

Helsedirektoratet  
Postboks 220, Skøyen  
0213 Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202600600

Dato:12-05-2026

## Høring: Høring - Nasjonal handlingsplan for rehabilitering

Legeforeningen takker for muligheten til å gi innspill til *Nasjonal handlingsplan for rehabilitering*. Det er gjort et godt og grundig arbeid, og handlingsplanen er lest med stor interesse.

Rehabiliteringsfeltet er komplisert. Målgruppen spenner over et vidt spekter av tilstander og sykdommer. Pasientene har svært ulikt funksjonsnivå, ulike utfordringer og mål for rehabiliteringen. Pasientene kan være små barn og de kan være eldre med ulike grader av skrøpelighet.

Rehabiliteringsinstitusjonene er ulike, og det er vanskelig å holde oversikt over hvilket tilbud pasientene får på de ulike stedene. Rehabiliteringstilbudet i kommunene er også ulikt fra sted til sted, både når det gjelder omfang og kvalitet.

Legeforeningens høringsuttalelse baserer seg på innspill fra våre foreningsledd. Vi vil forholde oss til Helsedirektoratets oversikt over spørsmål til ekstern høring av nasjonal plan for rehabilitering, og svarer samlet for hvert kapittel og underkapittel.

## Kapittel 1 Overordnede mål og avklaring av roller

Helsedirektoratets handlingsrom er noe begrenset da de ikke har instruksjonsmyndighet overfor de som til daglig leverer tjenestene. **Handlingsplanen er en sterk oppfordring om styrking av tilbudet, selv om det savnes mer konkrete krav og føringer, tydeligere, målbare tiltak, beskrivelse av ansvarslinjer og evalueringskriterier.**

Helsedirektoratet kan i samarbeid med fagmiljøene sette normer for tjenestetilbudet, de kan kartlegge hvilke ressurser som er stilt til rådighet for pasientgruppene, hvilke tilbud som gis, og de kan innhente erfaringer fra brukere og pårørende. De kan også undersøke hvordan samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer, om spesialisthelsetjenesten oppfyller sin veiledningsplikt, om rehabilitering er et felles prosjekt, eller om det hele overlates til kommunene.

## Kapittel 2 Gjennomgående prinsipper om likeverdige og bærekraftige tjenester

For noen grupper vil tidlig innsats innebære oppstart av rehabilitering mens pasienten fortsatt behandles på sykehus. Opprettelse av rehabiliteringstilsyn inne på sykehus vil kunne bidra til at flere pasienter kommer tidligere i gang med rehabilitering.

For de fleste rehabiliteringspasienter vil tidlig innsats og forebygging forutsette at effektive tiltak er tilgjengelige lokalt, nær pasientens hjemsted. Det krever kompetente fagfolk, robuste lokale fagmiljø og individuelt tilpassede rehabiliteringsplaner med mål for hva som skal oppnås. Veiledning fra spesialisthelsetjenesten vil ofte være viktig og nødvendig. Opprettelse av ambulante rehabiliteringsteam som kan gi råd til primærhelsetjenesten om rehabiliteringstiltak bør vurderes.

Mange forhold bidrar til at det ikke er likeverdighet i tjenestene, verken i kommunene eller i den spesialiserte rehabiliteringen. **Nasjonale føringer for hvilke tilbud som skal finnes i de ulike regioner, og på hvilket nivå i helsetjenesten, er nødvendig for harmonisering av tilbudet.** Her kan Helsedirektoratet bidra. Kommuner som selv ikke klarer å etablere et faglig godt tilbud må samarbeide med nabokommuner.

En nasjonal prioriteringsveileder for rehabilitering kan inkludere pasienter i akuttforløp som ikke inkluderes i andre retningslinjer der rehabilitering er en naturlig del av forløpet.

Hver region har en ordning med en regional koordinerende enhet (RKE) som rettighetsvurderer henvisninger fra primærhelsetjenesten til private rehabiliteringsinstitusjoner. Det oppfattes som en god ordning som bidrar til likeverdighet i prioritering til rehabiliteringsopphold. Likeverdighet i prioritering av tilgang til spesialisert rehabilitering er et tema som bør adresseres i handlingsplanen.

## Kapittel 3. Innsatsområder

### Kapittel 3.1 Helhetlige og sammenhengende forløp med avklarte ansvarsforhold

Legeforeningen støtter de tiltakene som skisseres for å oppnå helhetlige og sammenhengende forløp med avklarte ansvarsforhold. Vi ønsker å utdype enkelte tema.

Planen har ambisiøse mål om helhetlige forløp og bedre samhandling, men er vag når det kommer til den konkrete ansvarsfordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Uten tydeligere nasjonale føringer for hvilke

rehabiliteringsoppgaver som skal ivaretas på hvilket nivå, oppleves det usikkert hvorvidt planen kan bidra til å redusere uønsket variasjon og sikre mer forpliktende oppfølging i hele landet. Helsedirektoratet må være oppmerksom på risiko for at ansvar i for stor grad skyves til kommunene uten at oppgaver, forventninger og rammer er tilstrekkelig avklart.

Det beskrives et økende behov for samtidige tjenester fra fagområder på tvers av somatikk, rus og psykisk helse. For mange pasienter vil f.eks. profesjonell psykisk helsehjelp kunne være en viktig del av rehabiliteringsprosessen. Legeforeningen savner konkrete tiltak som kan gi bedre samhandling mellom fagområdene, også innen dette fagfeltet.

Frem mot 2035 skal rehabiliteringstilbud være tilgjengelig for hele bredden av målgruppen. Barn og unge er i liten grad omtalt i høringsutkastet til handlingsplanen. De er få i antall, men med store behov for individuelt tilpassede rehabiliteringsforløp. For denne gruppen er kompetansen mange steder lav, og systemene ikke eksisterende. **Legeforeningen mener barn og unge må omtales særskilt i handlingsplanen, med forslag til tiltak som sikrer gode rehabiliteringsforløp, også for dem.**

Vellykket gjennomføring av handlingsplanens mål vil kreve tillitsfullt samarbeid med fagmiljøene, insentiver og støtteordninger for lokale rehabiliteringstilbud, og informasjon som når pasientgruppene.

### Kapittel 3.2 Kompetanse og kapasitet i samsvar med behov

Legeforeningen støtter Helsedirektoratets beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet. Vi savner at ergoterapeut og sykepleier er nevnt blant viktige faggrupper i lokale rehabiliteringsteam. Det nevnes flere steder at det skal settes inn tiltak for å øke kompetansen knyttet til syn, hørsel og kommunikasjon. Det støttes, men vi mener listen må utvides med kognitiv funksjon, ADL og såkalte skjulte utfall som depresjon, fatigue mm. Det siste er særlig aktuelt ved rehabilitering etter hodeskade, og ved rehabilitering etter kreftbehandling.

Ved kartlegging av rehabiliteringstilbud i de ulike regioner vil kartlegging av hvilken kompetanse som tilbys både i kommunene og ved de spesialiserte institusjonene være viktig. Variasjon i tilgjengelig kompetanse, særlig i kommunene er et hovedproblem.

Stabilitet i tjenestene er viktig for å beholde kompetanse som det tar tid å opparbeide. Dagens system med anbudskonkurranser gir lite forutsigbarhet, og er lite egnet for å bygge miljø som preges av faglig utvikling, og som klarer å rekruttere og beholde flinke fagfolk. **Stort økonomifokus for å vinne anbud kan overstyre utvikling av kompetanse og kapasitet etter behov.**

### Kapittel 3.3 Helsekompetanse, mestring og medvirkning

Legeforeningen synes utfordringer, mål og tiltak er godt beskrevet i dette kapitlet. Vi støtter gjennomføring av brukerundersøkelser og tilgjengeliggjøring av relevant informasjon på Helsenorge.no.

Legeforeningen foreslår å tydeliggjøre pasientens rolle i rehabiliteringsprosessen. Pasientens eierskap og ansvar i egen rehabiliteringsprosess er en forutsetning for et vellykket forløp. Dette tema må formuleres nyansert, da pasientenes forutsetninger varierer betydelig.

### Kapittel 3.4 Bruk av teknologi i tjenesteutvikling

Det er fortsatt behov for bedre digital kompetanse, hos både tjenesteytere og hos pasienter og pårørende.

Vi støtter i hovedsak Helsedirektoratets mål og tiltak, men er usikre på hvor personellbesparende teknologiske løsninger vil vise seg å være. Vi er positive til digital hjemmeoppfølging for de det egner seg for. Det viser seg i mange tilfeller å representere et supplement som bedrer tilgjengelighet og kvalitet. Det vil fortsatt være behov for fysiske oppmøter for rehabiliteringspasienter.

Legeforeningen er opptatt av at teknologiske løsninger skal bidra til enklere arbeidsprosesser, og være til nytte for både pasient og behandler. Det vil være en forutsetning for vellykket implementering.

### Kapittel 3.5 Styringsdata og analyse

Legeforeningen er enige i de utfordringer, mål og tiltak som skisseres i dette kapitlet. Vi støtter arbeidet for å få mer presis informasjon om rehabiliteringsvirksomhetene, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, i alle deler av landet. **Skal mer kunnskapsbasert styring bli en realitet må tiltakene kobles tettere til systematisk evaluering av eksisterende praksis.**

**Kvalitetsarbeid og forskning på området må fasiliteres og prioriteres.**

Det bør vurderes å opprette et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for rehabilitering. Nasjonale registre som finnes allerede, må da hensyntas.

Det må bli mer synlig for både helseforetak og fastleger hva slags tilbud pasienter henvises til når det henvises til private rehabiliteringstilbud. Det må kunne forventes at rehabiliteringsinstitusjoner følger oppdaterte og validerte tilnærminger.

For yngre mennesker bør man kunne forvente økt fokus på arbeidsdeltakelse og jobbhelset.

## Kapittel 4 Gjennomføring av handlingsplanen

Legeforeningen anbefaler å bruke etablerte samarbeidsfora som helsefelleskapene for samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er

fortsatt mye å hente på gode samhandlingsrutiner mellom de ulike nivåene i helse- og omsorgstjenesten. For å samarbeide med de private institusjonene må defineres.

Helsedirektoratet anbefales å benytte etablerte fagfora for å få gode innspill i det videre arbeidet med handlingsplanen. Målgruppen er vid, så fagforaene er mange. De fagmedisinske foreningene er eksempler på fagmiljø som kan bidra.

Hvert år arrangeres det høstmøte for Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering (fagmedisinsk forening). Det vil være et egnet fora å invitere seg inn til.

Det arrangeres årlig regionale rehabiliteringskonferanser hvor aktører fra ulike faggrupper fra både primær- og spesialisthelsetjeneste møtes. Rehabiliteringskonferansene anbefales for å få innspill underveis i dette viktige arbeidet.

## Andre innspill til handlingsplanen

Omfanget av arbeidet med handlingsplanen må ikke undervurderes.

**Det blir vesentlig å dra veksler på fagmiljøene både for å finne de beste løsningene og for legitimitet til arbeidet, i forvaltningen, i tjenesten og overfor politikere. I samarbeid med fagmiljøene vil det være lettere å definere konkrete målsettinger. Vi deler målet om kvalitativt gode rehabiliteringstjenester til de pasientene som har nytte av det, med god og effektiv bruk av ressurser.**

Mange pasientgrupper har i lang tid fått sitt rehabiliteringstilbud som offentlig finansierte tilbud gitt av private rehabiliteringsinstitusjoner. Organiseringen med tidsavgrensede anbudsperioder er lite egnet for utvikling av robuste fagmiljø og kan gjøre det vanskelig å oppnå handlingsplanens gode intensjoner.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen  
avdelingsdirektør

Elisabeth Selvaag  
spesialrådgiver/lege



Dokumentet er godkjent elektronisk