



Helsedirektoratet

Vår ref:
TS

Deres ref:

Jessheim, 28.04.2026

LHLs innspill til Nasjonal handlingsplan for rehabilitering

LHL, Landsforeningen for hjerte, lunge og hjerneslag er en frivillig og demokratisk interesseorganisasjon med nærmere 52 000 medlemmer i lokallag og interessegrupper over hele landet. Vi jobber for mennesker med hjerte- og lungesykdom, hjerneslag, afasi og deres pårørende. Gjennom folkeopplysning, politisk påvirkning, forskning, rådgivning, fellesskap og frivillighet bidrar LHL til et bedre liv.

Kapittel 1: Overordnede mål og avklaring av roller

LHL mener at Nasjonal handlingsplan for rehabilitering 2026–2035 må være konkret, forpliktende og etterprøvbar. Planen må inneholde tydelige tiltak, avklart ansvar, tidfestede milepæler og indikatorer for måloppnåelse.

Evalueringen av Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019) viste at planen i stor grad fremsto som en tilskuddsordning, og ikke som en plan rigget for systematisk og varig styrking av tjenesten. Erfaringene fra denne evalueringen understreker behovet for at den nye handlingsplanen blir mer operativ og forpliktende.

For LHL er det avgjørende at rehabiliteringstjenestene utvikles med utgangspunkt i pasientenes og brukernes behov og i tråd med tre grunnleggende prinsipper: høy kvalitet, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgang i hele landet. Pasienter og brukere må sikres helhetlige, koordinerte og sammenhengende rehabiliteringsforløp.

LHL støtter mål 1–5 og merker seg at «god kvalitet» er løftet fram i mål 3. Det er viktig at den endelige planen følges opp av en operativ tiltaksdel med klart plassert ansvar, tidslinje og rapportering.

Kvalitet og kunnskapsbaserte krav må være styrende for utviklingen av tjenestene, i tråd med Stortingets behandling av Innst. 95 S (2025–2026). Helsedirektoratet bør legge Stortingets føringer i vedtaket til grunn og sikre at handlingsplanen blir operativ og



styrende for tjenesteutviklingen. Dette forutsetter tydelige prioriteringer, ansvarliggjøring av aktører og systematisk oppfølging av måloppnåelse.

Under Avklaring av roller heter det at «sørge-for-ansvaret for tjenestene ligger fast hos kommunene og i de regionale helseforetakene, og gjeldende styringslinjer består». LHL vil peke på at oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten fortsatt er sentrale utfordringer innen rehabilitering. Riksrevisjonen har i sin undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene (Dokument 3:12 (2023–2024)) anbefalt at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør ansvarsforholdene.

I et tidligere skriftlig innspill til Helsereformutvalget har LHL blant annet pekt på at framtidig oppgave- og ansvarsfordeling må sikre samsvar mellom ansvar, kompetanse og ressurser. Eksisterende strukturer kan ikke være avgjørende for om pasienter får nødvendig rehabilitering. Det må foretas en kritisk gjennomgang av hvilke oppgaver som bør løses på hvilke nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Dersom dagens organisering ikke gir pasientene et forsvarlig og likeverdig tilbud, må andre modeller vurderes.

LHL vil også vise til at Helsereformutvalgets arbeid kan få betydning for den framtidige organiseringen av helse- og omsorgstjenesten. Eventuelle endringer i oppgave- og ansvarsfordelingen må derfor tas inn i senere revisjoner av handlingsplanen.

Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene (Dokument 3:12 (2023–2024)) skal følges opp i 2029. Riksrevisjonen har i tillegg varslet en tidligere oppfølging av departementets arbeid med rehabiliteringsområdet, med rapportering til Stortinget senhøsten 2026. Eventuelle nye funn fra disse undersøkelsene må følges opp i kommende revisjoner av planen.

Spørsmål 5. Hvordan bør Helsedirektoratet gjennom sin rolle, sette retning og gi kraft til nasjonalt og lokalt utviklingsarbeid i tjenestene gjennom handlingsplan for rehabilitering?

Helsedirektoratet bør bruke handlingsplanen til å gi tydeligere nasjonal retning for utviklingen av rehabiliteringstjenestene gjennom klare mål, indikatorer, faglige forventninger og systematisk oppfølging. Skal planen få praktisk betydning i kommunene, må den knyttes til virkemidler som nasjonal veiledning, styringsdata, kvalitetsindikatorer, støtte til lokalt planarbeid og sterkere samhandlingsstrukturer mellom kommuner og helseforetak. Brukermedvirkning og involvering av pasientorganisasjoner bør være en integrert del av utviklingsarbeidet.

Riksrevisjonen viser at mange kommuner mangler oversikt over innbyggernes behov for rehabilitering, at nesten 30 prosent mangler en plan, og at samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak i liten grad omtaler rehabilitering. Handlingsplanen bør derfor ikke bare angi normer og forventninger, men også brukes til å tydeliggjøre hva kommunene bør ha på plass av planforankring, behovsoversikt, samarbeidsrutiner og evaluering av egne rehabiliteringstjenester. Helsedirektoratet bør derfor vurdere



hvordan de kan støtte kommunene bedre i arbeidet med planlegging, styring og utvikling av rehabiliteringstjenestene.

Individuell plan (IP) og koordinator er viktige virkemidler for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Evalueringer og Riksrevisjonens undersøkelser – helt tilbake til 2012 – viser imidlertid at disse ordningene brukes i begrenset grad. Helsedirektoratet bør derfor ta initiativ til en gjennomgang og oppfølging av ordningen, slik at intensjonen i regelverket faktisk følges opp i praksis.

Kapittel 2: Gjennomgående prinsipper om likeverdige og bærekraftige tjenester

Spørsmål 6. Hvordan kan handlingsplanen for rehabilitering bidra til en dreining med mer vekt på tidlig innsats og forebygging i tjenestene?

LHL er fornøyd med hvordan prinsippene om likeverdige og bærekraftige tjenester er beskrevet i den innledende delen av kapittel 2.

Samtidig viser Riksrevisjonens undersøkelser at utfordringene i rehabilitering ikke bare handler om kapasitet, men også om styring, organisering og samhandling mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Dette perspektivet må også ligge til grunn for den nasjonale handlingsplanen.

Tidlig rehabilitering er viktig for å oppnå best mulig funksjon og forebygge økt behov for helse- og omsorgstjenester. For pasienter som får påvist eller behandlet kronisk sykdom, for eksempel etter hjerteinfarkt eller PCI, er systematisk henvisning til rehabilitering avgjørende. Rehabilitering og sekundærforebyggende tiltak i en tidlig fase av sykdomsforløpet kan bidra til bedre funksjon, redusert sykdomsutvikling og mindre behov for helse- og omsorgstjenester over tid.

For mange pasienter er rehabilitering ikke en enkeltstående hendelse, men en prosess som kan gå over lang tid eller gjennom hele livet. Dette gjelder særlig personer med kroniske sykdommer, sammensatte helseutfordringer eller progredierende tilstander, som kan ha behov for rehabilitering gjennom ulike faser av livet. For mange av disse er senfaserehabilitering det viktigste. Rehabiliteringstjenestene må derfor organiseres slik at pasienter kan få tilgang til rehabilitering flere ganger gjennom livet, i takt med endringer i funksjon og behov.

I utkastet til plan heter det at «I arbeidet med handlingsplanene vil vi vektlegge kunnskap om effekt også i et samfunnsøkonomisk perspektiv».

Ved å gjøre det samfunnsøkonomiske perspektivet tydeligere og mer gjennomgående i hele planen kan den bidra til en dreining mot mer vekt på tidlig innsats og forebygging i tjenestene. Tidlig og målrettet rehabilitering kan redusere risikoen for funksjonstap,



langvarig utenforskap og behov for mer omfattende og kostnadskrevenne tiltak senere i forløpet.

Vi minner om at Riksrevisjonen dokumenterer at rundt 90 prosent av kommunene som opplever mangler i det kommunale rehabiliteringstilbudet, samtidig opplever økt belastning på andre kommunale tjenester. Dette illustrerer at gode rehabiliteringstjenester ikke bare er viktige for den enkelte pasient, men også for bærekraften i helse- og omsorgstjenesten og i velferdsstaten i årene framover.

Samtidig er det en kjent utfordring at kostnader og gevinster ofte fordeles mellom ulike nivåer i tjenestene. En investering i forebygging eller tidlig rehabilitering ett sted i tjenestekjeden gir ikke nødvendigvis økonomisk gevinst på samme budsjett. Tiltak i spesialisthelsetjenesten eller i kommunene kan for eksempel føre til reduserte trygdeutgifter, færre reinnleggelser og mindre behov for kommunale omsorgstjenester. Dagens sektor- og budsjettinndeling kan dermed svekke insentivene til å prioritere tidlig innsats.

Handlingsplanen bør derfor fastsette tydelige føringer for bedre samhandling og mer helhetlige styringsmekanismer mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og Nav. Samhandling med Nav må være en integrert del av planen. Arbeidsrettet rehabilitering er ikke et tilleggstiltak, men et sentralt virkemiddel for å forebygge varig utenforskap og trygdeavhengighet. Stortinget har bedt regjeringen prøve ut en ordning med direkte innsøking til arbeidsrettet rehabilitering fra Nav.

Handlingsplanen bør konkretisere hvordan denne ordningen skal implementeres, og sikre at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og Nav understøttes av tydelige styringssignaler og avklarte finansieringsmekanismer. Uten bedre samordning av ansvar, finansiering og måloppnåelse vil det være krevende å få til en reell dreining mot forebygging og tidlig innsats.

I utkastet heter det om prioritering at «det innebærer å vurdere om nytten tjenestemottakere har av tiltaket og alvorligheten av tilstanden står i rimelig forhold til ressursinnsatsen.»

LHL vil understreke at vurderingen av nytte må ses i et livsløpsperspektiv. For et barn eller en ung person med alvorlig sykdom eller skade kan rehabilitering være avgjørende for funksjon, utdanning og senere deltakelse i arbeidslivet. Slike tiltak kan kreve betydelige ressurser i en tidlig fase, men kan samtidig gi store og langvarige gevinster både for den enkelte og for samfunnet.

Samtidig må nyttebegrepet ikke snevres inn til kun å gjelde arbeidsdeltakelse eller økonomisk produktivitet. For personer som står utenfor arbeidslivet, eller som av helsemessige grunner ikke kan komme tilbake i arbeid, kan rehabilitering gi økt livskvalitet, bedre funksjon og redusert behov for andre helse- og omsorgstjenester. Også dette representerer betydelig nytte, både menneskelig og samfunnsmessig.



Prioriteringsvurderinger innen rehabilitering må derfor bygge på en bred forståelse av nytte, der funksjon, mestring, deltakelse og livskvalitet inngår som sentrale dimensjoner – og der tiltakene også bidrar til økt trygghet i pasientens hverdag og livssituasjon.

LHL legger til grunn at Helsereformutvalget vil drøfte disse strukturelle utfordringene. Eventuelle forslag til endringer i ansvars- og finansieringsmodeller må få konsekvenser for den videre utviklingen og revisjonen av handlingsplanen, slik at planen understøtter helhetlige, bærekraftige og langsiktige løsninger.

Spørsmål 7. Hvordan kan handlingsplanen bidra til mer likeverdige tjenester og redusert uønsket variasjon?

For å bidra til mer likeverdige tjenester og redusert uønsket variasjon må handlingsplanen tydeliggjøre nasjonale krav til kvalitet, kapasitet og tilgjengelighet i rehabiliteringstilbudene. I dag er det betydelige forskjeller mellom regioner og kommuner når det gjelder tilgang, omfang og innhold i rehabilitering.

Handlingsplanen bør derfor:

- Fastsette tydelige og ufravikelige nasjonale krav til kvalitet og kompetanse og anbefalinger for ulike typer rehabilitering.
- Klargjøre forventninger til kapasitet og dimensjonering, slik at tilbudene samlet dekker reelt behov.
- Bidra til mer systematiske og ensartede henvisnings- og prioriteringskriterier for å sikre likeverdig tilgang til rehabilitering uavhengig av bosted.
- Sikre at spesialisthelsetjenesten ivaretar rehabiliteringsoppgaver der kommuner, til tross for sitt sørge-for-ansvar, ikke selv eller i samarbeid med andre kan løse dem.
- Etablere relevante kvalitetsindikatorer og systematisk rapportering, slik at variasjon kan avdekkes og følges opp.
- Styrke kompetanse og robuste fagmiljøer, herunder nasjonale og overregionale miljøer innen høyspesialisert rehabilitering for små og særlig komplekse pasientgrupper.

Likeverdighet forutsetter tydelige nasjonale føringer og aktiv oppfølging. Uten klare krav til innhold, kvalitet og kapasitet vil geografiske og økonomiske forskjeller kunne føre til uønsket variasjon i tilbudet til pasientene.

Det forutsetter også at spesialisert og høyspesialisert rehabilitering er tilstrekkelig dimensjonert, og at små og særlig komplekse pasientgrupper sikres robuste fagmiljøer med nasjonal eller overregional funksjon. Private og ideelle institusjoner, som leverer en betydelig del av den døgnbaserte rehabiliteringen, må inngå som en integrert del av planlegging, samhandling og kvalitetsutvikling i tjenestene.



Kapittel 3: Innsatsområder

3.1 Helhetlige og sammenhengende forløp med avklarte ansvarsforhold

Spørsmål 8. Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?

LHL ber Helsedirektoratet vurdere om koordinering bør løftes tydeligere fram allerede i betegnelsen på innsatsområdet, ettersom Riksrevisjonen peker på manglende koordinering som en sentral utfordring på rehabiliteringsområdet. Dette kan for eksempel gjøres ved å formulere innsatsområdet slik: «Helhetlige, sammenhengende og koordinerte forløp med avklarte ansvarsforhold».

LHL er i hovedsak enig i beskrivelsen av utfordringer og mål for dette innsatsområdet.

Når det gjelder utfordringsbildet, har LHL merket seg flere forhold som Riksrevisjonen peker på, men som ikke er omtalt her, og som er viktige:

- Helseforetak og kommuner har ofte begrenset kunnskap om hverandres rehabiliteringstilbud. Dette kan bidra til brudd i rehabiliteringsforløpene og gjøre det vanskelig å gi pasientene god informasjon om videre oppfølging.
- Mange kommuner mangler planer for rehabilitering, har ikke tilstrekkelig oversikt over innbyggernes behov og evaluerer i liten grad egne tjenester systematisk.
- I flere tilfeller avslår regionale koordinerende enheter henvisninger til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten med henvisning til at dette er et kommunalt ansvar, selv om kommunene i mange tilfeller mangler et slikt tilbud.
- I noen tilfeller innvilger regionale vurderingsenheter rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten fordi kommunene mangler nødvendige tjenester. Samtidig legger enkelte helseforetak til grunn at spesialisthelsetjenesten ikke skal kompensere for manglende tilbud i kommunene. Dette bidrar til geografiske forskjeller i rehabiliteringstilbudet.

I mål 3 foreslår LHL en konkret endring ved å ta inn kognitive utfordringer: «(...) det inkluderer også støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer, arbeidsrettede innsatser samt tiltak knyttet til syn, hørsel, kommunikasjon og kognitive utfordringer.»

Spørsmål 9. Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?

Sentrale aktører på rehabiliteringsfeltet – blant annet private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner – inngår i dag ikke i de etablerte helsefellesskapene, selv om private institusjoner er en del av den spesialiserte rehabiliteringen. Helsedirektoratet bør derfor vurdere tiltak som sikrer at private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner



inkluderes i relevante samarbeidsstrukturer og i det løpende arbeidet med planlegging, arbeidsdeling og pasientforløp innen rehabilitering.

Riksrevisjonen peker på at samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak i stor grad er overordnede og i liten grad omtaler rehabilitering. Helsedirektoratet bør derfor vurdere tiltak som kan bidra til at rehabilitering i større grad konkretiseres i samarbeidsavtalene mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet bør også vurdere to ytterligere tiltak som LHL allerede har kommentert:

- Gjennomgå og følge opp ordningen med individuell plan (IP) og koordinator, slik at disse fungerer etter intensjonen.
- Støtte kommunene i implementeringen av nasjonal handlingsplan for rehabilitering.

I Danmark er kommunene forpliktet til å følge opp den legefaglige og tverrfaglige vurderingen av rehabiliteringsbehov som gjøres i sykehusene gjennom en såkalt genoptræningsplan. Ordningen bidrar til at vurdert behov blir mer styrende for hvilket tilbud som gis. LHL ber Helsedirektoratet utrede om en lignende modell kan bidra til mer likeverdig tilgang til rehabilitering i Norge.

Spørsmål 10. Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?

For å lykkes med å utvikle helhetlige, sammenhengende og koordinerte rehabiliteringsforløp er flere forutsetninger avgjørende.

For det første må samhandlingen mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten styrkes. Rehabilitering er i dag fordelt mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste og rehabiliteringsinstitusjoner med ulike ansvarsområder og finansieringsordninger. Når pasienter beveger seg mellom nivåene, må behovet for rehabilitering ofte vurderes på nytt. Dette kan føre til ventetid og brudd i rehabiliteringsforløpet. Rehabiliteringen bør derfor planlegges mer som ett sammenhengende forløp på tvers av nivåene. For å skape mer forutsigbarhet for både tjenestene og pasienten bør handlingsplanen tydeligere bygge på forløpstenkning. Rehabilitering bør planlegges som en del av det ordinære pasientforløpet, med avklarte overganger, tydelig ansvars plassering og strukturert oppfølging over tid, slik at viktige elementer i rehabiliteringen ikke faller bort tilfeldig.

For det andre må det etableres mer lik praksis mellom helseregionene. Riksrevisjonen viser i Dokument 3:12 (2023–2024) til ulik praksis i regionale vurderingsenheter når pasienter trenger rehabilitering som i utgangspunktet skal gis i kommunen, men der kommunen mangler tilbud. For å motvirke geografiske forskjeller bør det legges til rette for at pasienter får tilgang til rehabilitering også når kommunen ikke kan gi et forsvarlig tilbud.



For det tredje må koordineringen av rehabiliteringsforløp styrkes. Riksrevisjonen har i Dokument 3:11 (2011–2012) og Dokument 3:12 (2023–2024) påpekt mangler i bruken av individuell plan (IP) og koordinator. LHL mener derfor at ordningen må gjennomgås og styrkes, blant annet gjennom tydeligere krav til når IP og koordinator skal tilbys og bedre oppfølging av kommunenes praksis.

For det fjerde må de etablerte helsefellesskapene fungere som reelle arenaer for planlegging og samhandling om rehabilitering. Det forutsetter at også private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner inkluderes i samarbeidsstrukturene, ettersom disse leverer en betydelig del av rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten.

Det er avgjørende at rehabilitering prioriteres tydelig innenfor rammene av de etablerte helsefellesskapenes nasjonale mandat. Uten slik prioritering er det risiko for at rehabilitering nedprioriteres til fordel for mer akuttrettede tjenester.

For å få til reelle endringer fra dagens situasjon bør handlingsplanen også følges opp med mer konkrete krav til samarbeid mellom helseforetak og private/ideelle rehabiliteringsinstitusjoner. Riksrevisjonen viser både at private leverandører ikke inngår i de etablerte helsefellesskapene, at tjenestene har for lite kunnskap om hverandres tilbud, og at samarbeidsavtalene i liten grad omtaler rehabilitering. Det bør derfor stilles tydeligere forventninger om at rehabilitering konkretiseres i samarbeidsavtalene, og at private og ideelle institusjoner inkluderes i planleggingen av rehabiliteringsforløp og i samarbeidet om overganger mellom tjenestenivåene.

Pårørende spiller ofte en avgjørende rolle i gjennomføringen av rehabiliteringsforløp, særlig ved langvarige og sammensatte behov. Planen bør derfor tydeliggjøre hvordan pårørende skal involveres og få nødvendig informasjon og støtte.

Det kan også være behov for å prøve ut nye modeller for koordinering av rehabiliteringsforløp. Pilotprosjekter med ulike koordinatorroller, for eksempel funksjonsspesifikke koordinatorene som hjerneskadekoordinatorene, kan bidra til mer helhetlige og individuelt tilpassede forløp.

3.2 Kompetanse og kapasitet i samsvar med behov

Spørsmål 11. Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?

LHL er enig i beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet.

Når det gjelder utfordringer og mål 1 peker Riksrevisjonen på at det ikke er betryggende at oppgaven med å holde nødvendig oversikt over rehabiliteringstjenestene flere steder ser ut til å være overlatt til ansatte som primært arbeider med andre oppgaver enn rehabilitering.

Spørsmål 12. Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?



I utfordringsbildet vises det til betydelige mangler i tilgangen på nødvendig kompetanse i kommunene. Det understrekes også at tilstrekkelig tverrfaglig bredde er en forutsetning for gode rehabiliteringstjenester, og at fysioterapeuter, logopeder, psykologer og audiopedagoger er sentrale faggrupper.

Dette tilsier at de foreslåtte tiltakene er relevante, men at de bør styrkes og konkretiseres ytterligere.

I forbindelse med tiltaket om å tydeliggjøre behovene for personell og kompetanse innen rehabilitering, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, gjennom innspill til regjeringens Helsepersonellplan 2040, ber LHL Helsedirektoratet også sette i gang arbeid med autorisasjon av logopeder. Autorisasjon vil bidra til å styrke pasientsikkerheten, sikre tydeligere kompetansekrav og bidra til mer likeverdig kvalitet i logopedtjenestene.

Til tiltaket om å støtte utvikling av fagnettverk innen rehabiliteringsområdet vil LHL peke på viktigheten av å følge opp arbeidet med etablering av KolsNet, som Helsedirektoratet har fått i oppdrag gjennom tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2026.

Dersom Kommunekommisjonens flertallsforslag om en generell oppheving av de lovfestede kompetansekravene i helse- og omsorgstjenesten blir gjennomført, kan dette ytterligere svekke tilgangen på nødvendig kompetanse i kommunene. Det kan redusere den tverrfaglige bredden som er avgjørende for kvaliteten i rehabiliteringstilbudet, og føre til at færre kommuner har tilgang til sentrale faggrupper som ergoterapeuter, logopeder, psykologer og audiopedagoger. I dag er det krav til ergoterapeuter og psykologer, men ikke til logopeder og audiopedagoger.

Dette er også et tydelig eksempel på hvor viktig det er at det nå tas koordinerte beslutninger i de ulike hekseprosessene som pågår, der hensynet til pasienten er den overordnede føringen.

Spørsmål 13. Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?

For å lykkes med å styrke kompetanse og personell innen rehabilitering er flere sentrale forutsetninger viktige.

For det første må handlingsplanen ses i sammenheng med arbeidet med Helsepersonellplan 2040. Relevante anbefalinger og tiltak fra denne planen bør innarbeides i senere revisjoner av handlingsplanen.

For det andre må mangel på kompetanse innen kommunikasjon følges opp med konkrete strukturelle tiltak. Utkastet til plan peker på manglende kompetanse knyttet til blant annet syn, hørsel og kommunikasjon. Når det gjelder kommunikasjon, er logopedtjenester sentrale. Mangel på logopeder har vært dokumentert gjennom flere år, blant annet av Riksrevisjonen og av LHL. Dersom dette identifiseres som en utfordring



i planen, bør det også tydeliggjøres hvilke tiltak som skal bidra til å styrke både tjenestetilbud, pasientsikkerhet og likeverdig tilgang.

For det tredje må nasjonale føringer for logopedtjenester tydeliggjøres. Logopedtilbudet er i dag ikke like tydelig lov- og forskriftsfestet som flere andre kommunale tjenester, og tilbudet varierer betydelig mellom kommuner. I kommuner med presset økonomi kan dette bidra til at logopedtjenester nedprioriteres.

For det fjerde bør utvikling av fagnettverk innen rehabilitering følges opp konkret. Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2026 fått i oppdrag å utrede og utarbeide en prosjektplass for et fagnettverk for kols (KolsNet). Erfaringene fra ParkinsonNet og arbeidet med KolsNet kan bidra til bedre kvalitet, kompetansedeling og mer ensartet praksis også på andre rehabiliteringsområder.

Til slutt er det viktig at anskaffelses- og finansieringsmodeller understøtter utvikling og bevaring av robuste, tverrfaglige fagmiljøer. En sterk vektlegging av pris i anskaffelser kan svekke kvalitet, bemanning og medisinsk oppfølging i rehabiliteringstilbudene.

3.3 Helsekompetanse, mestring og medvirkning

Spørsmål 14. Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?

LHL er enig i beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet.

Når det gjelder utfordringer viser Riksrevisjonen til at det mange steder mangler tilstrekkelig informasjon om rehabiliteringstjenester. Pasient- og brukerombudene har omtalt rehabilitering som «de hemmelige tjenestene».

Intervju med regional vurderingsenhet i Helse Sør-Øst viser at helseforetakene i liten grad prioriterer å beskrive rehabiliteringstilbudene sine, blant annet fordi de allerede har høy aktivitet og ikke ser behovet for å øke etterspørselen. Mange rehabiliteringstilbud er derfor lite synlige på helseforetakenes nettsider.

Riksrevisjonen peker også på at ansvaret for å ha oversikt over rehabiliteringstjenestene flere steder er lagt til ansatte som primært arbeider med andre oppgaver enn rehabilitering.

Videre viser undersøkelsen at helseforetak og kommuner ofte har for lite kunnskap om hverandres rehabiliteringstilbud. Dette gjør det vanskelig å gi pasientene god informasjon om videre oppfølging når de overføres mellom nivåene i tjenesten. Dialogen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten beskrives som mangelfull, særlig i forbindelse med utskrivning av pasienter fra sykehus. I enkelte kommuner er det rapportert at ansatte ikke alltid er kjent med at pasienter skrives ut fra sykehus og sendes direkte hjem.



Spørsmål 15. Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?

LHL er usikker på om foreslåtte tiltak er tilstrekkelige for å løse også de utfordringer vi tar opp over, og ber Helsedirektoratet se på hvordan de kan følges opp.

Spørsmål 16. Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?

Samtidig som kunnskap fra bruker- og pårørendeundersøkelser benyttes målrettet i systematisk forbedringsarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt, må det også vurderes om variasjon mellom geografiske områder kan ha andre forklaringer enn det som framkommer direkte i undersøkelsene. Det kan for eksempel være knyttet til demografiske forhold, herunder andel innbyggere med minoritetsbakgrunn, språkbarrierer eller ulik tilgang til informasjon og tjenester.

3.4 Bruk av teknologi i tjenesteutvikling

Spørsmål 17. Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?

LHL er i hovedsak enig i beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet, men LHL mener likevel at utfordringsbildet i større grad må belyse risikoen for økt digital og sosial ulikhet. Mange pasienter innen hjerte-, lunge- og hjerneslagfeltet er eldre eller har kognitive og kommunikative utfordringer, herunder afasi. Digitale løsninger må derfor være universelt utformet og tilpasset ulike funksjonsnivåer.

LHL foreslår et tredje mål: Økt bruk av teknologi som er universelt utformet og tilpasset tjenestemottakernes ulike behov og forutsetninger, slik at digitale løsninger bidrar til likeverdig tilgang og ikke fører til ekskludering på grunn av manglende digital kompetanse eller funksjonsutfordringer.

Spørsmål 18. Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?

LHL ber Helsedirektoratet vurdere flere konkrete tiltak for å forhindre digitalt utenforskap, der styrking av digital kompetanse for utsatte grupper skjer parallelt med innføringen av nye teknologiske løsninger.

Spørsmål 19. Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?

Det er viktig med nasjonale standarder, bedre systemintegrasjon og avklarte finansierings- og ansvarsforhold. Uten helhetlig styring og dokumentert effekt risikerer man at teknologiske løsninger øker variasjon og ulikhet framfor å redusere den.



Digitale løsninger kan være et supplement, men kan ikke erstatte nødvendig fysisk og tverrfaglig oppfølging for pasienter med komplekse og sammensatte behov.

3.5 Styringsdata og analyse

Spørsmål 20. Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?

LHL er enig i beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet.

Et grunnleggende problem på rehabiliteringsfeltet er fortsatt manglende kunnskap om kapasitet, behov og faktisk tilgang til tjenester. Riksrevisjonen har pekt på at både kommuner og spesialisthelsetjenesten mangler tilstrekkelig oversikt over rehabiliteringstilbudene.

Spørsmål 21. Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?

LHL viser her til vår tidligere kommentar under om behovet for et rehabiliteringsregister. Dette bør tydeliggjøres i planen og vurderes som et eget tiltak.

Spørsmål 22. Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?

LHL viser til det pågående arbeidet med å etablere Norsk rehabiliteringsregister, som et nasjonalt kvalitetsregister for døgnbasert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Etter det LHL er kjent med, er registeret under behandling for godkjenning som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister, og registrering planlegges startet i løpet av 2026.

Det er avgjørende at registeret omfatter et bredt diagnosegrunnlag. Riksrevisjonen har i Dokument 3:11 (2011–2012) og Dokument 3:12 (2023–2024) dokumentert mangelfull styringsinformasjon og svakt datagrunnlag om omfang, innhold og effekt av rehabiliteringstjenestene. Denne kunnskapsmangelen består i stor grad fortsatt og svekker grunnlaget for prioritering, styring og kvalitetsforbedring.

Vi merker oss at hjerneslag (hjerne-karsykdommer) ser ut til å være inkludert i de foreløpige anbefalingene for registeret, noe vi vurderer som viktig. Samtidig må registeret også omfatte hjerte- og karsykdommer samt kroniske lungesykdommer, som er store diagnosegrupper med betydelige og langvarige rehabiliteringsbehov og hvor det i dag er begrenset systematisk kunnskap om tilbud, kvalitet og effekt.

Registeret må gis en tydelig og sentral plass i den nasjonale handlingsplanen for rehabilitering, med en konkret framdriftsplan, klare ansvarsforhold og tilstrekkelig finansiering til både etablering og drift.

Et annet register som bør etableres, er et medisinsk kvalitetsregister for kols. Rehabilitering er en av de viktigste behandlingsformene ved kols, men i dag finnes det



ikke et eget nasjonalt kvalitetsregister for denne pasientgruppen. Et slikt register vil kunne gi bedre kunnskap om omfang, kvalitet og effekt av rehabiliteringstiltak for personer med kols. Samtidig vil det styrke grunnlaget for prioriteringer, tjenesteutvikling og mer likeverdig tilgang til rehabiliteringstilbud i hele landet.

Helsedirektoratet ønsket tidligere, ifølge Riksrevisjonen, å erstatte skillet mellom enkel og kompleks rehabilitering med en mer presis inndeling, inspirert av Danmark. Arbeidet stoppet da de regionale helseforetakene fryktet konsekvenser for finansieringen. I stedet er det fra 2023 igangsatt arbeid med funksjonsvurderingsverktøy til bruk ved start og slutt av behandling. Dette bør vurderes på nytt dersom man igjen vil vurdere den danske modellen.

Kapittel 4: Gjennomføring av handlingsplanen

Spørsmål 23. Har du innspill til møtearenaer og samarbeidsformer i gjennomføringen av handlingsplanene – eksisterende eller om det er behov for nye?

LHL ber om at brukermiljøene tas aktivt med i det videre arbeidet.

Spørsmål 24. Har du innspill til hvordan Helsedirektoratet kan følge med på måloppnåelse og justere tiltak gjennom planperioden fra 2026-2035?

Helsedirektoratet bør ved revisjon av framtidige planer også nyttiggjøre seg kunnskapsgrunnlaget som finnes i eksisterende nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

For øvrig viser vi til det vi allerede har kommentert om betydningen av resultater fra Helsereformutvalgets arbeid og Riksrevisjonens kommende undersøkelse av rehabilitering.

LHL anbefaler også at Helsedirektoratet følger kontinuerlig med på utviklingen i våre naboland, og henter erfaringer derfra som kan bidra til å styrke planen ved framtidige revideringer.

Se ellers kommentar og innspill under neste avsnitt.

Andre innspill til handlingsplanen

Spørsmål 25. Har du generelle innspill til handlingsplanen?

Nasjonal handlingsplan for rehabilitering må ta hensyn til Stortingets vedtak i behandlingen av Innst. 95 S (2025–2026) 10. februar 2026, samt til oppdraget gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2026.



Særlig følgende føringer må hensyntas:

- Stortinget ber om en konkret handlingsplan innen 2027. LHL oppfatter dette som en mer forpliktende og operativ plan enn det foreliggende utkastet.
- Stortinget ber om flere døgnplasser innen arbeidsrettet rehabilitering.
- Stortinget ber regjeringen prøve ut en ordning med direkte innsøkning til arbeidsrettet rehabilitering fra Nav.

En av de store utfordringene på rehabiliteringsområdet har vært manglende sammenheng mellom politiske føringer og de tjenestene og tilbudene som er etablert. Anbudsprosesser i de regionale helseforetakene ble igangsatt før Stortinget behandlet Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027), og i hovedsak gjennomført før utkastet til nasjonal handlingsplan for rehabilitering forelå. Dette har blant annet medført at en så avgjørende politisk føring som kvalitet framfor pris ikke har vært tilstrekkelig hensyntatt i anbudsprosessene i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst.

Denne bekymringen deles av et flertall i Stortinget. I en merknad til Innst. 95 S (2025–2026) heter det at «anskaffelsesprosessen er kraftig kritisert for å vektlegge pris langt over kvalitet, og at dette går ut over pasienttilbudene. (...) Nå oppleves det som om det stadig skjer en nedbygging på rehabiliteringsfeltet, begrunnet i økonomi og innsparinger i helseforetakene.»

Da Stortinget behandlet representantforslaget og fattet vedtak 10. februar, ba Stortinget regjeringen instruere Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge om å annullere anbudsrunder og videreføre dagens avtaler inntil det er etablert et langsiktig avtaleverk som definerer kvalitetskravene for rehabilitering. Arbeidet med avtaleverket skal baseres på et solid kunnskapsgrunnlag, pasientenes behov og en langsiktig plan for ulike typer rehabilitering.

Etter LHLs vurdering gir dette et tydelig signal: Kvalitet og kunnskapsbaserte føringer skal være styrende for utviklingen av rehabiliteringstjenestene – ikke pris i den grad det var det i gjennomførte anbud. Den nasjonale handlingsplanen må derfor danne premisser for framtidige anskaffelser og sikre at politiske vedtak faktisk får konsekvenser for praksis i de regionale helseforetakene.

I sitt hørings svar til Helse Sør-Øst om høyspesialiserte rehabiliteringstjenester har LHL blant annet påpekt at volumet i anskaffelsene må dekke det reelle behovet for høyspesialisert hjerte- og lungerehabilitering. Erfaringene fra tidligere anskaffelser viser at behovet ikke er fullt ut dekket, og at sterk vektlegging av pris har gått på bekostning av kvalitet, blant annet når det gjelder bemanning og medisinsk oppfølging. LHL mener derfor at kvalitet må vektes tyngre enn pris i kommende anskaffelser.

Videre må robuste nasjonale fagmiljøer innen høyspesialisert rehabilitering bevares og styrkes. Det må stilles tydelige krav til kompetanse, erfaring og tverrfaglighet, og kriteriene for målgruppe og henvisning må være klare og transparente for å sikre likeverdig tilgang. For medisinsk kompleks og sårbare pasientgrupper må varighet og



innhold i tilbudet kunne tilpasses individuelt. Digitale løsninger kan være et supplement, men kan ikke erstatte nødvendig fysisk og tverrfaglig oppfølging.

Her viser vi til helseminister Vestres svar til stortingsrepresentant Toppe (Sp) på et skriftlig spørsmål om hvordan regjeringen vil sikre nasjonale rehabiliteringstilbud og følge opp kravet om en felles strategi for rehabilitering med nasjonalt nedslagsfelt. Vestre svarte at spørsmålet om likeverdig tilgang til spesialiserte tilbud vil bli vurdert i arbeidet til Helsereformutvalget.

Rehabilitering for barn og unge må gis en tydeligere og mer forpliktende plass i handlingsplanen. For barn skjer rehabilitering ikke bare i helsetjenesten, men i stor grad også i andre arenaer, særlig i barnehage og skole. For barn med hjerneskade og andre nevrologiske tilstander er skolearenaen ofte den viktigste rehabiliteringsarenaen i hverdagen. Tiltak knyttet til læring, språk, kommunikasjon, kognitiv utvikling og sosial deltakelse er avgjørende for barnets funksjon og framtidige muligheter, og må anerkjennes som en integrert del av det samlede rehabiliteringsforløpet. Handlingsplanen bør derfor tydeliggjøre hvordan helsetjenesten skal samhandle systematisk med utdanningssektoren og andre relevante aktører, slik at barn og unge får helhetlige og sammenhengende tilbud. Uten en slik tilnærming risikerer man fragmenterte tjenester og at barnets utviklingsmuligheter svekkes over tid.

Nasjonal handlingsplan for rehabilitering må dermed gi en tydelig retning for utviklingen av rehabiliteringstjenestene i Norge: en utvikling der høy kvalitet, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgang i hele landet legges til grunn, og der det sikres sammenheng mellom politiske vedtak, planverk og praktisk gjennomføring.

LHL mener at den endelige handlingsplanen overordnet må bidra til rehabilitering av høy kvalitet, med tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgang i hele landet, der pasienter og brukere sikres helhetlige, koordinerte og sammenhengende rehabiliteringsforløp. Dette krever en plan som er konkret, forpliktende og etterprøvable, med tydelig ansvar, tidslinje, milepæler og indikatorer for måloppnåelse.

Vi takker for muligheten til å bidra i denne høringen, og stiller oss gjerne til disposisjon dersom Helsedirektoratet har behov for nærmere dialog eller utdyping.

Med vennlig hilsen,

Magne Wang Fredriksen

Generalsekretær

LHL, Landsforeningen for hjerte, lunge og hjerneslag