

REHABILITERING/ HABILITERING

– HVORFOR ER DET SÅ VANSKELIG?

Opptappingsplanen for habilitering- og rehabilitering
– hvor må planen styrkes?



ANBEFALTE TILTAK I EN REVIDERT OPPTRAPPINGSPLAN:

- Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet må styrkes med økt status, ressurser og kompetanse.
- Det må satses på informasjon og opplæring.
- Tydelig beskrivelse av ansvarsfordeling på området rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator, ref. Helsedirektoratets veileder for dette.
- Tydeligere tiltak for hvordan man skal oppnå planens intensjon om å inkludere habilitering og rehabilitering inn i pasientforløp.
- Det må utvikles bedre samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene som også har rutiner for å håndtere uenighet.
- Det må stimuleres til at det etableres kompetanse og tilbud både til hørselshemmede og synshemmede.
- Tydelige krav om at alle kommuner skal ha koordinerende enhet med klart ansvar og mandat.
- Tydelig beskrivelse av innhold i lærings- og mestringstilbud i kommunene.
- Styrke finansieringen med øremerkede midler og mer målrettede tilskudd.
- Mer forskning på habilitering og rehabilitering.
- Revidert opptrappingsplan med god brukerrepresentasjon i utarbeidelse og gjennomføring.
- Opprette en incentivordning for pasient- og brukerorganisasjoner slik at de kan medvirke slik opptrappingsplanen forespeiler.
- Ny definisjon av habilitering og rehabilitering er ullen i beskrivelsen av tverrfaglig og tidsavgrenset innsats, og beskrivelsen av dette må opprettholdes i forskrift og veileder.

INNLEDNING

Bakgrunnen for dette notatet er den misnøyen med opptrappingsplanen for habilitering- og rehabilitering som regjeringen la fram som en del av statsbudsjettet høsten 2016.

Misnøyen kom til uttrykk både i fagmiljøene og i pasient- og brukerorganisasjonene. Kritikken handlet mye om planens mangler både når det gjelder tiltak og finansiering. Under høringen i Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet, var det flere av FFO medlemsorganisasjoner som anmodet Helse- og omsorgskomiteen om å sende opptrappingsplanen tilbake til Helse- og omsorgsdepartementet, med beskjed om komme tilbake til Stortinget med en revidert opptrappingsplan i forbindelse med revidert budsjett våren 2017. Komiteen tok ikke anmodningen til følge, og planen ble vedtatt av Stortinget i desember som en del av statsbudsjettet.

FFO inviterte medlemsorganisasjonene til et møte for å vurdere hva vi kunne gjøre for å få til en forbedring av planen. Det var stor enighet i møtet at vi skulle arbeide for å få til en revidering av opptrappingsplanen. For å få til en revidering så må det jobbes på flere arenaer, men først og fremst ble det besluttet å oppnevne en arbeidsgruppe som skal se på hvilke områder som må styrkes i opptrappingsplanen.



DEFINISJON AV RE-/HABILITERING

Arbeidsgruppen mener at den gjeldene definisjonen av habilitering og rehabilitering som er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjon og mestringsnivå og deltakelse sosialt og i samfunnet er god.

Definisjonen har imidlertid en svakhet, det at pasientens mål for eget liv ikke legges til grunn for å avgjøre innholdet. Her må vi gi regjeringen ros for at de løfter pasientens eget mål frem i planen. I tillegg til definisjonen framgår det at habilitering og rehabilitering ikke er noen enkelttjeneste, men en serie tjenester eller tiltak som er satt i system. Arbeidsgruppen mener at dersom en setter sammen disse elementene har vi en god definisjon for habilitering og rehabilitering.

Noen utfordringer

Det er grunn til å påpeke at en god definisjon ikke nødvendigvis fører til forståelse av hva re-/habilitering er og hva gode re-/habiliteringsforløp kan bety både for den enkelte og for samfunnet. Dette er bl.a. omtalt i St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9, nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. Følgende punkter listet opp under «Hvorfor så vanskelig», gjelder fortsatt:

- For liten felles forståelse av status, utfordringer og av hvilke strategier og tiltak som er nødvendige for å møte utfordringene blant de mange aktørene som er involvert i rehabilitering. Dette kan skape konkurranse- og spillsituasjoner som rammer brukerne, og gi særlige utfordringer for rehabiliteringstjenester som er lagt både til stat og kommune, og fordi mangelen av samlet organisatorisk ansvar gjør koordineringen av tjenestene mangelfull.
- Uklare oppfatninger om forholdet mellom behandling og rehabiliteringstiltak. Utilstrekkelig avklarte

begreper kan føre til en fraskrivelse og forskyvning av ansvar, både mellom aktører og nivåer, og dermed nedprioritering av tjenestene.

- Utilstrekkelig avklart faglig og organisatorisk i hvilken grad rehabiliteringstiltak bør forankres i de ulike fagområdene (kreft, rus, diabetes mv) og/eller i generelle rehabiliteringsenheter.
- For lite forskning og fagutvikling.
- Fagfeltet har for liten status. Dette bidrar til svak rekruttering, forskning og fagutvikling mv.
- Organisatoriske strukturer understøtter ikke godt nok den plass re-/habilitering bør ha i helse- og omsorgssektoren. Det er blant annet dårlig oversikt over behov og aktivitet og få kvalitetsindikatorer rettet inn mot feltet.

HABILITERING BARN, UNGE OG VOKSNE

Forståelsen for habilitering påvirkes også av at det i spesialisthelsetjenesten er etablert barnehabiliteringstjeneste og voksenhabiliteringstjeneste.

Barnehabiliteringstjenesten skal sikre spesialisert utredning og kartlegging av behov, og god og relevant behandling og trening til barn (0-18 år) med medfødt og eller tidlig ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom, som har behov for langvarige og tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå. Det er imidlertid viktig å påpeke at mange barn og unge med dokumentert behov for habilitering, kartlegging, utredning og tiltak, faller utenfor spesialisthelsetjenesten i dag på grunn av manglende ressurser og kunnskap. Tilsvarende for voksenhabilitering, knytter habiliteringsbegrepet først og fremst til personer med psykisk utviklingshemming. Voksenhabiliteringstjenestene er for voksne (> 18 år) med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming/langvarig sykdom og kognitiv svikt som har behov for tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå.

Rambøll har på oppdrag fra Helsedirektoratet kartlagt helse og omsorgstjenester til voksne med habiliteringsbehov i kommunene. Der kommer det frem at flertallet av de som er intervjuet fra kommunens helse- og omsorgstjeneste knytter habiliteringsbegrepet først og fremst til personer med utviklingshemming. Enkelte knytter imidlertid habilitering utelukkende til personer med medfødte eller tidlige ervervete fysiske funksjonsnedsettelse. Flere av informantene knytter habilitering til habiliteringstjenesten ved helseforetak og ikke til tjenester i kommunene.

Rambøll sier at hovedutfordringene er at begrepet er uklart og forstås på ulike måter. Habilitering er i liten grad målrettet og tidsavgrenset fordi dette forbindes med rehabilitering. Det kommer frem i kartleggingen at voksne med habiliteringsbehov får sine tjenester i «boligen/bofellesskapet». Mange går uten dagaktivitetstilbud og det er store mangler knyttet til kartleg-

ging og evaluering av behovene for å tilpasse tiltakene.

Opptreppingsplanen burde ha tiltak som bidrar til felles forståelse av hva re-/habilitering er og hva som kan oppnås med gode individuelle forløp. Re-/habilitering er viktig for at flere unge med funksjonsnedsettelse kan bli yrkesaktive. Det er meget få tilbud om rehabilitering med arbeid som mål som er tilpasset ungdom. Habiliteringstjenesten for barn og unge arbeider ikke med arbeidsavklaring eller bistand til utdanning med sikte på yrkesaktivitet. Utfordringene med at mange blir lenge på arbeidsavklaringspenger kan bedres med tilbud om rehabilitering med arbeid som mål.

ANSVARSAVKLARING OG PASIENTFORLØP

Det er nødvendig å avklare hva som er henholdsvis spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvar for habilitering/rehabiliteringsområdet.

En må bestemme hvilke pasientgrupper som må ha en rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og hvilke som kan ivaretas av kommunene. Samtidig er det også mange pasientgrupper som trenger tjenester fra begge nivåer. For å etablere en mer forutsigbar situasjon må det defineres nærmere hvem som har det overordnede ansvaret for pasientene mens de er i re-/habiliteringsforløp. For barn og unge er det viktig å planlegge med sikte på arbeid som mål i tillegg til mer kortsiktige mål om deltagelse sosialt sammen med jevnaldrende.

Det å sikre pasientene helhetlig behandlingsforløp har vært et viktig mål i mange år. Dette er imidlertid en akilleshæl i norsk helsetjeneste. Altfor mange pasienter opplever en fragmentert tjeneste som ikke klarer å sikre et helhetlig forløp. Det er mange årsaker til dette. Det er data systemer som ikke snakker sammen, det er tjenester som ikke kommuniserer og at ansvars og oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er uklar. Rehabilitering inngår i mange av pasientforløpene, og manglende kontinuitet i forløpet kan forårsake at rehabilitering ikke blir iverksatt slik det bør. Det er derfor viktig at opptrappingsplanen ikke bare beskriver denne problematikken, men også beskriver løsningsalternativer som blant annet standardiserte forløp uavhengig av diagnose. Det er viktig at rehabilitering ses på som en like viktig del av behandlingsforløpet som den medisinske behandlingen. Ikke alle er under medisinsk behandling når det oppstår behov for rehabilitering. Det kan gjelde for tilstander som endres over tid eller at det skjer endringer på grunn av slitasjeskader. Yrkesaktive med funksjonsnedsettelse kan ha behov for bistand til å vurdere om det er mulig å finne andre arbeidsoppgaver eller skifte jobb fremfor å måtte søke uføretrygd.

Arbeidsgruppen vil vise til Helsedirektoratets «Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og

koordinator. Som gir en god beskrivelse av pasientforløp i rehabilitering, og dermed også ansvaret.

Pasientforløp i rehabilitering kan grovinndeles i fire hovedtyper:

1. Pasientforløp der behovet meldes av personen selv eller pårørende, eller avdekkes i kommunen og løses i kommunen, herunder private tjenester som kommunen inngår avtale med og i samarbeid med andre sektorer.
2. Pasientforløp der behovet meldes til eller avdekkes i kommunen, hvor behovet tilsier at pasienten søkes/henvises til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringstilbudet gis i rehabiliteringsavdeling ved et helseforetak, eller i privat rehabiliteringsinstitusjon, eller i kombinasjon av disse. For noen grupper er det habiliteringstjenesten for barn og for voksne som gir tjenestene.
3. Pasientforløp som starter med planlagt innleggelse i spesialisthelsetjenesten, for eksempel kirurgisk inngrep. Rehabiliteringsprosessen starter integrert med medisinsk behandling i samme avdeling som utfører det kirurgiske inngrepet, og pasienten føres videre til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten eller til rehabilitering i kommunene.
4. Pasienter som starter med akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten og videre rehabilitering fra tidlig fase og eventuelt også vider ut i forløpet i spesialisthelsetjenesten. Etter dette overføres pasienten til rehabilitering og oppfølging i kommunen.

Denne inndelingen av re-/habiliteringsforløp viser at kommunen vil være en sentral aktør i de aller fleste typer rehabiliteringsforløp, og det er dette ansvaret som må tydeliggjøres.

Helsedirektoratet har utarbeidet anbefalinger om ansvar og oppgaver mellom nivåene. Pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene bør som hovedregel få tilbudet i kommunene. Eksempler er muskel og skjelettsykdommer, livsstilssykdommer, lettere psykiske lidelser, diabetes, KOLS og lungesykdommer, kreft og rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag. Tilbudet må også inneholde læring og mestring.

- Kommunene mangler habilitering- og rehabiliteringstilbudet til personer med sansetap og afasi og andre talevansker. Det er som regel ikke ansatt logoped, synspedagoger og audiopedagoger, og eller audiografer.
- Kommunen må styrke sine tilbud innen læring- og mestring
- Kommunenes helhetlige koordineringsansvar for barn og unge med nedsatt funksjonsevne, herunder fastlegens medisinsksvarlige koordineringsansvar, må tydeliggjøres i dialogen mellom nivåene.
- Kommunenes koordinerende enheter for re-/habilitering må samarbeide tett med fastlegene.
- Spesialisthelsetjenesten må sikre tidlig oppstart av rehabilitering tett integrert med medisinsk behandling i akutt fase for alle aktuell pasientgrupper.
- Spesialisthelsetjenesten må styrke tilbudet knyttet til å bistå kommunene med utredning av behov for behandling, habilitering og rehabilitering.
- Spesialisthelsetjenesten må videreutvikle og spisse sine tilbud til pasienter med behov for rehabilitering av særlig kompleks art, for eksem-

pel til pasienter med progredierende nevrologiske sykdommer og tilstander samt andre nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall for eksempel av kognitiv art, spinalskade, traumatisk hodeskade, amputasjoner, multitraumer og sjeldne diagnoser og tilstander.

- Spesialisthelsetjenesten må samarbeide med Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser og kompetansetjenester for andre relevante diagnoser som f.eks. MS.
- Spesialisthelsetjenesten må tilby utredning og nødvendig oppfølging i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå til pasienter med kroniske sykdommer.
- Spesialisthelsetjenesten må styrke ambulant virksomhet, herunder tjenester til pasienter og veiledning til personell i kommunen både innen habilitering og rehabilitering.

Dette er anbefalinger vi mener må gjennomføres dersom vi skal få en tydelig ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Vi kan imidlertid ikke se at disse anbefalingene gjenspeiles i opptrappingsplanen.

I kommunene er det behov for tverrfaglig breddekompetanse og for langvarig og koordinert oppfølging. Behov for nærhet til pasient/ brukers hjem. Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og hyppig forekommende problemstillinger.

Hvordan kan/ skal spesialisthelsetjenesten og kommunene samarbeide om gode rehabiliteringsforløp?

Erfaringer viser at gode forpliktende samarbeidsavtaler hvor ansvar er avklart gir bedre forløp for pasientene. Med avtaler er det også lettere å planlegge forløp,



for pasienter som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten, og som skal overføres til kommunen. Da kan kommunene være forberedt på pasientene som overføres, og dermed kan gi disse videre oppfølging. Til tross for gode avtaler, så kan det oppstå uenigheter blant annet om ansvar, da er det viktig å ha regler for håndtering av uenighet, slik at uenigheten ikke går ut over pasientene.

Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig for å sikre pasientene gode rehabiliteringstjenester i kommunene. De må bygge opp tverrfaglig kompetanse som kan gjøre kommunene i stand til å ivareta sitt rehabiliteringsansvar. Regjeringen har i Primærhelsetjenestemeldingen vært tydelig på at kompetansen må styrkes i de kommunale helse- og omsorgstjenestene herunder rehabilitering. Det handler først og fremst om teamorganisering, primærhelseteam og oppfølgingsteam. Disse to skiller seg ved at primærhelseteam er faste team med lege som ansvarlig, men oppfølgingsteam ikke er faste team, men sammensatt på bakgrunn av behovet i det enkelte tilfellet.

Teamorganisering er ifølge HOD det viktigste grepet for å sikre kommunal rehabilitering til de som har behov, og skal således være et av de viktigste virkemidlene for å oppfylle målene i opptrappingsplanen. Arbeidsgruppen mener imidlertid det er flere viktige tiltak som mangler for å sikre nødvendig re-/habilitering. Det mangler velfungerende koordinerende enheter i kommunene, det er få spor av kommunal lærings og mestrings aktivitet, og det er heller ikke lagt opp til at kommunene skal tilby dette. Det er få tegn til hvordan sikre koordinator til alle med individuell plan.

Arbeidsgruppen stiller spørsmål ved de koordinerende enhetens evne til å ta den rollen som opptrappingsplanen beskriver, om at det skal vær et punkt der behov for rehabiliterings meldes. Samtidig skal de bidra til samhandling og koordinering på tvers

av fag, nivåer, og sektorer. I følge samhandlingsstatistikk for 2014 -2015 har 90 prosent av kommunene koordinerende enhet. Vi vet imidlertid ikke hva disse koordinerende enhetene består av og hva de gjør. Vi antar at det er stor variasjon kommunene imellom. Det trengs mer kunnskap om koordinerende enheter i kommunene og hvorvidt disse har en koordinator og hvilke oppgaver de utfører. Vi mener planen beskriver koordinerende enhet slik den skal fungere, men ikke har noen tiltak for å sikre dette.



LÆRING OG MESTRING

Opptappingsplanen beskriver videre at mestring av det å leve med kronisk sykdom er helt nødvendig for blant annet å redusere behovet for innleggelse i sykehus.

Vi støtter selvsagt at mestring av det det å leve med en kronisk sykdom er viktig, men vi ser ikke hvordan tiltakene i opptappingsplanen skal kunne sikre dette. Vi kan ikke se at lærings- og mestringstilbud i kommunene har fått noen plass i planen. Det mener vi er beklagelig. Planen viser kun til lærings- og mestringstilbudet i spesialisthelsetjenesten, som dessverre ikke har kapasitet til å følge opp alle som har et behov. Her mener vi at det må være obligatorisk at alle nydiagnostiserte blir tilbudt et lærings- og mestringkurs. Vi mener at lærings- og mestringstilbud også må foregå i kommunene, for å sikre de store pasientgruppene som for eksempel hørselshemmede, synshemmede, diabetes, neurologiske sykdommer og KOLS skal kunne mestre livet med funksjonstap og/eller sykdom. Opptappingsplanen beskriver at det er primærhelseteamene som skal ha ansvaret for pasientgrupper som trenger særskilt oppfølging. Vi tror teamorganisering er en riktig måte å organisere tjenestene på, men teamene kan imidlertid ikke dekke lærings- og mestringstilbudet, og vi mener dette må ha en egen organisering og innsats. Vi vil understreke at lærings- og mestringstilbud trenger bistand fra likepersoner. Vi ser at de allerede etablerte frisklivssentralene kan utvikles til også å kunne gi lærings- og mestringstilbud til pasienter og brukere med behov for dette.

Utvikling av rehabiliteringstjenestene i kommunene

Hverdagsrehabilitering har vært den eneste innsatsen på rehabiliteringsfeltet i kommunene de seneste årene. Regjeringen har i ulike dokumenter fremhevet viktigheten av hverdagsrehabilitering og stimulert til en slik satsing. Dette har slik vi oppfatter det vært en

vellykket satsing for den eldste delen av befolkningen etter sykehusopphold. Eldre har etter tilrettelegging og trening kunnet bli boende i egen bolig istedenfor institusjon. Arbeidsgruppen mener at finansieringen og oppmerksomheten om hverdagsrehabilitering kan ha gått ut over andre deler av rehabiliteringstilbudet i kommunene. Vi har fått inntrykk av at mye av de tilgjengelige ressursene til rehabilitering i kommunene har blitt benyttet til hverdagsrehabilitering. Det er andre grupper som har andre mål og som ikke får bistand f.eks. til å skaffe seg utdanning og arbeid.

Vi har derfor en begrunnet frykt for at finansieringen knyttet til opptappingsplanen skal gå til mer hverdagsrehabilitering, altså mer av det de allerede gjør. Arbeidsgruppen mener det er behov for en mye bredere satsing på habilitering og rehabilitering i kommunene som også ivaretar andre pasientgrupper som barn, ungdom og voksne i yrkesaktiv alder. Dette burde vært løftet klarere fram i planen.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Helse Sør-Øst skriver i sin prosjektrapport (2017) om rehabilitering, at kommuner og bydeler beskriver at det er lite kontakt og samarbeid med de private rehabiliteringsinstitusjoner i tilknytning til utskrivelser. De opplever også varierende grad av samarbeid med helseforetakene. Flere uttrykker at spesialisthelsetjenesten i for liten grad informerer om pasientenes funksjonsnivå og behov for videre tilbud, eller at det er skapt uriktige forventninger i helseforetaket om hvilke tilbud pasienten vil få etter utskriving til kommunen. Stadig flere av pasientene som kommer fra sykehus har flere diagnoser og et sammensatt funksjonsbilde

Arbeidsgruppen er enig i kommunenes beskrivelse av situasjonen om liten kontakt og samarbeid både med private rehabiliteringsinstitusjoner og med helse-

foretak. Dersom den kommunale rehabiliteringstjenesten skal kunne gi pasientene adekvat oppfølging og rehabilitering så må samarbeidet forbedres. Vi mener at både de private rehabiliteringsinstitusjonene og helseforetakene må få en informasjonsplikt overfor kommunene i forkant av overføring av pasientene til kommunen. På denne måten vil det bli lettere for kommunene å planlegge tilbudet til den enkelte.

En videre utfordring som kommunene uttrykker er den diagnoseorienterte tilnærmingen som spesialisthelsetjenesten har. Det innebærer i liten grad rapportering om funksjonsnivået til pasientene. Dette gir kommunene få holdepunkter når det gjelder å legge opp et rehabiliteringsløp for pasientene når de utskrives til kommunen. Arbeidsgruppen mener at spesialisthelsetjenesten også må foreta funksjonsvurderinger av pasientene før de skrives ut til rehabilitering i kommunehelsetjenesten. Vi mener at dersom vi skal klare å utvikle gode pasientforløp innen rehabilitering bør disse gjøres diagnoseuavhengig. Det bør være funksjonsnivå og behov for faglig bistand for å oppnå pasientens mål som er styrende. Opptrappingsplanen mangler en beskrivelse av hvordan sikre bedre overganger mellom spesialisthelsetjenesten ved utskrivning til rehabilitering i kommunen.

Finansiering av planen

Arbeidsgruppen mener at opptrappingsplanen er for svakt finansiert og feil innrettet. Det er satt av 100 mill. kr. som skal overføres i form av frie midler. Vi har tidligere sett at frie midler oppfattes som frie midler og ikke til særskilte innsatser. Et eksempel er bevilgningene til helsestasjon og skolehelsetjenesten, som ble bevilget som frie midler. Til tross for store overføringer, så vi lite effekt i form av nye stillinger. Dette er dessverre et problem i mange kommuner fordi de hele tiden har presserende oppgaver som skal løses. Det blir derfor enkelt å ta av de frie midlene til andre formål, fordi det ikke vil innebære noen konsekvenser for kommunene. Vi mener at bevilgninger til særskilte satsingsområder bør bevilges som øremerkede midler dersom man skal få den effekten man ønsker. Opptrappingsplanen skulle vært en obligatorisk plan som forpliktet kommunene til å gjennomføre de tiltakene som er nødvendig for at kommunene skal bygge opp sitt re-/habiliteringstilbud. Det er også bevilget 90 mill. kr. hvor kommunene kan søke om midler til rehabiliteringstiltak gjennom

fylkesmannen. Faren med en slik bevilgningsmåte er at kommunene vil bruke pengene på det de allerede gjør, istedenfor utvikle nye tilbud. Vi frykter derfor at bevilgningene skal gå til mer hverdagsrehabilitering og ikke komme alle grupper til gode.

Forskning

Arbeidsgruppen mener at det trengs mer kunnskap om re-/habiliteringstjenestene, og i særlig grad hvordan habilitering- og rehabiliteringstjenestene kan organiseres for å dekke behovene. Vi mener staten må ta ansvaret for å sikre slik kunnskap. All utvikling og organisering av helsetjenester må bygge på forskningsbasert kunnskap.

Brukermedvirkning

Både spesialisthelsetjenesten og helseforvaltningen har kommet relativt langt når det gjelder brukermedvirkning. Dessverre har vi ikke sett samme utvikling i kommunehelsetjenesten. Arbeidsgruppen mener at brukermedvirkning er viktig for å utvikle tjenestene og i særlig grad rehabiliteringsfeltet. Opptrappingsplanen beskriver behovet for at kommunene innhenter pasienter og brukeres erfaringer, men gir ingen bestilling for brukermedvirkningen på rehabiliteringsfeltet. Den henviser til pasient- og brukerorganisasjonenes og likemannsarbeidet som drives der. Dessverre signaliseres ingen insentiver for organisasjonene til å ta en rolle overfor kommunene når det gjelder medvirkning og likemannsarbeid. Vi mener planen er svak på dette punktet.

