

Helse og Omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Att. Kjell Røynesdal

Dokumentnummer	
Saksnr. 200500444	Dot. nr. 62
Aktør nr. 500	Journ. nr. 010605
Avd.: KTA	Saksbeh. EV
U.off.:	

Oslo, 30.05.2005

## Høringsuttalelse "Fra stykkevis til helt", NOU 2005:3

Landsforeningen for trafikkskadde (LTN) er en landsdekkende, frivillig organisasjonsom har eksistert i tjue år. Siden 1984 har vi bistått mellom 25-30.000 skadde, pårørende og etterlatte med rettighetsrådgivning. Vi har i dag ca 4000 medlemmer over hele landet.

LTNs hovedmål er å ivareta behov, interesser og rettigheter til våre medlemmer og være et talerør for disse mot samfunnet.

LTNs medlemmer har svært varierende erfaring med norsk helsevesen ofte bestemt av skadens omfang og art.

De største utfordringene finner vi blant de medlemmene som har de største og mest kompliserte skadene, eller medlemmer med store plager uten at det er satt noen diagnose med bakgrunn i objektive funn. Disse gruppene vil også være grunnlaget for vår vurdering av forslagene i NOU 2005:3.

### 10.2 Pasientperspektivet i helsetjenesten

LTN synes generelt sett at utvalget har gjort et grundig og godt arbeid med å beskrive de utfordringene brukerne av helsetjenester møter.

Vi er da også helt enig at utgangspunktet for enhver som arbeider i helsetjenesten må være en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn. Vår organisasjon mener et godt utgangspunkt vil være når helsetjenesten arbeider etter forutsetningen om at "liv som reddes også skal leves".

#### 10.2.1 Tiltak for å styrke pasientperspektivet i helsetjenesten.

Å sette brukeren i sentrum er å lytte til enkeltindividers ønsker, mål og motivasjon. Det er brukeren som skal leve livet etter skaden og som er best i stand til å vurdere sin egen livskvalitet på tross av at livet kan være snudd på hodet.

LTN mener derimot at helsetjenesten også må være aktiv i en dialog med brukeren. Ofte vil en endret livssituasjon på grunn av skade være med på å velte om på brukerens deltakelse i arbeid, fritidsaktiviteter, sosiale nettverk og familieliv. For mange vil en slik endring oppleves som negativ og det kan være vanskelig å se muligheter. En dialog mellom bruker og helsetjenesten vil være nyttig for å avdekke utfordringer som må arbeides med. Helsetjenesten må også aktivt informere bruker om hva slags verktøy helsetjenesten har for å bedre den oppståtte situasjonen. Individuell plan har til hensikt å hjelpe bruker og helsetjenesten til å tenke systematisk om rehabiliteringsforløpet. Vi vil kommentere dette nærmere under neste punkt.

LTN har siden 1984 fått en betydelig innsikt i utfordringer skadde møter i helsetjenesten. Brukerorganisasjonens brukerkompetanse bør sikres på systemnivå slik utvalget foreslår. Vi stiller oss derfor bak forslaget om å innføre brukermedvirkning i kommunehelsetjenesten på lik linje med bestemmelsene i foretaksloven.

LTN mener også det er viktig å sikre at brukerorganisasjonene blir representert i brukerutvalg på systemnivå der organisasjonene har størst interesser. For å sikre brukerorganisasjonenes representasjon og høy kompetanse fra medlemmene i brukerutvalg, mener vi det kan være ønskelig å opprette en sentral database for brukerorganisasjoner. En slik database bør inneholde informasjon om foreningens navn og interessefelt, samt informasjon om hva slags brukerkompetanse organisasjonen sitter på. Slik vil aktørene i helsetjenesten kunne hente informasjon om brukerorganisasjonenes interessefelt og hva slags kompetanse disse vil kunne tilføre brukerutvalgene. I dette forslaget ligger det også et ønske om at diagnoserelaterte brukerorganisasjoner ofte vil kunne ha en mer målrettet medvirkning enn paraplyorganisasjonene. Det mest hensiktsmessige fra et brukerperspektiv er kanskje at paraplyorganisasjonene og diagnoseorganisasjonene sikres representasjon der kompetanse om systemtenkning og mer spesifikk diagnosekompetanse er nødvendig i arbeidet.

LTN har også fått prosjektmidler fra Helse & rehabilitering til å etablere et nasjonalt nettverk for traumatiske hjerneskader. Målet er å lage en arena der brukere og fagfolk møtes for å diskutere problemstillinger, samt komme med forslag til bedre kvalitet i behandling og rehabilitering av traumatiske hodeskader. Første møtet ble arrangert våren 2005 og hadde deltakelse fra brukere og fagfolk fra alle helseregionene.

Vi ser at et slikt nettverk er nyttig for både fagfolk og brukere. Brukerne får være aktive deltakerer og ikke pasienter. Fagfolkene får brukernes egne erfaringer med det systemet de arbeider innenfor. I tillegg vil fagfolk kunne hente inspirasjon og kompetanse fra andre fagfolk i andre helseregioner. Et slikt nettverk vil kunne bygge ned de geografiske ulikhetene i kvaliteten på behandling og rehabilitering.

LTN mener slike nettverk bør etableres for flere diagnosegrupper og eller problemstillinger. En mulighet vil være å ha kommunale nettverk der tjenesteutøvere og brukerorganisasjoner møtes en gang i året for å diskutere problemstillinger brukere og tjenesteutøvere møter i hverdagen. Disse nettverkene kan ha en større deltakelse enn kommunale råd for funksjonshemmede og være løsere i formen enn et brukerutvalg. Målet må være å få diskutert seg gjennom en del problemstillinger som brukere og tjenesteutøvere har møtt i løpet av året.

### **10.2.2 Individuell plan**

LTN er helt enig med utvalget i at det må satses på målrettet informasjon om retten til individuell plan. I tillegg vil vi foreslå at det lages en sentral database der "de gode eksemplene" legges inn for inspirasjon til brukere og tjenesteutøvere som er i ferd med å lage en individuell plan.

LTN mener at kommunen bør ha et spesielt ansvar for arbeidet med individuell plan. Vi er derimot redd for at en slik understrekning av ansvaret vil gjøre spesialisthelsetjenesten mindre forpliktet til å delta i planarbeidet. De av våre medlemmer som har fått de største skadene vil ofte være inne til behandling i spesialisthelsetjenesten i relativt lange perioder. For å sikre kvalitet på behandling og rehabilitering er det nødvendig at arbeidet med individuell plan igangsettes så raskt som mulig. Her bør spesialisthelsetjenesten ha et ansvar for å sette i gang prosessen så raskt som mulig og i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Slik sikrer man at

tjenesteutøverne i spesialisthelsetjenesten utfordres til å tenke behandling og rehabilitering ut fra hva brukeren kommer tilbake til i kommunen. I tillegg vil kommunehelsetjenesten få overført kompetanse og informasjon om behandling av brukeren. Individuell plan på et tidlig tidspunkt sikrer bedre overganger mellom 2. og 1. linjetjenesten for brukeren.

#### 10.2.4 Pasientopplæring og informasjon

Vi er enige utvalgets forslag om en styrking av pasientopplæringen gjennom Lærings- og mestringssentrene.

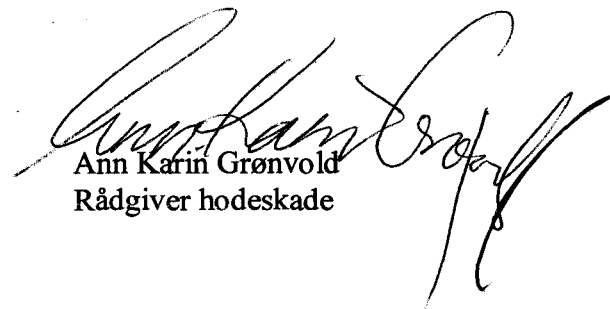
#### 10.4.4 Generelt om økonomiske virkemidler

LTN er enige i at refusjonssatser kan være problematisk med hensyn til økt samhandling. Vi ser samtidig at refusjonssatsene passer dårlig i forhold til de av våre medlemmer med multitraumeskader eller omfattende skader med stort hjelpebehov. Disse vil ofte være underskuddspasienter i den grad man i alt for står grad baserer finansiering etter ISF. LTN er enige med utvalget at det kan være naturlig å se på en økning av basisbevilgninger for å gjøre innleggelse mer dynamiske i forhold til hvor lang tid en pasient kan ligge uten at finansieringen stopper opp.

Med vennlig hilsen  
Landsforeningen for trafikkskadde



Hans Jacob Moe  
Rådgiver



Ann Karin Grønvold  
Rådgiver hodeskade