Finland som det lokale nivået. Det regionale nivået beskrives som å ha ”many overlapping and confusing structures and responsibilities. The key players are local and central government”⁴⁰.

³⁶ Med unntak av innvandrings- og integrasjonsspørsmål.

³⁷ Fra det nye ministeriets hjemmeside; www.tem.fi/index.phtml?l=sv&s=2626

³⁸ De heter TE-sentraler på svensk og ‘Employment and Economic Centre’ på engelsk.

³⁹ Regioninndelingen på helsefeltet, og regioninndelingen i arbeidsmarkedsetaten har ikke samme inndeling.

⁴⁰ Arnkil, Robert: *Public Employment Service Reform in Finland in a Nordic Perspective*. Paper for Nordic Centre of Excellence “Reassessing the Nordic welfare state” Research strand 7, “Activation and new governance structures”. First workshop, Oslo, October 22-23.2007

Statlige lokale arbeidskontor (Public employment services – PES)

Gjennom de regionale arbeidsmarkeds- og næringsssentralene, styrer Arbets- og næringsministeriet også de underliggende, statlige, lokale *arbeidskontorene*. Disse lokale arbeidskontorene (public employment offices) har vært gjennom flere reformer de senere år. En årsak som oppgis til reformen er at kontorene ikke lenger ble ansett for å ha en innretning som gjorde dem i stand til å løse utfordringene de sto overfor, bl.a. som følge av den landsomfattende strukturelle arbeidsløsheten⁴¹.

En arbeidskontor-modell som fra sentralt hold ble ansett å ha en bedre innretning for å løse ledighetsproblematikken, var et mer ”operativt arbeidskontor” bestående av tre enheter, hvorav et *Jobbsenter* var en del av *Arbeidskontoret*, og i tillegg måtte det opprettes *egne* serviceenheter for personer med sammensatte behov. Denne serviceenheten, LAFOS-kontoret, er et av tiltakene vi skal belyse i dette notatet.

Jobbsenteret er basert på et selvbetjeningsprinsipp for de som i stor grad er selvhjulpne, med pc’er hvor man har muligheter for å finne og søke jobber. Man kan også få hjelp til dette, hvis man trenger det, og elektronisk eksperimenteres det med møteplasser for arbeidstakere og arbeidsgivere. Den resterende delen av arbeidskontoret er rettet inn mot de som ikke er helt selvhjulpne for å komme i arbeid, og har en tre-delt oppgave: 1) det skal drive arbeidsformidling, 2) det skal bistå utsatte grupper som oppfyller vilkårene til å finne arbeid og 3) det skal forberede og kvalifisere potensielle arbeidstakere som oppfyller vilkårene, gjennom arbeidsmarkedstrening, yrkesrettet veiledning, utdannings- og yrkesinformasjonstjeneste og/eller yrkesrettet rehabilitering.

I tillegg i disse ”nye” arbeidskontorene som også innbefatter et jobbsenter, skal det altså opprettes egne serviceenheter, LAFOS kontor, som anses som en ny type tjeneste for personer som har behov for ulik type bistand for å komme i arbeid. LAFOS-kontorene beskrives som ”one-stop-shop” kontorer, basert på et multiprofesjonelt samarbeid mellom de vel halvparten ansatte fra de statlige lokale arbeidskontorene, og den andre halvparten fra den kommunale sosialtjenesten. Folkepensjonsanstalten (FPA) er også koblet inn, noen steder i samarbeid, andre steder integrert i tjenesten og også representanter fra helsetjenesten. Brukerne tilbys både hjelp i å kontrollere livet (sosialhjelp), hjelp til helseproblemer og hjelp til å søke jobb.

⁴¹ The OECD thematic review on reforming sickness and disability policies to improve work incentives. Ministry of social and health. Finland. In progress.

LAFOS-kontorene er ikke en førstelinjetjeneste, brukere henvises enten via arbeidskontorene, eller via sosialtjenesten, Arbeidskontor-modellen, med LAFOS-delen er vist i figuren under⁴².

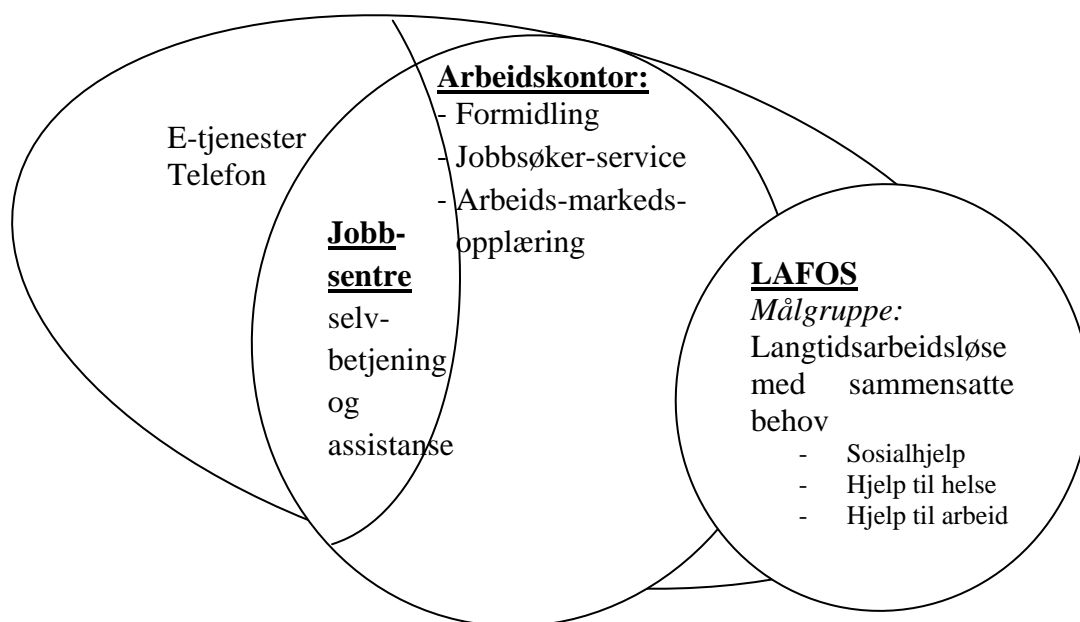


Fig.1 Strukturen til arbeidsmarkedstjenester (Public employment services)

Arbeidskontor-innretningen er fra sentralt hold tenkt å raskt, og med høy kvalitet, kunne møte alle typer krav – både fra brukere og arbeidslivet. De som på egen hånd kan finne og/eller søke arbeid sluses til Jobbsenteret. De som trenger mer bistand sluses til arbeidskontor-delen, der det arbeides frem en aktivitetsplan, og de som trenger ekstra bistand utover dette – også i forhold til bo og leve, søkes inn til LAFOS-kontorene.

3.2 Organisering av helse- og sosialpolitikken

Det er *Sosial- og Hälsovårdministeriet* som har det overordnede ansvaret for helsetjenestene, organisert under *helseavdelingen*. Helseavdelingen har ansvar for utvikling og styring av forebyggende helsetjenester, helsetjenester, bedriftshelsetjeneste og HMS⁴³, og forbereder lovgrunnlag som gjelder disse områdene⁴⁴.

Ministeriet har opprettet en rekke nemnder og delegasjoner, bl.a. *Delegationen for rehabiliteringsärenden*. Delegationen er et samarbeidsorgan for rehabiliterings spørsmål på

⁴² Figuren er en direkte kopi – oversatt til norsk – av modellen sentrale myndigheter har skissert i ”*The OECD Thematic review on reforming sickness and disability policies to improve work incentives*”. Ministry of Social affairs and health. Finland, In progress. Vi fikk den også presentert av andre informanter under intervjuene.

⁴³ Primærhelsetjenesten i Finland omfatter også bedriftshelsetjenester, jfr Willberg, Mirja, Hannu Valtonen: ”*Jämförelse av finansierings- och servicesystemen för hälso- och fjukvården i de nordiska länderna*. Social- och Hälsovårdministeriets rapporter 2007:37.

⁴⁴ Kilde; ministeriets hjemmeside, www.stm.fi/resource.phx/sve/organ/avdel/halso.htx

riksplan og skal styre, utvikle og koordinere samarbeidet mellom myndighetene. Som vi skal komme tilbake til i neste kapittel, har delegasjonen også hatt som oppgave å følge opp Lov om samarbeid i rehabiliteringen, som er et av virkemidlene vi belyser i studien.

Under Social- og Hälsovårdministeriets forvaltningsområder finnes et flertall av selvstendige embetsverk og innretninger. Noen produserer forskningsresultater, andre driver tilstands- og tilsynsmyndighet. En sentral aktør som organisatorisk hører inn under Social- og Hälsovårdministeriet, men som likevel er en selvstendig, autonom aktør, er den som har ansvar for sosialinntektsforsikringen for hele den finske befolkningen – Folkepensjonstalten (FPA) eller *Kela* som den heter på finsk.

Folkepensjonsanstalten (FPA)

Folkepensjonsanstalten er en selvstendig, offentlig sosialforsikringsvirksomhet som fungerer under tilsyn fra riksdagen, men med en egen forvaltning og økonomi. Tilsyn føres av fullmektige som velges av riksdagen. FPA ledes av et styre som består av 10 medlemmer (som velges av de fullmektige) og det finnes en direktør for hvert av FPAs ulike virksomhetsområder. FPA begynte sin virksomhet i 1937 som pensjonsanstalt, men har utvidet virksomheten, særlig i 80 – 90-årene, til etter hvert til å omfatte hele befolkningen.

Det finnes 330 betjeningssteder rundt i Finland; 260 av disse har fullstendig tjenestetilbud, og 70 delfilialer har åpent noen timer i uken. FPA har ansvar for å dekke en stor del av den nasjonale, sosiale tryggheten for innbyggerne i Finland, i ulike situasjoner og livsfaser: grunnleggende pensjonstrygghet, støtte til livsopphold, uføretrygd, sykepenger, arbeidsledighetstrygd, familiepensjon, barnetrygd og stønad knyttet til svangerskap/fødsel, studier, immigranter etc. Fra et rehabiliteringssynspunkt, er FPA sentral når det gjelder å dekke utgifter til medisinsk rehabilitering, og i forhold til yrkesrettet attføring. Hvilke ordninger FPA har ansvar for, er nedfelt i en egen lov som vi vil komme tilbake til i beskrivelsen av det finske rehabiliteringssystemet⁴⁵.

Om lag 59 % av Folkepensjonsanstaltens midler kommer fra statlige overføringer (skatteinntekter) og 35 % kommer fra forsikringspremier⁴⁶.

Lenstyrer på regionalt nivå

Mellom Social- og Helsovårdministeriet og kommunene finnes syv regionale *lensstyrer*. Lensstyrene skal i samråd med kommunene arbeide for å forbedre og utvikle sosial- og helsetjenestene i tråd med riksdekkende mål og forebyggende helse- og sosialpolitikk. Styrene skal også påse at de kommunale tjenestene holder det nivå som de foreskrives.

⁴⁵ So 4.22 Lag om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspennigförmåner 15.7.2005/566

⁴⁶ Annual report 2006, Kela.

Helsevesenet - kommunenes ansvar

Det finske helsesystemet ligner helsesystemene i de andre nordiske landene, både når det gjelder struktur, finansiering og målsettinger, og dekker hele populasjonen. Helsesystemet beskrives som det mest desentraliserte i verden⁴⁷. Selv den minste av de 444 kommunene er ansvarlig for å levere - og ta finansielt ansvar for - en rekke helsetjenester. Kommunene kan enten sørge for å bygge opp et tilstrekkelig tilbud selv, eller gå sammen med nabokommuner for å skape en tilfredsstillende bredde av tjenester.

De kommunale helsetjenestene tilbys i *helsesentre*, som eies av en eller flere kommuner. Slike helsesentre kan også tilby bedriftshelsetjenester. Kommunene kan også finne andre løsninger: ”A municipality can also buy health care services from other municipalities, non-governmental organizations or the private sector⁴⁸”. Noen kommuner besørger nesten alle tjenestene gjennom private aktører.

Kommunene har også ansvar for *spesialisthelsetjenester*, som er lokalisert i vel 20 sykehusdistrikt. Den spesialiserte helsetjenesten ble reformert i 1991, da 100 kommunalforbund ble gjort om til 20 sykehusdistrikt. Fire av dem er universitetssykehus. Sykehusene drives av flere kommuner, kalt sam-kommuner. Alle kommuner må tilhøre et sykehusdistrikt og ett sykehusdistrikt kan drive flere sykehus.

Sosialtjenesten er også kommunens ansvar.

Situasjonen på helseområdet

Forholdet mellom sentralt og lokalt nivå

En reform i 1993 utgjorde en endring i det finansielle systemet på helseområdet. Fra før bevilget staten øremerkede midler til kommunene, samtidig som de subsidierte reelle helseutgifter kommunene hadde. Etter reformen får kommunene en sum, beregnet ut fra en behovsbasert formel, som ikke er øremerket. Ifølge en forsker på helsereformer, Unto Häkkinen, var hensikten å redusere de sentrale myndighetenes kontroll, og øke kommunenes frihet som også bestiller/kjøper av tjenester, og ikke bare produsent. Slik kunne kommunene selv prioritere hva som skal legges i helsetjenester, omsorg og relaterte tiltak. Statens rolle gikk over til å bestå av ”mykere regulering” og ”informasjonsrådgivning”⁴⁹.

Hvor ”stramt” forholdet skal være mellom stat og kommune på helseområdet, er en problemstilling som tas opp i mange sentrale policy-dokumenter. I det offentlige helseprogrammet fra 2001, som skisserer planer mot år 2015, trekkes kommunene frem som en

⁴⁷ Unto Häkkinen. *The impact of Finnish Health Sector Reforms*, STAKES. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Discussion papers 2/2005.

⁴⁸ Ibid. side 7.

⁴⁹ Unto Häkkinen. *The impact of Finnish Health Sector Reforms*, STAKES. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Discussion papers 2/2005, side 10.

viktig leverandør av helse: ”because they are autonomous and have extensive powers, the municipalities have good potential for achieving the target of this programme⁵⁰”.

I programmet vektlegges at fokus er må ligge på ulike strategier for å fremme helse i alle livsfaser – og ikke så mye på å utvikle servicesystemet. Og i denne sammenhengen har kommunen en sentral oppgave: ”Governance in practice (...) strives to replace ’top downwards’ approaches with ’bottom upwards management, involving people much more in local decision-making⁵¹. Om statens rolle i 2001, heter det i helseplanen at:”the role of the government is to provide the perconditions and to support local action”⁵². Staten skal dermed ha en mer støttende rolle, og ikke kontrollerende, overfor kommunene.

I 2006 – etter 5 års erfaring med å overlate mer styring til kommunene, erkjenner Social- og Helsevårdministeriet i den videre oppfølgingen av helseplanen⁵³ at det ikke er så enkelt å finne riktig form på statlig inngripen overfor kommunene. Det vises flere steder i den nye strategiplanen til at kommunene må styrke sin kompetanse, både når det gjelder å kjøpe tjenester, og holde høy kvalitet og samarbeide med andre lokale ressurser.

Ministeriet erkjenner at det er en utfordring å finne riktige virkemidler:

”Det är inte så lätt att omsätta riktlinjerna i praktiken. Ju mer komplicerat ett problem är, desto svårare är det att tackla genom administrative åtgärder. I många fall är lagstiftning ett grovt redskap, rekommendationer för vaga och utbildningen långsam. Det ineffektiva genomförandet är beklagligt med tanke på dem som har det sämst ställt. Deras problem är mest komplexa⁵⁴.”

Som en erkjennelse av at koblingen mellom sentralt og kommunalt nivå er vanskelig, forsøker Sosial og helseministeriet i 2006 å nærme seg utfordringene gjennom *praktiske handlingsmodeller*, og sier de heller vil forsøke å svare på spørsmålene ”hvordan man er på vei”, ”hva man skal gjøre”, og ”hvordan”, ”i stället för att enbart svara på den vanliga strategifrågan vart är vi på väg⁵⁵”. Den nye strategien nærmer seg et handlingsprogram, og forholdet mellom det lokale og sentrale nivået balanseres mer nyansert:

”Det finns frågor som kräver centraliserade lösningar, men det finns också andra frågor som bara kan lösas genom en förbättring av påverkningskanalerna nedifrån och uppåt. Det här förutsätter större innsyn och mera kunskap⁵⁶.”

⁵⁰ *Government Resolution on the Health 2015 public health programme*, Publication of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:6, side 27

⁵¹ Ibid. Side 13.

⁵² Ibid. Side 27.

⁵³ *Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015 – mot ett socialt hållbart och ekonomiskt livskraftigt samhälle*. Social- och hälsovårdsministeriet. Helsingfors, mai 2006

⁵⁴ *Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015 – mot ett socialt hållbart och ekonomiskt livskraftigt samhälle*. Social- och Hälsovårdministeriet, 2006, side 3.

⁵⁵ (ibid).

⁵⁶ *Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015 – mot ett socialt hållbart och ekonomiskt livskraftigt samhälle*. Social- och hälsovårdsministeriet. Helsingfors, mai 2006, side 3.

Organiseringen av sosial- og helsetjenester er en sentral del av kommune- og servicestrukturen. For å få til en fungerende servicestruktur lokalt, bringes det i 2006 sterkere inn betydningen av et mellomnivå. Regionale strukturer vektlegges mer betydning i 2006, enn i 2001. For å få til samarbeid innenfor kommunesektoren, og mellom statens og kommunenes oppgaveområder, samles sosial og helseomsorgen i en regional samarbeidsstruktur, samtidig som man forsøker å sikre at primæromsorgen og spesialisthelsetjenesten bedre bidrar til en funksjonell enhet, blant annet ved at folkehelseloven og lov om spesialisert helsetjeneste slås sammen⁵⁷.

Vi merker oss også, at i strategiplanen fra 2006⁵⁸ erstattes vektleggingen av ”god helse” med det noe videre begrepet ”sosial trygghet”, som ifølge den nye strategiplanen er et begrep som innebærer både inntektssikring, sosial- og helsetjenester, forebygging, arbeidsvern og likestilling.

Helse- og sosialtjenester delfinansieres av staten, og fra Social- og Helsovårdministeriets side, heter det at:

“The central government contribution to municipal social welfare and health care expenditure is determined by the population, age structure and morbidity in the municipality plus a number of other computational factors⁵⁹ .

Det er et omdiskutert tema *hvordan* de statlige skattemidlene skal fordeles mellom kommunene - siden det er så store forskjeller i størrelse, populasjonssammensetning, helsetilstand og helsetilbud. Unto Häkkinen (2005) som har fulgt de finske reformene innen helsesektoren, er ikke sikker på om endringene i det finansielle systemet er innført for å styrke lokal autonomi, som oppgis som den formelle hensikten med reformen, eller om endringene skyldes begrensninger i den statlige økonomien, og at det er grunnen til at utgiftene ble skjøvet over til kommunene. Ifølge Häkkinen, har fordelingsnøkkelen mellom kommunene – dvs. hvordan statlig støtte skal fordeles rettferdig jfr. ulikhetene i helse og tilbud i befolkningen – fått mer politisk oppmerksomhet enn innholdet i helsetjenestene. Fortsatt står dette spørsmålet sentralt i videre strategiplaner. På Finansministeriets hjemmeside informeres det om at det kommer en ny statsandelsprosent som trer i kraft ved inngangen til 2008. Den skal definere kostnadsfordelingen mellom staten og kommunene på riksnivå, og i sosial- og helsepleie⁶⁰ .

⁵⁷ Ibid. Side 21.

⁵⁸ Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015 – mot ett socialt hållbart och ekonomiskt livskraftigt samhälle. Social- och hälsovårdsministeriet. Helsingfors, mai 2006

⁵⁹ Health Care in Finland. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2004:11, side 9.

⁶⁰ www.vm.fi/vm/sv/03_pressmeddelanden_och_tal/01_pressmeddelanden/20071218Aendrin/name.jsp

3.3 "Kuntoutus" - Det finske rehabiliteringssystemet

Kuntoutus - som betyr noe i retning av å komme i form/ holde seg sunn, er et mye brukt finsk ord for rehabilitering⁶¹. Det er et positivt ladet begrep og peker i retning av noe enkelt og overkommelig.

Rehabiliteringsfeltet i Finland er imidlertid langt fra enkelt. Her finner vi en rekke ulike innretninger som til sammen utgjør rehabiliteringstilbudet – utformet og levert av mange forskjellige offentlige og private aktører.

Rehabilitering i Finland beskrives som å ha utviklet seg på midten av 1900-tallet, først som et tilbud til barn med sansetap. Siden ekspanderte feltet etter andre verdenskrig og da særlig for personer med krigsskader. Rundt 1960, begynte rehabiliteringsfeltet å få den innretningen det har i dag⁶². Feltet har imidlertid stadig vært under utvikling – flere medisinske, sosialt innrettede og yrkesrettete tiltak har vokst frem på 70- og 80-tallet. Lovgivningen ble gjennomgått totalt i 1991, spesielt for å forbedre yrkesrettet atferd for unge, og middelaldrende – og for personer med ulike funksjonsnedsettelse. Etter hvert har fokuset i rehabiliteringen også gått over til å handle om hvordan man kan utsette avgangen fra arbeidslivet⁶³.

Rehabiliteringsformene man har i Finland er regulert ved lov, og kan besørges av mange ulike offentlige og private aktører. Rehabilitering utføres dermed av ulike instanser, og gjennom flere forskjellige system, og dette henger sammen med hvordan rehabiliteringstilbudene har utviklet seg historisk; i starten var det ulike private initiativ som senere helt eller delvis ble overtatt av det offentlige, og regulert via lovverk⁶⁴.

Det er dermed mange ulike aktører som styrer retningen på rehabiliteringen:

”Rehabilitation matters have been in the interest of many parties (...). They have all developed different approaches and systems for the organization and compensation of rehabilitation. Therefore rehabilitation is mentioned in many laws and regulations governing different sectors, and therefore do not necessarily correspond to each other very well⁶⁵”.

Aktørene kommer fra ulike felt og sektorer: ”The administration of the Finnish rehabilitation system is implemented by many cooperating authorities i.e state, local self-government units (municipalities) municipal associations and service production organizations⁶⁶”. Også Social-

⁶¹ Dette kom frem i intervjuer med flere informanter, begrepet gir en positiv assosiasjon, og har dermed ikke vært gjenstand for endringsforslag, da det virker som om alle liker begrepet.

⁶² *Rehabilitation in Finland*. RIFI 2002.

⁶³ Ibid. Side 4.

⁶⁴ Joensuu, Matti, Sirku Kivistö, Kari Lindström: *Stress impact*. ”Review and Inventory of National Systems and Policy: Finland, Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) 2003

⁶⁵ Joensuu, Matti, Sirku Kivistö, Kari Lindström: *Stress impact. Review and Inventory of National Systems and Policy: Finland. 2003*.

⁶⁶ Ibid. Side 3

och Hälsovårdministeriet beskriver rehabiliteringstilbudene som et komplekst system i Statsrådets redegjørelse til riksdagen i 2002:

”Runt rehabiliteringen har det oppkommit en mångsidig, mångfasetterad och invecklad helhet bestående av lagstiftning och sådana som ordnar, finansierar och producerar tjänester. Det blir allt svårare att få en uppfattning om rehabiliteringen som helhet både för dem som fatter beslut om rehabiliteringen och för själva rehabiliteringsklienterna⁶⁷”.

Ansvarsforholdene når det gjelder rehabilitering er nedfelt i lovgivningen fra 1991 (604-628/1991). I loven fastsettes hvilke lovpålagte rehabiliteringsoppgaver ulike myndigheter og organisasjoner har. Inngangskriteriet for rehabilitering er et symptom, en konstatert sykdom eller en funksjonsnedsettelse/konstatert handicap – eller en risiko for å få arbeidsevnen redusert. Forebyggende rehabilitering omfattes ikke av den lovregulerte rehabiliteringen⁶⁸.

abilitering finansieres dels gjennom *sosialtjenester*, der – rehabilitering av langtidsarbeidsløse er et satsningsområde, eller gjennom *helse- og sykehusjenester*, og gjennom folkepensjonssystemet *Kela*. Noe er også egenandelsbasert.

Lønnsbasert vs offentlig finansiert rehabilitering

Det er to viktige skiller man må merke seg for å forstå det finske rehabiliteringsfeltet. For det første - det er de kommunale helsesentrene som har hovedansvaret for den *medisinske rehabiliteringen*.

For de som er ferdige med medisinsk rehabilitering – eller for dem medisinsk rehabilitering ikke er aktuelt for, er det grovt sett tre ulike rehabiliteringsforløp:

1) Ett for *lønnsmottakere*. A) Arbeidsgiver og arbeidstakere betaler inn forsikring til private forsikringsaktører som har ansvaret for rehabiliteringen, eller B) man oppfyller vilkårene som dekkes av Folkepensjonsanstalten – dvs. ”FPA-rehabilitering” – forsøkt avgrenset gjennom lovgivning.

2) Ett for *ikke-lønnsmottakere*. A) Enten oppfyller man vilkårene til FPA og har krav på at de dekker rehabiliteringstjenestene og sikrer inntekt. Hvis ikke B) er det de lokale statlige arbeidskontorene som ansvaret for rehabilitering. Hvis man heller ikke oppfyller vilkårene til arbeidskontorene, blir man sosialtjenestens ansvar.

⁶⁷ Rehabiliteringsredogörelse 2002, Statsrådets redogörelse till riksdagen. Social- och hälsovårdsministeriet, Publikasjoner 2002:7, side 3.

⁶⁸ Statsrådets redogörelse till riksdagen. Rehabiliteringsredogörelse 2002. Social- och Hälsovårdsministeriet. Publikationer 2002:7.

3) Den tredje formen for rehabilitering inntreer ved *arbeidsulykke eller trafikkskade*, og det er en forsikringsagent som ordner rehabilitering ved en yrkesskade, og Forsikringsbransjens Rehabiliteringssentral som tar ansvar for rehabilitering ved ulykker eller trafikkskade⁶⁹.

Oppsummert blir dette fem ulike former for rehabilitering, med ulike ansvarlige aktører:

- Medisinsk rehabilitering (kommunal eller FPA)
- Rehabilitering dekket av private pensjonsforsikringsagenter
- FPA-rehabilitering
- Arbeidskontorenes rehabilitering, (også sosialtjenesten)
- Rehabilitering ved skade/ulykke

Behovet for rehabilitering kan meldes inn fra brukeren selv, legen eller en bedriftshelsetjeneste, eller det kan være et FPA-kontor som foreslår at muligheter for rehabilitering skal utredes.

Medisinsk rehabilitering

Medisinsk rehabilitering inngår i kommunenes helsetjenestetilbud, og utføres av de kommunale helsesentrene. Er det behov for ytterligere medisinsk rehabilitering, for f.eks sterkt handikappede personer - kan dette inngå i FPAs ansvar. Det innbefatter da rehabiliteringsrådgivning, undersøkelser som utreder rehabiliteringsbehovet og behandlinger og rehabiliteringsperioder som forbedrer arbeids og funksjonsevne. I tillegg inngår hjelpemiddelservice og fremtidsrettet rehabiliteringsveiledning.

Det legges vekt på samarbeid mellom aktører på lokalt plan: ”Ordnadet av rehabilitering förutsetter samarbete mellan hälso- och sjukvården och bl.a socialvården, arbetskraftsbyrån, skolorna, Folkpensionsanstalten och försäkringsbolagen⁷⁰ ”

Lønnsbasert rehabiliteringssystem – arbeidspensjonssystemet (earnings related pension)

For lønsmottakere er det *arbeidspensjonsforsikringen* - en forsikring som betales av arbeidsgiver og arbeidstaker - som utløser arbeidspensjonsrehabilitering. Autoriserte forsikringsagenter (hvor man tegner forsikringen) støtter arbeidstaker og arbeidsgiver i å fortsette i arbeidslivet, til tross for sykdom. Man kan få arbeidsutprøving, arbeidstrening eller

⁶⁹ *Rehabilitering er ett bra alternative*, Social- och hälsovårdministeriet i samarbeid med Pensionskyddscentralen och Folkepensionsanstalten

⁷⁰ <http://www.stm.fi/Resource.phx/sve/ansva/halso/rehab/index.htm?>

annen utdanning. Tidligere ble forsikringsagentene kun involvert i noen brukernes behandling, men i den senere tid har de også dekket utgifter til rehabilitering, da de har sett at de kan spare utgifter både for arbeidsgiver og seg selv ved å unngå å dekke ulike pensjoner for arbeidstakerne.

Denne formen for rehabiliteringen forutsetter ofte at arbeidstakeren har kompetanse gjennom arbeidserfaring eller utdanning. Arbeidstakeren må ha ca fem års arbeidserfaring og det må ikke være lengre enn to-tre år siden siste arbeidsforhold. Man må også vite at man ved å gå inn på et rehabiliteringsforløp også tar en risiko for å bli uføretrygdet på grunn av sykdom.

Det lønnsbaserte pensjonssystemet besto i begynnelsen av frivillige pensjonsfond, basert på tillit mellom partene. I 1961 ble det regulert ved lov, og *Pensionskyddscentralen* (PSC) ble etablert som et lovpålagt sentralorgan for å følge utviklingen og utøvelsen av pensjonen⁷¹.

En viktig reform på rehabiliteringsfeltet anses å være ordningen innenfor det lønnsbaserte pensjonssystemet som kom i 2004, der arbeidstakere fikk rett til yrkesrettet rehabilitering⁷². I første omgang skal arbeidsplassen og bedriftshelsetjenesten prøve å finne løsninger for helseskadde personer. Hvis dette ikke fører frem, kan man søke arbeidspensjonsrehabilitering. Selve rehabiliteringen kan ordnes av et arbeidskontor (da er det forsikringsagenten som betaler) eller av en annen serviceprodusent/rehabiliteringsinstitusjon.

Ikke-lønnsinntakere – folkepensjonssystemet (national pension)

For personer som ikke er - eller nylig har vært - i arbeid, og ikke har rettigheter til arbeidspensjonsforsikring eller har vært utsatt for ulykke, er det *Kela* som har ansvar for rehabiliteringen. Dette gjelder ofte unge, funksjonshemmede som ikke har arbeidsforhold eller arbeidserfaring, og personer som har vært en stund uten arbeid. *Kela* overtar også ansvaret for personer i arbeid, som har gått sykemeldt over 60 dager. Rehabiliteringen *Kela* har ansvar for ble regulert ved lov i 1991, den besørges av *Kela* selv, eller kjøpes av andre tiltak/tilbydere.

Både informantene vi har snakket med, forskning og andre sentrale dokumenter viser til at det finnes mange ulike veier inn i et rehabiliteringsløp i Finland, avhengig av om du er i arbeid eller ikke, og hvilken type rehabilitering du har behov for: En ung, funksjonshemmet vil komme i kontakt med et sykehus, *Kela*, eller et arbeidskontor eller et sosialkontor, mens en som har blitt syk på grunn av arbeidet, vil komme i kontakt med bedriftshelsetjenesten og forsikringsagenten. Rehabiliteringen gjennom bedriftshelsetjeneste og forsikringsagent beskrives av informantene som raskere (tidligere intervensjon) med høyere kvalitet, og med større muligheter (utdanning/omskolering til annet yrke) enn den rehabilitering som gis til personer som ikke har vært i arbeid på en stund.

⁷¹ Matti, Sirkku Kivistö, Kari Lindström: *Stress impact*. "Review and Inventory of National Systems and Policy: Finland, Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) 2003, side 3.

⁷² Niemelä, Heikki and Kari Salminen: *Social security in Finland* ISBN 951-669-706-2, Helsinki 2006, et skrift i forbindelse med markeringen av finsk presidentskap i EU.

FPA-rehabilitering (*Kela*)

Folkepensionsanstalten besørger som nevnt *medisinsk rehabilitering* for ”grovt handikappede” (som ikke er den kommunale helsetjenestens ansvar), og *yrkesrettet rehabilitering* - for dem som ikke har rett til rehabilitering gjennom forsikringsagentene.

Det er riksdagen som fastsetter FPAs rehabiliteringsvirksomhet gjennom lov⁷³ – men FPA på sin side innehar skjønnsvurderingene knyttet til innvilgningene.

FPA ordner og betaler for rehabilitering, og besørger inntekt under rehabiliteringstiden i henhold til loven om FPAs rehabiliteringsansvar. FPA har i henhold til loven, ikke ansvar for rehabilitering hvis brukeren har krav på tilbud fra offentlig arbeidskontor, forsikringsagent, eller kommer inn under lov om spesialundervisning.

FPA kjøper rehabiliteringstjenester av ulike private aktører, organisasjoner eller yrkesutøvere som tilbyr rehabiliteringstjenester, som regel gjennom anbudsvirksomhet⁷⁴.

FPAs yrkesrettede rehabilitering

I Finland skiller man mellom 1) en utredning av *rehabiliteringsbehov*, dvs. som om det er behov for rehabilitering, og 2) en utredning av rehabiliteringsmuligheter. Det vil si en mer detaljert anbefaling av type tiltak.

I tillegg til å ordne begge disse formene for utredninger, besørger også FPA arbeids- og utdanningstiltak og trening som har til hensikt å bevare/forbedre arbeidsevnen, og dermed gjøre det mulig for brukeren å gjenoppta sitt arbeid. FPA kan også kjøpe arbeidstrening ved et egnet senter eller betale grunnutdanning/omskolering og andre tiltak som er nødvendig med tanke på studier og arbeid.

Når det gjelder sykefravær kommer FPA inn når man har vært sykemeldt i over 60 dager. FPA dekker utgifter til både medisinsk og yrkesrettet rehabilitering, og kjøper også tjenester.

De som har en funksjonsnedsettelse og har rett til rehabilitering via FPA, defineres på følgende måte:

”One of the conditions for receiving rehabilitation is the presence of a disability caused by an illness or injury which significantly impairs the person’s capacity to work and to function and which would respond to rehabilitation⁷⁵.”

FPAs ansvar i rehabiliteringen er definert gjennom lover. FPA finansierer tiltakene og gir økonomisk inntektssikring, men kjøper tjenester av andre, både offentlige og private aktører. For en person som har rett til FPA-rehabilitering, kan FPA for eksempel kjøpe oppfølging på arbeidsplassen gjennom ”Supported employment” (tilsvarende Arbeid med bistand) gjennom et lokalt arbeidskontor. FPA kjøper også tjenester fra rehabiliteringssentre/-institusjoner.

⁷³ So 4.22 Lag om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspennigförmåner 15.7.2005/566

⁷⁴ Fra FPAs hjemmeside, www.kela.fi.

⁷⁵ Rehabilitation in Finland. RIFI 2002.

Gjennom intervjuene får vi høre at mange har sett på Folkepentionsanstalten som et Elfenbenstårn, men dette bildet har endret seg. FPA har med tiden blitt ansett som å være en mer åpen instans. Fra tidligere bare å ha dekket rehabilitering for personer med funksjonsnedsettelse som er i arbeid, har FPA de senere år tatt initiativet til at også personer med funksjonsnedsettelse som befinner seg utenfor arbeidslivet bør få et tilbud⁷⁶.

Hvis FPA rehabilitering ikke er aktuelt:

”Om klienten behöver rehabilitering som inte hör till FPAs lagbestämde uppgifter eller om det inte är ändamålsenligt att rehabiliteringen ordnas av FPA hänvisar FPA till rätt slag av rehabilitering eller annan service⁷⁷”

Vi tror det er riktig å si at mange vurderer det slik at Folkepensjonsanstalten gir tilbud til personer som har et ”godt utgangspunkt” for rehabilitering. Det er de ”sterkeste” rehabiliteringsklientene (som har eller nylig har hatt et arbeidsforhold) som sluses via forsikringsagenter, mens de svakeste brukergruppene i stor grad tilbys rehabilitering gjennom arbeids- eller sosialkontor.

FPA oppfattes fra de fleste informantene som en autonom aktør, og en informant mener at ”de har strikte regler for hvem de rehabiliterer”. Målgruppen er ifølge en informant, de som ikke er *for* friske og de som ikke er for syke.

Arbeidskontor/sosialkontor

Arbeidskontorene tilbyr mange ulike tiltak for å få personer inn i arbeidslivet; yrkesrettet veiledning, ulike former for arbeidstrening og jobbsøkingskurs, arbeidsmarkedstiltak, råd til entreprenører, oppstartssubsidiering etc. Ifølge en informant fra Arbets- og Näringsministeriet selger arbeidskontorene også tjenester til forsikringsagenter, og forsikrings-selskap⁷⁸. Målgruppen som vanligvis oppsøker arbeidskontorene, er personer som er langtidsledige som har problemer med å bli sysselsatt, enten pga manglende kompetanse, eller på grunn av alder, minoritetsbakgrunn eller funksjonsnedsettelse. Noen funksjonshemninger utløser rettigheter og tiltak og det kalles tiltak for ”grovt handikappede personer”. Dette er tiltak som ikke alle har tilgang til. Også sosialtjenesten tilbyr rehabilitering for sosialklienter – de tilbyr tilrettelegging av utstyr og tilpasning i hverdagen.

For å få bedre utnyttelse av arbeidskontorenes ressurser har 38 lokale kontor samlokalisert seg med de statlige regionale enhetene og gjort om til ”Labour Force Service Centres” - LAFOS-kontor. LAFOS-kontorene ett av de tre tiltakene vi skal se mer på i neste kapittel.

⁷⁶ Det er riksdagen som fastsetter hvilke rehabiliteringsformer *Kela* skal ha, men det er *Kela* som avgjør hvem som har rett til hvilke tiltak/tilbud, noe som selvsagt avgjør utfallet for mange brukere.

⁷⁷ Fra FPAs hjemmeside: www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/WebPrintView/618C5C071A785B9AC225

⁷⁸ Arbeidskontorene har lov til å selge tjenester til andre organisasjoner, men de kan ikke ta penger fra innbyggere.

Rehabilitering ved skade og ulykke

Rehabilitering etter skade eller ulykke har forsikringsagentene ansvaret for, eller Forsikringsbransjens Rehabiliteringssentral som ordner rehabilitering ved ulykker eller trafikkskade⁷⁹.

Medisinsk rehabilitering og rehabilitering ved ulykke eller skade, har forholdsvis klare regler og praksis. For personer som har vært utsatt for ulykke/trafikkskade finnes en egen ulykkesforsikring som også omhandler rett til rehabilitering.

Mer komplisert er forholdet mellom rehabilitering for lønsmottakere, ikke-lønsmotakere, og FPA-rehabilitering der mange rehabiliteringssenter og tiltak tilbyr alle disse tre formene for rehabilitering, samt rehabilitering ved skade/ulykke. Hvilke former for rehabilitering man har krav på, reguleres ved lov, men det rom for skjønnsutøvelse og tolkninger og det er mange aktører som skal foreta vurderinger: Både forsikringsagenter, Folkepensjonsanstalten, arbeidskontorene og agenter som forsikringsselskap kan kjøpe rehabiliteringstjenester av, samt ulike rehabiliteringssentre og tiltaksarrangører.

I praksis utgjør det en stor forskjell for hvilke tilbud man får, om man er i arbeid eller ikke. Arbeidsgivere betaler en forholdsvis stor andel av arbeidstakernes forsikringer, og også pensjonsagentene vil måtte dekke deler av uføretrygden hvis en person ikke kan arbeide. Det ligger dermed sterke insentiver i å få arbeidstakere tilbake i arbeid, og det satses på det man anser som de beste tiltakene/aktørene. Folkepensjonsanstalten fremstår dessuten som en mektig aktør med sterk innflytelse når det gjelder hvem som innfrir vilkårene til FPA-rehabilitering og ikke. Hvis man ikke oppfyller villkårene til Folkepensjonsanstalten, er det de lokale arbeidskraftsbyråene eller sosialkontorene som får ansvaret.

3.4 Oppsummering

Oppsummert har vi sett at Finland står overfor relativt store utfordringer på mange områder, og spesielt i forhold til å redusere langtidsledigheten og håndtere konsekvensene av generasjonsendingene. Dette er forhold som i nær fremtid vil påvirke mange bransjer, og geografiske områder, men akkurat hvordan situasjonen vil bli, er vanskelig å si. Det gjør at det er sammensatte problemstillinger sentrale myndigheter i Finland må finne løsninger på. At ledigheten har gått merkbart opp gjør at det er vanskelig for politikerne å planlegge og gjennomføre reformer.

Vi har også sett i dette kapitlet at helse-/sysselsettings- og rehabiliteringsfeltet i Finland er et uoversiktlig og sammensatt felt. Ifølge informantene har Finland et ”rekordstort” antall aktører, og det er en uklar ansvarsfordeling mellom dem. Da landet i 1991 gjennomgikk lovgivningen innenfor rehabilitering og forsøkte å regulere ansvaret mellom de ulike aktørene, ble resultatet at ansvarsområdene for hver enkelt aktør ble snevrere og mer detaljert

⁷⁹ Rehabilitering er ett bra alternative, Social- och hälsovårdministeriet i samarbaid med Pensionsskyddscentralen och Folkepensjonsanstalten

definert⁸⁰. Innenfor de ulike ”rehabiliteringssystemene” som befinner seg rundt arbeidsforsikringsagentene, Folkepensjonsanstalten og ulykkes-/skadeforsikringen, fører det i praksis til at man kommer i en situasjon der en bruker ikke har krav på den type rehabilitering som han eller hun burde fått. Man har for eksempel ikke vært i arbeid lenge nok, eller vært arbeidsløs for lenge til å få utdanning eller omskolering. Eller så kan det være at en person har rett til en type rehabilitering som ikke er hensiktsmessig, for eksempel at man har behov for mer utdanning, men har kun rett til arbeidstrening. Siden hver instans bare har ansvar for ”en bit” av det totale bildet – anses det som ekstra viktig fra sentralt hold, at aktørene må samarbeide. Fra informantene får vi høre at det også er vanskelige grenseoppganger mellom aktørene. At det er flere rehabiliteringsarenaer, fører til at det på riksplan blir flere ministerier som har et overordnet ansvar for rehabiliteringen.

Både når det gjelder de kommunale helsetjenestene og rehabiliteringsfeltet er det dokumentert av forskere og ministeriene selv, at systemene slik de er i dag reproducerer ulikheter og forskjeller som skaper stadig større avstand mellom de som er i arbeid og har muligheten til å forsikre seg og sine nærmeste, og de som ikke er i arbeid. Innenfor helsetjenesteproduksjon, er prosessene ofte kumulative – mindre kommuner har færre inntekter, vanskeligere for å produsere tjenester, de ligger lenger fra distriktssykehus, mange har store geografiske avstander og mange av de små kommunene har heller ikke den samme tilgangen på private tjenester som de større kommunene har⁸¹. Mindre kommuner i landlige strøk vil dessuten fortere merke aldriingsutfordringene i befolkningen fordi andelen eldre i forhold til yngre innbyggere er større i enn i bykommunene.

De ”parallele produksjonssystemene” som de blir kalt, dvs. de offentlige helse- og rehabiliteringstjenestene vs de private eide, har skapt et bilde hos informantene av at de private forsikringsagentene i større grad rehabiliterer de som mest sannsynlig oppnår gode resultater – og det vil si de som er i arbeidslivet. Forsikringsagentene tar for eksempel ikke sosialtilfeller eller personer som har med problemer med rus.

I den arbeidsplassrelaterte rehabiliteringen som de private forsikringsagentene tar hånd om, har også bedriftshelsetjenestene ofte en sentral rolle, både i å melde fra om tilfeller, og å samarbeide med forsikringsagentene om innholdet i rehabiliteringen.

Informantene beskriver denne rehabiliteringen for personer som er i arbeid som et fremgangsrikt felt. Selv om de lokale arbeidskontorene anslås av informanten fra Arbets- og næringsministeriet å ha ca 90 000 jobbsøkere, og Folkepensjonsanstalten finansierer de samme 90 000, har forsikringsagentene om lag 8 000 kunder. Det er imidlertid den sistnevnte akøtten som får mest oppmerksomhet, blant annet pga dokumenterte effekter. Fra informanten får vi oppgitt at ca 69.8 % av personene som har vært gjennom rehabiliteringsforløp via forsikringsagentene, kommer tilbake i arbeid etter endt rehabilitering eller omskolering.

⁸⁰ Niemelä, Heikki and Kari Salminen: *Social security in Finland* ISBN 951-669-706-2, Helsinki 2006, et skrift i forbindelse med .markeringen av finsk presidentskap I EU

⁸¹ Rundt distriktssykehusene var det private tilbudet best, da mange av legene ved sykehuset hadde arbeid ved siden av i private klinikker.

Alle større arbeidsgivere har forsikringer hos en agent, og arbeidstakere som blir syke, får ifølge flere informanter fort jobberelaterte rehabiliteringstilbud. Om en arbeidstaker blir lenge uten arbeid kan dette føre til ekstra omkostninger både for arbeidsgiver i form av sykemeldt invalideutgifter, og for forsikringsagenten i form av pensjonsutgifter, så det ligger klare insentiver i å føre arbeidstakere tilbake i arbeid. Det kan bli dyrt å førtidspensjonere arbeidstakere, og dette er informasjon og lovgivning som formidles til arbeidsgiverne; Rehabilitering lønner seg! Flere reformer og tiltak har gått i retning av mer ansvar til arbeidsgiverne, og skape insentiv for å iverksette rehabilitering og beholde arbeidstakere i arbeid.

Det mange av informantene mener er riktig kommer frem, er at noen av de jobb-relaterte rehabiliteringstiltakene tar opptil to år⁸² og brukerne skal igjennom ulike sekvenser i veksel mellom arbeid og hvile hjemme. Informantene sier at for mange arbeidsgivere kan slike tiltak oppleves som en for lite effektiv rehabiliteringsform.

Til tross for at forsikringsagentene anses som kun å dekke de som er, eller nylig har vært i arbeid og at dette er personer som anses som de ”friskeste” (creaming), tilbyr disse aktørene likevel en form for rehabilitering som mange av informanter mener Finland har lykkes med. Tidligere var bedriftene, bedriftshelsetjenesten og Folkepensjonsanstalten de sentrale aktørene i yrkesrettet rehabilitering for personer i arbeidslivet – men nå er bedriftshelsetjenestene i større grad koblet opp mot arbeidsplass og forsikringsagentene, og dette er en kobling som ifølge informantene fungerer raskere og bedre.

For tiltak og tilbydere som har langtidsledige og brukergrupper med mer diffuse og sammensatte behov, kan det føles urettferdig at forsikringsagentene oppnår gode rehabiliteringsresultater: ”Tar man ut de beste, får man gode resultater”, sier en informant. De tyngste å rehabiliterer er ifølge informanten langtidsarbeidsløse med helseproblemer: ”Det er de vanlige menn og kvinner på 55+ som har vært lenge arbeidsløse, har helseproblemer, psykiske problemer og i tillegg har ”supet i seg” (alkoholproblemer).

Rehabiliteringsfeltet i Finland er komplekst og sammensatt, og i tillegg til at landet vil møte utfordringer i fremtiden, ser det ut til at hjelpeapparatet, slik det fungerer i dag, i seg selv skaper utfordringer. Rehabiliteringsansvaret er delt mellom statlige aktører og en rekke andre aktører på regionalt nivå, og spesielt Folkepensjonsanstalten spiller en sentral rolle. Det er et komplisert og uoversiktlig felt – både finansielt, økonomisk, organisatorisk og institusjonelt – spredd over flere departementer, og med FPA som opererer under riksdagen, med stor autonomi. Det ser imidlertid ut til at sentrale myndigheter er klar over disse utfordringene og problemstillingene, og adresserer dem. Det foregår store endringer innenfor arbeidsmarkedspolitikken som har konsekvenser for helse- og arbeidsrelaterte problemstillinger, og det tas grep – og tre av disse grepene skal vi se på i neste kapittel.

⁸² For eksempel det som går under navnet ASLAK-rehabilitering, som er et to-årig tiltak bestående av ulike moduler i veksel mellom jobb og arbeid, praksis og teori.

4 INSTITUSJONELLE LØSNINGER MELLOM HELSE- OG ARBEIDSAKSEN

De tre organisatoriske/institusjonelle løsningene vi skal presentere i dette kapitlet er tre innretninger som alle *samtidig* forsøker å forene helse- og arbeidsperspektivet både på systemnivå, og rundt den enkelte på individnivå.

Loven om klientsamarbeid i rehabiliteringen representerer et pålegg til aktørene om å stille en representant til samarbeidsfora på tre nivå, samarbeide på tvers av ulike sektorer, og ta ansvar for ulike oppgaver på alle nivå i rehabiliteringen. Loven er ikke i seg selv et ”organisatorisk grep”, men den definerer hvordan kommunene, det regionale- og det sentrale nivået pålegges å organisere seg for å løse forhold som omhandler rehabilitering.

Samlokaliseringen LAFOS, skal reformere de kommunale arbeidskontorene for personer med helseproblemer og funksjonsnedsettelse, ved å samle statlige og kommunale virkemidler under samme tak og å trekke helsepersonell inn i den tradisjonelt yrkesinnrettede rehabiliteringen.

Arbeidsprogrammet Tykes er et FoU-program som har til hensikt å øke produktiviteten i arbeidslivet gjennom forskning og utvikling – samtidig som man tar vare på de ansatte og inkluderer personer utenfor arbeidslivet.

Vi skal beskrive hver av de tre virkemidlene og gjengi informantenes erfaringer og synspunkter, supplert med annen dokumentasjon om hvordan de har fungert i praksis.

4.1 Pålegging av samarbeid i rehabiliteringen – gjennom en lov

Loven om klientsamarbeid i rehabiliteringen kom 27. mars 1991 som et resultat av en omfattende gjennomgang av hele det finske rehabiliteringssystemet. Gjennomgangen endte med en påfølgende revidering av hele lovgivningen på feltet. Årsaken til denne totale kartleggingen av eksisterende lovgivning på rehabiliteringsområdet, var at ansvaret til hver enkelt aktør måtte bli tydeligere presisert. Også FPA, som hadde vært en aktiv aktør på rehabiliteringsfeltet siden 1960 og hatt ansvaret for en stor del av den sosiale tryggheten i Finland, ble underlagt lovgivning i 1991.

I tillegg til denne gjennomgangen av lovene som skulle tydeliggjøre ansvarsfordelingen i rehabiliteringen - ble det også i 1991 opprettet en Lov om klientsamarbeid i rehabiliteringen.

Loven slik den eksisterer i dag, er fra 1. oktober 2003, da loven fra 1991 ble revidert. Endringene i 2003 handlet om å styrke brukernes stilling og krav: den nye loven skulle etter revideringen sikre brukernes *faktiske muligheter* til å få informasjon om sin egen sak, de skulle få sitt rehabiliteringsbehov utredet, og de skulle selv få være til stede og delta i planleggingen av rehabiliteringsforløpet.

Ifølge en informant i Social- og Hälsovårdsministeriet, hadde loven i større grad tidligere ordlagt seg i retning av *klientens plikter*, mens den nye loven fokuserer mer på hva de har rett til og krav på. Endringen i loven skulle også føre til at det ble lettere for brukerne å få rehabiliteringstjenester.

Loven om klientsamarbeid i rehabiliteringen

Loven om klientsamarbeid skal altså fremme *rehabiliteringsklientenes stilling*⁸³ og deltakelse i egen sak⁸⁴ og den inneholder også *prinsipper* for de ulike forvaltningsområdenes samarbeid. Dessuten beskriver loven hvilke sammenslutninger av aktører som skal finnes på alle nivåer – det kommunale, regionale og det sentrale. Det forutsettes at loven for fremtiden moderniseres og endres med jevne mellomrom, slik at den til enhver tid er i overensstemmelse med annen lovgivning om brukernes stilling⁸⁵.

Loven legger opp til at sosial- og helsemyndighetene, arbeidsmarkedsmyndighetene, kunnskaps- og undervisningsmyndighetene og *Kela*, (Folkepensjonsanstalten) skal komme sammen i ulike utvalg på alle tre nivå. Disse aktørene skal også samarbeide med andre sammenslutninger som tilbyr rehabilitering.

En sentral hensikt med loven er det skal bli lettere for brukerne å få rehabiliteringstjenester – samtidig som de skal få møte foran en servicehelhet som ser deres forutsetninger, behov for tjenester og livssituasjon samtidig⁸⁶. Klientsamarbeidet⁸⁷ skal ifølge loven i første rekke skje som et ledd i de berørte myndighetenes normale virksomhet, og i et samarbeidsorgan. Hver aktør som deltar i klientsamarbeidet må ifølge loven selv dekke kostnadene for dette.

Loven pålegger aktørene å samarbeide, men legger ikke så klare føringer for hvordan dette skal foregå:

”The Act on Client Service Cooperation Within Rehabilitation obliges the different parties to interact and share responsibilities and information on rehabilitation matters. However specific instructions for the co-operation or responsibilities are not defined, other than the municipality must have a multidisciplinary work group that handles rehabilitation matters⁸⁸”.

I loven står det listet opp hvilke aktører som skal samarbeide på de ulike nivåene, og hvilke oppgaver og ansvar hvert nivå skal ha:

⁸³ ”Rehabiliteringsklient” i loven som ”en person som ansöker om, behöver eller anlitar rehabiliteringstjänester”

⁸⁴ [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/130803141330MP/\\$File/so4-26.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/130803141330MP/$File/so4-26.pdf?openElement)

⁸⁵ Statsrådets redogörelse till riksdagen. Rehabiliteringsgedogörelse 2002. Social- och Hälsovårdsministeriet. Publikationer 2002:7.

⁸⁶ Ibid. side 5.

⁸⁷ ”Klientsamarbeid” defineres i loven som ”verksamhet som innefattar avtalande om principerna och tillvägagångsätten för samarbetet mellan myndigheterna och dem som tillandahåller service samt framtagande av lösningar som motsvarar rehabiliteringsklienternas rehabiliteringsbehov”.

⁸⁸ Joensuu, Matti, Sirkku Kivistö, Kari Lindström: *Stress impact. Review and Inventory of National Systems and Policy: Finland.2003*, side 15

Samarbeidet på riksplan – Delegasjonen for rehabiliteringstiltak

Under Sosial- og helseministeriets helseavdeling ligger Delegasjonen for rehabiliteringstiltak⁸⁹. Delegasjonen er et samarbeidsorgan nedsatt av statsråden, for å håndtere rehabiliterings spørsmål på riksplanet. Sosial- og helseministeriet, Arbeids- og næringsministeriet, forskningsvirksomheten STAKES, undervisningsministeriet, Statskontoret, *Kela* (Folkepensjonsanstalten), Finlands kommuneforbund, brukerorganisasjoner, arbeidspensjonsforsikringen, ulykkes- og trafikksforsikringen og arbeidsmarkedes interesseorganisasjoner er representert i delegasjonen.

Delegasjonens oppgaver er å styre, utvikle og koordinere samarbeidet mellom myndigheter, samfunn og andre innretninger, og de skal styre de regionale rehabiliteringssamarbeidskommisjonenes virksomhet. Delegasjonen ble opprettet før loven om samarbeid i rehabiliteringen kom, men den fikk oppfølgingsansvaret.

Delegasjonen for rehabiliteringstiltak nedsettes for fire år av gangen, og nærmere bestemmelser om delegasjonens virksomhetsområder får delegasjonen fra statsråden⁹⁰.

Regionalt samarbeid – Rehabiliteringssamarbeidskommisjoner

På regionalt nivå skal lenstyret ifølge loven, tilsette en *rehabiliteringssamarbeidskommisjon* for fire år av gangen - for hvert spesialisthelsetjenstedistrikt. Én kommisjon kan også være felles for flere distrikt. I kommisjonen skal det sitte personer fra de sentrale sosial- og helsemyndighetene, rehabiliteringsklientenes interesseorganisasjoner og øvrige sammenlutninger og innretninger innenfor rehabilitering, undervisningsforvaltning, arbeidsforvaltning og Folkepensjonsanstalten. Gruppen kan trekke inn eksterne ressurser ved behov.

Kommisjonen på regionalt nivå har ansvar for å planlegge, fremme og følge samarbeidet i regionen i henhold til loven, og behandle prinsipielt viktige spørsmål som omhandler klientsamarbeidet. Den skal også fremme lokal rehabiliteringsvirksomhet, og sørge for veiledning og utdanning.

Forholdet mellom sentralt (delegasjonen) og regionalt nivå (kommisjonene), har stort sett gått på å gi informasjon, og holde jevn kontakt med regionene, som igjen holder oppsyn med kommunene.

Lokalt samarbeid

Loven om klientsamarbeid krever at hver kommune skal opprette en rehabiliteringssamarbeidsgruppe som er virksom for fire år av gangen. Innbyggerne og andre organisasjoner skal informeres om samarbeidsgruppens oppgaver. Flere kommuner kan ha en felles samarbeidsgruppe - som skal bestå av representanter fra sosial- og helse, undervisning og

⁸⁹ Delegasjon för rehabiliteringsärenden. For å se mer om delegasjonens oppgaver, se www.kunk.fi/svenska/html

⁹⁰ Statsrådets förordning om delegationen för rehabiliteringsärenden. 823/2003

arbeidsmarkedsmyndighetene, Folkepensjonsanstalten Kela, og andre relevante sammenslutninger lokalt.

Samarbeidsgruppen på lokalt nivå har hatt to typer oppgaver;

- det har vært møter der konkrete brukersaker har blitt tatt opp, med brukeren til stede
- det har vært møter av mer generell/prinsipiell karakter knyttet til hvordan rehabiliteringen foregår lokalt, og hvordan man kan få det til å fungere bedre.

Det er som oftest arbeidskontoret, eller brukeren selv, som skriver til samarbeidsgruppen og vil ha belyst sin sak. Ifølge generalsekretæren, skal utvalget ha gode grunner for å avvise brukerne. Hvordan man skal kontakte utvalget, ligger det informasjon på kommunenes hjemmeside. Utvalget oppretter en kontaktperson som skal se over saken på forhånd, og se hva man har av tiltak og finansieringsmuligheter. ”De gjør fotarbeidet” – sier generalsekretæren. Så blir saken tatt opp på et samarbeidsgruppemøte, der brukeren er med. Brukeren skal gi sitt samtykke i at saken blir tatt opp, og det er viktig, sier generalsekretæren, at de vet hva de gir sitt samtykke til.

Arbeidsgruppen kan være inndelt i seksjoner ved behandling i saker, og ved behov, skal gruppen trekke inn andre representanter på møtene (andre myndigheter, ulykkes-/trafikk- og arbeidspensjonsforsikringssystemet, helsesentre - eventuelt andre aktører). Samarbeidsgruppen skal utvikle samarbeidsformer, avtale prinsipper for samarbeid mellom myndighetene og tiltaksarrangører som tilbyr tjenester, og behandle andre saker som gjelder rehabilitering.

En bruker har rett til å få sin sak som angår klientsamarbeidet opp til en vurdering i gruppen. Samarbeidsgruppen skal sikre at brukeren har en kontaktperson sammen med seg, som skal se til at rehabiliteringen gjennomføres, og sikre samarbeid mellom myndighetene⁹¹. Brukeren skal gi sitt skriftlige samtykke. Brukeren kan også gi samtykke til at andre personer som står en nær, får legge frem sitt syn for gruppen. Ifølge loven skal gruppen i enkeltsaker vurdere alternativer for brukeren, planlegge tjenesten og utveksle informasjon som er relevant. Samarbeidsgruppen kan ikke uten brukerens skriftlige samtykke, bruke opplysninger til andre myndigheter eller sammenslutninger/innretninger.

Også en myndighet eller en annen aktør/tilbyder som omfattes av denne loven, har rett til å få et tiltak som gjelder en bruker - behandlet i samarbeidsgruppen.

Gjennom loven ønsker man å styrke stillingen til samarbeidsgruppen på lokalt nivå og kommunene skal forholde seg til at det finnes en fungerende rehabiliteringssamarbeidsgruppe.

Både samarbeidsgruppene og de regionale kommisjonene skal ifølge loven godkjenne en arbeidsordning som beskriver hvordan man skal kalle inn til møter, hvordan man skal arbeide i gruppen og ta beslutninger og andre forhold som er sentrale for at oppgavene skal kunne utføres.

⁹¹ Statsrådets redogörelse till riksdagen. Rehabiliteringsredogörelse 2002. Social- och Hälsovårdsministeriet. Publikationer 2002:7.

Erfaringer med loven om samarbeid i rehabiliteringen

Det var mange ulike tema og forhold som kom frem når vi spurte om informantens erfaringer med loven, og gruppene/kommisjonene. Noe gikk på hvordan samarbeidsgruppene har fungert, noe gikk på selve arbeidsmåtene gruppene hadde, noe omhandlet rammebetingelsene rundt og utfordringer som kan adresseres til det politiske nivået.

Samarbeidsgruppenes resultater

Avklaringer for langtidsarbeidsløse

Flere informanter mener at samarbeidsgruppene på lokalt nivå (i kommunene) spesielt har gjort en forskjell for målgruppene som har gått for å være vanskeligst å rehabilitere – langtidsledige med helseproblemer. ”Samarbeidsgruppene har vært der for dem” sier en informant. Samarbeidsgruppene er en fin arena for å få flere uføretrygdete i arbeid. Mange har behov for helsetjenester også om de får yrkesrettet attføring, arbeidstrening eller arbeid med bistand (Supported employment).

Blitt mer brukervennlige

På kommunalt nivå sier generalsekretæren at det skjedde en endring etter 2003 og at brukernes stilling ble styrket. En informant forteller at samarbeidsgruppene – etter å ha blitt brukt til å ta opp ”besværlige” saker – nå har blitt en arena der brukerne får ta sin sak opp i en tverrsektoriell sammenheng, og de kunne selv være til stede og delta i planleggingen av videre forløp. Etter 2003 kunne en sak ikke lenger tas opp uten brukernes samtykke.

I evalueringen av loven⁹² dokumenteres det at loven særlig har bidratt til en økning i brukerinvolvering – ca 80 % av brukerne har vært med i samarbeidsgruppen når deres sak har blitt tatt opp. I 1992, da loven var helt i oppstartfasen var 30 % av brukerne med på møtene der sin sak ble tatt opp⁹³. Selv om brukerne er mer delaktige, er det ifølge evalueringen fortsatt behov for å styrke involveringen, og flere brukerne etterlyser også at kontaktpersonene kan være mer involvert⁹⁴. Ifølge informanter brukerne veldig fornøyde med at en så stor gruppe har satt deres sak på dagsorden, og ser deres problemer. Noen brukere har imidlertid syntes at diskusjonen ”går over hodet på dem”, og forstår ikke gruppens språk.

Brukerne sier også at de gjennom deltakelsen har fått lettere tilgang til informasjon om rehabiliteringsmuligheter. Av negative erfaringer, nevnes noen gruppers manglende evne til å

⁹² Saikku, Peppi: *Co-operation on client services by a new law? Evaluation of co-operation within rehabilitation. Helsinki 2006 (Reports of the Ministry of Social- Affairs and Health, Finland)*. Engelsk sammendrag.

⁹³ Saikku, Peppi; *Co-operation and the position of the client in locally organised rehabilitation*. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Helsinki, Finland. Upublisert paper, februar 2007.

⁹⁴ Ibid.

kommunisere med brukerne. Mange brukere har trodd det skulle bli en mer åpen dialog og diskusjon enn det det ble.

På sentralt nivå er bruker- /og interesseorganisasjonene med i delegasjonen, men flere sentrale informanter fra ministeriene syns det er problematisk at de har en dobbeltrolle: på den ene side er de diskusjonspartnere og meningsbærere på vegne av brukergruppene – samtidig som mange av dem også er service-/tjenesteprodusenter.

Erfaringene varierer, og hvor godt de ulike samarbeidsgruppene på lokalt plan har fungert, varierer også ikke uventet fra kommune til kommune.

Ulike politiske målsettinger og reformer – ulike roller for gruppen

Et forhold som kommer frem i evalueringen forskningsvirksomheten STAKES har gjort, er hvordan Finlands nye kommunale reform, som omhandler ny servicestruktur i kommunene⁹⁵ og sammenslåing av flere kommuner, påvirker de kommunale arbeidskontorene som har en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet. I evalueringen oppfordres de lokale myndighetene til å se denne prosessen i sammenheng med loven om klientsamarbeid i rehabiliteringen. Omformingen av kommunene har fått konsekvenser for samarbeidsgruppene på utviklings-siden, både i forhold til å gjennomføre det praktiske brukersamarbeidet på møtene, og i forhold til å legge strategiske planer for det overordnede strategiske rehabiliteringsarbeidet.

Rådet til gruppene er å prioritere rollen, oppgavene, og arbeidsformen tydeligere: når de arbeider med brukersaker, må de legge en mer brukerrettet arbeidsform til grunn, og kommunisere med brukerne som er til stede. Dette kan gruppene få enda mer opplæring i og trene på. Når samarbeidsgruppen tar opp strategiske og overordnede spørsmål innen rehabilitering, bør de tenke en bredere ”networking” med andre lokale og regionale aktører, og produsere en mer felles strategi⁹⁶.

En informant trakk frem hvor viktig det er at disse gruppene lokalt fungerer, da et økende antall funksjonshemmede ikke er i arbeid i Finland. Og alle aktører *må* samarbeide dersom deres arbeidsevne skal økes. For å få til dette lokalt, må barrierer og hindringer løses sentralt og da det er viktig at samarbeidsgruppene har kobling opp mot delegasjonen sentralt.

Lite volum – men vanskelige saker

Samarbeidsgruppene har hatt møter omtrent hver måned, og de har i gjennomsnitt gått gjennom to brukersaker på hvert møte. Sakene har ifølge evalueringen av loven vært omfattende, da brukerne har hatt sammensatte problemer med helse, arbeidskapasitet, arbeidsløshet, samt sosiale og psykiske problemer. Det har tatt tid å belyse og behandle

⁹⁵ Dette er en lov som berører og endrer ansvarsforholdene til de ulike tjenestene i kommunene, og er derfor relevant – og vil få konsekvenser - for samarbeidet mellom dem. Denne loven mener dermed evaluator bør trekkes bedre inn i samarbeidsgruppene lokalt og kommisjonene regionalt.

⁹⁶ Saikku, Peppi; Co-operation and the position of the client in locally organised rehabilitation. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Helsinki, Finland. Upublisert paper, februar 2007.

sakene⁹⁷. Gruppens totale volum til sammen anslås av evaluator å være ca 3500 saker i året de siste 15 årene.

Holde fokus på brukernes mål – ikke på forholdet til hverandre

En informant sier at samarbeidsgruppene og delegasjonen har gjort han mer oppmerksom på at brukerne er hele mennesker, med mange ulike behov, og at de må få det tilbudet de trenger - uavhengig av hva slags samarbeidsklima det er mellom rehabiliteringsaktørene, og hvilke administrative systemer man har. ”Vi må fokusere på mål, og ikke på administrative bånd, sier informanten.

Samarbeidsgruppenes form

Opplæring i dialog

Generalsekretæren for delegasjonen for rehabiliteringstiltak forteller at forskningsinstituttet STAKES⁹⁸ i tillegg til å evaluere loven, også har hatt fire samlinger med representanter fra samarbeidsgruppene og de regionale kommisjonene, om hvordan man kan møte brukerne, og få til dialog med dem når de er til stede. De har også tatt opp problemstillinger rundt hvordan man kan få til dialog med de andre aktørene i gruppen, hvordan man kan arbeide i en slik gruppe med saker, og hvordan komme frem til løsninger på ulike spørsmål⁹⁹.

Institusjonelt nivå

Manglende fullmakter og uklare rettigheter

En utfordring for samarbeidsgruppene på flere nivå er at representantene som møter i samarbeidsgruppen ikke har myndighet innad i egen organisasjon til å gjøre noe som kan påvirke utfallet - for eksempel på grunn av manglende fullmakter. Dette har vært en utfordring - både i delegasjonen sentralt, og i kommunene. Ofte blir det tatt opp former for samarbeid på møtene, men det har likevel ikke ført til endringer i praksis, forteller informantene. En annen informant, fra et privat rehabiliteringssenter, sier at lovene som avgjør hvem som har rett til hvilke tjenester kan se ryddige ut i utgangspunktet – men det er ikke like klart når man kommer til praksis.

⁹⁷ Saikku, Peppi; Co-operation and the position of the client in locally organised rehabilitation. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Helsinki, Finland. Upublisert paper, februar 2007.

⁹⁸ The National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) er ett av de selvstendige innretningene som sorterer under Social- og Helse- og omsorgsdepartementet. Senteret leverer forskning og bistår i utvikling av helse og sosialfeltet. Stakes har også evaluert loven og bistått med utviklingsrettet virksomhet i 2006.

⁹⁹ I evalueringen av loven som Stakes har utført, kom det frem at mange av brukerne opplevde manglende interaksjonen med gruppene.

Ulovlige løsninger

En utfordring som har dukket opp i implementeringen av lov om klientsamarbeid, er at noen løsninger man hadde foretrukket for brukerne, ikke er lovlige juridisk. Det har for eksempel hendt at en myndighet har hatt behov for en tjeneste som tilbyderen ikke har lov å selge. I slike tilfeller er endring og bedre integrering ovenfra den eneste løsningen ifølge informantene, og dette er spørsmål som må tas opp i delegasjonen på riksnivå.

Hvem betaler for samarbeid og tiltak?

Et sentralt aspekt som er knyttet til tid og ressurser som legges ned i å samarbeide, er at det ofte fører til merarbeid. Og da er spørsmålet – hvem skal betale for denne tiden? En sentral informant forteller:

”Alle aktørene blir så striglet... så effektive og rettet mot å levere internt. Samarbeid tar tid – og resultatet trekker ofte i en annen retning enn det som passer sin organisasjon. På lokalt nivå ser vi at alle har sin organisasjon, og sine krav til effektivitet – FPA har strenge kriterier for hvor mange saker som skal behandles, og det har arbeidskraftsmyndighetene også¹⁰⁰”.

Rehabilitering er også et spørsmål om tiltak og finansiering. Det har vært flere uenigheter mellom FPA og lokale sosial- og arbeidskontor. Kommunen kan tilby tjenester, men hvis FPA ikke finansierer tjenestene, må det tas av kommunale midler og da hender det at rehabiliteringsplanene stopper opp.

Et problem, sier noen, er at samarbeidsutvalgene selv ikke har disponert midler eller tiltak – så resultatet avhenger av at noen eller flere av aktørene i gruppen tar ansvar. En informant fra et rehabiliteringssenter som satt i et utvalg, ønsket tilbakemelding på hvordan det gikk med brukerne. Han visste ikke hvor mange av personene de hadde hatt inne til behandling i utvalget som kom ut i arbeid.

Revirtenkning

En informant forteller om samarbeid på tvers som en tung prosess – og at samarbeidet har vært mest utfordrende på sentralt nivå, der tenkningen man alltid har hatt, sitter dypt: ”hver og en verner om penger og prestisje”. Vedkommende forteller at ”det er alltid et spørsmål om kostnader, og mange vil ikke betale for noe som ikke kommer dem selv til gode”.

Politisk nivå – systemet rundt aktørene

Samarbeid gir ikke politisk uttelling

Det går igjen i intervjuene med informantene at det tar tid å få til endringer i praksis. I noen tilfeller har interessegrupper gjennom årene fått et gode som man må gi fra seg ved en

¹⁰⁰ Sitatet er oversatt fra svensk.

eventuell endring – slik at en ved å foreslå endringer i tiltak og ordninger kan bli utsatt for stort press. Dette fører ifølge informanter til at det er liten politisk vilje til å foreta slike grep.

Et annet aspekt som også nevnes, er at politikerne – særlig i tiden før valg – er mer opptatt av å føre spesifikke målgrupper og interesseorganisasjoners sak, og gjøre seg til ombudsrepresentanter – heller enn å reise politisk oppmerksomhet om utfordringene for å få til et bedre samarbeid. Dette er et tema som fenger mindre politisk. Selv i de tilfellene der politikerne har bedt om få konkrete resultater om rehabiliteringstilstanden fra delegasjonen, ”kan de sitte å diskutere pasientsituasjonen for enkelt-grupper i 10 timer” sier en informant fra et ministerie, og legger til: ” Mange snakker for sin syke mor, men ser ikke helheten”.

Veien videre for Delegasjonen for rehabiliteringstiltak

Da generalsekretæren for delegasjonen for rehabiliteringstiltak på begynnelsen av 2008 gikk ut i permisjon, ble hun ikke erstattet. Dette har fått samtlige av informantene vi har snakket med, til å reagere. Både representanten fra Arbets- og Näringsministeriet, og leder for tiltakene ved rehabiliteringsstiftelsen hadde skrevet brev til Social- og Hälsovårdsministeriet og uttrykt sin bekymring og bedt om at stillingen ble besatt. Generalsekretæren gikk av på grunn av naturlig alderspensjon, og de fleste oppfatter det som et rent sparetiltak at ministeriet ikke ansetter en ny. Delegasjonen fortsetter som før, men mange mener det også har vært viktig med en generalsekretær som har satt rehabilitering ytterligere på dagsorden, og hatt en egen stilling og et selvstendig ansvar og driv for å holde prosesser i gang.

Informanten fra Arbets- og Näringsministeriet var selv representant i Delegasjon for rehabiliteringstiltak, og syntes det var meningsfylt å sitte der, og viktig at denne gruppen møttes. For han representerte delegasjonen en offisiell arena der sentrale saker ble diskutert, og at dette var første skritt inn i mer omfattende endringer. Man fikk dessuten et personlig forhold til andre sentrale personer på feltet. Han håpet det i nær fremtid kunne bli mer og bedre samarbeid mellom den lønnsbaserte og den offentlige rehabiliteringen. Hovedutfordringene videre for Delegasjonen – sett fra et styringssynspunkt - var etter hans oppfatning hvordan man bedre kunne få til å kombinere tjenester og produsere ”servicepakker” med ulike tilbud og tiltak samtidig.

Oppsummering

Oppsummert ser det ut til at loven om klientsamarbeidet i rehabiliteringen har vært viktig for et felt med et vanskelig utgangspunkt på området. Alle informantene vi har snakket med har vært svært positive til loven, og til et samarbeidsforum på alle nivå. Ingen av informantene eller resultater fra evalueringen har ønsket å avvikle loven – alle mener man beveger seg i en riktig innretning, men at det tar tid å innarbeide nye rutiner i praksis. Og man har ikke kommet så langt i samarbeidet som flere av informantene hadde ønsket. En informant etterlyster mer ansvar og synliggjøring av de regionale rehabiliteringskommisjonene.

Vi skal nå gå over til å se på et annet tverrprofesjonelt sammensatt tiltak – LAFOS kontorene.

4.2 LAFOS-kontorene – integrert tospann mellom stat og kommune

Hensikten med LAFOS

Det nasjonale regjeringsprogrammet ”National Government Employment Programme” (2003-2007) hadde som mål å redusere den strukturelle arbeidsledigheten i Finland. Det nevnes spesielt to prosjekt i regjeringsprogrammet som skal bidra til å nå dette målet. Det ene er ”The activation reform of the labour market support”, det andre er opprettingen av ”Labour Force Service Centres” – LAFOS¹⁰¹.

”Aktivitetsreformen” innebar bl.a at fra 2006 ble det finansielle ansvaret mellom stat og kommune endret i den hensikt å gi kommunene et større insentiv til å iverksette aktive tiltak for personer som har mottatt passiv stønad i mer enn 500 dager. For langtidsledige ble det innført en aktivitetsperiode med tiltak for å fremme at det ble tilrettelagt for arbeid av arbeidskontoret. På samme tid ble kriteriene for å delta i aktive tiltak endret. Det sto i *Employment report* fra 2006 følgende:

“the conditions for taking part in active measures for jobseekers were made more stringent, and the service system for the unemployed was developed in the form of Labour Force Services Centres jointly maintained by the State and the municipality. The changes made in the funding and conditions of labour market support and in the service system for the unemployed form a package of measures that addresses structural unemployment¹⁰²”.

Hensikten var at den aktive arbeidsmarkedspolitikken og den lokale sosialpolitikken skulle integreres bedre, og kommune og stat skulle dele ansvar 50-50 i finansieringen av arbeidsmarkedstiltak.

Opprettelsen av Labour Force Centres (LAFOS) var det andre hovedgrepet i sysselsettingsprogrammet. Inspirert av europeiske ”Public Employment Service (PES)”-reformer, utviklet de ”one-stop service units” med multiprofesjonelt samarbeid mellom regionale og lokale autoriteter. Brukerne skulle få et bredere tilbud: ”the customers are offered support in controlling their lives and searching for jobs as well as versatile rehabilitation and activation measures”¹⁰³.

Den nye organiseringen av de lokale arbeidskontorene karakteriseres som en nettverksmodell, og et forsøk på å lage en helhetlig tjeneste for personer med sammensatte behov: ”The core idea (...) is to link a holistic service provided by LAFOS for those with multiple problems to a network of services and intermedate labour markets¹⁰⁴ (Arnkil 2997:10)”. Ifølge evaluator har LAFOS-tjenesten en mer helhetlig tilnærming, i motsetning til arbeidskontorenes ”job-search” og ”job-broker”- fokus.

¹⁰¹ Employment Repport 2006, Ministry of Labour, Finland 2007, side 23.

¹⁰² Side 23.

¹⁰³ The OECD thematic review on reforming sickness and disability policies to improve work incentives. Ministry of social and health. Finland, side 11. In progress.

¹⁰⁴ Arnkil, Robert: *Public Employment Service Reform in Finland in a Nordic Perspective*. Paper for Nordic Centre of Excellence ”Reassessing the Nordic welfare state” Research strand 7, ”Activation and new governance structures”. First workshop, Oslo, October 22-23.2007, side 10.

Sentrene samlokaliserer tre aktører; 1) ansatte fra det lokale arbeidskontoret (statlig funksjon), 2) ansatte fra kommunal sosialtjeneste (med ansvar for arbeidsmarkedstiltak for arbeidsløse) og folkepensjonsanstalten FPA. Styrken ved modellen oppgis å være at man kombinerer helsehjelp med tilgang til både de statlige og kommunale rehabiliteringstiltakene.

Ved LAFOS kontorene opprettes ulike team, bestående av: ”experts in employment issues, social work, social protection, rehabilitation, health care and case management¹⁰⁵”. De ansatte ved kontoret foretar konsultasjonene i par – en ansatt fra arbeidskontoret, og en fra sosialkontoret.

Det er ansatte ved de lokale arbeids- og sosialkontorene som sluser brukere videre til LAFOS. Dette er dermed ikke et tiltak der brukerne selv kan ta kontakt.

Ifølge evalueringen av LAFOS er målet for kontorene å se brukernes situasjon mer helhetlig – og lage en aktivitetsplan, sammen med brukeren:

”The difference from the former situation is that before LAFOS, the state officials of PES and the municipal officials worked separately, and to a large extent ignorant of what the other was doing. The PES was concentrated on labour market matters, taking costumers as separate individuals and the social workers of the municipality were working with families and family matters. More often than not, the measures, ideas and time-tables did not match, and did not fit the broader and actual life-situation of the individual¹⁰⁶.

Hovedmålgruppe for tiltaket er langtidсарbeidsledige med helseproblemer og funksjonsnedsettelse.

Organisering

Det åpnet 15 serviceenheter fra 2002-2004, og fra 2004 har det vært 39 LAFOS-kontor i Finland. Disse dekker 161 av de ca 415 kommunene. Kontorene tok til sammen i mot 23 000 brukere i 2007¹⁰⁷. Seksten av kontorene oppgis å ha et spesielt fokus på arbeidssøking, og har jobbstasjoner med pc’er tilgjengelige for brukerne¹⁰⁸.

Kontorene bygger på en avtale mellom det daværende Arbetsministeriet, og Social- och Hälsovårdministeriet, FPA og de regionale arbeidsmarkeds- og næringsssentralene (TE-sentrene). Det er opprettet en tverrfaglig styringsgruppe på sentralt nivå¹⁰⁹. Det ble ikke gjort lovendringer i forbindelse med opprettingen av kontorene.

Erfaringer med LAFOS

¹⁰⁵ Ibid. Fra power-point presentasjon.

¹⁰⁶ Ibid. Side 11.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Kilde, informant i Arbets och Näringsministeriet.

¹⁰⁹ Opplysninger fra en presentasjon om LAFOS, av seniorforsker Vappu Karjalainen, STAKES, 16. Februar 2007

LAFOS-kontoret vi besøkte var organisert i fire team, et for immigranter, et for ungdom under 25 år, og to for langtidsarbeidsledige. Teamene ble omtalt som multiprofesjonsbaserte team, og involverte også en sykepleier. Sykepleierens ansvar var å evaluere brukernes funksjonalitet og arbeidskapasitet. Tidlig i utredningen av brukerne blir det foretatt en *helseundersøkelse* og denne undersøkelsen anses fra flere informanter som å utgjøre basen for den tverrfaglige evalueringen. Helseundersøkelsen besto i tillegg til å sjekke helsen av en bred kartlegging der kroniske lidelser, fysisk form, spisevaner, vekt, fritidsaktiviteter, forhold til alkohol og rus mm ble tatt opp.

På tidspunktet vi besøkte LAFOS-kontoret syntes *rolleutformingen* å ta mest fokus: Hva kontoret skulle være og hvordan de skulle få til et myndiggjørende sosialt arbeid, var det spørsmålet de stilte seg. For de fleste ansatte innebar kontoret en ny arbeidsform, det fantes få retningslinjer hvordan de skulle utforme tjenesten og det var lite ekstra ressurser til å utvikle tilbudet. Blanding av å være sosialarbeider, og konsulent/saksbehandler på et arbeidskontor, var ikke ferdig utarbeidet. De ansatte mente de hadde blitt mer opptatt av hverandres felt, men at det var administrative utfordringer mellom de forskjellige feltene, for eksempel mellom de lokale arbeidskontorene og sykepleierens måte å jobbe på.

Større likhet mellom aktørene i mål og midler

I lys av utfordringene som kom frem i forbindelse med loven om samarbeid i rehabiliteringen og det forholdet at aktørenes ulike målsettinger og krav til effektivitet gjør samarbeid vanskelig, trekkes LAFOS kontorene i intervjuene frem som et steg i riktig retning. Tiltaket omtales som vellykket fordi de i større grad får koblet lokale og sentrale målsettinger – de er fortsatt ulike myndigheter, men de er under samme tak. De ansatte på LAFOS-kontoret vi besøkte understreket at målene var de samme for brukerne, selv om man som profesjon ofte hadde fokus på ulike ting; for eksempel sosial bistand vs jobb. Forskerne som evaluerte LAFOS-kontorene, mente at de hadde et godt ”image” og hadde blitt godt mottatt lokalt.

Andre informanter, også de som satt sentralt plassert i ministeriene, var mer avventende til hvilke LAFOS-kontorene ville fungere. En forsker på inkluderende arbeidsliv som hadde fulgt noen LAFOS-kontor over lengre tid, var opptatt av særlig tre forhold:

For det første mente han at tilbudet i dag var utilgjengelig for mange brukere. Han kalte det ikke en andrelinje, men som en ”tiendelinje”, dvs. en eksklusiv innretning som bare omfattet noen av målgruppen for prosjektet som er langtidsarbeidsløse med helseproblemer.

Det andre forholdet informant trakk frem var at kontorene i større grad måtte forsterkes med kompetanse når det gjaldt ”broen” til arbeidslivet, dvs. kompetanse om å få personer i arbeid. Enkelte kontor i dag anvendte ifølge informant ikke relevant metodikk på dette området; LAFOS-kontorenes tilnærming bar preg av ”case-management-metodikk”, og de måtte gå mer i retning av for eksempel mer ”supported employment”-lignende tilnærminger. Ifølge forskeren hadde kontorene løst mange utfordringer når det gjaldt *prosessen* frem mot arbeid, men ikke når det gjaldt broen over til arbeidslivet. Og dette mente forskeren var

alvorlig når “the real acid test for the LAFOS (...) will be its ability to connect to the improved labour market and to provide a route to employment and active citizenship”.

Et tredje forhold var at LAFOS-kontorene i mange kommuner hadde tatt over brukerne og brukergrupper som de kommunale samarbeidsutvalgene hadde ansvar for – det vil si langtidsledige med helseproblemer. Samarbeidsutvalgene på kommunalt nivå hadde som nevnt ikke *selv* midler eller virkemidler til rådighet, og en informant fra LAFOS sa at selv om man i samarbeidsgruppen fikk diskutert en sak – var det ikke alltid lett å forplikte noen av aktørene. Informanten mente derfor at LAFOS kontorene var bedre egnet til å håndtere og gi tilbud til disse brukerne. I tillegg til å tilby tverrfaglig utredning, og besitter både statlige og kommunale tiltak, har kontoret også en sykepleier og dette var en viktig kompetanse inn i teamene som ble ansett for å bringe brukerne videre i rehabiliteringsforløpet. Informanten mente at ”LAFOS gjør noe konkret”. De samordner tiltak, og organiserer tjenester.

Gjennom en annen informant fikk vi høre om en kommunal samarbeidsgruppe som hadde flyttet møtene sine ut til et LAFOS-kontor ”da det var disse kontorene som hadde klientene nå”. Denne overføringen av brukere, fra samarbeidsgruppene til LAFOS-kontor, oppleves som positivt siden LAFOS-kontorene har et større virkemiddelapparat å spille på.

Oppsummering

LAFOS-kontorene forener aktører på lokalt nivå; arbeidskontor, sosialtjeneste og helsefaglig personell fra kommunal side. Kontoret inngår i den kommunale tiltaksporteføljen, men har linje til lenene og staten, i tillegg til kommunen.

Fordelen med kontorene er at de har skapt en ny arena der brukerne får tilgang til både statlige og kommunale virkemidler og der ulike sider a brukerens hverdag blir sett i sammenheng. LAFOS-kontorene, med sine tverrprofesjonelle team beskrives av informantene som et ”helhetlig tilbud” som ser sosiale aspekt, helsesituasjon, økonomi og arbeidspotensiale i sammenheng. For en stor del av arbeidsstokken med sammensatte problemer som står utenfor arbeidslivet er dette et viktig tilbud

Likevel var det noen informanter som var avventende til LAFOS-kontorene. Dette fordi de anså kontorene for et eksklusivt tiltak og fordi de ikke kunne se med dagens metodikk hvordan dette tilbudet skulle få brukerne ut i arbeid. Når det gjelder kritikken som går på at det er vanskelig for brukere å få tilgang til et LAFOS-kontor (”10-linje”), så handler det om at modellen egentlig skulle vært institusjonalisert i en mye *større målestokk* – og ikke at denne formen for organisering ikke er hensiktsmessig.

Skepsisen knyttet til hvorvidt LAFOS-kontorene får brukerne ut i arbeid, og i tilfelle hvilke metoder som anvendes er å anse som en indirekte kritikk mot de tidligere *arbeidskontorenes kompetanse* – da det er denne kompetansen som bringes inn i LAFOS-kontorene. Et sentralt spørsmål i denne sammenhengen, er dermed hvorvidt de statlige ansatte er kompetente nok til å få brukerne i arbeid - og dette er forhold som heller ikke kan knyttes til ”LAFOS-tankegangen”. Det handler også om hvem som rekrutteres til tiltaket og om hvordan

arbeidslivet mottar personer med helseutfordringer og funksjonsnedsettelse. Dette bringer oss over til det siste tiltaket som forener helse og arbeidslivsaspektet som vi skal belyse i denne studien, Tykes-programmet.

4.3 Gode arbeidsprosesser i arbeidslivet – verdiskaping og godt arbeidsmiljø hånd i hånd.

Arbeidslivsutviklingsprogrammet Tykes, 2004-2009, syntes vi var relevant i denne sammenhengen blant annet fordi det er et arbeidslivsprogram som forener utfordringene i privat og offentlig sektor:

“The challenge of qualitatively sustainable productivity growth in Finland does not apply solely to the private sector, but also to public service provision; the situation is particularly challenging in the public health care and social welfare services¹¹⁰”.

Programmet ser produksjonsvekst og ivaretagelse av god helse i sammenheng.

Bakgrunn - fra Tyke til Tykes

Arbeidslivsprogrammet Tykes inngår i politikkprogrammet for sysselsetting i regjeringen Vanhanens regjeringsprogram, og det videreføres nå av det nye Arbets- og Näringsministeriet¹¹¹. Finland har hatt flere lignende arbeidslivsutviklingsprogram tidligere, og Tykes er en paraplyorganisering av tidligere program¹¹², samt en direkte videreføring av arbeidslivsprogrammet kalt *Tyke* (1996-2003). Samtlige arbeidslivsprogram Finland har hatt, betraktes fra sentralt nivå som vellykkede¹¹³.

Tykes-programmet har en *ledergruppe* som har bestått av representanter fra flere ministerier og bransje- og arbeidsmarkedsorganisasjoner, og gruppen har fastsatt mål for hele programperioden. I tillegg kommer en *ekspertgruppe* som består av representanter fra Arbets- og näringsministeriet, arbeidsmarkeds- og bransjeorganisasjoner, og Social- og Hälsovårdministeriet. Prosjektsøknadene som kom inn til programmet ble behandlet i ekspertgruppen. Det er også opprettet et rådgivende vitenskaplig ekspertforum, som består av 30 FoU-enheter. Dette forumet skal følge gjennomføringen av programmet, og rådgi i forhold til utviklingsforslag og beslutninger. Ekspertforumet kan også fremme utviklingsforslag. Representantene i forumet omtales som et nasjonalt nettverk i forskningsbasert utviklings-

¹¹⁰ Alasoini, Tuomo, Elise Ramstad og Nuppu Rouhiainen: The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities. Tykes, Reports 47, Helsinki, 2005. Rapporten oppsummerer erfaringene i TYKES-programmet fra 1996-2003, og peker på utfordringene i denne perioden, 2004-2009, side 9

¹¹¹ Det lå opprinnelig i det tidligere Arbetsministeriet

¹¹² Tidligere har Finland hatt et nasjonalt produktivitetsprogram (1993), Et nasjonalt aldringsprogram (1998-2000) og forsknings- og utviklingsprogrammet Orka (2000).

¹¹³ Arbeidslivsprogrammet Tykes. Vi utvekkler arbeidslivet. Tilsammans. Arbetsministeriet

arbeid¹¹⁴. Tykes programmet er også et regionalt nettverk av kontaktpersoner, knyttet til de regionale arbeidsmarkeds- og næringsentralene, og et prosjektteam i det tidligere Arbeidsministeriet som tar seg av prosjektkoordineringen i Tykes-programmet¹¹⁵.

Tykes-programmet går fra 2004-2009, og det totale budsjettet er anslått å ligge på 87 millioner euro og ca 14,5 millioner euro i året. Det estimeres å muliggjøre ca 1000 utviklingsprosjekt, med til sammen ca 250 000 arbeidstakere involvert.

Før Tyke beskrives Finland som en nasjon som la vekt på å investere i personlig læring og kompetanseheving for enkeltindivider¹¹⁶. Landet hadde mindre fokus på det organisatoriske og institusjonelle nivået enn andre land (for eksempel Danmark og Sverige). En bevissthet rundt dette forholdet, sammen med en økende bekymring for endringene i demografisk struktur, frafall i arbeidstyrken, færre produksjonsinvesteringer og overføringer av produksjonsprosesser til land med lavere kostnader ("Kina-syndromet"), samt nye krav fra kunder – på toppen av de eksisterende, skapte diskusjoner i finsk innovasjonsdebatt. Det ble for alvor satt på dagsordenen behovet for å utvikle sosiale innovasjoner som støtter de tekniske innovasjonene, for å styrke Finlands konkurranseevne. Historien viste at Finland ikke hadde lykkes i nisjer som konkurrerer om å masseprodusere varer for lavest mulig kostnad – de virksomhetene som har lykkes på det globale arbeidsmarkedet er de som har klart å kombinere tempo med fleksibilitet. De har fått til avanserte koblinger for å møte kundens behov, og kan tilby integrerte sevicepakker. De som har fått det til, mestrer også kontinuerlig å utvikle produkter og tjenester – like bra som arbeidsprosessene.

Det er *arbeidsplassen* (virksomhetsnivå) som er valgt som innovativt utgangspunkt. Dette begrunnes med at tiltak som settes inn på systemnivå (utdanning, Helse, Miljø- og Sikkerhetstiltak, tiltak innen yrkesrettet rehabilitering, pensjonssikkerhet etc) er tiltak som det kanskje tar lang tid å utvikle og endre, men man kan til gjengjeld oppnå store resultater. Mens tiltak på individnivå oppnår raskere resultater, er effekten ofte kort. I Tykes programmet står derfor tiltak som fokuserer på arbeidsplassene, sentralt.

Tyke-prosjektet finansierte 670 prosjekter fra 1996-2003 som utspant seg på 1600 arbeidsplasser og involverte 135 000 arbeidstakere. En av erfaringene fra dette programmet var at man i tillegg må involvere lokale og regionale aktører *rundt* arbeidsplassen for å oppnå effekt:

¹¹⁴ Arbeidslivsprogrammet Tykes. Vi utveclar arbeidslivet. Tilsammens. Arbeidsministeriet.

¹¹⁵ Alasoini, Tuomo, Elise Ramstad og Nuppu Rouhiainen: The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities. Tykes, Reports 47, Helsinki 2005. Rapporten oppsummerer erfaringene i TYKES-programmet fra 1996-2003, og peker på utfordringene i denne perioden, 2004-2009.

¹¹⁶ Alasoini, Tuomo, Elise Ramstad og Nuppu Rouhiainen: The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities. Tykes, Reports 47, Helsinki, 2005.

“Although the project were quite successful on average and their results were considered positive (...) an individual company or workplace may be too small a unit for achieving broad and lasting effects in working life¹¹⁷”.

Da Tykes-programmet ble etablert som en videreføring det derfor lagt mer vekt på også å utvikle aktørene rundt arbeidsplassene. Fokus ble ikke lagt på enkeltarbeidsplasser, men på samarbeid, nye former for interaksjon og utvikling av felles mål og arbeidsprosesser mellom offentlige og private aktører - og med den tredje sektor. Det å finne gode løsninger på tvers av sektorer var sentrale problemstillinger. Det var også et mål å utvikle *læringsnettverk*, som vi kommer tilbake til.

Arbeidslivsprogrammet TYKES

Arbeidsprossessene i Tykes – 'triple helix'-modell

”Programmet grundar sig på synen att nära växelverkan och samarbete mellan arbetsplatsernas ledning och personal, arbetslivsforskare och konsulenter, offentliga myndigheter och arbetsmarknadsparter är det effektivaste sättet att skapa nye, innovative lösningar för arbetslivet i Finland¹¹⁸”

Dette samarbeidet mellom arbeidslivsforskere, offentlige myndigheter og arbeidsplassene kalles ”the triple helix modell”. Tanken bak er at produksjonsvekst anses som avgjørende for å skape økonomisk vekst og på den måten trygge velferdssamfunnet i Finland. Tykes-programmets bidrag er å legge til rette for *innovasjonsvirksomhet* som i tillegg til å bidra til produksjonsvekst, også sikrer flere arbeidstakere gode vilkår i arbeidslivet:

“Innovation-driven productivity growth is not in itself an optimal adaptation mechanism in a new situation; instead, the innovation-driven productivity growth should be sustainable in the sense that it provides simultaneous support for the other key factor in economic growth – workforce numbers - by encouraging people to stay on the work longer¹¹⁹”.

Utgangspunktet er ikke bare privat sektor da tilstanden beskrives å være spesielt utfordrende i offentlig sektor generelt, og innenfor helse- og sosialtjenester spesielt. For et lite land som Finland, anses det som nødvendig å “slå sammen” ulike kunnskaper og krefter innenfor forskjellige fagfelt, for på den måten å ha konkurransefortrinn på det globaliserte markedet.

Gjennom utviklingsprosjektet Tykes skal virksomhetene gis støtte til å utvikle en egen *utviklingsorganisering*, og ikke bare produksjonsorganisering. dvs. at de skal utvikle en evne til å utvikle seg langsiktig og kontinuerlig og selv overvinne de hindringer som oppstår som følge av at flere aktører samarbeider. Søknader om metodeutviklingsprosjekt er det FoU-

¹¹⁷ Alasoini, Tuomo, Elise Ramstad og Nuppu Rouhiainen: The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities. Tykes, Reports 47, Helsinki, 2005, side 20.

¹¹⁸ Arbeidslivsprogrammet Tykes. Vi utvekkler arbeidslivet. Tilsammans. Arbetsministeriet

¹¹⁹ Alasoini, Tuomo, Elise Ramstad og Nuppu Rouhiainen: The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities. Tykes, Reports 47, Helsinki 2005, side 4.

enheter (forsknings-/læresteder) som står for og de innebærer å generere nye arbeids-, organisasjons-, og ledelsesformer, og nye utviklingsmetoder, -modeller og -redskap.

I Tykes-programmet utvides 'triple helix'-modellen til også å innbefatte andre private og frivillige aktører i feltet, og kalles i evalueringen av Tykes, derfor en "utvidet triple helix-modell" ('expanded triple helix-model'; eller cooperation networks)¹²⁰.

I tillegg til å utvikle felles arbeidsprosesser rundt konkrete oppgaver, ønsker en i programmet å etablere *læringsnettverk* bestående av virksomheter, FoU-enheter og andre involverte interessenter for å produsere kunnskap på et mer generativt nivå. En problemstilling som for eksempel har vært tatt opp i et slikt nettverk, var læring som omhandler utvikling og utprøving av nye samarbeidsformer på ulike nivå¹²¹.

Tykes som den tredje satsningen

Det som gjør Tykes programmet interessant er at denne satsningen kobles fra arbeidsministeren i det nye ministeriets side også tett opp mot å få flere eldre og uføre inn i arbeidslivet. Sentrale informanter påpeker at dette lenge har vært arbeidsministerens visjon – å gjøre arbeidslivet mer tilgjengelig for alle.

I sin evaluering av PES-reformen (public employment service dvs. lokale arbeidskontor) vektlegger forsker Robert Arnkil Tykes-satsningen som en av tre viktige hovedsatsninger for å få flere langtidsledige med helseproblemer og funksjonsnedsettelse inn i arbeidslivet¹²²:

- Den første innretningen er LAFOS-kontorene, som skal hjelpe de tyngste brukere med sammensatte behov
- Den andre innretningen er de nylig reformerte lokale statlige arbeidskontorene, med egne jobbsentrene for de som i stor grad er selvhjulpne, og med øvrige virkemidler og tiltak for de som har behov for bistand
- Den tredje innretningen er arbeidsplassutviklingsprogrammer, og Tykes som kan bidra med organisatoriske og sosiale innovasjoner i organisasjoner, for blant annet å forhindre for store generasjonsendringer.

En forutsetning for at de nye arbeidskontorene og LAFOS kontorene kan fungere, er ifølge Arnkil at produktivitet og kvalitet i arbeidslivet kobles tettere sammen, og det er en kompleks og sammensatt utfordring.

¹²⁰ I Arbeidsministeriets presentasjon av Tykes heter det at: "finland har genom sina program tilldragit sig internationell uppmärksamhet och fått erkännande för sin aktiva roll när det gäller att utveckla arbetslivet" side 5.

¹²¹ Arbeidslivsprogrammet Tykes. Vi utvecklar arbetslivet. Tillsammans. Arbetsministeriet, side 11.

¹²² Arnkil, Robert: *Public Employment Service Reform in Finland in a Nordic Perspective*. Paper for Nordic Centre of Excellence "Reassessing the Nordic welfare state" Research strand 7, "Activation and new governance structures". First workshop, Oslo, October 22-23.2007

Erfaringer med Tykes-programmet

Utbredt program

Evalueringer viser at arbeidstakere som har vært involvert i Tykes-programmet, er positive til programmets virkninger på egen arbeidsplass. Spesielt gjelder det muligheter for egen kompetanseutvikling. Det er mange ledere som mener at de har blitt gjort oppmerksomme av forskerne på nye forhold som var relevante i deres jobb, og at de har utviklet sin kompetanse på nye områder.

Tykes programmet og dets innhold ser ut til å være godt kjent blant bedrifter og forskningsmiljø. Samtlige informanter og personer vi snakket med, hadde hørt om programmet. Finland er et lite land og alle visste om noen som var involvert i et Tykes-prosjekt.

Informanten fra Arbets- og Näringsministeriet, med spesielt ansvar for yrkesrettet attføring, kjente godt til Tykes-programmet og mente det var et viktig program da det er med å utvikle arbeidslivet som ”et hele”. Han var fornøyd med det sterke fokuset på arbeidsmiljø – og dette programmet mente han var en oppmuntring for personer som mottar uføretrygd, for å komme tilbake inn i arbeidslivet. Mange hadde sluttet å jobbe på grunn av utbrenthet og psykiske lidelser, og det kan være vanskelig å komme tilbake i jobb hvis man føler at det ikke har skjedd noe på arbeidsplassen som tilsier at forholdene har endret seg. Med utviklingsprosesser på arbeidsplassene som involverer og ivaretar mange ansatte, mente informanten fra Arbets- og Näringsministeriet at det faktisk kunne skje reelle endringer som førte til at flere turte å prøve seg i arbeidslivet igjen. Den samme informanten mente også at Tykes hadde et forebyggende budskap: man ønsker ikke at arbeidstakere skal slite seg ut i arbeidet.

Informanten mente likevel at budskapet i Tykes nok ikke hadde nådd ut til *alle* arbeidsplassene, og at det nok fortsatt var mange virksomheter som ”holder på som de alltid har gjort”, dvs. ikke ta spesielt hensyn til arbeidstakerne. Tykes-prosjektene har imidlertid involvert mange arbeidstakere gjennom årenes løp, og informanten mente at virksomheter som deltar i et Tykes prosjekt, i tillegg til å oppnå resultater også kan ha konkurransefortrinn når det gjelder å rekruttere arbeidstakere: ”Rykter om gode arbeidsplasser går her i Finland – det er ikke et større arbeidsmarked enn det” sier informanten. En arbeidsplass som var med i et utviklingsprosjekt, ville fremstå som mer attraktiv, enn en som ikke var det.

Arbeidsplassene som arena har blitt viktigere å se i sammenheng med personers helse, og Tykes programmet har vært med å koble problemstillinger knyttet til arbeidsforhold og helse. Rehabiliteringen har ifølge en informant de senere årene endret hovedarena – tidligere betalte FPA for institusjonsbasert rehabilitering, hvor man var opptil flere uker på rehabilitering. FPA finansierte tiltakene, men var ikke selv involvert utover dette. I den senere tid har rehabiliteringen flyttet mer ut på arbeidsplassene, og aktører - som FPA – har blitt mer involvert, også som finansierer av rehabilitering på arbeidsplassen. De siste 10 årene har gjennomsnittsalderen ved pensjoneringstidspunktet i Finland økt med 3 år, fra 59 til 61 år og en informant ga kreditt til de som gjør arbeidsplassene til et bedre sted å være.

Arbeidsrelatert helsefokus eller helserelatert arbeidsfokus

For en annen av informantene som har vært involvert i spørsmål som angår helse og arbeid over lengre tid, har det blitt tydeligere med årene at i mange saker der personer har kroniske lidelser, kan en bedriftssykepleier eller fysioterapeut bidra like bra med relevant kunnskap inn i rehabiliteringsprosessen, som for eksempel en lege. Kroniske sykdommer handler ifølge informanten, ikke så mye om medisin, men om folks liv og noe som er "occupational matters" - yrkesrelaterte problemstillinger¹²³. Han henviste samtidig til *utredningstankegangen* innenfor det medisinske fagmiljøet, og syntes det hadde fått for mye plass - "jo mer man leter, jo mer finner man". Hans syn var at hjelpeapparatet hang seg for lenge opp i det som ikke fungerer. Innenfor den lønnsrelaterte rehabiliteringen mente han man i større grad fokuserte på det som ikke hadde med medisin å gjøre, og at dette fungerte bedre, da det som angår sykdom eller skade er noe man må forholde seg til i et rehabiliteringsforløp uansett¹²⁴.

For mange av informantene anses en god arbeidsmarkedspolitik som den beste måten å nå det overordnede målet om god helse til alle. Dette henger sammen med at et godt arbeidsforhold anses som sunt for alle mennesker og det å ha et arbeid man trives med, spiller også inn på andre livsområder. Men en vel så viktig ting er at man som *arbeidstaker* har tilgang til bedriftshelsetjeneste og leger/helsepersonell, slik at man raskt vil få behandling og rehabilitering hvis behovet oppstår. Men her er Finland i ferd med å utvikle forskjeller, som en informant sa: "vil jeg til lege, kan jeg som er i jobb ta en telefon til bedriftshelsetjenesten og være der om et par timer. Er du ikke i arbeid, og skal til en kommunal lege, så kan det ta flere uker.

Rehabiliteringssenter som Tykes prosjekt

Rehabiliteringssenteret vi besøkte i forbindelse med undersøkelsen hadde nettopp startet opp sitt Tykes-prosjekt¹²⁵. Prosjektet handlet om å heve kompetansen til de ansatte, noe som også er en sentral målsetting i Tykes. Rehabiliteringssenteret ønsket å fokusere mer på de ansattes kompetanse fordi det ifølge en informant fra senteret var store endringer i sektoren og hard konkurranse mellom rehabiliteringssentrene om å få brukere. Informanten mente det etter hvert var blitt for mange serviceprodusenter, - og løsningen lå i å spesialisere seg. Politiske føringer de senere år, særlig i forhold til Lappland der det var stor ledighet på grunn av nedlagt industri – gikk i retning av at myndighetene ønsket at tilbyderne kunne dekke opp alle faser og sider av rehabilitering – noe som ifølge vår informant førte til at man hadde "gått i alle retninger".

Rehabiliteringssenteret samarbeidet i Tykes-prosjektet med konsulenter for å skape bedre arbeidsprosesser internt ved å reorganisere arbeidet og tilføre arbeidstakerne mer kompetanse.

¹²³ Dette presierte infomanten var hans personlige mening, og ikke ministeriets mening.

¹²⁴ Da må det sies at brukerne innenfor den lønnsrelaterte rehabiliteringen går for å ha mindre helseproblemer enn personer som er arbeidsløse pga helseproblemer.

¹²⁵ Alle dokumenter (som prosjektsøknad) og møtereferater rundt dette Tykes-prosjektet er bare tilgjengelig på finsk.

Dette får de prosjektmidler for å gjøre, og hovedhensikten er at bedre arbeidsprosesser skal skape bedre tjenester til brukerne.

Arbeid og helse

Tanken er at en populasjon med god helsetilstand, er viktige betingelser for økonomisk vekst og konkurranseevne i global sammenheng. Derfor poengteres det gjennom hele det finske helseprogrammet 2015 at helse er viktig:

”Health 2015 is a cooperation program that provides a broad framework for health promotion in various component areas of society. It reaches across different sectors of administration, since public health is largely determined by factors outside health care: lifestyles, living environment, quality of products, factors promotion and factors endangering community health¹²⁶”.

Dette helseforebyggende perspektivet går igjen i mange nasjonale satsninger, og denne brede satsningen på helse var landet tidlig med å utvikle: ”Finland became one of the first countries in the world to attempt to formulate a systematic broad-based national health policy¹²⁷”. I tråd med dette perspektivet har fokuset i policy-dokumentene de senere årene endret seg, fra å omhandle helsebehandling, til å fremme helse i hele livsløpet¹²⁸.

Hensikten med TYKES-prosjektet berører hovedpoenget i denne studien, som er å se helse og arbeid i sammenheng.

“The purpose of this work is to boost awareness of workplace development as a way of promoting both the productivity of work and the quality of working life. Workplace development has all too often been viewed from just one of these perspectives¹²⁹”.

Koblingen mellom helse- og arbeidsaksen i Tykes-programmet foregår som i Lov om klientsamarbeid i rehabiliteringen, på flere nivå. For det første er hovedhensikten med hele programmet et ønske om å utvikle produktiviteten i arbeidslivet sammen med kvaliteten i arbeidslivet. Slik disse målsettingene operasjonaliseres, må hver og en arbeidsplass se at for å få til produksjonsvekst, må man samtidig sikre at man utvikler arbeidsprosesser som kan ivareta arbeidstakere, samtidig som man også rekrutterer nye. På arbeidsplassnivå kan et helse-/arbeidsfokus også kobles sammen ved at man tenker på de ansattes totale livs- og arbeidssituasjon når man planlegger arbeidsprosesser.

Ett eksempel er to sykehjem som søkte om Tykes-midler til å gjøre noe med vaktlisteordningen de hadde ved de 17 avdelingene de hadde til sammen. Rigiditeten knyttet til den etablerte tredelte vaktordningen, førte til stress og lite kontroll over egen hverdag. Gjennom et Tykes-prosjekt ble det ansatt en prosjektleder som utviklet rammene for en mulig ny ordning, og man begynte å arbeide etter ”autonome vaktlister-prinsippet”. Arbeidstakerne

¹²⁶ Government Resolusjon on the Health 2015 public health programme. Publication of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:6.

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ Willberg, Mirja, Hannu Valtonen: ”Jämförelse av finansierings- och servicesystemen för hälso- och sjukvården i de nordiska länderna. Social- och Hälsovårdministeriets rapporter 2007:37.

¹²⁹ Alasoini, Tuomo, Elise Ramstad og Nuppu Rouhiainen: The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities. Tykes, Reports 47, Helsinki 2005, side 6

kom frem til en vaktlisteordning der de selv bemannet vaktene i samarbeid, og med større fleksibilitet og individuell tilpasning i tildeling av vakter. Hvorvidt det også ble tatt spesielle helsemessige hensyn i denne vaktlisteordningen sier evalueringen ingenting om. Det er imidlertid ikke umulig å tenke at det også hadde latt seg gjøre. Dette lokale Tykes-prosjektet så ut til å ha et forebyggende helseaspekt. Det ble rapportert fra de involverte ansatte om mindre stress, og mer trivsel. Ved å sette fokus på en side ved virksomheten, ble også forhold som handlet om hvordan man utførte arbeidsoppgavene berørt – vaktlisteordningene rettet oppmerksomheten mot rapporteringen mellom skiftene, som ble endret til å involvere færre personer.

4.4 Felles oppsummering

Loven om klientsamarbeid i rehabiliteringen, med tilhørende delegasjon, kommisjoner og samarbeidsgrupper, har sikret at representanter fra ulike sentrale aktører i rehabiliteringen *må* møtes jevnlig – på alle nivå. Man har i utvalgene kunnet ta opp prinsipielle spørsmål og frustrasjoner, og behandle og avklare ansvarsforhold i konkrete brukersaker. Det er imidlertid et begrenset antall brukere som i løpet av et år får sin sak opp til vurdering.

En stor utfordring for å få til et integrert samarbeid på tvers er at det i utvalgene møter representanter fra hver sine organisasjoner, som har sine målsettinger, arbeidsrutiner, tenke- og handlemåter og frihetsgrader til å ta beslutninger, og dette har vanskeliggjort endringer i praksis.

Loven har vært viktig for å skape adressater for rehabilitering på alle nivå – men den har enda ikke klart å endre hver aktørs vilje og evne til å tilpasse seg andre - slik at tilbudet overfor brukerne blir enda mer helhetlig i praksis. At helse- og arbeidsfeltet på denne måten blir koblet sammen, har prinsipielle diskusjoner og samarbeider om å finne løsninger for langtidsledige med helseproblemer er allikevel viktige skritt i retningen for å samordne tjenestene bedre.

For sentrale aktører er det særlig to endringer som må til for at samarbeidet skal fungere bedre. Det ene er en total omlegging av regler for rehabilitering og det finansielle systemet. Spørsmålet alle stiller seg er imidlertid hvordan man skal få forenklet et rehabiliteringssystem som er så etablert. Det andre ønsket fra informantene er sterkere sentral styring, og da særlig i forhold til aktører som ønsker å opprettholde sine posisjoner og stillinger (her refereres det ofte til FPA). Så lenge disse aktørene opprettholder sine posisjoner er det vanskelig å få til endring. Inntil det skjer anses det som viktig å få til tverrfaglige arenaer der rehabilitering blir diskutert, og særlig på lokalt nivå, rundt enkeltbrukerne, der samarbeidsgruppene har gjort en forskjell.

I Tykes programmets har prosjektledelsen sett at det å drive utviklingsprosesser i forhold til enkeltarbeidsplasser, uten å inkludere omkringliggende aktører som er tett involvert i de samme produksjonsprosessene, skaper for små endringer i praksis. Av den grunn satte Tykes-programmet på dagsorden en program-metodikk, som i større grad fokuserte på hvordan flere aktører samtidig kan arbeide frem felles fastsatte mål. Felles utvikling av mål, arbeidsprosesser, og samarbeid er et sentralt aspekt, og dette er en metode som også forholder seg til at man som organisasjoner er forskjellige. Og felles utvikling, der alle deltar i utviklingsprosessen, er en måte å få til synergieffekter på. Dette er imidlertid utviklingsprosesser som koster både tid og penger, og kanskje også frustrasjon og konflikter underveis. Å søke om midler er frivillig, så om man ser muligheter via programmet er opp til hver enkel virksomhet.

Et sentralt aspekt ved Tykes-metodikken er at hvis man først får til en tjenesteproduksjon rundt brukerne som er fleksibel, individuelt tilpasset og der man ikke bare lager *rutiner for samarbeid*, men lærer også mer metodisk hvordan man som nettverk skal håndtere utfordringer som oppstår, så kan et slikt felles tjenestesystem komme mange brukere til gode. Det gjenstår å se hvor langt rehabiliterings- og velferdsfeltet har fått til bedre samarbeid gjennom metodisk utvikling og lærende nettverk, innenfor den lovgivningen som foreligger – eller om det også må et endret lovgrunnlag til.

I LAFOS-kontorene er samarbeidet trukket sammen slik at stat og kommune er samlokalisert, og et grep her, siden mange av brukerne har helseproblemer, er at man har ansatt helsepersonell/sykepleier. Aktørene er lokalisert under samme tak, og selv om de ikke er fusjonert, samarbeider de konkret om enkeltbrukerne i hverdagen, og dette har blitt en integrert del av arbeidsmetodikken. Foreløpig omtales også LAFOS-kontorene som et tilbud kun for noen få utvalgte brukere – men blir det mange LAFOSkontor, kan antall brukere øke.

LAFOS-kontorenes ansettelse av personer fra helsetjenesten, som arbeider i det tverrprofesjonelle teamet sammen med ansatte fra tidligere arbeidskontor og sosialtjeneste, utgjør en konkret kobling direkte overfor brukerne, mellom helse- og arbeidsaksen, og her kommer også sosialtjenesten inn. De ansatte ved LAFOS-kontoret fortalte at helseundersøkelsen utgjorde et viktig grunnlag for det videre tverrfaglige arbeidet med brukerne. Kartleggingen som ble foretatt i helseundersøkelsen var bred, i tillegg til sykdom/skader og kroniske lidelser, ble fysisk form, vekt og spisevaner, fritid, forhold til rus m.m også kartlagt. LAFOS-kontoret vi besøkte hadde ingen lege, men hvis det var behov ble det kontaktet et legesenter, og brukerne fulgte vanlige henvisningsløp for spesialist-helsetjenester.

LAFOS kontorene ble omtalt som et tiltak med en helhetlig tilnærming, der de sosiale forholdene i større grad enn ved de lokale arbeidskontorene, avgjør tiltaksvurderingen. I denne første og forberedende fasen av rehabiliteringsforløpet ser det ut som om helse- og arbeidsperspektivet er integrert. Det som mange informanter imidlertid er usikre på, er

hvorvidt brukerne av LAFOS-sentrene får bistand som gjør at de faktisk kommer i en arbeidssituasjon. Er det slik at kontorene mangler den kunnskapen om arbeidslivet og om den metodikk og virkemidler som skal til for å komme i arbeid, og at det mer er et helse-/sosialperspektiv som dominerer LAFOS-kontorene? Dette er et spørsmål denne studien ikke kan svare på.

Veien videre

Det som også gjenstår å se, er hva som skjer med Delegasjonen nå som generalsekretæren har gått av. Flere informanter hadde skrevet brev til Social- og Hälsovårdministeriet og bedt om at denne funksjonen ble prioritert.

Avtroppende generalsekretær forteller selv at delegasjonen i 2008 har fått to sentrale oppgaver: Den skal se hvordan man kan forenkle rehabiliteringssystemet mht finansiering og arbeidsdeling, og den skal – som i Norge - se nærmere på omstendighetene for de private rehabiliteringsinstitusjonene som ikke går bra, men som de regionale politikerne sloss for. Ifølge en informant konkurransetsetter FPA rehabiliteringstjenester hvert tredje år, og da settes rehabiliteringsinstitusjonene ”hardt mot veggen”.

5 KAN VI LÆRE NOE AV FINLAND? - OPPSUMMERENDE DRØFTING

Som studien har belyst er det mange forhold ved det finske rehabiliterings- og velferdssystemet som vi kjenner igjen og har erfaringer med også i Norge: for eksempel at det er mange personer utenfor arbeidslivet som også har helseproblemer, at vi i nær fremtid vil oppleve et stort kull av eldre og at rehabiliteringsapparatet er fragmentert og oppsplittet på flere sektorer og nivåer. Spørsmålene vi skal belyse til slutt:

Har disse finske tilnærmingene elementer som vi kan lære noe av? Er det noe i disse satsningene fra Finland som vi kan prøve ut på våre norske forhold?

Vi vil avslutte med å drøfte hvert av de tre finske tiltakene vi har belyst i undersøkelsen, og se dem i forhold til våre norske forhold og strategier.

Lov om klientsamarbeid i rehabiliteringen.

Lov om klientsamarbeid i rehabiliteringen ble innført i Finland for å skape et mer forpliktende samarbeid rundt enkeltbrukeren. Den samme hensikten ligger bak rettigheten om en individuell plan i Norge. Vi kan se både fordeler og ulemper ved de to organisatoriske modellene:

En av de store styrkene ved individuell plan, er nettopp at den er individuell. Mens de finske samarbeidsutvalgene på kommunalt nivå er formalisert og består av faste representanter som sammen skal løse alle slags typer brukersaker, vil aktørene som inngår i prosessen rundt en individuell plan, være håndplukket for den enkelte bruker. Det er dermed større grunn til å anta at riktige representanter er koblet inn i prosessen, og at hver og en som møter har noe å bidra med. I Norge kan vi også trekke inn aktører fra ulike nivå, feks innen helsesektoren, men her må vi huske på at helsetjenesten i Finland er kommunens ansvar, og at helsesentrene er fast representert i de lokale utvalgene.

Det som kan være en svakhet ved en ad hoc-organisering rundt individuelle planer, er at det kan bety nye konstellasjoner av aktører som samles for hver plan som skal utformes, og at det dermed kan være nye veier som må gås opp hver gang. De finske samarbeidsutvalgene er nedsatt for fire år av gangen, og medlemmene opparbeider seg etter hvert en kompetanse og arbeidsfordeling ettersom de blir kjent, og gjennom å behandle mange typer saker. På den måten får utvalget kjennskap til hverandre og erfaring i å løse saker, som kan være hensiktsmessig. En annen fordel ved samarbeidsutvalgene i Finland, er at de i tillegg til å behandle enkeltstående brukersaker, også skal reise og drøfte generelle og prinsipielt vanskelige utfordringer i samarbeidet rundt rehabilitering på kommunalt nivå. Dette ifølge Loven om klientsamarbeid i rehabiliteringen. På den måten representerer også samarbeidsutvalget en fast, tverrsektoriell lokal arena, bestående av arbeidsmarkedsmyndig-

heter, representanter fra helse- og sosialsidene, utdanning og andre sentrale aktører som er involvert i rehabilitering. Man har dermed en møteplass hvor man kan ta opp prinsipielle og generelle utfordringer, og kan arbeide kontinuerlig med å utvikle samarbeidsformer og arbeidsfordelinger på et lokalt systemnivå, som vil komme enkeltbrukerne til gode.

En tredje fordel ved samarbeidsutvalgene i Finland er at også en *tjenesteinstans* - og ikke bare en bruker - kan ved behov melde en brukersak inn til utvalget (i samråd med brukeren). Så hvis noen av tjenesteleverandørene ser at det er behov for å løfte og drøfte en sak som de mener også innbefatter flere aktører, kan de i henhold til loven be om å få saken opp for utvalget.

Den største svakheten ved slike faste, formaliserte utvalg er likevel at man risikerer at det sitter representanter i gruppen som ikke har fullmakt til å slutte opp om en plan/tiltak. Det kan dermed sitte medlemmer i utvalget som enten ikke er involvert i den enkelte brukers sak, eller ikke er rette vedkommende for å utløse tiltak og virkemidler.

En svakhet som både gjelder retten til å få utarbeidet en individuell plan, og Loven om samarbeid i rehabiliteringen, er at ingen av disse vikemidlene forplikter de involverte aktørene til å *følge opp* planen videre. I Finland har man likevel én formalisert enhet (samarbeidsgruppen) som man eventuelt kan klage til, hvis tiltak ikke følges opp. Etter ett gjennomført møte rundt en individuell plan, representerer i større grad hver enkelt av aktørene *seg selv*. Selv om det er en aktør som får hovedansvaret for den videre oppfølgingen. Men følger ikke en av instansene opp, er det vanskeligere å adressere dette til noen av de andre involverte aktørene. Som Røhme m.fl (2006) påpeker, kan det være utfordringer knyttet til hvordan planen kan føre til endringer i arbeidsmåte og samarbeidsstrukturer, og ikke bare ender opp som et dokument til skrivebordsskuffen, og dette gjelder også for samarbeidsutvalgene i Finland. Forutsetningen for at arbeidet med individuell plan skal endre samarbeidsmønstre, er at det å utarbeide planen anses som en *prosess*, og at man gjennom arbeidet med planen tenker helhetlig. Det vil si at det er viktig at planen knyttes til brukernes ulike livsområder, og at det blir like viktig som selve plandokumentet.

Et sentralt aspekt ved Lov om klientsamarbeid i rehabiliteringen er oppkoblingen av samarbeidsgrupper på tvers av sektorer, både på sentralt, regionalt og lokalt nivå. Dette skaper faste arenaer, med jevnlig møter, på alle nivå, og dermed en adresse for de ulike utfordringene som oppstår innen rehabilitering. Er det forhold som ikke kan løses lokalt (for eksempel knyttet til innretningen på ordninger/tiltak) kan eventuelle flaskehalsen løftes til samarbeidskommisjonen på regionalt nivå, og videre opp til den sentrale samarbeidsdelegasjonen. På alle tre nivå eksisterer det dermed en formalisert sammensatt gruppe, med både arbeidsmyndigheter og helse- og utdanningsaktører representert, som har et lovpålagt ansvar for å holde oppsyn med hva som skjer, behandle prinsipielt viktige spørsmål og fremme lokal rehabiliteringsvirksomhet.

På departementalt nivå møter i tillegg til representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Arbeids- og Næringsdepartementet, Undervisningsdepartementet, Folkepensjonsanstalten og kommune-

forbundet, også er *forskere, brukerorganisasjoner* og *forsikringsparter*. Vi har i Norge også møteplasser og kanaler mellom departementene og ulike interessegrupper, men den finske delegasjonen på riksplanet har *sammen* ved loven fått et ansvar for å styre, utvikle og koordinere samarbeidet mellom myndighetene, samfunnet og andre parter, og jobber strategisk for fire år av gangen.

Spørsmålet er om en slik organisatorisk og formalisert løsning på alle tre nivå representerer en type overbyråkratisering, eller om slike tverrfaglige grupper kan anses som et billig alternativ for å løse utfordringer innenfor feltet. Kunne man også i Norge tenkt seg tilsvarende faste samarbeidsfora, med faste der representanter fra helse- og arbeidsaksen, sosialsiden og næringslivet møtes for kontinuerlig å drøfte utfordringer som oppstår? Vi har utvalg og organer i Norge som samarbeider på tvers. I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering heter det at "For å legge til rette for bedre samhandling mellom helse- og omsorgssektoren og andre samfunnssektorer vil det på organisasjonsplan bli etablert faste kontaktordninger. Disse vil bli etablert på tre nivåer, mellom departementene, mellom direktoratene og på berørte områder lokalt (s.21)". Spørsmålet er om alle områdene, både helse, sosial og omsorg, arbeids- og velferdsforvaltning og utdanning er representert, og hvilket mandat gruppene får.

Et sentralt tema i forbindelse med individuell plan, er hvilke organisatoriske forutsetninger som må være innfridd for å oppnå målsettingene. At iverksettingen ikke skjer innenfor en enkelt organisasjon, men forutsetter deltakelse fra en rekke organisasjoner og aktører, har hittil komplisert implementeringen (Røhme m.fl 2006). Individuell plan bygger på en ambisiøs målsetting der svært mange organisasjoner må involveres om man skal lykkes. Det kreves endringer i arbeidsmåte og samarbeidsstrukturer (Trefjord og Hatling 2004). Siden mange pasienter/brukere fortsatt ikke kjenner til muligheten til å få utarbeidet en individuell plan, har det vært reist spørsmål om det eksisterer organisatoriske hindre for å få til en vellykket implementering av samhandlingsverktøyet, og eventuelt hvordan de skal overvinnes.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten har ansett de organisatoriske utfordringene ved implementering av individuell plan som en viktig sak å belyse. Rådet har derfor over en lengre periode hatt spørsmålet oppe som en sentral problemstilling, og invitert foredragsholdere fra Helsedirektoratet, Bergen kommune og Helse Sør-Øst RHF til å belyse forhold og erfaringer knyttet til individuell plan. På bakgrunn av innlede og påfølgende diskusjoner valgte rådet å anbefale en videre lovfesting av individuell plan. Rådet påpekte imidlertid nødvendigheten av en tydeliggjøring av kommunen som forankringspunkt for planarbeidet, og at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering bør være den instansen hvor dette ansvaret plasseres. Opplæring når det gjelder utformingen og bruken av individuell plan bør dessuten i større grad inn i utdanningene¹³⁰.

¹³⁰ Fra Helsedirektoratets hjemmedisde: [www.helsedirektoratet .no](http://www.helsedirektoratet.no)

LAFOS-kontorene

LAFOS-kontorene ble ansett som et viktig lokalt tilbud for langtidsledige. Den helhetlige tilnæringsen anses som viktig for å møte og hjelpe brukerne et stykke på vei, men broen over til arbeidslivet mener mange har vært mindre synlig og tydelig.

I Norge har vi implementert en landsomfattende NAV-reform, der hver kommune i ulike puljer har slått sammen tidligere aetat lokal, trygdekantoret og sosialtjenesten. Ikke alle kommuner hadde et arbeidskontor, så løsningene er noe ulike med hensyn til å bemanne "aetat-siden" i NAV-kontorene. En viktig forskjell mellom NAV og LAFOS-kontorene er at i Norge er NAV en førstelinjetjeneste som tar imot både enkelttjenestebrukere og flertjenestebrukere. Finlands LAFOS-kontor er en andrelinjetjeneste som kun er tiltenkt flertjenestebrukerne. På den ene siden rydder dette i organiseringsformen, i forhold til NAV som skal ta imot alle typer brukere. På den annen side er det en bekymring knyttet til om tiltaket blir arbeidsfokuseret nok. Denne diskusjonen ligner de vi hadde i Norge i forkant av NAV-reformen. Rattsøe-utvalget, som fikk i oppgave å utrede ulike organisasjonsmodeller forut for NAV, landet på å anbefale to etater, en for pensjon og en for arbeid, for å reddyke pensjons- og arbeidsfokus innenfor hver av etatene. En innvending mot å skille pensjon/omsorg/trygd og arbeid var at man var redd for at arbeid ikke skulle stå som førstevalg for de tyngste brukerne som har størst behov for hjelp til å mestre hverdagen. En viktig forskjell på LAFOS kontorene i Finland, er at representanter fra de lokale arbeidskontorene inngår i samlokaliseringen. Dette skal sikre et arbeidsfokus, samtidig som kontoret er plassert utenfor førstelinjetjenesten og får dermed mulighet til å spesialisere sitt tilbud til flertjenestebrukerne, uten å måtte forholde seg til de store endringene som foregår i det lokale arbeidskontorene.

Når det gjelder den kommunale sosialtjenesten kan kommunene i Norge velge om de går inn med en minimumsløsning (økonomisk sosialhjelp) eller om de flytter hele kommunens sosialtjeneste inn i NAV. I Norge er det utviklet en egen lovgivning, med eget regelverk i tilknytning til reformen, og det har også blitt utarbeidet egne virkemidler (kvalifiseringsstønning og arbeidsavklaringspenger). Det er ikke tilfelle i Finland, noe som etterlyses.

NAV kontorene i Norge har som de finske kontorene brukt tid på å finne sin organisasjonsform, arbeidsfordeling og arbeidsform. Dette har ført til at den eksterne virksomheten, dvs. samarbeidet med utenforliggende aktører som arbeidsgivere, utdannings-etaten, helsesektoren i denne etableringsfasen har vært mindre aktiv.

Det er dermed ikke mulig nå å konkludere når det gjelder NAVs kobling til helseaksen. I LAFOS kontorene inngikk helsepersonell i oppfølgingsteamene, og foretok helsekartlegginger og veiledning sammen med andre profesjoner og yrkesgrupper. De ble dermed en del av organisasjonen, selv om de ulike instansene som var representert i kontorene bare var samlokalisert, og ikke fusjonert.

LAFOS representerte som nevnt en andrelinje, og vi har også i Norge aktører som for eksempel Arbeidsrådgivningskontor (ARK) og Senter for yrkesrettet attføring (SYA), som

utreder og følger opp brukere i forhold til arbeidsmuligheter, men disse tjenestene er klart mer arbeidsfokusert, enn opptatt av brukernes helse.

NAV kjøper ulike medisinske og tverrfaglige utredninger, for eksempel fra private rehabiliteringsinstitusjoner, med hensikt å kartlegge og vurdere brukeres helsetilstand. Utfordringen i Norge har imidlertid vært å se helseutfordringene og arbeidskapasiteten *samtidig*. Hvordan vil NAV i fremtiden være innrettet for å ivareta dette behovet?

For å få bistand til brukernes helsesituasjon har NAV-kontorene rådgivende leger, og vi har sett eksempler på NAV-kontor som har trukket legene inn i for å gi opplæring til oppfølgingsteamene ved kontoret, om helserelaterte utfordringer. Men hvordan brukes de rådgivende legene ellers mht å vurdere brukernes muligheter og helsemessige begrensinger opp mot hverandre? Vi vet at mange av NAV-kontorene ikke bare har utfordringer når det gjelder å koble inn kompetanse fra aktører eksternt. Også mellom saksbehandlere innenfor ulike fagfelt *innad på kontorene* har det vist seg å være til dels adskilte kommunikasjonslinjer. Dette gjelder for eksempel mellom saksbehandlere som har ansvaret for yrkesrettet attføring, og har brukere som er ”ferdig attført” og klare til å formidles ut i arbeid. Problemet er at disse brukerne ikke fanges opp av markedsteamene og enhetene som har ansvaret for at arbeidsledige kommer ut i arbeid, som på sin side etterspør tilgjengelige arbeidstakere.

Det er derfor grunn til å ha fokus på hvordan helseperspektivet ivaretas innenfor en arbeidsrettet etat som NAV: Burde man f.eks ansette helsepersonell innad i kontorene? Eller burde man på et tidlig tidspunkt i rehabiliteringsprosessen hatt et mer formalisert samarbeid med helse, som for eksempel trekantsamtaler med saksbehandler/kontaktperson på NAV, brukeren og en representant fra helsesektoren? For personer som er i arbeid skal Dialogmøte II dekke et slikt behov, der legen kan være til stede. Et slikt møte kan imidlertid komme for sent i prosessen. For de som ikke er i arbeid, finnes det ikke tilsvarende formelle fora som ivaretar både arbeids- og helseaspekt, før det eventuelt er aktuelt med en individuell plan.

Et sentralt spørsmål er om ansatte på NAV-kontorene *kan* hjelpe brukerne ut fra et helhetsperspektiv som saksbehandler, uten å ha spesiell kompetanse når det gjelder de medisinske forholdene som gjelder brukernes diagnose og psykologiske aspekt. Mye av tenkingen i NAV er at man *ikke* skal fokusere på begrensinger (som ofte henger sammen med sykdom/diagnose), men fokusere på mulighetene, og dette er et perspektiv som ikke går så langt inn i å forså aspekter ved diagnose og helsesituasjon.

Det som er viktig å utrede, er hvordan NAV, som i utgangspunktet har til hensikt å spisse alle tjenester og virkemidler i retning av arbeid, arbeidsliv og deltakelse, forholder seg til brukernes helsesituasjon og behov for helsetjenester, etter hvert som etaten får satt seg. Slik det ser ut nå, med det tidspresset vi vet det er på NAV-kontorene i etableringsfasen, har det ikke vært anledning til å spesialisere seg i forhold til helseproblemer, enkeltgrupper eller diagnoser og det er ikke klart i dag hvordan NAV kontorene skal relatere seg til brukernes helseutfordringer i fremtiden.

Tykes-programmet

Finske politikere mener selv de har vært tidlig ute med å trekke inn hensynet til borgernes helse i *alle* livets faser og områder, fra barnehage, skolegang, fritid og til arbeidslivet.

Tykes-programmet er et arbeidsutviklingsprogram som skal utvikle konkurransedyktige og bærekraftige arbeidsplasser – samtidig som man forbedrer kvaliteten på hele arbeidslivet for å ivareta arbeidstakernes helse. For å skape økonomisk vekst må Finland fortsette med å hevde seg internasjonalt, men siden landet i tillegg har stor arbeidsløshet, må man samtidig lykkes i å få alle med, dvs. at flere må integreres i arbeidslivet. Dette forutsetter et gjensidig perspektiv; næringsutviklingssiden må forholde seg til at det ligger et sysselsettingspotensiale i den delen av befolkningen som er uten arbeid. Og for aktører som leverer tjenester innenfor yrkesrettet attføring, er det avgjørende at det skapes arbeidsplasser og prosjekter som også inkluderer langtidsledige med helseutfordringer og funksjonsnedsettelse, som har vært lenge utenfor arbeidslivet.

Finlands situasjon knyttet til sysselsetting og inkludering av brukergrupper som er utenfor arbeidslivet, er at landet har sin hovedutfordring på arbeidsmarkedet knyttet til *langtidsarbeidsløse*, men mange av disse har imidlertid omfattende helseproblemer. I Norge ligger utfordringene i det høye antall sykemeldte og uføretrygdede. I Norge har vi dermed en oppgave knyttet til å re-innføre sykemeldte, personer på rehabilitering/arbeidsavklaringspenger og uføretrygdede i arbeid, mens Finlands utfordring har lenge har vært rettet mot å sysselsette langtidsledige. Hvilke forskjeller dette har å si for metodikk og tiltak man ønsker å anvende for å få flere i arbeid er vanskelig å si, annet enn at mange trygdede i Norge kanskje har oppfattet uføretrygd som et stoppsted, og er kanskje mer engstelige i å gjenoppta et arbeid. For langtidsledige i Finland, har det hele tiden ligget et mål/krav om å komme i arbeid.

Tyke og Tykes er inspirert av de samme grunnideene og har mange metodiske likhetstrekk med vårt eget VRI-program (Virkemidler for regional FoU- og innovasjon), som igjen bygger på to foregående arbeidsutviklingsprogram: ”Verdiskapning mot år 2010-program”, omtalt som VS2010, som igjen er en videreføring av ”Bedriftsutvikling 2000”. VRI er Forskningsrådets satsing på forskning og innovasjon i norske regioner. Det har vært korrespondanse mellom arbeidslivsutviklingsprogrammene i Norge, Finland og andre nordiske og europeiske land¹³¹.

Det er imidlertid særlig to sentrale forskjeller mellom det finske og de norske arbeidslivsprogrammene, som er årsaken til at vi vurderte programmet som interessant å se på i en velferds-/rehabiliteringssammenheng: Den ene årsaken er, mens vi i Norge, i våre forsknings- og utviklingsprogram, henvender oss til private bedrifter og virksomheter, har Tykes-programmet som mål å resultere i organisasjons- og nettverksutvikling også – og vi kan legge til spesielt - innenfor helse- og velferdssektoren. Dette anses som en sentral sektor å endre og utvikle i Finland, fordi den er viktig i arbeidet med å rehabilitere og restituere arbeidsstokken

¹³¹ Jfr. Alasoini, Tuomo: “The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities”, in Alasoini, Tuomo, Elise Ramstad og Nuppu Rouhiainen: *The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities*. Tykes, Reports 47, Helsinki, 2005

– samtidig som dette er en sektor som selv fort vil merke utfordringene i å fremskaffe relevant og kompetent arbeidskraft. Det er dessuten en sektor som i seg selv er uhelseskapende. Tykes-programmet med sin metodikk anses som en viktig strategi for å få flere langtidsledige med helseproblemer i arbeid, og nøkkelen ligger i å utvikle læringsnettverk mellom offentlige, private og frivillige aktører, med bruk av forskere og konsulenter. Det overordnede målet er ikke bare å skape gode ansvarsfordelinger og arbeidsprosesser, men å sette aktørene som er involvert, bedre i stand til å fortsette å foreta evalueringer, korrigeringer og endringer der det er behov. Dette kaller de for læringsnettverk.

Den andre årsaken til at Tykes programmet er interessant å belyse, er at programmet i større grad enn i Norge, integrerer politikken knyttet til å få til bedre produksjonsvekst i Finland, med utfordringene knyttet til å få flere arbeidstakere inn i arbeidslivet. Arbeidslivet stilles således overfor et *dobbelt krav* – kravet om og ekspandere både i produktivitet og kvalitet og det er disse to perspektivene som skal forenes i Tykes-programmet. I Finland er denne koblingen markert med at arbeidsmarkedspolitikken sentralt, ble fusjonert med Næringspolitikken i det nye Arbets- og Næringsministeriet. Så langt har vi ikke gått i Norge, her har vi fremdeles utfordringer knyttet til overganger fra den yrkesrettede rehabiliteringen, og de som er ferdig rehabilitert – over til formidlingssiden i hjelpeapparatet. Næringsutvikling og verdiskaping er ikke koblet på.

Helse- og sosialsektoren har vært sterkt representert i Tykes programperiode. I evalueringen av Tykes heter det at: "In both periods, the metal and engineering industry and the social welfare and health care sector were the most active participants"¹³².

Også i Norge har vi utfordringer knyttet til å bemanne og holde på arbeidstakere i helse- og sosialsektoren. Vi står også foran store eldrekull – både som seniorer i arbeidslivet, og som pasienter og pårørende med behov for tilbud og tjenester. IA-avtalen setter inkludering og ivaretagelse på dagsordenen, men problemet med IA slik vi ser det, er at målsettinger og tiltak man iverksetter ofte kommer *i tillegg* til kjerneoppgavene virksomhetene har – og det kan ta både tid, oppmerksomhet og ressurser bort fra de sentrale oppgavene som man opplever må gjøres. En annen svakhet med IA, er at man ofte definerer (snevre) satsningsområder – enten satsning på seniorer, inkludering av personer med funksjonsnedsettelse eller redusering av sykefravær – som viser seg å ha ført til at man konsentrerer seg om enkeltområder, og så overser man andre lignende områder. IA har ikke blitt det virkemiddelet for å ansette personer med funksjonsnedsettelse som det var tenkt. At brukerorganisasjonene for personer med funksjonsnedsettelse selv har mistet troen på IA-avtalen som en metode å få til inkludering av personer med funksjonsnedsettelse på og har trukket seg fra å samarbeide, er også urovekkende (Ose m.fl 2009). Et bredere fokus – som Tykes representerer – kan være veien å gå for å få til en utvikling som arbeidstakere med helseutfordringer også kan delta i.

Det er derfor et spørsmål om det nå kan være behov for et større arbeidslivsprogram innen helse- og velferdssektoren i Norge. Vi har omfattende prosjekt- og forsøksvirksomhet i landet,

¹³² Alasoini, Tuomo, Elise Ramstad og Nuppu Rouhiainen: The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities. Tykes, Reports 47, Helsinki, 2005.

men det trengs et videre perspektiv enn å fokusere på hver og en tjenestes relasjonen til brukerne og hverandre. Vi må i større grad løfte blikket og *samtidig* jobbe med rammebetingelser og utviklingsmuligheter fra mikro til makro-nivå. Inkludering må ikke bli ”noe i tillegg”, men vi må se IA-arbeid og inkludering i større grad i sammenheng med virksomhetenes kjerneoppgaver, vekstmuligheter, og produksjon slik at inkluderingen blir reell.

LITTERATURLISTE

- Arnkil, Robert: *Public Employment Service Reform in Finland in a Nordic Perspective*".
Paper for Nordic Centre of Excellence "Reassessing the Nordic welfare state" Research strand 7, "Activation and new governance structures". First workshop, Oslo, October 22-23.2007
- Alasoini, T, Ramstad, E og N, Rouhiainen: The Finnish Workplace Development Programme as an expanding activity. Results, challenges, opportunities. Tykes, Reports 47, Helsinki 2005
- Berg, A. M. (2006): Welfare Service Provision – A Comparative Study. Manus Arbeidsforskningsinstituttet. Til vurdering hos Edward Elgar Publishers, UK.
- Corkett, J., et. al. (2005): *Jobcentre Plus evaluation: summary of evidence*, Department of Work and Pensions, Research Report 252, Leeds: Corporate Document Service
- Grut, L (2008): Erfaringer med bruk av individuell plan. En litteraturoversikt. SINTEF A6178
- Deloitte (2005): Arbejdsmarkedscentre: Evaluring af 12 forsøg med tværgående samarbejde mellom AF og kommuner om beskæftigelsesindsatsen. 24. august 2005. Deloitte DK
- Hagen, M. & Kubicek, H. (2000): *One-stop-government in Europe: Results from 11 national surveys*, Bremen: University of Bremen Press
- Halvorsen, R. & Jensen, P. H. (2004): Activation in Scandinavian welfare policy, *European Societies*, Vol. 6, No. 4
- Hvinden, B. & Van Oorschot, W. (2000): Introduction. Towards Convergence? Disability Policies in Europe, *European Journal of Social Security*, Vol. 2/4, 293-302, 2000
- Johansen, R., Skarpaas, I: (2002): "Syk jeg er og helt alene..." *Bedriftshelsetjenesten som pådriver og koordinator – et feltforsøk i Agder*. Høgskolen i Vestfold. (Rapport nr. 2/02)
- Jordan, A. (2005): Policy convergence: a passing fad or a new integrating focus in European Union studies? *Journal of European Public Policy*, 12 (5): 944-953
- Lissenburgh, S. & Marsh, A. (2003): *Experiencing Jobcentre Plus Pathfinders. Overview of early evaluation evidence*. DWP In-house Report 111, London: Department of Work
- Mabbett, D. (2000): Definitions of Disability in Europe: A Comparative Analysis. Final Report to the European Commission, Reference VC/2000/032. Brunel University UK
- Mechelen, N. van (2005): The Administration of Social Assistance Schemes in Belgium, Denmark and the Netherlands. *Paper to the ESPA-net Conference, Fribourg, 22-24 September 2005*.

- Eli Moen (2004): Helhetlig næringspolitikk. Forholdet mellom politikk og næringsutvikling i Finland, Nederland, Irland, Singapore og Chile. Discussion Paper 3/2004, BI Handelshøyskolen
- Häkkinen, U (2005). The impact of Finnish Health Sector Reforms, STAKES. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Discussion papers 2/2005.
- Joensuu, Matti, Sirkku Kivistö, Kari Lindstrøm: Stress impact. "Review and Inventory of National Systems and Policy: Finland, Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) 2003
- Sirkku, M Kivistö, Lindstrøm: Stress impact. "Review and Inventory of National Systems and Policy: Finland, Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) 2003
- Møller, Geir (2004): Velferdsforvaltningen I Storbritannia: erfaringer fra forsøksvirksomheten I ONE og implementeringen av JobCentre Plus. Arbeidsrapport nr. 1/2004, Bø: Telemarksforskning
- Niemelä, Heikki and Kari Salminen: Social security in Finland ISBN 951-669-706-2, Helsinki 2006, et skrift i forbindelse med markeringen av finsk presidentskap I EU.
- Ose, S.O, A.M. Bjerkan, I. Pettersen, K.G Hem, A. Johnsen, J. Lippestad, B. Paulsen, T.O. Mo, P.Ø og Saksvik: "Evaluering av IA-avtalen 2001-2009). SINTEF Juni 2009
- Rehabilitation in Finland. RIFI 2002, side 4.
- Røhme, K, Hatling, T og Lidal E (2006): "Individuell plan – ambisiøse mål, men svake midler?" *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Vol. 9, No. 3, 2006, side 148-158.
- Saikkku, Peppi: Co-operation on client services by a new law? Evaluation of co-operation within rehabilitation. Helsinki 2006 (Reports of the Ministry of Social- Affairs and Health, Finland). Engelsk sammendrag.
- Saikkku, Peppi; Co-operation and the position of the client in locally organised rehabilitation. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Helsinki, Finland. Upublisert paper, februar 2007.
- Skarpaas, I. (2004): "Flokkeløseren". I: Fossestøl, K.(red) *Relasjonsmestrene. Om kunnskapsarbeid i det nye arbeidslivet*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Stafford, B. (2004): *New Deal for Disabled People (NDDP): First Synthetic Report*, Sheffield: Department for Work and Pensions
- Sørensen, L.B (2009): *Undersøkelse om rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene*. Synovate.
- Talbot, C. et al (2005): Jobcentre Plus customer service performance and delivery: A qualitative review. Department of Work and Pensions, Research Report No. 276. Leeds: Corporate Document Service

Thornton, P. & Neil Lunt (1997): Employment policies for disabled people in eighteen countries : a review. York : University of York, Social Policy Research Unit, 1997

Trefjord, S. og i. Hatling (2004): Erfaringer og anbefalinger fra arbeid med individuell plan for mennesker med psykiske lidelser, ved bruk av planverktøyet IPPH (Individuell plan psykisk helse) Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003, Trondheim. SINTEF Helse.

Willberg, Mirja, Hannu Valtonen: ”Jämförelse av finansierings- och servicesystemen för hälso- och sjukvården i de nordiska länderna. Social- och Hälsovårdministeriets rapporter 2007:37

Offentlige dokumenter i Finland:

Annual report 2006, Kela.

Arbeidslivsprogrammet Tykes. Vi utveklar arbetslivet. Tilsammans. Arbetsministeriet

Employment Report 2006, Ministry of Labour, Finland 2007

Excellence “Reassessing the Nordic welfare state” Research strand 7, “Activation and new governance structures”. First workshop, Oslo, October 22-23.2007

Government Resolution on the Health 2015 public health programme, Publication of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:6

Health Care in Finland. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2004:11

Lag om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspennigförmåner 15.7.2005/566 So 4.22

The OECD thematic review on reforming sickness and disability policies to improve work incentives. Ministry of social affairs and health, 2007, under progress.

Regjeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regjering. 19.4.2007.

Rehabilitering er ett bra alternative, Social- och hälsovårdministeriet i samarbeid med Pensjonsskyddscentralen och Folkepensjonsanstalten

Statsrådets förordning om delegationen för rehabiliteringsärenden. 823/2003

Statsrådets redogörelse till riksdagen. Rehabiliteringsredogörelse 2002. Social- och hälsovårdsministeriet. Publikationer 2002:7.

Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015 – mot ett socialt hållbart och ekonomiskt livskraftig samhälle. Social- och hälsovårdsministeriet. Helsingfors, mai 2006

Offentlige dokumenter i Norge:

Helsedirektoratet (2009): Jeg har en plan! Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan. Rapport. Helsedirektoratet. Kunnskapssenteret.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. Særtrykk av St.prp.nr.1 (2007-2008) kap 9. Helse-og omsorgsdepartementet

NOU 2004:13 En ny arbeids- og velferdsforvaltning, Kapittel 4: Organisering av arbeids- og velferdstjenestene i andre land

Sosial- og helsedirektoratet (2007): Individuell plan 2007. Veileder til forskrift om individuell plan. 1

Sosial- og helsedirektoratet (2008) Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Synlig og brukerrettet.

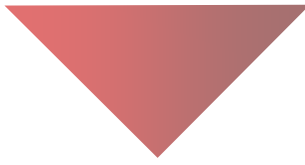
St.meld. nr. 39 (1991-1992) Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenger og uførepensjon. (Attføringsmeldingen)

St.meld. nr. 14 (2002-2003): Samordning av Aetat, trydeetaten og sosialtjenesten.

St.meld.nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering

St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid.

St.prp. nr. 46, (2004-2005)Ny arbeids- og velferdsforvaltning, Tilråding fra Arbeids- og sosialdepartementet av 11. mars 2005, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Bondevik II)



Arbeidsforskningsinstituttet

AFI er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt. Sentrale forskningstema er:

- Inkluderende arbeidsliv
- Utsatte grupper i arbeidslivet
- Konflikthåndtering og medvirkning
- Sykefravær og helse
- Innovasjon
- Organisasjonsutvikling
- Velferdsforskning
- Bedriftsutvikling
- Arbeidsmiljø

Publikasjoner kan lastes ned fra AFIs hjemmeside eller bestilles direkte fra instituttet.

Abonnement på nyheter kan bestilles via hjemmesiden:

www.afi.no

Pt 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO
Besøksadresse:
Stensberggt. 25

Telefon: 23 36 92 00
Fax: 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no
www.afi.no

