

## Helsereformutvalget

**Dato:** 30.3.26

### Innspill til Helsereformutvalget fra Personskadeforbundet LTN

#### Våre hovedanbefalinger

Personskadeforbundet LTN mener at Helsereformutvalget må legge følgende prinsipper til grunn for en helhetlig og bærekraftig helsetjeneste for skaderammede:

- Rett til koordinator og rehabilitering må være behovsstyrt, ikke diagnosestyrt
- Pasienter med sammensatte behov må ha én forløpskoordinator med mandat på tvers av nivåer og sektorer
- Fastlegeordningen må styrkes og suppleres med tverrfaglige innganger, særlig for pasienter med usynlige skader
- Helse, arbeid og økonomi må sees i ett sammenhengende forløp
- Rehabiliteringstilbudet må være likeverdig i hele landet
- Finansieringssystemene må fremme samarbeid og helhetlige forløp, ikke fragmentering

#### Innledning

Personskadeforbundet LTN representerer mennesker som har fått livet endret som følge av skade, ofte brått og med langvarige konsekvenser. Våre medlemmer opplever et helsevesen som i stor grad er organisert rundt diagnoser, nivåer og ansvarsområder, heller enn rundt pasientens faktiske behov.

For skadde er rehabilitering en langvarig og sammensatt prosess som omfatter fysisk, psykisk, sosial og økonomisk oppfølging. Likevel er tjenestene ofte fragmenterte, lite koordinerte og avhengige av bosted. Dette rammer særlig pasienter med komplekse og ofte usynlige skader, som hodeskader og smerteproblematikk.

#### Hovedutfordringer

Vi ser særlig tre gjennomgående utfordringer:

- Manglende sammenheng i pasientforløpene

- Utilstrekkelig koordinering mellom tjenester og sektorer
- Et system som er diagnosestyrt fremfor behovsstyrt

## Våre viktigste innspill

### 1. Rehabilitering må prioriteres høyere

Rehabilitering er i dag et av de svakeste områdene i helse- og omsorgstjenesten. Tilbud bygges ned i spesialisthelsetjenesten uten at kommunene har tilstrekkelig kapasitet eller kompetanse til å overta. Resultatet er store geografiske forskjeller, for sen oppstart og for tidlig avslutning av rehabilitering.

Rehabilitering må starte tidlig, være helhetlig og følge pasienten over tid. Et reddet liv må også kunne leves.

### 2. Koordinering må være behovsstyrt

Pasienter med komplekse skadebilder faller ofte mellom flere tjenester. Rett til koordinator må derfor baseres på funksjonsnivå og hjelpebehov, ikke diagnose. Koordinatoren må ha mandat til å sikre sammenheng mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen og NAV.

### 3. Fastlegeordningen må styrkes

Fastlegen er ofte inngangsporten til helsetjenesten, men dagens ordning ivaretar i for liten grad pasienter med usynlige og komplekse skader. Begrenset kunnskap, lite tid og stor variasjon i oppfølging gjør at mange pasienter fanges opp for sent.

Vi mener det trengs:

- styrket kompetanse om usynlige skader i allmennlegetjenesten (hjernerystelse og smerteproblematikk)
- tydeligere nasjonale retningslinjer
- systematisk screening
- mindre avhengighet av fastlegen som eneste inngang

### 4. Primærhelsetjenesten må bli mer tverrfaglig

For å redusere sårbarheten i dagens system bør det etableres tverrfaglige team i primærhelsetjenesten. Andre faggrupper, som sykepleiere, fysioterapeuter og sosionomer, må kunne bidra med vurdering, oppfølging, dokumentasjon og samhandling. Dette vil gi raskere avklaring og mer likeverdig tilgang til hjelp.

### 5. Usynlige skader må fanges opp bedre

Mange skader er ikke synlige, men gir betydelig funksjonstap. Disse pasientene blir ofte fanget opp for sent og risikerer å miste både oppfølging og rettigheter. Eksempler her er komplekse og ofte usynlige skader, som hodeskader, langvarige plager etter hjernerystelses og smerteproblematikk.

Det trengs:

- systematisk oppfølging over tid
- standardiserte oppfølgingsløp
- verktøy for bedre prioritering og oppfølging

## 6. Overganger mellom tjenester må bli sømløse

Overgangen mellom sykehus, kommune, NAV og arbeid er en av de største svakhetene i dagens system. Ansvar blir uklart, og pasienten må ofte koordinere selv.

Vi mener det må sikres:

- én ansvarlig forløpskoordinator
- forpliktende samhandling mellom nivåene
- bedre informasjonsflyt

## 7. Individuell plan må brukes som et aktivt verktøy

Individuell plan brukes i dag for lite og ofte uten reell effekt. Den blir ofte en tilleggsoppgave i kommunen, uten tid eller mandat, og fungerer sjelden på tvers av nivåer.

Vi mener at IP må:

- startes tidlig
- ha tydelig ansvar og ressurser
- brukes på tvers av kommune, spesialisthelsetjeneste og NAV
- være et levende dokument med pasientens egne mål i sentrum

## 8. Økonomisk og sosial rehabilitering må inn som en del av helsehjelpen

For mange skaderammede er økonomisk trygghet, arbeidsevne, bolig og sosial fungering avgjørende for om rehabiliteringen lykkes. I dag må pasientene ofte selv håndtere kompliserte systemer i en sårbar fase.

Vi mener at økonomisk og sosial rehabilitering må inn som en naturlig del av forløpet, gjennom:

- tidlig kartlegging
- tett samarbeid mellom helse, NAV og andre tjenester
- tverrfaglige team med sosialfaglig og arbeidsrettet kompetanse
- tidlig veiledning om rettigheter og muligheter

## 9. Finansiering må støtte helhet

Dagens system gir for svake insentiver til samarbeid og for sterke insentiver til ansvarsfraskrivelse. Finansieringsmodellene må derfor støtte helhetlige pasientforløp og felles ansvar på tvers av nivåer.

### Avslutning

Pasienter trenger en helsetjeneste som ser hele mennesket, ikke bare diagnosen. En helsetjeneste som ikke evner å følge opp skaderammede helhetlig, risikerer dårligere helseutfall, større utenforskap og høyere samfunnskostnader.

En behovsstyrt, koordinert og helhetlig tilnærming er derfor ikke bare riktig for pasienten – den er nødvendig for bærekraften i helse- og velferdssystemet.

Med vennlig hilsen

Marie Brattbakk

*Styreleder*

Birte Sand Rismyhr

*Seniorrådgiver*