



Høringssvar – Nasjonal handlingsplan for rehabilitering 2026–2035

Til Helsedirektoratet

Viser til høringen om Nasjonal handlingsplan for rehabilitering 2026–2035.

Takk for muligheten til å gi innspill til et arbeid som er av stor betydning for kvalitet, likeverd og bærekraft i helse- og omsorgstjenestene.

1. Innledende vurdering

Handlingsplanen fremstår som svært overordnet i sin nåværende form. Den mangler en tydelig beskrivelse av hva den faktisk skal oppnå, hvilke utfordringer den skal løse og hvilke virkemidler som skal tas i bruk. Dette svekker planens funksjon som styringsverktøy. Planen fungerer derfor i stor grad som en sammenstilling av eksisterende mål, og gir svært begrenset ny strategisk retning.

2. Kritiske funn fra Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelser i både 2012 og 2024 dokumenterer store og vedvarende utfordringer i rehabiliteringsfeltet, særlig knyttet til uklare ansvarsgrenser mellom stat og kommune, manglende kapasitet og kompetanse, store geografiske forskjeller og mangelfull kvalitet. Disse funnene burde vært mer direkte og konkret adressert i handlingsplanen. At planen kun gjentar disse kjente utfordringene uten å konkretisere hvordan nye tiltak eller styringsmidler skal adressere dem, bidrar til inntrykket av at den i liten grad representerer en reell ny kurs.

3. Manglende konkretisering og styringsmyndighet

Planen mangler målbare mål, tidsfrister og tydelig ansvarsfordeling. Det er behov for klare indikatorer for kvalitet, kapasitet og faktisk måloppnåelse. Rehabiliteringsfeltet er i dag lite forskningsbasert, og det fremgår ikke hvordan departementet eller direktoratet vil prioritere kunnskapsutvikling fremover. Helsedirektoratet understreker selv at handlingsrommet deres er begrenset til de virkemidlene direktoratet rår over, noe som i seg selv bidrar til et overordnet og lite forpliktende tiltaksnivå.

Planen tildeler Helsedirektoratet en sentral rolle som nasjonal pådriver, koordinator og støtteaktør for utviklingen av rehabiliteringstjenestene. Samtidig presiserer direktoratet at

dets handlingsrom er begrenset til virkemidler de selv rår over. Dette skaper en uklar spenning mellom ambisjonsnivå og faktisk gjennomføringskraft.

Riksrevisjonen har i tillegg dokumentert at de grunnleggende utfordringene i samhandling og tjenesteutvikling har vært gjennomgående uendret gjennom et tiår.

Når Helsedirektoratet ikke har styringsmyndighet over kommuner eller helseforetak – og dermed ikke kan stille krav til eller følge opp implementering – fremstår rollen slik den er beskrevet som ambisiøs, men lite realistisk. Det er derfor nødvendig at planen:

- konkretiserer hvordan direktoratet faktisk skal kunne utøve rollen som “pådriver”,

eller

- at Helse- og omsorgsdepartementet tilføres nye virkemidler som gjør denne rollen gjennomførbar.

4. Finansieringsmodell og konsekvenser for likeverdige tjenester

Dagens finansieringsordning innebærer at sykehus får økonomisk trekk når de henviser pasienter til rehabilitering. Dette skaper insentiver som strider mot prinsippet om likeverdige tjenester, da økonomiske hensyn kan overstyre pasientenes medisinske behov.

Konsekvensen er at tilgang til rehabilitering i praksis blir vilkårlig. Sykehus med svak økonomi kan unnlate å henvise, selv når pasientens funksjon, prognose og behov tilsier at rehabilitering er nødvendig.

En endring av finansieringsmodellen er nødvendig for å sikre at henvisning skjer på faglig grunnlag – ikke etter økonomisk bæreevne. Dette vil bidra til reell likeverdighet uavhengig av bosted og helseforetakenes budsjettsituasjon.

5. Behov for forskningsløft og kunnskapsbasert utvikling av rehabiliteringsfeltet

Rehabiliteringsfeltet er i dag preget av lite systematisk og anvendt forskning sammenlignet med andre deler av helsetjenesten. Det mangler kunnskap om hvilke tiltak, behandlingsformer og tjenestemodeller som gir best effekt for ulike pasientgrupper.

Et nasjonalt forskningsløft er nødvendig for at handlingsplanen skal fungere som et reelt styringsverktøy. Det bør utvikles en forskningsstrategi som inkluderer effektstudier av ulike rehabiliteringstiltak, komparative studier av tjenestemodeller, kunnskapsinnhenting om funksjonsgevinst og evaluering av ressursbruk og samfunnsøkonomisk gevinst.

Styrket forskning vil gi bedre beslutningsgrunnlag, bidra til innovasjon og sikre at staten får størst mulig helsegevinst per krone gjennom målrettede, dokumenterte tiltak.

6. Involvering av fagmiljøer, brukere og arbeidsgivere

Det er kjent at fagmiljøer, pasientorganisasjoner, pårørende og arbeidsgivere har vært for lite involvert i tidligere prosesser. Planen nevner involvering, men spesifiserer ikke hvordan dette skal sikres systematisk. En nasjonal plan må inkludere tydelige krav til involvering på både system- og tjenestenivå.

7. Ansvarsfordeling mellom stat og kommune

Et av de mest sentrale problemene i rehabiliteringsfeltet er uklarheten i ansvaret mellom stat og kommune. Dette gjenspeiles i store forskjeller i tilgang, kvalitet og kapasitet. Planen

beskriver dagens styringslinjer, men foreslår ingen endringer eller mekanismer som faktisk kan sikre bedre samhandling og helhetlige forløp.

8. Hva en revidert plan bør inneholde

En styrket nasjonal plan bør inneholde:

- Tydelige nasjonale mål og prioriteringer
- Klare ansvarsforhold mellom nivåene
- Forpliktende krav til involvering av brukere og fagmiljøer
- Forskning og utviklingsløp for kvalitetsindikatorer
- Mekanismer for implementering og oppfølging

9. Behovsanalyser og Stortingets vedtak om annullering av anskaffelser

De regionale helseforetakenes behovsanalyser har vist seg å ha betydelige mangler, noe som både fagmiljøer, brukerorganisasjoner og leverandører over tid har påpekt. Svakheter i metodikk, mangelfull dokumentasjon av faktisk behov og fravær av transparente vurderinger har ført til beslutningsgrunnlag som ikke reflekterer pasientenes reelle behov eller tjenestenes faktiske kapasitet. Dette har bidratt til feilprioriteringer og svekket tillit til prosessene.

Stortinget har nå vedtatt å annullere anskaffelsene i både Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst, nettopp som følge av disse alvorlige svakhetene. Et slikt vedtak er svært sjeldent og understreker alvoret i situasjonen: behovsanalysene og anskaffelsesprosessene har ikke vært tilstrekkelig faglig forankret, åpne eller etterprøvbare. Hendelsen aktualiserer behovet for at den nasjonale handlingsplanen tydelig fastsetter krav til kvalitet, bruk av systematisk metode, involvering av fagmiljøer og pasienter, og klare prinsipper for behovsvurderinger som grunnlag for fremtidige beslutninger.

10. Elementer som kan ligge lenger frem i tid

Forhold som krever lengre utviklingsløp, og derfor kan ligge i senere faser:

- Utvikling av et nasjonalt kvalitetsregister
- Standardisering av forløp på tvers av diagnosegrupper
- Teknologiske samhandlingsløsninger mellom aktører

Avsluttende vurdering

Den nasjonale handlingsplanen representerer et viktig initiativ for å samle innsatsen på rehabiliteringsfeltet. Likevel fremstår den i nåværende form som for overordnet, med lite nytt innhold og manglende operasjonalisering. For at planen skal få reell effekt i tjenestene, må den styrkes vesentlig både i konkretiseringsgrad, virkemiddelbruk og i beskrivelsen av Helsedirektoratets rolle og gjennomføringsmuligheter.

Vi anbefaler derfor at planen videreutvikles med større grad av ambisjon og forpliktelse, slik at den kan fungere som et reelt styringsdokument for et felt som lenge har hatt behov for tydeligere retning og tiltak og i tråd med Riksrevisjonens anbefalinger.

Vi ser frem til god medvirkning i det videre arbeidet med nasjonal plan for rehabilitering.

27.04.26 Godthaab Helse og Rehabilitering

Lillanna Lindeman Engzelius

Adm.dir.