

SRR 1/2002 rd

Rehabiliteringsredogörelse 2002

**Statsrådets redogörelse
till riksdagen**

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2002:7

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Helsingfors 2002

REHABILITERINGSREDOGÖRELSE 2002

Statsrådet har tidigare överlämnat två redogörelser om rehabiliteringen till riksdagen, den första 1994 och den andra 1998. I sin skrivelse med anledning av redogörelsen 1998 förutsatte riksdagen, att regeringen överlämnar en ny redogörelse om rehabiliteringen senast inom fyra år. Riksdagen motiverade behovet av en ny redogörelse med att rehabiliteringen har en stor betydelse för samhällsekonomin, pensionspolitiken och hälsovården.

Riksdagen förutsatte att regeringen i den nya redogörelsen, utgående från den förra redogörelsen, utreder problem som observerats, åtgärder som vidtagits inom rehabiliteringen samt utvecklingslinjerna för rehabiliteringen.

Som bakgrundsmaterial till redogörelsen finns publikation Rehabilitering - kostnader och verkan (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2002:5).

SAMMANDRAG

Redogörelsen ger en bild av det finska rehabiliteringssystemet som helhet och granskar de förändringar som skett i rehabiliteringstjänsterna sedan 1997. Redogörelsen förutspår även kommande riktlinjer för utvecklingen. Särskild vikt läggs vid en bedömning av rehabiliteringens effekt. De totala utgifterna för rehabilitering uppgick till 1,2 miljarder euro 2000 och den reella tillväxten var 9 % i jämförelse med 1997. De ökade utgifterna berodde i huvudsak på att antalet rehabiliteringsklienter ökat. Rehabiliteringen ordnas och finansieras av många olika aktörer. En fjärdedel finansieras inom socialvården och en femtedel inom hälso- och sjukvården. En femtedel av utgifterna går till Folkpensionsanstaltens rehabilitering. Sedan 1997 har rehabiliteringsklienternas ställning förbättrats bl.a. genom försök med servicestyrning och gemensam service. Att bevara arbetsförmågan har varit ett viktigt mål för regeringspolitiken. Man har sporrat verksamhet som bevarar arbetsförmågan på arbetsplatserna, effektiverat företagshälsovården och tagit in psykiska och ergonomiska faktorer i kommissionens förslag till ny lag om skydd i arbete. Vid revideringen av arbetspensionslagstiftningen betonas den yrkesinriktade rehabiliteringens betydelse. Den

yrkesinriktade rehabiliteringen av personer med handikapp och funktionsnedsättning har uppmärksammats genom förbättringar i rättigheterna till rehabiliteringspenning och den arbetsverksamhet som stöder sysselsättning samt genom slopande av vissa socialskyddsbestämmelser som hindrar sysselsättning. Genom en aktiv socialpolitik har satsningar gjorts även på rehabilitering av långtidsarbetslösa. Sysselsättningsläget för äldre personer har blivit avsevärt bättre. Kommunerna har ålagts en skyldighet att ordna arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte och att utarbeta en aktiveringsplan för sådana som varit arbetslösa länge. Medel har avvisats för psykiatrisk rehabilitering av barn och unga och olika rehabiliteringsprojekt har inletts. Kommunerna har fått anvisningar med riksomfattande kvalitetsrekommendationer om vård och tjänster för äldre. I framtiden ligger utmaningarna i bevarande av den åldrande arbetskraftens arbetsförmåga, bevarande av den äldre befolkningens funktionsförmåga, inledande av rehabiliteringen i ett tillräckligt tidigt skede, utvecklande av ett mångprofessionellt arbetsgrepp och i ökad forskning kring rehabiliteringens effekt.

1. Inledning

Grunden för den sociala välfärden är bevarandet av befolkningens arbets- och funktionsförmåga samt bibehållandet av största möjliga förmåga att klara sig själv i olika skeden av livet. Speciellt den åldrande befolkningen medför betydande utmaningar med tanke på finansieringen av den sociala tryggheten. En förutsättning för en hållbar finansiering av den sociala tryggheten är att befolkningens sysselsättningsgrad är hög, minst 70 %. Ett viktigt mål i regeringsprogrammet är att utveckla arbetslivet och den sociala tryggheten så att arbetstagarna stannar kvar i arbetslivet 2-3 år längre än för närvarande. Man försöker höja sysselsättningsgraden genom en sänkning av den strukturella arbetslösheten och genom en stärkning av specialgruppernas, bl.a. de handikappades, möjligheter att delta i arbetslivet. Vid behandlingen av statsrådets redogörelse om rehabiliteringen 1998 konstaterade riksdagen bl.a. att rehabiliteringen är en investering i framtiden och inte enbart eller ens i första hand en utgiftspost.

Inom socialpolitiken betonas befolkningens egen aktivitet. Rehabilitering är ett sätt att öka befolkningens arbets- och funktionsförmåga och ge människorna resurser att bemästra sitt eget liv. Rehabiliteringen har ända sedan kriget haft en betydande och högt värderad ställning i Finland. Runt rehabiliteringen har det uppkommit en mångsidig, mångfasetterad och invecklad helhet bestående av lagstiftning och sådana som ordnar, finansierar och producerar tjänster. Det blir allt svårare att få en uppfattning om rehabiliteringen som helhet både för dem som fattar beslut om rehabiliteringen och för själva rehabiliteringsklienterna. Å andra sidan är stora resurser kopplade till rehabiliteringssystemet och detta ger många olika möjligheter.

I redogörelsen om rehabiliteringen 1998 konstaterades att de viktigaste utmaningarna för rehabiliteringen i början av 2000-talet är:

- att bevara den arbetsföra befolkningens arbetsförmåga
- att förbättra sysselsättningsmöjligheterna för personer med funktionsnedsättning och handikapp

- att förbättra verksamhetsmöjligheterna för handikappade och kroniker
- att bevara den äldre befolkningens funktionsförmåga

Dessa utmaningar är alltså aktuella. De förutsätter att rehabiliteringen kontinuerligt utvecklas och diversifieras så att olika målgruppers behov kan tillgodoses.

Avsikten med denna redogörelse är att utreda hur bra och effektivt rehabiliteringssystemet svarar mot de förväntningar som ställts på det och hur rehabiliteringen borde utvecklas i framtiden.

2. Begreppet rehabilitering och målen för rehabiliteringen

Målet med rehabiliteringen är att bli rehabiliterad. Utgående från det kan rehabilitering definieras som en förändringsprocess i en människa eller i människan och omgivningen som syftar till att främja funktionsförmågan, förmågan att klara sig själv, välbefinnandet och sysselsättningen. Rehabiliteringen är en systematisk och mångomfattande, ofta långsiktig verksamhet som syftar till att hjälpa rehabiliteringsklienten att bemästra sin livssituation.

Rehabiliteringen skiljer sig från sedvanlig vård och omsorg i fråga om metoderna och sin mångsidighet. Gränsen mellan vård och rehabilitering är dock inte klar i alla situationer och det finns heller inte alltid något behov av att dra en sådan gräns.

Rehabiliteringsklientens delaktighet i rehabiliteringsprocessen och möjligheterna att påverka omgivningen är kärnfrågor inom rehabiliteringen i dag. Rehabiliteringen håller på att få allt större psykosociala och sociala dimensioner.

Bestämmelser om rehabiliteringstjänsterna och rehabiliteringsförmånerna finns i 1991 års rehabiliteringslagstiftning (604/628/1991). I denna fastställs vilka lagstadgade rehabiliteringsuppgifter olika myndigheter och organisationer har. Inom social- och hälsovården, socialförsäkringen och arbetsförvaltningen baserar sig den lagstadgade rehabiliteringen på ett konstaterat symptom, en konstaterad sjukdom eller funktionsnedsätt

ning eller ett konstaterat handikapp. Som grund för rehabilitering har så småningom även betraktats en risk för försämrad arbetsförmåga eller allvarlig social utslagning.

Många förebyggande åtgärder omfattas inte av den lagstadgade rehabiliteringen, t.ex. främjande av hälsan, åtgärder som bevarar funktionsförmågan i allmänhet eller möjligheter att påverka omgivningens förutsättningar, trots att även dessa är viktiga med tanke på rehabiliteringen. I denna redogörelse tas dock även dessa gränssytor inom rehabiliteringen upp, t.ex. företagshälsovård, verksamhet som bevarar arbetsförmågan, arbetarskydd samt frivillig verksamhet och fritidsverksamhet. De kostnader som dessa orsakar har dock inte tagits med i rehabiliteringsutgifterna.

3. Utvecklingen inom rehabiliteringen 1998-2001

Vid riksdagsbehandlingen av redogörelsen om rehabiliteringen 1998 togs bl.a. följande problem och utvecklingsbehov upp:

- målen för rehabiliteringen och begreppet rehabilitering
- klientens ställning och uppnående av jämlikhet
- frågor i anslutning till systemets arbetsfördelning och finansiering
- tillräckliga resurser för rehabilitering inom hälso- och sjukvården
- tillgången till och finansieringsansvaret för hjälpmedel
- forskning kring rehabilitering och rehabiliteringens effekter
- rehabiliteringsutbildning av närvårdare och annan personal
- revidering av lagstiftningen om skyddat arbete
- rehabilitering av personer med rusmedelsproblem och mentala problem
- rehabiliteringspenning för personer med rusmedelsproblem
- rehabilitering av den äldre befolkningen

Klientens ställning och jämlikhet har främjats bl.a. genom personuppgiftslagen (523/1999), lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) och lagen om klientens ställning och rättigheter inom

socialvården (812/2000). Som bäst bereds en ändring av lagen om rehabiliteringssamarbete.

Arbetsfördelningen, finansieringen och resurserna inom rehabiliteringssystemet samt tillgången till hjälpmedelstjänster har utretts i den publikation som finns som bakgrundsmaterial, *Rehabilitering - kostnader och verkan* (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2002:5).

Rehabilitering har i allt högre grad beaktats då strukturella eller innehållsmässiga ändringar gjorts i utbildningen av social- och hälsovårdspersonalen.

1.4.2002 träder en lag om främjande av möjligheterna för handikappade att få arbete i kraft och den preciserar och diversifierar de tidigare bestämmelserna om skyddat arbete.

Utvecklandet av rehabiliteringen för personer med mentala problem eller rusmedelsproblem samt för den äldre befolkningen behandlas särskilt i kapitel 7 i redogörelsen.

Åtgärderna för utvecklande av rehabiliteringen har i slutet av 1990-talet framför allt inriktats på barn och unga som riskerar bli utslagna, på personer i arbetslivet och i synnerhet på äldre arbetstagare samt på sysselsättningsmöjligheterna för långtidsarbetslösa samt personer med funktionsnedsättning och gravt handikapp. Karakteristiskt för verksamheten är de många utvecklings- och försöksprojekten. Genom dessa har man utvecklat nya verksamhetsformer och även framfört motiv för revideringar av lagstiftningen.

År 2000 fördelade sig utgifterna mellan dem som ordnar och finansierar rehabilitering som följer:

	milj. €	milj. mk
Hälso- och sjukvård	241,3	1 435
Socialvård		
- handikappservice	143,0	850
- arbets- och verksamhetscentraler	105,6	628
- rehabilitering av personer med rusmedelsproblem	38,7	230
Folkpensionsanstalten	225,4	1 340
Arbetspensionsanstalter	20,9	124
Olycksfallsförsäkringen	20,7	123
Trafikförsäkringen	12,1	72
Statens rehabilitering av krigsinva		

lider och veteraner	78,6	467
PAFs understöd till organisationers rehabiliteringstjänster	31,5	187
Specialundervisning i grundskolan	121,1	720
Yrkesinriktad specialundervisning	76,4	454
Arbetsförvaltningen	97,9	582
Sammanlagt	1 213,0	7 212

De totala utgifterna för rehabiliteringen uppgick 2000 till uppskattningsvis 1,2 miljarder euro (7,2 miljarder mark). Utgifterna har beräknats i samma omfattning som i redogörelsen 1998. Från 1997 till 2000 steg utgifterna med ca 168 miljoner euro (1,0 miljard mark). Den reella ökningen var 9 %. Åren 1992-1997 var den reella ökningen ca 20 %. Ökningen i rehabiliteringsutgifterna beror i huvudsak på att det antal personer som får rehabilitering har ökat.

Från 1997 till 2000 ökade Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsutgifter mest i pengar räknat. Utgifterna steg med 39,9 miljoner euro (237 miljoner mark). Förhållandevis mest, 88 %, steg arbetspensionsanstaltens rehabiliteringsutgifter. En stark satsning på specialundervisningen i grundskolorna ledde också till en ökning av utgifterna för specialundervisning med över 80 %. Arbetsförvaltningens utgifter för rehabilitering minskade under tidsperioden i fråga, vilket till stor del beror på den minskade andelen ESF-projekt. I övrigt var fördelningen av rehabiliteringsutgifterna mellan olika aktörer som ordnar rehabilitering nästan den samma 2000 som 1997.

Av de totala utgifterna för rehabiliteringen användes ca 100 miljoner euro (596 miljoner mark) till utkomstskydd under rehabiliteringstiden. För rehabiliteringstjänster, utbildning och sysselsättningsåtgärder användes 1,1 miljarder euro (6,6 miljarder mark).

Rehabiliteringsutgifterna är beroende av hur man definierar dem. Till rehabilitering har nu räknats bl.a. kostnaderna för handikapptjänster i sin helhet (sammanlagt 143 miljoner euro, 850 miljoner mark). I dessa kostnaderna ingår transporttjänster för den äldre befolkningen. I helhetskostnaderna ingår också specialundervisningen i grundskolorna (120 miljoner euro, 720 miljoner mark). Om inte dess utgifter räknades med skulle rehabiliteringsutgifterna uppgå till ca

950 miljoner euro (5,6 miljarder mark).

I handikapptjänsterna ingår tjänster som är mycket lika t.ex. rehabiliteringstjänsterna inom hälso- och sjukvården. Att utgifterna för specialundervisning tas med i rehabiliteringsutgifterna motiveras med att specialundervisningen har allt större betydelse vid förebyggande av utslagning av personer med inlärningsstörningar, funktionsnedsättning eller handikapp.

Å andra sidan har förebyggande rehabilitering, t.ex. verksamhet som bevarar arbetsförmågan, inte tagits med i rehabiliteringsutgifterna.

Rehabiliteringen har i allt högre grad inriktats på 45 år fyllda personer i arbetslivet och på långtidsarbetslösa. Likaså har andelen klienter med mentala problem ökat. Mest rehabilitering fick alltjämt personer med sjukdomar i stöd- och rörelseorganen.

4. Rehabiliteringsklientens ställning och påverkningsmöjligheter

I redogörelsen om rehabiliteringen 1998 konstaterades att rehabiliteringsklienten skall ha faktiska möjligheter att å ena sidan få information om rehabiliteringen och å andra sidan få sitt eget rehabiliteringsbehov undersökt och delta i planeringen av rehabiliteringen. Det förutsattes att lagen om rehabiliteringssamarbete moderniserar och ändras så att den överensstämmer med annan lagstiftning om klientens ställning.

4.1. Lagen om rehabiliteringssamarbete

Vid social- och hälsovårdsministeriet har en revidering av lagen om rehabiliteringssamarbete beretts. Avsikten är att göra det lättare för klienten att få rehabiliteringstjänster och att få till stånd en sådan servicehelhet som beaktar rehabiliteringsklientens förutsättningar, behov av tjänster och livssituation. Genom lagen om rehabiliteringssamarbete stärks rehabiliteringsklientens rätt att få sitt ärende om samarbetet behandlat i rehabiliteringssamarbetsgruppen och att delta i planeringen av rehabiliteringen. Samarbetsgruppen skall också säkerställa att rehabiliteringsklienten har en tillsammans med ho

nom eller henne utsedd kontaktperson som sörjer för att rehabiliteringen genomförs och för samarbetet mellan myndigheterna.

Genom lagen vill man också stärka ställningen för samarbetsgrupperna på lokal nivå. Kommunen skall se till att det inom dess område finns en fungerande rehabiliteringssamarbetsgrupp. Kommunen skall informera kommuninvånarna och andra myndigheter om gruppens verksamhet och sammansättning. Genom lagen fastställs också samarbetsgruppernas ställning vid förbättringen av samverkan och förutsättningarna för den mellan olika parter.

Dessutom preciseras bestämmelserna om rehabiliteringssamarbete i den lagstiftning som berör social- och hälsovårdens, arbetsförvaltningens och försäkringssystemens rehabiliteringsuppgifter. Skyldigheten för myndigheter, inrättningar och andra organisationer som ordnar rehabilitering att ge rehabiliteringsklienten uppgifter om rehabiliteringsmöjligheterna stärks.

Avsikten är att regeringspropositionen om revideringen av lagstiftningen skall ges till riksdagen genast då responsen på rehabiliteringsredogörelsen har erhållits och då olika intressegrupper har hörts.

4.2. Nya former av klientservice

Man har försökt hitta många olika modeller för att förnya klientservicen och betona att tjänsterna skall utgå från klienterna. Arbetsförvaltningen, kommunerna och Folkpensionsanstalten har tillsammans inlett ett tvåårigt försök med gemensam service 2002. I försöket ordnas tjänsterna på ett och samma ställe för i huvudsak långtidsarbetslösa arbetssökanden som får arbetsmarknadsstöd. I försöket deltar sammanlagt 25 serviceställen som beräknas ha ca 12 000 kunder år 2002.

Rehabiliteringsklientens ställning och tillgång till information utvecklas också genom ett försök med servicestyrning. I det projekt som startats av social- och hälsovårdsministeriet utvecklas i femton olika regioner olika modeller för servicestyrning i syfte att stöda långtidssjuka personer samt handikappade barn och unga och deras familjer. Projektet avslutas 2003. Erfarenheterna av projektet och de nya verksamhetsmodellerna skall se-

dan tas i bruk i vidare omfattning och de skall också tillämpas på andra klientgrupper.

Grunden för rehabiliteringsklientens ställning och påverkningsmöjligheter är att målen och verksamhetshelheten för rehabiliteringen fastställs utgående från klienten själv. Detta innebär att själva metoderna och processerna genuint utgår från rehabiliteringsklienten. Verksamhetssätt som utgår från rehabiliteringsklientens liv och omgivning har utvecklats i samband med många projekt och försök, t.ex. vid rehabilitering av personer med mentala problem eller av personer som behöver psykosocialt stöd. Som dylika metoder har bl.a. testats rehabiliteringsrådgivning och rehabiliteringsplanering, ledsagning, stöd av likställda, familjerehabilitering, boenderehabilitering och hemrehabilitering, klubb- och medlemhusverksamhet samt stödd sysselsättning.

5. Rehabiliteringens effekt och forskningen kring denna

De senaste åren har man medvetet försökt klarlägga effekten av välfärdstjänsterna och metoderna. Effekten och uppnåendet av målen mäts i allmänhet med kvantitativa mätare. Det är dock svårt att direkt mäta välfärd.

Utvärderingen av rehabiliteringstjänsternas, utbildningens och sysselsättningsåtgärdernas effekt har bara börjat och det finns få standardiserade mätmetoder. De instanser som ordnar och finansierar rehabilitering följer i allmänhet rutinmässigt med verksamhetens kostnader och klientmängder. Som mätare har även använts t.ex. förändringar i funktionsförmågan hos dem som deltagit i rehabilitering, placeringen i arbetslivet för personer som fått utbildning eller yrkesinriktad rehabilitering eller arbetsmarknadssituationen för personer som deltagit i sysselsättningsåtgärder.

Eftersom samhällets satsningar på rehabiliteringen klart överstiger en miljard euro och eftersom man med rehabiliteringen kan uppnå betydande ekonomiska och humana värden är det motiverat att fästa särskild uppmärksamhet vid rehabiliteringens effekt. Det lönar sig att utreda hur effektiva olika rehabiliteringsformer är och på vilka befolk-

ningsgrupper det lönar sig att inrikta dem. Man har rätt att förvänta sig resultat av en så här dyr verksamhet.

Det finns många olika slag av rehabilitering. Det är obestridligt att rehabilitering behövs efter en olycka eller t.ex. en hjärnfarkt, och det behövs ingen bedömning av effekten för att berättiga denna verksamhet. Naturligtvis kan man även i dylika fall jämföra olika rehabiliteringsformer med varandra och likaså kan man optimera mängden rehabilitering.

När det inte är fråga om en akut skada utan om t.ex. verksamhet som syftar till att bevara arbetsförmågan verkar rehabiliteringen ge bättre resultat ju tidigare den inleds.

Målet med rehabiliteringen är att bevara arbetsförmågan och därigenom förbättra den samhällsekonomiska omsorgsrelationen och minska behovet av andra social- och hälsovårdstjänster. Den samhällsekonomiska betydelsen hos dessa mål är betydande och för deras del är det möjligt att påvisa klara fördelar i pengar. Målet med rehabiliteringen är dock också att förbättra livskvaliteten för rehabiliteringsklienten och hans eller hennes anhöriga och detta är det inte lika lätt att mäta i pengar. Det minskar dock inte vikten av att förbättra livskvaliteten.

Ibland är det svårt eller direkt omöjligt att mäta rehabiliteringens effekt. Detta innebär dock inte att rehabiliteringen inte har någon effekt. Trots att avsikten är att inrikta rehabilitering på de ställen där den har störst effekt, betyder detta inte att rehabilitering endast inriktas på sådana funktioner vars effekt är mätbar. Däremot är det naturligtvis skäl att minska rehabiliteringsresurserna på sådana ställen där effekten kan mätas och visar sig vara liten.

5.1. En bedömning av vissa rehabiliteringsformers effekt

Social- och hälsovårdsministeriet, Stakes och forskningssektionen vid delegationen för rehabiliteringsärenden gjorde 2001 en bedömning av effekten av vissa rehabiliteringsformer och rehabiliteringen av vissa målgrupper. Bedömningen gällde sådana rehabiliteringsområden som för närvarande eller i framtiden får betydande resurser och som

saknar täckande uppgifter om effekten. Bedömningar av effekten gjordes beträffande tidig rehabilitering av personer i arbetslivet, yrkesinriktad rehabilitering, rehabilitering av långtidsarbetslösa, rehabilitering av personer med rusmedelsproblem, psykiatrisk rehabilitering, rehabilitering av personer med sjukdomar i stöd- och rörelseorganen, neurologisk rehabilitering och geriatrisk rehabilitering. Dessutom bedömdes rehabiliteringens ekonomiska effekter i form av förtidspensionering och sjukfrånvaro.

Bedömningarna av effekterna baserade sig på internationella litteraturöversikter samt inhemska undersökningar. I undersökningarna analyserades många problem i anslutning till påvisandet av effekten. Bedömningen visade att det finns vetenskapliga belegg för rehabiliteringens effekt i de utvalda sjukdoms- och problemgrupperna.

Beläggen för de positiva effekter som rehabiliteringen är flest vid rehabiliteringen av långvarig värk i långdryggen, vid akut rehabilitering av slaganfallspatienter samt vid rehabilitering på sjukhus av äldre som förlorat sin funktionsförmåga till följd av en akut sjukdom eller ett olycksfall. Tidig rehabilitering har positiva effekter på funktionsförmågan hos personer i arbetslivet och på symptomen, det psykiska välmåendet och sjukfrånvaron. Rehabiliteringens effekt på övergången till pension kan man på basis av undersökningarna inte dra några slutsatser om. I fråga om yrkesinriktad rehabilitering finns det enligt utländska undersökningar belegg för att stödd sysselsättning ger positiva resultat. Internationella undersökningar har visat att även rehabilitering av personer med rusmedelsproblem, psykiatrisk rehabilitering och rehabilitering av långtidsarbetslösa har positiva effekter. En tillämpning av de rehabiliteringsmetoder som används i andra länder inom det finska systemet för social trygghet och rehabilitering kräver dock ytterligare undersökningar.

Det har knappt alls gjorts några jämförande undersökningar om olika sätt att genomföra rehabiliteringen, t.ex. öppen rehabilitering eller anstaltsrehabilitering. Undersökningarna gäller närmast vissa sjukdoms- eller problemgrupper. Det finns belegg för att i synnerhet äldre patienter och patienter med stör

ningar i hjärnans blodomlopp som intas för vård på grund av en akut sjukdom gagnas av en rehabilitering på anstalt i direkt anslutning till vården. Vid långvarig värk i längdryggen finns det starka belägg för att en långvarig och intensiv rehabilitering på anstalt med flera olika yrkesgrupper som samarbetar är effektivare än öppen rehabilitering eller sedvanlig vård. Däremot har det inte gjorts tillräckliga undersökningar om fördelarna av rehabilitering på anstalt vid andra sjukdomar i stöd- och rörelseorganen.

Det finns fortfarande många områden som det saknas information om. Om rehabiliteringen av många problemgrupper och om effekten av olika rehabiliteringsformer finns det inte sådan information som fyller forskningskriterierna. Det pågår och inleds dock fler undersökningar som kommer att ge mera information.

För vissa sjukdomsgrupper har det redan gjorts undersökningar av rehabiliteringens effekt och den information som erhållits har utnyttjats vid utarbetandet av internationella och nationella rehabiliteringsrekommendationer. Dyliga sjukdomar är t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar samt cancersjukdomar och sjukdomar i andningsorganen. Undersökningar av rehabiliteringens effekt i fråga om dessa sjukdomsgrupper måste också i fortsättningen samlas ihop och bedömas.

Bedömningen av effekterna visade att resultatatrik rehabilitering ofta har följande gemensamma drag:

- Rehabilitering som baserar sig på samarbete mellan olika yrkesgrupper är en effektiv verksamhetsmodell i fråga om flera sjukdoms- och problemgrupper.
- Rehabiliteringen har störst effekt då rehabiliteringen kombineras med åtgärder i omgivningen, den närmaste omgivningen och i fråga om personer i arbetslivet i arbetsgemenskapen.
- Rehabiliteringens effekt stärks av en noggrann allokering och ett tidigt inledande.

Rehabiliteringen skall riktas och ordnas så att man med de tillbudsstående resurserna uppnår så stor effekt som möjligt. Därför måste de som ordnar och finansierar rehabilitering beakta befintlig information om effekten när de väljer rehabiliteringsformer och

grupper av rehabiliteringsklienter. En central fråga är hur informationen om effektfulla metoder kan nå den praktiska rehabiliteringsverksamheten. I det finska rehabiliteringssystemet saknas det nämligen en etablerad koppling mellan forskning och praktiskt genomförande.

Den inhemska forskningen kring rehabiliteringens effekt skall utökas och förutsättningarna för den förbättras. Forskningssektionen vid delegationen för rehabiliteringsärenden har klarlagt läget för forsknings- och utvecklingsverksamheten inom rehabiliteringen. Forskning görs i rätt många forsknings- och serviceorganisationer. Kännetecknande är att forskningen och finansieringen är projektbunden och inriktad på utvecklingsarbete samt saknar koordinering och långsiktighet.

6. Ordnanandet av rehabiliteringen

6.1. Ansvar för ordnanandet och finansieringen

I det finska rehabiliteringssystemet fördelar sig ansvaret för rehabiliteringen på många olika aktörer. Social- och hälsovården, socialförsäkringen och arbetsförvaltningen har alla egna rehabiliteringsuppgifter. Sedan 1991 års rehabiliteringslagstiftning har det inte skett några betydande förändringar i de olika myndigheternas ansvar för ordnanandet och finansieringen av rehabiliteringen. Man har dock försökt göra arbetsfördelningen klarare genom förhandlingar och avtal mellan de olika ansvariga aktörerna. T.ex. arbetspensionsanstalternas och Folkpensionsanstaltens gemensamma anvisningar om yrkesinriktad rehabilitering av personer i arbetslivet samt den effektiverade rehabiliteringsverksamheten inom arbetspensionssystemet har gjort praxisen klarare, gjort det snabbare för rehabiliteringsklienten att få de rätta tjänsterna och även ökat arbetspensionssystemets andel av den yrkesinriktade rehabiliteringen.

Det finns både lagstadgad och behovsprövad rehabilitering. Den lagstadgade rehabiliteringen kan vara särskilt förpliktande för den som ordnar rehabilitering och då måste tjänsterna ordnas för alla som fyller villkoren i lagen. Exempel på detta är Folkpensionsan-

staltens yrkesinriktade rehabilitering, medicinsk rehabilitering av gravt handikappade, rehabilitering som ordnas med stöd av lagen om olycksfallsförsäkring, trafikförsäkringslagen och lagen om skada, ådragen i militärtjänst samt vissa handikapptjänster.

Lagstadgad, men beroende av tillbudsstående resurser, är med undantag för ovan nämnda handikapptjänster all annan rehabilitering inom social- och hälsovården, specialundervisningen i grundskolorna, den yrkesinriktade specialundervisningen och arbetsförvaltningens yrkesinriktade rehabilitering. Antalet rehabiliteringsklienter och rehabiliteringens omfattning beror på hur mycket anslag som kommunen eller staten tilldelat området och på hur anslagen fördelar sig inom förvaltningsområdet i fråga. Anslag för Folkpensionsanstaltens rehabilitering enligt prövning och frontveteranernas rehabilitering anvisas årligen i statsbudgeten. Rehabiliteringen inom arbetspensionssystemet är lagstadgad, men beroende av prövning, varvid arbetspensionsanstalterna kan besluta till vem rehabiliteringen ersätts.

I ett system med många olika aktörer är det viktigt att alla parter har tillräckliga medel för att sköta de uppgifter som ankommer på dem. Förändringar i ett system gör lätt att kostnadstrycket ökar i ett annat. Folkpensionsanstaltens kostnader för medicinsk rehabilitering av gravt handikappade har mångdubblats på 1990-talet, delvis på grund av sparåtgärderna inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns även exempel på motsatt utveckling: arbetspensionssystemets satsning på yrkesinriktad rehabilitering har minskat utgifterna för Folkpensionsanstaltens yrkesinriktade rehabilitering.

Ur rehabiliteringsklientens synvinkel borde rehabiliteringsprocessen vara så klar och begriplig som möjligt. Överföringar, förseningar, avbrott och överlappningar gör rehabiliteringsprocessen långsammare och besvärligare och resulterar även i högre kostnader.

6.2. Hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsuppgift

Riksdagen har varit särskilt bekymrad om huruvida resurserna för rehabilitering är tillräckliga inom den kommunala hälso- och

sjukvården. Sjukhusens och hälsocentralernas rehabiliteringsutgifter har med undantag för en nedgång under den djupaste lågkonjunkturen stigit under hela 1990-talet. Den årliga tillväxten 1997-2000 låg på 3-4 %. Den reella tillväxten var dock endast ca en procent per år. Andelen av de totala utgifterna för rehabilitering har minskat något.

Förutom som producent av rehabiliteringstjänster fungerar hälso- och sjukvården som en viktig länk då rehabilitering som ordnas av andra inleds och då rehabiliteringen följs upp. En enhet eller yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är ofta den som först upptäcker behovet av rehabilitering, som tar initiativet till rehabilitering och som styr hela rehabiliteringsprocessen. För att bedöma arbets- och funktionsförmågan och för att reda ut behovet av rehabilitering behövs ofta undersökningar inom den grundläggande hälso- och sjukvården eller specialistsjukvården. En rehabiliteringsplan som gjorts upp inom hälso- och sjukvården kan vara en förutsättning för rehabilitering som ordnas av någon annan, t.ex. vid av Folkpensionsanstalten ersatt medicinsk rehabilitering av gravt handikappade och rehabilitering av frontveteraner.

Hjälpmedelstjänster utgör en del av rehabiliteringen inom hälso- och sjukvården och kostnaderna för dem ingår i hälso- och sjukvårdens rehabiliteringskostnader. Hjälpmedelstjänsterna ankommer i huvudsak på den kommunala hälso- och sjukvården. År 2000 gjordes en utredning av tillgången till hjälpmedel 1999 i jämförelse med 1994. Utredningen visade att 32 miljoner euro (190 miljoner mark) användes för anskaffning av hjälpmedel inom den kommunala hälso- och sjukvården, vilket reellt motsvarade nivån 1992. Tillgången till hjälpmedel och praxisen vid distributionen av dem varierade mycket mellan olika områden och kommuner. Enligt utredningen var knappa anslag den främsta orsaken till en försämrad tillgång till hjälpmedel.

Utredningen visade också att det behövs riksomfattande riktlinjer för att förenhetliga hjälpmedelstjänsterna. Social- och hälsovårdsministeriet har inlett beredningen av en kvalitetsrekommendation för hjälpmedelstjänster tillsammans med bl.a. Stakes och

Finlands Kommunförbund. Kvalitetsrekommendationerna blir klara 2003.

I statsrådets s.k. framtidspaket ingår ett projekt som syftar till att främja åldringars och handikappades förmåga att klara sig själva. Målet med projektet är att personalen inom social- och hälsovården och de som får tjänsterna skall få ökad kunskap om ny teknologi i anslutning till boende och kommunikation. Dessutom utvecklas regionala expertnät, servicemodeller och verksamhetsmönster. För projektet har ca 2 225 000 euro reserverats för åren 2001-2003. Projektet genomförs som 18 regionala delprojekt, i vilka nästan 400 kommuner deltar.

6.3. Utbildning av personalen

I rehabiliteringen deltar ett stort antal personer med olika yrkesutbildning. Att många olika yrken finns representerade är kännetecknande för rehabiliteringen.

Social- och hälsovårdspersonalens utbildning har i slutet av 1990-talet och i början av 2000-talet genomgått betydande strukturella och innehållsmässiga förändringar. Närvårdarutbildningen inom den grundläggande yrkesutbildningen förlängdes 1999 till tre år. Samtidigt fogades ett utbildningsprogram för rehabilitering till utbildningen.

Yrkeshögskolorna har förenhetligt och preciserat kunskapskraven för utbildningsprogrammen 2001 och beträffande rehabiliteringsutbildningen specificerats innehållet både för de yrkesgrupper som specialiserar sig på rehabilitering och även på bredare bas för utbildningen av personal inom social- och hälsovården. Vid yrkeshögskolorna har man även inlett ett nytt utbildningsprogram för rehabiliteringshandledning och rehabiliteringsplanering.

Undervisningsministeriet har för 2002-2003 anvisat anslag för inrättande av en tvärvetenskaplig enhet för forskning och utbildning inom rehabilitering. För enheten ansvarar den medicinska fakulteten vid Uleåborgs universitet och den samhällsvetenskapliga fakulteten vid Lapplands universitet. Vid båda universiteten har professorstjänster för rehabilitering inrättats för utvecklingstiden. Avsikten är att utvidga samarbetet till att gälla en större del av universitetssektorn.

I läkarnas program för specialistkompetens har specialistkompetens i rehabilitering godkänts. I utbildningen av psykologer, talterapeuter och socialarbetare har den rehabiliteringsorienterade undervisningen fått mera plats, liksom även specialiserande rehabiliteringsundervisning.

På initiativ av flera öppna universitet ordnas regelbundet en 15 studieveckor lång fortbildning för yrkespersonal inom social- och hälsovårdssektorn.

7. Rehabilitering av olika målgrupper

7.1. Bevarande av arbetsförmågan hos och rehabilitering av personer i arbetslivet

Bevarande av arbetsförmågan hos personer i arbetslivet och en senareläggning av den genomsnittliga tidpunkten för övergången till pension med 2-3 år är ett viktigt mål för regeringspolitiken. Detta mål försöker man uppnå med en pensionspolitik som främjar fortsatt arbetande och med åtgärder som bevarar arbetsförmågan. Pensionslagstiftningen och den övriga lagstiftningen om den sociala tryggheten har på 1990-talet ändrats flera gånger i denna riktning. För att bevara och förbättra arbetsförmågan hos personer i arbetslivet har man effektiviserat företagshälsovården och verksamheten på arbetsplatserna, satsat på identifiering av hot om försämrad arbetsförmåga, utvecklat former för tidig rehabilitering och försökt utöka yrkesinriktad rehabilitering.

Dessutom har omfattande nationella program genomförts för att ändra inställningen på arbetsplatserna och för att främja arbetstagarernas förutsättningar för att orka arbeta.

Verksamhet som bevarar arbetsförmågan på arbetsplatserna

Verksamhet som bevarar arbetsförmågan (TYKY-verksamhet) fick sin början i ett gemensamt avtal mellan de centrala arbetsmarknadsorganisationerna. TYKY-verksamheten intogs i början av 1990-talet i bestämmelserna om företagshälsovård och den blev på detta sätt en del av den lagstadgade före

tagshälsovården. Sedan har verksamheten också genomförts som en del av arbetarskyddet och programmen för utvecklande av personalen.

Verksamhet som bevarar arbetsförmågan har fått stor spridning på arbetsplatserna. År 1998 arbetade ca 80 % av löntagarna på arbetsplatser som hade någon form av TYKY-verksamhet. Enligt gjorda undersökningar varierar innehållet i verksamheten avsevärt mellan olika arbetsplatser, från ett helhetsbetonat TYKY-program till t.ex. en begränsad motionsinriktad verksamhet. Stora företag och statliga och kommunala organisationer är bäst på att ordna omfattande TYKY-verksamhet. Däremot är verksamheten mindre på små arbetsplatser och bland sådana som gör eget arbete samt bland företagare.

Flera olika undersökningar har gjorts om fördelarna och effekterna av TYKY-verksamhet. Resultaten av dessa är mycket likartade. Undersökningar av TYKY-verksamhetens ekonomiska effekter har visat att verksamheten i regel är fördelaktig vad gäller nytto-kostnadsförhållandet; TYKY-verksamheten minskar sjukfrånvaron och pensionskostnaderna och ökar arbetets produktivitet.

I framtiden kommer tyngdpunkten för TYKY-verksamheten att stegvis flyttas så att man vid sidan av bevarande av den fysiska arbetsförmågan även säkerställer psykisk och social arbetsförmåga, arbetsgemenskapernas funktionsduglighet och äldre personers arbetsförmåga och kunskaper. Ett viktigt mål är att utsträcka TYKY-verksamheten till alla arbetstagare på alla typer av arbetsplatser och i alla typer av arbetsförhållanden.

På basis av gjorda undersökningar kan man dra slutsatsen att TYKY-verksamheten stöder förutsättningarna för att orka arbeta och bevarandet av arbetsförmågan. Vid uppnåendet och säkerställandet av dessa mål ger den reviderade lagstiftningen om företagshälsovård och den under beredning varande lagen om skydd i arbete nya metoder och möjligheter.

Den nya lagen om företagshälsovård (1383/2001) trädde i kraft vid ingången av 2002. Reformen syftar till att effektivare än tidigare styra åtgärderna inom företagshälsovården i en riktning som stöder och främjar arbetstagarnas hälsa och arbetsförmåga. Avsikten är att företagshälsovårdsfunktionerna

skall inriktas på arbetsplatsutredningar och verksamhet på arbetsplatserna, vilket stöds av den temporära höjningen av ersättningsprocenten till 60 i sjukförsäkringslagen. Avsikten är att företagshälsovårdsverksamheten skall utsträckas dit där den tidigare funnits endast i liten omfattning eller inte alls.

I lagen har principerna för verksamhet som bevarar arbetsförmågan fastställts så att företagshälsovården kan styra de förberedande och förebyggande åtgärderna till främjande, bevarande, stödjande och uppföljning av arbetstagarnas hälsa, arbetsförmåga och funktionsförmåga under alla arbetslivsskederna. I bevarandet och stödjandet av arbetsförmågan ingår vid behov en utredning av rehabiliteringsbehovet och samarbete med olika rehabiliteringsaktörer. En utredning av rehabiliteringsbehovet i enlighet med lagen om företagshälsovård genomförs i första hand som företagshälsovård med hjälp av arbetsplatsens interna åtgärder. I framtiden borde de begreppsmässiga, innehållsmässiga och verksamhetsmässiga gränsytona mellan förebyggande verksamhetsformer och verksamhetsformer som bevarar arbetsförmågan och förebygger arbetsoförmåga göras klarare.

I lagen betonas företagshälsovårdens samarbete bl.a. med annan hälso- och sjukvård och socialförsäkringen. Det behövs nya verksamhetsmodeller och infallsvinklar när det gäller att klargöra, beskriva och skissera upp modeller för samarbetet mellan arbetsplatser, företagshälsovården och de aktörer som svarar för rehabiliteringen.

Den kommission som berett en revidering av *lagen om skydd i arbete* avgav sitt betänkande i december 2001 och den regeringsproposition som utarbetats utgående från det ges till riksdagen våren 2002. Den nu gällande lagen är från 1958. De stora förändringarna i arbetslivet har också förändrat belastningen i arbetet. De psykosociala faktorerna har fått och kommer att få allt större betydelse.

Genom reformen vill man främja i synnerhet bevarande av arbetsförmågan och förutsättningarna för att orka arbeta. Vid sidan av traditionella arbetarskyddsaspekter, t.ex. förebyggande av olyckor och anordningars säkerhet, betonas arbetets psykiska och fysiska belastning samt ergonomi. Med ergonomiskt

rätt valda, använda och monterade arbetsredskap kan man framför allt förebygga belastningar och sjukdomar i stöd- och rörelseorganen. Besvärliga arbetsställningar och tunga lyft är riskfaktorer i synnerhet när det gäller sjukdomar i ryggen. Arbetsgivarna skall åläggas en skyldighet att när den fått information om saken vidta åtgärder för att klarlägga ogynnsamma belastningsfaktorer samt för att undvika och minska riskerna.

Ändringar i arbetspensionslagstiftningen och arbetspensionssystemets åtgärder

Vid ingången av 2000 trädde ändringar av arbetspensionslagstiftningen i kraft genom vilka det s.k. villkoret beträffande rätten till återstående tid slopades i villkoren för arbetslöshetspension. Dessutom ändrades små arbetsgivares ansvar för arbetspensionskyddskostnaderna så att det är ekonomiskt fördelaktigare för arbetsgivaren att sörja för att arbetstagaren orkar arbeta än att pensionera arbetstagaren. I samband med reformen steg åldersgränsen för individuell förtidspension från 58 till 60 år. Samtidigt startades inom arbetspensionssystemet ett projekt för att effektivisera 58-59 åriga personers möjlighet till rehabilitering.

I november 2001 träffade arbetsmarknadens centralorganisationer en principöverenskommelse om att utveckla arbetspensionerna inom den privata sektorn. I enlighet med denna ändras arbetspensionslagarna bl.a. så att övergången till ålderspension kan ske flexibelt vid en ålder av 62-68 år. Från 63 års ålder beviljas endast ålders- eller deltidspension. Den individuella förtidspensionen slopas stegvis så att personer födda efter 1943 inte längre kan få individuell förtidspension. Å andra sidan betonas vid bedömningen av 60 år fyllda personers arbetsförmåga den yrkesmässiga aspekten av arbetsförmågan då det är fråga om en lång yrkeskarriär, och då den påfrestning och utmattning som arbetet medför i kombination med åldersbetingade faktorer gör att det kan anses oskäligt att arbetstagaren fortsätter att arbeta. Även arbetslöshetspensionen avskaffas stegvis.

Avsikten är att reformen i huvudsak skall träda i kraft vid ingången av 2005. De revideringar som gäller bl.a. deltidspensionen

samt individuell förtidspension föreslås bli genomförda vid ingången av 2003.

Arbetsmarknadsorganisationerna föreslår också att arbetspensionssystemets yrkesinriktade rehabilitering skall bli lagstadgad vilket innebär att en person får rätt till yrkesinriktad rehabilitering på basis av ett konstaterande om att han eller hon riskerar att bli arbetsoförmögen. Samtidigt ändras även villkoren för yrkesinriktad rehabilitering med stöd av lagen om Folkpensionsanstaltens rehabilitering så att förutsättningarna för yrkesinriktad rehabilitering är på samma nivå i bägge systemen. Risken för att bli arbetsoförmögen är ett väsentligt innehåll i den planerade utbildningen som speciellt riktas till företagshälsovårdspersonalen och i vilken också Folkpensionsanstalten är delaktig.

Utgående från principöverenskommelsen har lagberedningen inletts bl.a. genom en bedömning av åtgärdernas effekt. Samtidigt utreds tillämpningen av de ändringar som föreslagits i arbetspensionen inom den privata sektorn på pensionssystemen inom den offentliga sektorn.

Vid sidan av ändringarna av arbetspensionslagstiftningen har arbetsmarknadsorganisationerna och arbetspensionsanstalterna med hjälp av försöksprojekt utrett möjligheterna att effektivisera den tidiga yrkesinriktade rehabiliteringen.

I försöket med tidigarelagd yrkesinriktad rehabilitering i Uleåborg och Helsingfors 1998-2000 testades olika verksamhetsmodeller som syftade till att få igång rehabiliteringen tidigare och att genomföra rehabiliteringsutredningen så snabbt som möjligt. I projektet granskades, förutom arbetspensionssystemet och rehabiliteringsenheternas verksamhet, även andra aktörer som deltog i rehabiliteringsnätverket. Företagshälsovårdens andel visade sig vara viktig.

Projektet för ett nätverk för utvärdering av rehabiliteringen och arbetsförmågan (KUTVE) genomfördes 2000-2002. Målet med projektet var att tidigarelägga upptäckten av behovet av yrkesinriktad rehabilitering i företagshälsovården, effektivisera och för-snabba undersökningar i anslutning till utredningen av olika rehabiliteringsmöjligheter samt att skapa metoder för en bedömning av funktionsförmågan. Som en del av projektet

har man bl.a. ordnat utbildning för över 900 yrkespersoner inom företagshälsovården samt utvecklat metoder för en bedömning av funktionsförmågan hos vissa sjukdomsgrupper. Ett viktigt delprojekt har varit att skapa ett gemensamt kvalitetssystem för sådana som beställer och producerar yrkesinriktad rehabilitering.

Utgående från arbetet inom ramen för KUTVE projektet inleds våren 2002 ett *Service nätverk för rehabilitering till arbete*. Avsikten med nätverket är bl.a. att förbättra samarbetet i anslutning till sådan yrkesinriktad rehabilitering som stöds av socialförsäkringen samt att skapa nya yrkesinriktade rehabiliteringstjänster som riktar sig till arbetslivet.

Folkpensionsanstaltens åtgärder

Folkpensionsanstalten genomförde 1998-2001 projektet *Arbetsförmåga genom samarbete*, som syftade till att utveckla den kundbetjäning och det samarbete som stöder främjandet av arbetsförmågan. Vid sidan av utbildningsfrågor omfattade projektet element som avsåg att utveckla Folkpensionsanstaltens kundbetjäning, samarbete och verksamhetsmodeller. Inom Folkpensionsanstaltens försäkringsdistrikt genomfördes drygt 80 försöksprojekt. Centrala utomstående samsamarbetsaktörer var i detta sammanhang den kommunala hälso- och sjukvården samt företagshälsovården. De lokala samsamarbetsgrupperna för kundbetjäningen inom rehabiliteringen var likaså viktiga samsamarbetsaktörer i samband med projektet.

I Folkpensionsanstalten har man beslutat om fortsatta åtgärder med anledning av projektet; målet är att i Folkpensionsanstaltens serviceverksamhet integrera en kundcentrerad verksamhetsmodell som är ägnad att främja arbetsförmågan. De fortsatta åtgärderna vidtas under åren 2001-2004 i samarbete mellan centralförvaltningen, kretscentralerna och försäkringsdistrikten.

Folkpensionsanstalten deltar också i det utbildningsprojekt som arbetsmarknadsorganisationerna och arbetspensionsanstalterna har inlett.

I Folkpensionsanstalten fortsätter man att utveckla ASLAK[®]-verksamheten, dvs. den

yrkesorienterade medicinska rehabiliteringen. ASLAK[®]-rehabiliteringen, som avser att i ett tidigt skede stödja klienterna så att de orkar i sitt arbete, anordnas i samarbete med arbetsplatserna och deras företagshälsovård samt med serviceproducenterna. Målet är att stärka det samband som hänför sig till arbetet. De problem som gäller klienternas förmåga att orka i arbetet utreds och tolkas utgående från förändringarna i arbetet och de därmed förknippade problemen gällande arbetsförmågan. Man försöker finna lösningar genom att kombinera utvecklandet av arbetet med individuella yrkesorienterade rehabiliterings- och utvecklingsplaner.

Vid utvecklandet av den träning som avser att upprätthålla och förbättra arbetsförmågan, den s.k. Tyk-rehabiliteringen, betonas stärkandet av sambandet till arbetet. Tyk-rehabiliteringen är i första hand avsedd för äldre arbetstagare som har varit länge i arbetslivet.

7.2. Sysselsättandet av handikappade och personer med funktionsnedsättning

I VATES-stiftelsen, som arbetar med att främja sysselsättandet av handikappade och personer med funktionsnedsättning, har man under de tre senaste åren undersökt den ekonomiska effekten av sysselsättande samt dess fördelar och kostnader för den offentliga ekonomin.

De i början av 2002 publicerade forskningsresultaten visar att den sysselsättningsverksamhet som anordnats enkom för handikappade och personer med funktionsnedsättning är lönsam för hela den offentliga sektorn. Inom ramen för sysselsättningsenheterna och –projekten har man åstadkommit avsevärda kostnadsbesparingar i form av bl.a. minskad användning av socialtrygghetsförmåner och olika slag av social- och hälsovårdsservice. Sysselsättandet har också konsekvenser som bidrar till att förbättra livskvaliteten.

Undersökningen visar att i genomsnitt 80 % av den offentliga subventioneringen av arbetscentraler och sociala företag återgår direkt till samhället i form av skatter och socialförsäkringsavgifter. Fördelarna och kostna

derna fördelar sig dock ojämnt mellan aktörerna inom den offentliga sektorn. Kommunerna står för de direkta kostnaderna när det gäller sysselsättningsverksamheten, men vid sidan av kommunerna drar också staten nytta av verksamheten.

Rehabiliteringen av handikappade unga

I Finland har det varit vanligt att kroniskt sjuka eller handikappade unga blir direkt invalidpensionerade när de är 16 år, förutsatt att de uppfyller villkoren för beviljande av invalidpension.

Genom en lagändring som trädde i kraft vid ingången av augusti 1999 blev den yrkesinriktade rehabiliteringen primär i förhållande till invalidpensionen. Invalidpension kan beviljas en person under 18 år först efter det att hans eller hennes möjligheter till yrkesinriktad rehabilitering har utretts. För säkerställande av den yrkesinriktade rehabiliteringen betalas en särskild rehabiliteringspenning till den unga personen. Ett villkor för detta förfarande är att hemkommunen tillsammans med den unga personen, hans eller hennes förmyndare och andra experter har gjort upp en personlig studie- och rehabiliteringsplan för personen i fråga. Utöver rehabiliteringspenningen kan den unga personen få handikappbidrag och allmänt bostadsbidrag, förutsatt att villkoren för beviljande av dessa förmåner uppfylls.

Under åren 1999-2001 utbetalades rehabiliteringspenning till drygt 2000 unga personer. Bland dessa utgjorde de unga utvecklingsstörda den största kategorin. Orsaken till ett handikapp kan också vara varierande medfödda missbildningar och neurologiska sjukdomar, bl.a. CP-skador.

Sedan lagen ändrades har antalet nya invalidpensioner och rehabiliteringsstöd till personer under 18 år minskat väsentligt. År 2000 betalades till 16-åringar och 17-åringar ut sammanlagt 3,2 miljoner euro (19 miljoner mark) i invalidpensioner, vilket är hälften mindre än 1998. År 2000 användes för invalidpensioner och för rehabiliteringspenning och handikappbidrag till unga personer sammanlagt 7,1 miljoner euro (42 miljoner mark), dvs. lika mycket som före lagändringen användes för invalidpensioner och handi-

kappbidrag. Reformen har således genomförts i enlighet med det uppställda målen: den har på ett kostnadsneutralt sätt utökat de aktiverande alternativen.

Lagstiftning som främjar sysselsättandet av handikappade och personer med funktionsnedsättning

Ny lagstiftning som främjar sysselsättandet av handikappade och personer med funktionsnedsättning träder i kraft den 1 april 2002. Genom lagändringen revideras bestämmelserna om skyddat arbete och arbetsverksamhet inom socialvården. I socialförsäkringslagstiftningen görs dessutom vissa ändringar som skall förbättra möjligheterna att sysselsätta handikappade och personer med funktionsnedsättning.

Genom en ändring av socialvårdslagen (68/2002) utökas verksamheten i sysselsättnings syfte för handikappade och arbetsverksamheten för handikappade.

Det är socialvården uppgift att anordna arbete och särskilda stödåtgärder i sysselsättnings syfte för handikappade personer som på grund av handikapp, sjukdom eller någon annan motsvarande orsak har svårigheter att på egen hand klara de funktioner som hör till det dagliga livet och för vilka de sedvanliga arbetskraftstjänsterna och arbetskraftspolitiska åtgärderna inte räcker till med tanke på sysselsättning.

Med begreppet annan arbetsverksamhet för handikappade avses närmast verksamhet i syfte att bevara och främja en persons funktionsförmåga. Arbetsverksamhet anordnas för personer vilkas arbetsförmåga på grund av handikapp har nedgått så, att de inte har förutsättningar att delta i eller söka sig till sedvanligt arbete.

I och med den ändring av folkpensionslagen (70/2002) som gäller lämnandet av invaliditetspension vilande kommer reglerna att fungera bättre, eftersom bl.a. den inkomstgräns efter vilken pensionen lämnas vilande kommer att preciseras. För säkerställande av yrkesinriktad rehabilitering förlängs samtidigt betalningsperioden när det gäller rehabiliteringspenning till unga personer till utgången av den månad under vilken mottagaren fyller 20 år (ändring av lagen om rehabi-

literationspenning, 72/2002). Å andra sidan beviljas en person under 20 år inte invaliditetspension innan hans eller hennes rätt till rehabiliteringspenning har upphört. Dessutom ändras sjukförsäkringslagen (73/2002) så, att en sådan arbetstagare med handikapp eller funktionsnedsättning som uppbär invaliditetspension med stöd av folkpensionslagen kan få sjukdagpenning om han eller hon insjuknar.

Till lagpaketet hör dessutom en ändring av sysselsättningslagen (74/2002). Enligt 16 § 2 mom. sysselsättningslagen skall sysselsättningsanslagen särskilt inriktas på sysselsättning av unga, långtidsarbetslösa och handikappade.

7.3. Rehabiliteringen av långtidsarbetslösa

Sedan mitten av 1990-talet har man med hjälp av en aktiv socialpolitik gjort stora satsningar för att bekämpa långtidsarbetslösheten.

Rehabiliteringen av äldre långtidsarbetslösa

År 1996 inledde arbetsförvaltningen, Folkpensionsanstalten, social- och hälsovården ett gemensamt projekt för utredning av de äldre långtidsarbetslösas servicebehov, det s.k. IP-projektet. Syftet med projektet var att i fråga om de 50-58-åriga äldre långtidsarbetslösa effektivisera arbetskraftsservicen, utbildningen, rehabiliteringen samt bedömningen av arbetsförmågan. Avsikten var också att utreda olika pensionsalternativ och att producera information om de äldres långtidsarbetslöshet.

Inom ramen för IP-projektets försöksstadium 1996-1997 bedömdes resultatet av verksamhetsprogrammet. Enligt resultaten var förändringarna i deltagarnas ställning på arbetsmarknaden och i deras sysselsättningsförutsättningar relativt små. Sysselsättandet lyckades bäst i fråga om de personer under 55 år som uppburit inkomstrelaterat utkomstskydd för arbetslösa.

De långtidsarbetslösa som deltog i projektet var relativt nöjda med den service och de förmåner som de fått, även om deltagarna ansåg att servicen och förmånerna inte hade

haft någon större nytta eller effekt för dem personligen.

För ca 15 % av dem som deltog i utredningen anordnades olika rehabiliteringsåtgärder, bl.a. utredningar av rehabiliteringsbehovet, rehabiliteringsundersökningar och egentliga rehabiliteringsperioder. De som genomgått rehabilitering placerade sig oftare än de andra utanför arbetskraften eller blev invalidpensionerade eller sjukskrivna. Den största nyttan av rehabiliteringsåtgärder hade dels de personer som var i relativt gott skick, och vilkas återgång till arbetslivet kunde främjas med hjälp av rehabilitering, och dels de personer som till följd av rehabiliteringsutredningarna och -undersökningarna blev invalidpensionerade.

Sedan 2001 har Folkpensionsanstaltens IP-rehabilitering anordnats endast för 50-54-åringar. Rehabiliteringen har i första hand bestått av kurser som planerats enkom för långtidsarbetslösa.

De äldres sysselsättningssituation har i praktiken förbättrats i rask takt. I slutet av 2001 var redan 64 % av 55-59-åringarna i arbete; tre år tidigare var bara ca hälften av dem i arbete. Både arbetslösheten och pensioneringen på heltid har minskat. Också 60-64-åringarna är i arbete i större utsträckning än förut.

Den positiva utvecklingen beror framför allt på att de personer som är i åldern för den s.k. pensionsslussen numera i allt högre grad har fortsatt att förvärvsarbeta. De som blivit arbetslösa och som är över 55 år har däremot fortfarande mycket svårt att på nytt placera sig i arbetslivet.

Arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte

Lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte trädde i kraft den 1 september 2001. Lagen förpliktar kommunerna och arbetskraftsbyråerna att i samarbete utarbeta en individuell aktiverings- och serviceplan för varje klient. Dessutom förpliktar lagen kommunerna att anordna arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte för kommuninvånare som länge har varit arbetslösa och som uppbär arbetsmarknadsstöd eller utkomststöd.

Arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte skall anordnas för en arbetslös person då det

enligt Arbetskraftsbyråns bedömning inte går att erbjuda den arbetslösa ett arbete eller sysselsättningsfrämjande åtgärder som tillhandahålls av Arbetsförvaltningen. Arbetsverksamheten i rehabiliteringssyfte skräddarsys enligt klientens behov så, att den främjar klientens livskompetens och inträde på arbetsmarknaden. En person som inte har fyllt 25 år är skyldig att delta i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte, om sådan verksamhet ingår i aktiveringsplanen.

Hösten 2001 började aktiveringsplaner för långtidsarbetslösa klienter göras upp. Enligt Folkpensionsanstaltens uppgifter fanns det då ca 70 000 personer som uppfyllde villkoren för utarbetande av en aktiveringsplan.

Försöksprojekt gällande en aktiv socialpolitik

Som stöd för arbetsverksamheten i rehabiliteringssyfte genomförs två nya försöksprojekt. Det ena hänför sig till 15-17-åriga unga och det andra till långtidsarbetslösa som har fyllt 45 år. Folkpensionsanstalten svara för genomförandet av projekten i samarbete med Arbetskraftsförvaltningen samt utbildnings- ungdoms- och social- och hälsovårdsmyndigheterna. Projekten styrs av en ledningsgrupp vid social- och hälsovårdsministeriet. Försöken genomförs under åren 2001-2003 och avsikten är att sammanlagt 6,7 miljoner euro (40 miljoner mark) skall användas för dem.

Det förstnämnda försöksprojektet gäller sådana unga som har avbrutit sin skolgång i grundskolan eller sina yrkesinriktade studier eller som av någon annan orsak löper stor risk att bli utslagna. Syftet med försöket är att förebygga utslagning och att s.a.s. bryta den onda cirkeln. De unga skall i stället ges möjlighet att utnyttja sina egna resurser.

Försöket omfattar sammanlagt 18 projekt, varav åtta startade i slutet av 2001 och tio inleddes i början av 2002.

Det andra projektet gällande en aktiv socialpolitik hänför sig till sådana medelålders personer i åldern 45-49 som har varit arbetslösa i över ett års tid (i praktiken 2-3 år) och vilkas arbetsförmåga bedöms vara hotad. Samma personer hotas också av allvarlig utslagning. Många faktorer ökar också risken

för utslagning: bl.a. fattigdom, bostadslöshet, lindrig sjukdom, brist på utbildning, personliga kriser, användning av rusmedel och brottslighet. Till försöket väljs inte personer som antas vara berättigade till pension.

Syftet med försöket är att höja deltagarnas beredskap att delta i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte eller i Arbetskraftspolitiska åtgärder. Avsikten kan också vara att stödja återinträde på arbetsmarknaden och sysselsättning på lång sikt. I fråga om en del personer kan målet vara att förbättra den individuella livskompetensen.

Avsikten med de båda försöken är att skapa samarbetsmodeller där rehabiliteringsklienten, de lokala aktörerna samt Folkpensionsanstalten och serviceproducenterna agerar aktivt tillsammans. Dessutom utreds behoven av ändringar när det gäller verksamheten, finansieringen och lagstiftningen.

Utredande av de långtidsarbetslösas förutsättningar att gå i pension

I samband med behandlingen av statsbudgeten för 2001 förutsatte riksdagen att regeringen inleder ett riksomfattande projekt för utredande av de långtidsarbetslösas förutsättningar att gå i pension. Riksdagen anvisade Arbetsförvaltningen 10 miljoner mark för detta ändamål.

Arbetskraftsbyråerna utredde år 2001 pensioneringsförutsättningarna för mer än 3000 långtidsarbetslösa klienter. Bland dessa klienter fanns många personer över 45 år som hade stått utanför arbetslivet i årtal. Många av dem hade, trots ett flertal olika sjukdomar, inte använt sig av servicen inom primärvården. Klienterna led av framför allt svåra och långvariga missbruksproblem och psykiska problem; utredandet av problemen krävde neurologisk och psykiatrisk sakkunskap. Många klienter hade också allvarliga kroniska problem i stöd- och rörelseorganen samt sådana svåra utvecklings- och inlärningsstörningar som i många fall inte hade identifierats tidigare. En stor del av de undersökta klienterna konstaterades vara arbetsoförmögna. Många av dem har uppburit dagpenning från sjukförsäkringen. Inemot 500 personer i gruppen har redan sökt pension.

För en uppföljning av utredningsprojektet

har arbetsministeriet för år 2002 delat ut 1,7 miljoner euro (ca 10 miljoner mark) till arbetskrafts- och näringscentralernas arbetskraftsbyråer. Syftet är att samarbetet mellan arbetsförvaltningen, kommunernas socialvård och hälso- och sjukvård samt anstalterna för rehabiliteringsundersökningar skall intensifieras på lokalnivå. Arbetskraftsbyråerna kan också anvisa anslag för införande av någon form av sam tjänstkontor för arbetsförvaltningen, kommunerna och Folkpensionsanstalten.

Den översikt av effekterna av rehabilitering som bifogas föreliggande redogörelse visar att rehabiliteringen påverkar framför allt klarläggandet av den långtidsarbetslösa livssituation. Efter rehabiliteringen upphör arbetslösheten i regel och övergår i antingen sysselsättning, utbildning eller någon form av pensionering. De undersökningar som gjorts pekar, i likhet med resultaten från utredningar om servicebehovet och olika försök, på att målen för rehabiliteringen måste läggas på en realistisk nivå. Alla de personer som blivit utslagna ur sitt arbete kan inte rehabiliteras till arbetslivet. Genom stödåtgärder har man kunnat påverka framför allt sysselsättandet av unga och förebyggandet av att de unga slås ut.

7.4. Rehabiliteringen av rusmedelsmissbrukare

Internationella undersökningar visar att rehabiliteringen av rusmedelsmissbrukare har effekter, oberoende av om saken granskas utifrån det individuella rehabiliteringsperspektivet, folkhälsoperspektivet eller kostnadseffektiviteten. Även om det inte är problemfritt att generalisera olika undersökningar, kan man dock anse det klarlagt att volymen av den service och rehabilitering som ges rusmedelsmissbrukare står i positivt samband med det minskade antalet alkoholrelaterade sjukdomar, den minskade dödlighet samt de reducerade kostnaderna för hälso- och sjukvården.

Vid genomförandet av det nationella alkoholprogrammet har förebyggandet och åtgärdandet av alkoholproblem granskats dels på basis av de åtgärder, den upplysning och information som riktats till hela befolkningen,

dels ur de speciella klientgruppernas perspektiv. De speciella åtgärderna inriktas å ena sidan på storkonsumenter och riskkonsumenter och, å andra sidan, på de personer som lider av rusmedelsberoende eller av sociala, fysiska eller psykiska problem som är relaterade till detta beroende. Till social- och hälsovårdsservicen söker sig på årsnivå uppskattningsvis sammanlagt 60 000 - 80 000 klienter för att få hjälp med sina rusmedelsproblem. Ca 15 % av dessa klienter använder droger, medan ca en tredjedel av klienterna är blandmissbrukare som använder alkohol, läkemedel och/eller droger. Bland klienterna med rusmedelsproblem är emellertid två av tre enbart alkoholberoende.

Rehabiliteringen av rusmedelsmissbrukare anordnas i enlighet med lagen om missbrukarvård i första hand inom ramen för den allmänna servicen inom social- och hälsovården. Vid behov anvisas klienten särskild service inom missbrukarvården. Det är vanligt att klienternas individuella rehabilitering är en kombination av service inom social- och hälsovården, öppenvård och/eller anstaltsvård samt särskild för missbrukarvården avsedd service.

När målen för och resultaten av rehabiliteringen av rusmedelsmissbrukare bedöms är det viktigt att granska de olika vårdprogrammets inverkan på drogberoendet och de därmed förknippade följderna. Enligt internationell måttstock är vårdresultatet bra om 10-15 % av klienterna ett år efter vårdperioden inte har återgått till att missbruka rusmedel. Omkring dubbelt flera klienter, enligt vissa undersökningar upp till 80 %, lyckas dock reducera sitt missbruk. Genom reducerat drickande kan avsevärda fördelar uppnås både när det gäller hälsan och olika sociala aspekter. Beträffande drogberoende personer kan effekterna av rehabilitering bedömas också på grundval av t.ex. minskat riskbeteende och minskad brottslighet.

Användningen av rusmedel har på 1990-talet blivit mera mångfasetterad i takt med den ökade användningen av narkotika och det ökade blandmissbruket. Samtidigt har vårdsystemet blivit i viss mån selektivare, vilket innebär att tillgången till vård har försämrats i fråga om framför allt de klienter med rusmedelsproblem som har det allra

sämst ställt. Vård systemet har försökt åstadkomma besparingar i speciellt kostnaderna för anstaltsrehabiliteringen. Eftersom primärvårdens förutsättningar att ta hand om kommuninvånarnas rusmedelsproblem inte ökat, har en allt större andel av dessa problemen i slutet av 1990-talet åtgärdats på sjukhusväsandets, framför allt mentalsjukhusens, bäddavdelningar.

7.5. Den psykiska rehabiliteringen

När det gäller orsakerna till arbetsförmåga har den andel som de psykiska störningarna står för ökat markant. Det ökade antalet pensioneringar beror i huvudsak på olika grader av symptom som hänför sig till depressioner och utbrändhet. Frekvensen av psykiska störningar accentueras i de yngre åldersgrupperna. I fråga om invalidpensioner som beviljas personer under 55 år grundar sig över hälften på psykiska störningar.

Inom den psykiska rehabiliteringen har psykoterapi ofta ansetts vara den centrala metoden. Psykoterapi är en viktig vård- och rehabiliteringsform, och många klienter har stort utbyte av terapiprocessen. En intensiv individualterapi utan koppling till annan verksamhet som främjar funktionsförmågan och det sociala samspelet är i allmänhet dock alltför snäv när det gäller att lösa varierande problem i anslutning till klientens livssituation. Det väsentliga är att psykoterapi inriktas rätt och att den kopplas till den övriga rehabiliteringen.

Enligt bedömningen av effekterna av psykiatrisk rehabilitering har en intensifierad öppenvård som baserar sig på ett mångprofessionellt grupparbete och på patientrådgivning större effekt än förfarandet inom den sedvanliga öppenvården. Träning av sociala färdigheter har positiva verkningar när det gäller sysselsättandet av personer som lider av svåra psykiska störningar samt i fråga om dessa personers möjligheter att klara sig i arbetet och att hantera sociala kontakter. Enligt effektutredningen gällande rehabilitering har det också visat sig att ett direkt understött sysselsättande leder till klart bättre resultat än arbetsträning och arbetspraktik.

Beträffande psykoterapi pågår för närvarande en omfattande finländsk effektutred-

ning, där man kartlägger effekterna av långtidsterapi och korttidsterapi samt tar reda på hur varaktiga resultaten av vården är. De första rapporterna blir klara 2003, fullständigare uppgifter finns att tillgå 2006.

Situationen i fråga om den psykiska rehabiliteringen har utretts inom det omfattande projektet "Ett meningsfullt liv" och inom den expertgrupp för ovan nämnda rehabilitering som finns inom delegationen för rehabiliteringsärenden. Servicefältet är mycket vidsträckt. De servicesystem som kommunerna, samkommunerna och sjukvårdsdistrikten har bildat med tanke på vården och rehabiliteringen av klienter med psykiska störningar är olika i olika delar av Finland. De olika formerna av psykiatrisk rehabiliteringsverksamhet varierar likaså innehållsmässigt. Resurserna är inte heller desamma överallt.

Folkpensionsanstaltens andel av rehabiliteringen av personer med psykiska störningar har ökat kontinuerligt. År 2000 fick var femte av Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsklienter, dvs. ca 15 000 personer, rehabilitering till följd av psykiska störningar. Av dessa klienter var ca 3 000 i yrkesinriktad rehabilitering, ca 2 700 i medicinsk rehabilitering för svårt handikappade och ca 9 200 i rehabilitering enligt prövning. I fråga om rehabiliteringen enligt prövning bestod största delen individualterapi. Tre fjärdedelar av psykoterapi i hela landet finansieras av Folkpensionsanstalten.

Inom den psykiska rehabiliteringen finns det mycket verksamhet som bedrivs av olika organisationer, föreningar och privata serviceproducenter, vilka i sin tur ofta samarbetar med kommunerna, sjukvårdsdistrikten och Folkpensionsanstalten. Många projekt har visat sig vara nödvändiga och utvecklingsbara. Problemet med de tidsbegränsade projekten är dock ofta att de saknar kontinuitet, att de är kortsiktiga, att de personer som arbetar med ett projekt alternerar för ofta medan projektet pågår och att servicefältet är osammanhängande.

Den psykiatriska rehabiliteringen av barn och unga

Under åren 2000 och 2001 beviljades Folkpensionsanstalten sammanlagt 6,7 mil

joner euro (40 miljoner mark) för ett försöksprojekt som gäller den psykiatriska rehabiliteringen av barn och unga. Medlen har använts för familje-, grupp- och individualterapi i fråga om barn och unga i åldern 5-25 år samt för musik- och bildkonstterapi och varierande utvecklingsprojekt på olika håll i landet.

Ca 60 % av anslaget har använts för genomförande av terapier och för sådana handlednings- och stödbesök hos föräldrarna som är nära förknippade med terapin. Under år 2000 anordnades terapier för sammanlagt 265 barn eller unga. Av terapiklienterna var nästan hälften från södra Finland, vilket delvis beror på att tillgången till terapitjänst är koncentrerad till detta område.

En del av anslaget används också för riksomfattande och regionala specialprojekt riktade till barn och unga samt deras familjer. De understödda projekten är till sin karaktär familjerehabilitering i anstaltsmiljö eller i någon öppen form – de kan också vara en kombination av båda dessa. Projekten omfattar också nya och experimenterande aktiviteter.

År 2000 inleddes elva separata familjerehabiliteringsprojekt, och de flesta av dem pågår fortfarande. Under det första året deltog sammanlagt 94 barn eller unga i dessa projekt. Vid utgången av september 2001 hade 21 projekt godkänts. I dessa projekt deltar drygt 380 rehabiliteringsklienter.

Utöver den psykiska rehabilitering som Folkpensionsanstalten finansierar har under de senaste åren i statsbudgeten reserverats ett särskilt anslag för mentalvårdsservice avseende barn och unga. I statsbudgeten för 2000 uppgick detta anslag till 11,8 miljoner euro (70 miljoner mark), år 2001 var anslaget 7,6 miljoner euro (45 miljoner mark) och i budgeten för 2002 är anslaget 3,2 miljoner euro (19 miljoner mark).

7.6. Rehabiliteringen av den äldre befolkningen

Social- och hälsovården i kommunerna bär det huvudsakliga ansvaret för upprätthållandet av de äldres funktionsförmåga och för rehabiliteringen av de äldre. Rehabiliteringen är en del av vården och den övriga servicen

när det gäller den äldre befolkningen.

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund publicerade 2001 en kvalitetsrekommendation om vård och tjänster för äldre. Enligt rekommendationen skall varje kommun göra upp en äldrepolitisk strategi och ett sådant utvecklingsprogram för servicestrukturen som grundar sig på de lokala behoven och resurserna. Det rehabiliterande arbetsmomentet borde tas i bruk i all vård- och serviceverksamhet som gäller den äldre befolkningen. Finlands Kommunförbund har med stöd av finansiering från social- och hälsovårdsministeriet startat ett projekt som gäller förebyggande hembesök; projektet sträcker sig över perioden 2001-2003. Vid hembesöken bedöms de äldres funktionsförmåga och möjligheter att klara sig samt deras bostadsförhållanden och servicebehov. På basis härav uppgörs vid behov en vård- och serviceplan som också inkluderar rehabilitering.

De patienter som till följd av en akut inre medicinsk eller kirurgisk sjukdom har tagits in på sjukhus har nytta av aktiv, geriatrisk rehabilitering. I jämförelse med dem som fått sedvanlig vård återfår de rehabiliterade patienterna snabbare sin funktionsförmåga under vårdtiden på sjukhuset. Likaså minskar risken för övergång till långvarig anstaltsvård.

I synnerhet de åldringar som haft ett slag-anfall har utbyte av vård och rehabilitering. Resultatet påverkas av de anställdas kunskaper och intresse, det mångprofessionella samarbetet och de anhörigas medverkan i rehabiliteringsprocessen. De hemvårdspatienter som är i gott skick förefaller inte att ha utbyte av geriatrisk sjukhusrehabilitering. Rehabiliteringen är effektiv i sådana fall där målet är realistiskt och den ålderstigna patienten inte är alltför sjuk.

Rehabiliteringen av frontveteraner och krigsinvalidier utgör en betydelsefull tilläggsresurs när det gäller rehabiliteringen av den äldre befolkningen. År 2000 rehabiliterades över 60 000 personer, varav ca hälften var krigsinvalidier eller makar eller efterlevande till dem. Den andra hälften bestod av frontveteraner. Rehabiliteringen anordnas i huvudsak vid rehabiliteringsanstalter.

Inom ramen för ett kvalitetsprojekt gällande veteranrehabiliteringen kartlades 1995 ca

5 000 veteraners uppfattning om effekterna av rehabiliteringen. Utredningen omfattade sammanlagt 41 rehabiliteringsanstalter. Nästan två tredjedelar av veteranerna uppgav att de haft mindre värk, medan hälften av de tillfrågade sade att deras hälsotillstånd och humör förbättrats. Minst en tredjedel av veteranerna sade att de nu har lättare att gå och att det dagliga livet hemma löper bättre. Någon jämförande undersökning angående effekten av veteranrehabiliteringen har inte gjorts.

Antalet veteraner som rehabiliteras kommer inte att sjunka väsentligt fram till år 2005. När antalet veteraner minskar, får allt flera veteraner möjlighet till mer regelbunden rehabilitering. När veteranerna åldras måste de tidigare verksamhetsmodellerna och den tidigare servicestrukturen utvecklas i riktning mot öppenrehabilitering. Tyngdpunkten för servicen förskjuts alltmer till hemmen och öppenvården. Målet är att den återstående funktionsförmågan skall bevaras, så att veteranerna klarar av de dagliga sysslorna på egen hand. Samarbetet mellan veteranrehabiliteringen och kommunernas åldringsvård borde vara intensivare än vad som idag är fallet.

Enligt en arbetsgrupp som 2000 utredde den framtida användningen av krigsinvalidernas anstalter bör dessa anstalter fortsätta att sköta sina grundläggande uppgifter så länge som möjligt. Sjuk- och brödrahemmen har inrättats för att handha rehabiliteringen och vården av framför allt krigsinvaliderna och frontveteranerna. Sjuk- och brödrahemmen är självständiga juridiska enheter, och därför bör den planering och de lösningar som gäller hemmens framtid göras inom anstalternas egna organ. Det mångsidiga kunskande som inhämtats genom rehabiliteringen och vården av äldre personer i krigsinvalidernas anstalter måste utnyttjas i den övriga äldreomsorgen.

Arbetsgruppen föreslår att man särskilt bör överväga om rätten till anstaltsvård enligt lagen om skada, ådragen i militärtjänst kan utsträckas att gälla också lindrigt handikappade, dvs. krigsinvalider med en invaliditetsprocent på 10-25, samt, i ett senare skede, också veteraner samt krigsinvalidernas och veteranernas makar och efterlevande makar.

Folkpensionsanstalten genomförde 2000-

2001 *Utvecklings- och försöksprojektet gällande geriatrisk rehabilitering*. Syftet med projektet var att utveckla fungerande lokala samarbetsmodeller för de äldre och deras närmaste krets, Folkpensionsanstalten, serviceproducenterna, social- och hälsovården samt frivilligorganisationerna. Projektet utmynnar i en slutrapport våren 2002.

År 2002 inleds veteran- och äldreorganisationernas gemensamma utvecklingsprojekt gällande geriatrisk rehabilitering för åren 2002-2005. Projektet koordineras av Centralförbundet för de gamlas väl och det finansieras med intäkter från Penningautomatföreningen. Inom ramen för projektet genomförs delprojekt som gäller problem i anslutning till äldres ensamhet, situationen för de äldres närstående vårdare, organisationens stöd i frågor där vården, servicen och rehabiliteringen korsar varandra samt upprätthållande av konditionen på egen hand och rekreativ verksamhet. Målet är att skapa en grund för uppgörande av ett *Rehabiliteringsprogram för äldre*.

Motionen är av stor betydelse när det gäller att bevara de äldres hälsa och funktionsförmåga. Statsrådet kommer våren 2002 att fatta ett principbeslut om hälsofrämjande motion. En central målgrupp i detta sammanhang är den äldre befolkningen. Med hjälp av hälsofrämjande motion kan människor trots tilltagande ålder bevara sin hälsa och funktionsförmåga, leva ett självständigt liv, uppleva livskvalitet och känna att de medverkar på ett fullödigt sätt. Den äldre befolkningens behov av motion – både instruerad motion och vardagsmotion - kommer att beaktas i högre grad. Bl.a. föreslås att motionsmöjligheterna i anstalterna och servicebostäderna förbättras och att kvalitetskriterier för den instruerade hälsotionen görs upp. Dessutom föreslås riksomfattande utbildningsprogram och, med tanke på de personer som närmar sig pensionsåldern, ett nationellt program om hur dessa personer skall stödjas för att orka i arbetet och förberedas inför sin pensionering.

8. Linjer för utvecklande av rehabiliteringen

Under de närmaste åren kommer efterfrågan på rehabilitering att öka kontinuerligt.

Om de stora årsklasserna fortsätter att förvärvsarbeta så länge som möjligt, leder detta till ett ökat behov av åtgärder som upprätthåller arbetsförmågan. Den äldre befolkningen behöver service och rehabilitering som stödjer möjligheterna att klara sig på egen hand.

Rehabiliteringen kommer fortfarande att stå inför ett antal centrala utmaningar: den åldrande arbetskraften, de långtidsarbetslösa, unga personer som löper risk att bli utslagna samt de svårt handikappade i alla åldrar och den åldrande befolkningen. Andelarna i fråga om dessa befolkningsgrupper minskar inte under de närmaste åren. Om metoderna fokuseras rätt och om verksamheten är resultatrik kan rehabiliteringen förbättra individens livskvalitet, samtidigt som kostnaderna för annan service och social trygghet kan reduceras.

Bevarandet av arbetsförmågan för dem som är i arbetslivet utvecklas i likhet med rehabiliteringen parallellt med den arbetspensionslagstiftning som är avsedd att främja individens förutsättningar att orka i arbetet. Den nya lagen om företagshälsovård ger företagshälsovården möjlighet att mera än förut rikta in sig på att främja de anställdas arbetsförmåga och att på arbetsplatsen bedriva verksamhet som upprätthåller de anställdas arbetsförmåga. Att identifiera tecknen på hotande arbetsoförmåga och att utreda rehabiliteringsbehovet kommer att vara den stora utmaningen för samarbetet mellan företagshälsovården, den allmänna hälso- och sjukvården, socialförsäkringen och arbetskraftsförvaltningen.

De senaste årens försöksprojekt visar att man med hjälp av utbildning, rehabilitering och genom inläring i såväl arbetet som det praktiska livet kan förbättra livskompetensen för människor som löper risk för utslagning. Detta kräver dock nya metoder och arbetsgrepp. Framför allt gäller det att utgå ifrån rehabiliteringsklientens livssituation och behov och att försöka finna verksamhetsmodeller som känns meningsfulla på det individuella planet.

Forskningsrönen om resultaten av rehabiliteringen av människor med psykiska problem eller rusmedelsproblem uppmuntrar till att också i Finland ta i allmänt bruk sådana

metoder som har visat sig positiva på annat håll. Uppgifterna om de goda resultaten av direkt understött sysselsättande är så övertygande att metoden kan införas i större skala när det gäller att sysselsätta personer med funktionsnedsättning och handikapp samt sådana långtidsarbetslösa som är svåra att sysselsätta.

I alla pågående projekt för utvecklande av rehabiliteringen accentueras behovet av att skapa nätverk för de lokala aktörerna och att komma överens om gemensamma verksamhetsmodeller.

Bedömningen av effekterna av rehabiliteringen visade att de generella elementen i en resultatrik verksamhet är ett mångprofessionellt grepp, ett fungerande samarbete mellan de instanser som deltar i rehabiliteringen av en klient samt en förankring av rehabiliteringen i rehabiliteringsklientens miljö, närmaste krets och arbetsplats. Dessutom är det viktigt att rehabiliteringen inriktas på rätt sätt och inleds i god tid.

Regeringen presenterar följande linjedragningar med tanke på utvecklandet av rehabiliteringen under 2000-talets första år:

Klientens ställning förbättras och klient-samarbetet utvecklas

1. Lagen om rehabiliteringssamarbete revideras. I lagen betonas klientens medverkan och rehabiliteringens planmässighet. Rehabiliteringssamarbetsgrupperna förpliktas att ombesörja de lokala myndigheternas, inrättningarnas och samfundens samarbete. De skall också planera, främja och följa det allmänna genomförandet av rehabiliteringen. Bestämmelserna om förpliktelser gällande samarbete och information preciseras och befästs i olika lagar inom social- och hälsovården, arbetsförvaltningen och försäkringssektorn. Ett lagutkast sänds på remiss våren 2002. Avsikten är att lagen ges under loppet av 2002.
2. Tillämpningen av den nya lagen om klient-samarbete stöds. Genom utbildning och ekonomiskt stöd organiseras samarbetsgruppernas och samlagskommisionernas projekt, inom ramen för vilka

lokala och regionala samarbetsformer samt fungerande metoder utvecklas. Projektet genomförs i samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet, arbetsministeriet, Folkpensionsanstalten och arbetspensionsanstalterna samt organisationerna inom respektive regionalförvaltning. Projektet koordineras med övriga pågående nätverks- och utbildningsprojekt.

3. Erfarenheterna av och resultaten från det tvååriga försöket med gemensam service som arbetsförvaltningen, kommunerna och Folkpensionsanstalten inledde 2002 utnyttjas för utvecklande av samarbetet mellan de lokala myndigheterna, arbetsgivarna och den tredje sektorn.

Effekterna av rehabiliteringen utökas

4. De befintliga kunskaperna om effekterna av rehabiliteringen utnyttjas i det beslutsfattande som gäller rehabilitering. De metoder som har visat sig effektiva prioriteras i rehabiliteringsverksamheten på det praktiska planet. Rehabiliteringsmetoder som enligt utländska undersökningar har konstaterats vara effektiva tillämpas på förhållandena i Finland.
5. Kanaler skapas för en täckande användning av den information som finns tillgänglig om effekterna av rehabiliteringen. Man ser till att informationen beaktas i riksomfattande vård- och rehabiliteringsrekommendationer, regionala vårdprogram, beskrivningar om vårdkedjan, personalutbildning och läroböcker.
6. De som anordnar och finansierar rehabilitering följer systematiskt effekterna av rehabiliteringen och utvecklar metoder för uppföljningen. I den kontinuerliga uppföljningen av effektiviteten utnyttjas de tillgängliga datasystemen.
7. Informationen om effekterna av rehabiliteringen utökas och den tillgängliga informationen uppdateras. Rehabiliteringsystemets funktionsduglighet, effektiviteten i olika rehabiliteringsformer (t.ex. öppenrehabilitering och anstaltsrehabilitering) samt forskningen kring de eko-

nomiska verkningarna av rehabilitering utökas.

8. Före utgången av 2002 uppgörs ett program för utvecklande av forskningen kring rehabiliteringen. Programmet koordineras av delegationen för rehabiliteringsärenden. Inom ramen för programmet utreds hur finansieringen av forskningen kan stärkas.

Rehabiliteringsuppdraget inom hälso- och sjukvården effektiveras

9. De kommunala sjukhusen och hälsocentralerna har en central uppgift när det gäller att bedöma olika patient- och handikappgruppers rehabiliteringsbehov, att sätta igång rehabiliteringsprocessen samt att anordna och finansiera rehabiliteringen. De beslut som fattas och de planer som görs upp inom hälso- och sjukvården har också betydande kostnadseffekter i andra organisationer som anordnar rehabilitering.
Den kommunala hälso- och sjukvården anvisar tillräckliga anslag för skötseln av sitt eget rehabiliteringsuppdrag. Vid sjukhusen och hälsocentralerna satsar man i synnerhet på att göra upp genomförbara rehabiliteringsplaner och på att tillhandahålla hjälpmedelsservice och psykosocial rehabilitering. Betydelsen av den kommunala hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsuppdrag betonas i utvecklingsprojektet för den nationella hälso- och sjukvården.
10. De kunskaper som läkarna och den övriga personalen inom rehabiliteringssektorn har om rehabiliteringsmöjligheterna, rehabiliteringsmetoderna och effekterna av rehabilitering utökas med utnyttjande av alla tillgängliga utbildnings- och informationskanaler.
11. Den kommunala hälso- och sjukvårdens hjälpmedelsservice förenhetligas och utvecklas genom riksomfattande kvalitetsrekommendationer. Rekommendationerna ges 2003. Stakes effektiviserar den information om hjälpmedel som riktas till dem som bekostar hjälpmedel och dem som använder sådana. Kommunerna och

- de kommunala organisationerna utvecklar systemet för hjälpmedelsanskaffning
12. Ibrukttagandet och utnyttjandet av den nya teknologin effektivteras medan projektet *Främjande av åldringars och handikappades förmåga att klara sig på egen hand* (ITSE-projektet) pågår och på basis av erfarenheterna av det. Projektet inleddes 2001 och det pågår till 2004.

De förvärvsarbetandes arbetsförmåga upprätthålls

13. Med utgångspunkt i den nya lagen om företagshälsovård ges statsrådets principbeslut om utvecklingslinjerna inom företagshälsovården 2002. Ersättningsystemet inom företagshälsovården utvecklas på basis av den nya lagen om företagshälsovård. Vid utvecklandet av företagshälsovården och den verksamhet som avser att bevara arbetsförmågan (TYKY-verksamheten) samt vid utvecklandet av arbetarskyddsarbetet betonas framför allt främjandet av den mentala hälsan och det psykiska välbefinnandet. Regeringens proposition om en revidering av lagen om skydd i arbete avläts våren 2002.
14. Arbetsmarknadsparterna har kommit överens om att den rätt till yrkesinriktad rehabilitering som grundar sig på hot om arbetsoförmåga skall realiseras. Målet är att reformen träder i kraft vid ingången av 2004.
15. Arbetspensionsanstalterna genomför ett omfattande utbildningsprojekt inom ramen för vilket nya nätverk och verksamhetsmodeller skapas för samarbetet mellan företagshälsovården, arbetsplatserna och de instanser som anordnar rehabilitering. Projektet, som inleddes våren 2002, riktar sig framför allt till de anställda inom företagshälsovården. Också Folkpensionsanstalten medverkar i projektet.
16. Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsansvar betonas alltjämt när det gäller rehabiliteringen av personer i arbetsför ålder. FPA:s ansvar gäller i synnerhet anordnandet av ASLAK[®]-verksamhet och annan arbetsinriktad rehabilitering. I fråga

om den yrkesinriktade rehabiliteringen ligger FPA:s rehabiliteringsansvar framför allt i den träning som upprätthåller och förbättrar arbetsförmågan.

Personer med handikapp och funktionsnedsättning samt långtidsarbetslösa sysselsätts

17. Lagstiftning som främjar sysselsättandet av handikappade och personer med funktionsnedsättning träder i kraft den 1 april 2002. Till stöd för verkställigheten av bestämmelserna utvecklas nya sysselsättningsformer. Metoden med understött sysselsättande, dvs. användningen av arbetstränare på arbetsplatserna, befästs i det arbete för handikappade som socialvården ansvarar för. Arbetstränarna kan delta i arbetsförvaltningens treåriga jobbsökarexperiment och de kan på basis av en anbudstävling få finansiering ur anslagen för experimentet. Experimentet genomförs under perioden 2002-2004. Handikappade och personer med funktionsnedsättning får bättre möjligheter att bli sysselsatta med hjälp av arbetsförvaltningens stödåtgärder i och med att den ändring av sysselsättningslagen som träder i kraft den 1 april 2002 vid inriktaandet av sysselsättningsanslagen jämställer handikappade med unga och långtidsarbetslösa.
18. En arbetsgrupp som handels- och industriministeriet har tillsatt bereder våren 2002 förslag om främjande av sociala företag.
19. Satsningar görs framför allt i fråga om sysselsättandet av de unga åldersklasserna. Metoder som hänför sig till verkstäder och arbetsskolor samt de positiva resultaten av pågående försöksprojekt tas i bruk i större omfattning. Ett försöksprojekt avseende aktiv socialpolitik riktad till unga som riskerar att bli utslagna genomförs under perioden 2001-2003. Utifrån försöket utreds finansieringen av verksamheten och behovet av lagändringar.
20. Beträffande rehabiliteringen av långtidsarbetslösa fokuseras åtgärderna på de långtidsarbetslösa som kan antas ha den

största nyttan av rehabilitering. Rehabiliterings- och sysselsättningsåtgärderna skräddarsys på basis av klienternas individuella livssituation.

21. De svårt sysselsatta klienternas rehabiliterings- och sysselsättningsmöjligheter på den öppna arbetsmarknaden utökas med hjälp av sådana servicemodeller och sysselsättningsformer som grundar sig på samarbete mellan olika aktörer och företag på lokalnivå samt på tränings- och utbildningsprogram som skräddarsys med nära anknytning till arbetslivet.

Rehabiliteringen av rusmedelsmissbrukare

22. Inom vården av rusmedelsmissbrukare är det endast de största kommunerna som tillhandahåller olika former av specialservice. Det är alltjämt en utmaning att stödja basservicen inom social- och hälsovården så att dess förutsättningar att sköta personer med rusmedelsproblem förbättras.
23. Inom vården av rusmedelsmissbrukare utvecklas de olika formerna av mångprofessionell psykosocial rehabilitering och bedöms effekterna av dessa metoder.
24. De centrala frågorna inom rehabiliteringen av rusmedelsmissbrukare är utkomstskyddet under pågående rehabilitering och de arbetslösa rehabiliteringsklienternas rätt till rehabiliteringspenning. I social- och hälsovårdsministeriet bereds en utredning av ärendet genom ett försök som inleddes 2003.

Den psykiska rehabiliteringen

25. Den psykiska rehabiliteringens förankring i rehabiliteringsklienten samt rehabiliteringens arbetsgrepp och positiva metoder görs bekanta genom utvecklingsprojekt som gäller den psykiska hälsan, bl.a. projektet *Ett meningsfullt liv*, och genom kvalitetsrekommendationer som gäller öppenvård och rehabilitering inom mentalvårdsarbetet.
26. I arbetslivet tacklas problem som gäller den psykiska hälsan och inleddes de rehabiliterande åtgärderna på ett så tidigt stadium som möjligt. För en rehabiliter-

ingsklient som arbetar eller som återvänder till arbetet är stödet på arbetsplatsen viktigt. Likaså är det viktigt att rehabiliteringsklienten erbjuds flexibilitet på arbetsplatsen, t.ex. i form av möjlighet till deltidspensionering. I de utbildningsprojekt som riktar sig till de anställda inom företagshälsovården betonas arbetsplatsernas och företagshälsovårdens möjligheter att stödja personer som får psykisk rehabilitering.

27. Inom socialvården, arbetsförvaltningen och i den av Folkpensionsanstalten stödda yrkesinriktade rehabiliteringen tar man i bruk nya former av direkt sysselsättande och arbetsverksamhet, bl.a. understött sysselsättande, klubbhusverksamhet och olika typer av sociala företag. Den rehabilitering som främjar agerandet i det dagliga livet och de sociala färdigheterna kopplas till den yrkesinriktade utbildningen och sysselsättandet.
28. Genom samarbete på det lokala planet mellan den kommunala social- och hälsovården och den tredje sektorn utvecklas och utnyttjas den tillgängliga servicen bättre än förut. En utredning görs om verksamhetsformerna för den psykiska rehabiliteringen inom olika sektorer samt om servicen och dess omfattning.

Rehabiliteringen av den äldre befolkningen

29. Under de förestående åren är det viktigt att inom den kommunala social- och hälsovårdsservicen satsa på bevarandet av den äldre befolkningens funktionsförmåga. Vården av och omsorgen om den äldre befolkningen måste basera sig på att alla inblandade aktörer har ett rehabiliterande grepp i sitt arbete och på att samarbete bedrivs både inom hemvårdsservicen och i anstaltsvården.
30. Nya verksamhetsmodeller och samsarbetsformer för rehabiliteringen söks i samarbete mellan kommunernas social- och hälsovårdsväsende, organisationerna och de övriga serviceproducenterna. Slutrapporten från Folkpensionsanstaltens försöksprojekt gällande geriatrisk rehabilitering blir klar våren 2002. Vid ingången av 2002 startade veteran- och

äldreorganisationernas gemensamma utvecklingsprojekt gällande geriatrisk rehabilitering; projektet stöds av Penningautomatföreningen. Till försöksprojekten ansluter sig också en bedömning av effekterna av verksamhetsmodellerna.

31. Tillsammans med alla parter måste en öppen diskussion föras om servicestrukturen gällande rehabiliteringen och om uppdraget för de anstalter som anordnar rehabilitering för krigsinvaliderna och veteranerna. Vid diskussionen bör man utreda hur den befintliga anstaltskapaci-

teten skulle kunna utnyttjas på ett sätt som svarar mot hela den äldre befolkningens servicebehov.

32. Den äldre befolkningens verksamhetsförmåga främjas med hjälp av tillräckligt intensiv motion. Verksamheten organiseras i samarbete mellan social- och hälsovården, idrottsväsendet och organisationerna, och som stöd för den anordnas utbildning. Statsrådet ger våren 2002 ett principbeslut om hälsofrämjande motion.