

# Tid for nye løsninger

TEKST

Peter Hjort

PUBLISERT 1. oktober 2004

---

Virkelig betydningsfulle endringer i tenkning og tilnæringsmåte betegnes som paradigmeendringer. Et paradigmeskifte innebærer ny problemløsning. Min påstand er at når det gjelder rehabilitering og det å skape et arbeidsliv med plass for alle, er tiden overmoden for forandring. De nye løsningene som nå presser seg frem, samtidig og på stadig flere områder, tegner til sammen konturene nettopp av et nytt paradigme.

Paradigmeendringer er revolusjoner. Mens Newtons fysikk, Darwins utviklingslære og Einsteins relativitetsteori er eksempler fra vitenskapshistorien, var ideen om velferdsstaten kanskje det viktigste moderne samfunnspolitiske paradigme.

Paradigmeendringer er kjennetegnet av kriser preget av sterk uenighet.

I 2003 passerte tallet på uførepensjonister i Norge for første gang 300 000. Mer enn hver tiende nordmann i alderen 16–67 år er uførepensjonist. Det er åpenbart at arbeidslivet ikke mestrer psykisk lidelse, og ikke fremmer fysisk aktivitet i be-folkningen: En tredjedel av uførepensjonistene har sykdommer i muskel-skjelettsystem og bindevev, mens ytterligere en tredjedel har psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. I tillegg kommer at antallet funksjonshemmet ungdom som er på trygd i stedet for arbeid øker – og at i det siste tiåret økte sannsynligheten for dette.

For det norske samfunnet er det en svært alvorlig krise at arbeidslivet i økende grad støter og stenger mennesker ute. Krisen forsterkes av at den ikke blir møtt av det man logisk kunne forventet: økt innsats i forebygging og rehabilitering. Etter stortingsmeldingen om rehabilitering fra seks år tilbake har lite skjedd. Satsingen på psykisk helsevern har til gode å vise resultater, i hvert fall når det gjelder utstøting fra arbeidslivet. Mange frykter fremtidsutsiktene når de regionale helseforetakene fra 01.01.2007 overtar det fulle ansvaret for rehabilitering på spesialistnivå: Med små enheter som arbeider med kroniske lidelser, er det all grunn til å frykte at rehabiliteringsfeltet vil bli ytterligere skviset av akuttmedisinen og de store sykehusorganisasjonene.

Samtidig er det stadig flere tegn på at den herskende tenkemåten i samfunnet er satt under press og er i forandring. For eksempel er vi ikke lenger overbevist om:

- at samhandling på systemnivå alene kan sikre kvalitet på tjenester og tiltak
- at velferdsstaten alene kan gi de beste løsninger på problemer som er relatert til arbeidslivet

- at medisinske diagnoser alene er egnet til å finne frem til riktige tiltak, i dagligliv og arbeidsliv

De nye parolene er samhandling på individnivå, inkluderende arbeidsliv og funksjonsvurdering. Min påstand er at likhetene i det som skjer på disse tre områdene – i tenke- og tilnæringsmåter og i forventninger om en annerledes praksis – er så mange at det vi står overfor virkelig er et paradigmeskifte.

Den første forandringen er dreiningen fra samhandling på systemnivå til samhandling på individnivå. Varslet om denne vendingen kom i Rehabiliteringsmeldingen. Regjeringens instruks var at individenes behov skal legges til grunn for prioriteringer, organisering og tiltak. Vendingen var verdiforankret: Til grunn lå menneskerettighetene og den iboende verdighet alle mennesker har. Myndigheter og tjenesteytere ble pålagt et klart ansvar for å samhandle på individnivå.

Rehabiliteringsmeldingen var ett tegn blant flere. Også om man setter Aetats arbeidslivstjeneste fra 1994 opp mot Trygdeetatens arbeidslivssentre fra 2002, trer paradigmeendringen frem: For mens arbeidslivstjenesten ble begrenset til «systemrettet bistand», skal arbeidslivssentrene i tillegg gå inn i «de vanskelige enkeltsakene». Forandringen er begrunnet i et ønske om bedre kvalitet på tjenestene, og forandringen viser at samhandling på individnivå er en del av den nye problemløsningen.

### **«Grunntanken er at livet blir lettere å bære jo mer aktiv og deltakende man er»**

Den andre forandringen er dreiningen fra velferdsstat til inkluderende arbeidsliv. Sandmanutvalget som leverte utredningen som ligger til grunn for det inkluderende arbeidslivet, mente at det var behov for nye grep. En helhetlig tiltakspakke, forankret i arbeidslivet og iverksatt av arbeidslivets parter i samarbeid med myndighetene, skulle forebygge at personer faller varig ut av arbeid.

Hva er forskjellen på IA-avtalens løsningsstrategi og velferdsstatens tradisjonelle løsninger? Viktigst er at i det inkluderende arbeidsliv trer arbeidsplassen frem som hovedarenaen for problemløsningen, med arbeidstaker–arbeidsgiver som hovedaktørene i løsningene. Den bryter med den klassiske tenkemåten om velferdsstaten som garantist for løsning av de problemer arbeidslivet ikke vil eller kan løse. Avtalens mål (riktignok ikke målsatt) om å øke funksjonshemmedes yrkesaktivitet og å heve den reelle pensjoneringsalder, forsterker følelsen av IA-avtalen som en viktig vending. For øvrig bekrefter IA-avtalens treårige historie at overgangen fra ett paradigme til et annet nettopp skjer gjennom kriser preget av uenighet.

Jeg mener at det inkluderende arbeidsliv er det viktigste paradigmeskiftet etter andre verdenskrig og etter utvikling av prinsippet om universelle ordninger i velferdsstaten.

Den tredje forandringen er dreiningen fra diagnose til funksjon. I offentlige utredninger har denne forventningen kommet til uttrykk siden 1999. Da stilte Kvinnehelseutvalget spørsmål ved sykdomsbegrepets egnethet. Utvalget mente at fremfor å vektlegge hvor syk en person er, bør man legge sterkere vekt på hva personen kan gjøre på tross av sykdom. Sandmanutvalget fulgte opp halvannet år senere, og mente at ved å legge større vekt på funksjon fremfor diagnose, vil det bli lettere å finne frem til riktig tiltak i arbeidslivet, og sykmeldte vil komme raskere tilbake i jobb.

I funksjonshemmedes organisasjoner kan ønsket om en dreining fra diagnose til funksjon spores flere tiår tilbake. Barrierene som diagnosetilnærmingen skaper, er særlig blitt påpekt av mennesker med store funksjonshemninger, men usikre diagnoser. Siden 1970-tallet, bl.a. gjennom oppbygging av det nasjonale hjelpemiddelformidlingssystemet, er funksjon kommet i fokus ved løsning av dagliglivets problem.

Krisen for diagnosetilnærmingen er at den ikke har klart å hindre at stadig flere mennesker sluses ut av eller aldri kommer inn i arbeidslivet. Ved kroniske lidelse kan ensidig vektlegging av diagnose avspore oss fra å forstå og gjøre noe med vår egen virkelighet; det å redusere symptomer blir viktigere enn å lete etter muligheter. Når oppmerksomheten flyttes fra diagnose til funksjon, endres synet på sykdom, funksjonshemming og aldring – grunntanken er at livet blir lettere å bære jo mer aktiv og deltakende man er.

Fellesnevnerne i de tre forandringene som benevnes som samhandling på individnivå, inkluderende arbeidsliv og funksjonsvurdering er så mange, og endringene så betydningsfulle, at det er mer enn trolig at det som nå tar form, er et nytt paradigme.

Essensen i det nye paradigmet og i de nye løsningene vi søker kan sammenfattes i de tre ordene: Samfunnet for alle! Det er det nye paradigmets navn. Det bærekraftige samfunnet som har rom for alle – i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 10, 2004, side 822-823*

#### **TEKST**

**Peter Hjort**, Rådgiver, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke