



LHLs innspill om rehabilitering til Helsereformutvalget

Navn på høringsinstans:

LHL, Landsforeningen for hjerte, lunge og hjerneslag

E-post avsender:

politikk@lhl.no

Kommentar:

Innspillet gis på bakgrunn av møte i referansegruppa for Helsereformutvalgets møte 10. mars 2026.

Når Helsereformutvalget skal foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig offentlig helse- og omsorgstjeneste, er LHL opptatt av at arbeidet også bidrar til å løse dagens utfordringer innen rehabilitering.

LHL mener at utvalgets mandat gir mulighet til det. Utvalget skal utrede og foreslå modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste. Mandatet omfatter en vurdering av ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette er spørsmål som er avgjørende for å styrke rehabiliteringstjenestene.

Grunnen til at LHL særlig trekker fram rehabilitering, er at dette i dag er et av de svakeste områdene i helsevesenet. Dette ble understreket av riksrevisor Karl Eirik Schjøtt-Pedersen da Riksrevisjonen i 2024 la fram sin undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene (Dokument 3:12 (2023–2024)).

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.

Et systemproblem – ikke bare et kapasitetsproblem

Riksrevisjonens undersøkelse viser at utfordringene i rehabilitering gjennom mange år ikke bare er knyttet til kapasitet, men også til styring og organisering:

- Manglende kunnskap om kapasitet og behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester.
- Manglende avklaring av ansvarsforhold mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.



- Svikt i samhandling og koordinering av tjenester.
- Manglende kapasitet og kvalitet i kommunehelsetjenesten.

Riksrevisjonen dokumenterer betydelige geografiske forskjeller i rehabiliteringstilbudet. Etter Riksrevisjonens vurdering kan det i praksis framstå som tilfeldig om tjenestene samsvarer med behovene til pasientene i opptaksområdet.

Samtidig som Riksrevisjonen har dokumentert betydelige mangler i rehabiliteringstilbudet, har Stortinget lagt til grunn at tilbud i spesialisthelsetjenesten ikke skal bygges ned før tilsvarende tilbud er etablert i kommunene. I praksis ser man likevel eksempler på at rehabiliteringstilbud svekkes eller reduseres både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Undersøkelsen viser at helseforetakene og kommunene ofte har for lite kunnskap om hverandres tjenestetilbud. Dermed kan de heller ikke gi pasientene god informasjon om hva som skjer videre når en pasient overføres mellom nivåene i tjenesten.

Dialogen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er mangelfull. Særlig dialogen om utskrivningsklare pasienter trekkes fram som utfordrende. I noen kommuner vet ikke ansatte engang om pasienter som skrives ut fra sykehus og sendes direkte hjem.

Riksrevisjonen peker 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.

Et grunnleggende prinsipp for rehabilitering er at tjenestene skal tilbys samordnet, tverrfaglig og planmessig ut fra pasientens behov. Samlet sett viser undersøkelsen at dette prinsippet i mange tilfeller ikke oppfylles i praksis.

Prinsipper for fremtidig organisering

På bakgrunn av utfordringene mener LHL at følgende prinsipper må ligge til grunn når Helsereformutvalget vurderer modeller for fremtidig organisering av helse- og omsorgstjenestene.

Pasientens behov og likeverdige tjenester

- Tjenestene må ta utgangspunkt i pasientens behov.
- Pasientene må få helhetlige, koordinerte og sammenhengende pasientforløp.
- Pasienter med samme behov må få like gode resultater uavhengig av hvor i landet de bor.

Dette er også i tråd med føringene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027, som legger vekt på bedre samhandling, mer helhetlige pasientforløp og mer likeverdige tjenester.

Samhandling og koordinering

- Samhandlingen mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten må fungere bedre.
- Tjenestene må være koordinert av helse- og omsorgstjenesten – ikke av pasienten selv eller av pårørende, slik mange rapporterer skjer.



Individuell plan (IP) og koordinator er viktige virkemidler for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Evalueringer og Riksrevisjonens undersøkelser viser imidlertid at disse ordningene brukes i liten grad. Ordningen bør derfor, uavhengig av Helsereformutvalgets arbeid, gjennomgås for å sikre at intensjonen i regelverket faktisk følges opp i praksis.

Organisering av rehabilitering

- Rehabilitering bør så langt som mulig gis i pasientens eller brukerens nærmiljø, forutsatt at nødvendig kompetanse er tilgjengelig. Hverdagsrehabilitering hører naturlig hjemme i kommunal regi, mens spesialisert rehabilitering gis i spesialisthelsetjenesten.

Tidlig rehabilitering er viktig for å oppnå best mulig funksjon og forebygge økt behov for helse- og omsorgstjenester. 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. Rehabiliteringstjenestene må derfor organiseres slik at pasienter kan få tilgang til rehabilitering flere ganger gjennom livet, i takt med endringer i funksjon og behov.

- Dersom kommuner ikke har tilstrekkelig kompetanse eller kapasitet til å gi rehabilitering, må pasientene sikres et forsvarlig tilbud gjennom spesialisthelsetjenesten eller gjennom private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner som inngår i den samlede tjenesten.
- Rehabilitering for små eller særlig komplekse pasientgrupper må organiseres som nasjonale eller overregionale tilbud innen spesialisert rehabilitering.

Riksrevisjonen viser blant annet til at regionale vurderingsenheter i noen tilfeller innvilger 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.

LHL vil understreke at dersom en pasient ikke kan få nødvendig rehabilitering i egen kommune fordi kommunen mangler kompetanse eller kapasitet, må rehabiliteringen gis i spesialisthelsetjenesten. Det kan ikke være pasienten som skal bære konsekvensene av manglende prioritering av rehabilitering – uavhengig av hvor i tjenesten dette skjer.

Styring og ansvar

Riksrevisjonen har pekt på svakheter i den overordnede styringen av rehabiliteringsfeltet.

Det mangler en samlet strategi og tydelige mål for rehabiliteringstjenestene, og det er gitt få nasjonale styringssignaler.

Kommunene mangler i mange tilfeller også oversikt over egne rehabiliteringstjenester. Flere kommuner har ikke oppdaterte planer og gjennomfører i begrenset grad systematiske evalueringer av tjenestene.



Riksrevisjonen viser at mange kommuner mangler kompetanse og tjenester som er lovpålagte eller anbefalt i nasjonale veiledere. Samtidig mangler mange kommuner planer for rehabilitering, har ikke tilstrekkelig oversikt over innbyggernes behov og evaluerer i liten grad egne tjenester systematisk.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at helsefellesskapene skal være et sentralt virkemiddel for utviklingen av rehabiliteringstjenestene. Samtidig viser Riksrevisjonens undersøkelse at det foreløpig er for tidlig å konkludere med hvordan helsefellesskapene påvirker arbeidet med rehabilitering.

Det er en utfordring at sentrale aktører på rehabiliteringsfeltet – blant annet private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner – ikke inngår i samarbeidsstrukturene i helsefellesskapene, selv om de står for en betydelig del av kapasiteten i spesialisert rehabilitering.

Finansiering og incentiver

Finansieringssystemene kan bidra til å svekke prioriteringen av rehabilitering.

En investering i forebygging eller tidlig rehabilitering ett sted i tjenestekjeden gir ikke nødvendigvis økonomisk gevinst på samme budsjett. Dette kan svekke incentivene til å prioritere rehabilitering.

Tidlig og målrettet rehabilitering kan samtidig redusere risikoen for varig funksjonstap, langvarig utenforskap og behov for mer omfattende tiltak senere i forløpet.

Rehabilitering må derfor vurderes i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Samhandling med Nav er i denne sammenheng viktig. Arbeidsrettet rehabilitering kan bidra til å forebygge varig utenforskap og trygdeavhengighet og bør inngå i helhetlige og sammenhengende rehabiliteringsforløp.

Erfaringer fra andre nordiske land

LHL vil oppfordre Helsereformutvalget til å se nærmere på erfaringer fra andre nordiske land.

I Danmark er kommunene forpliktet til å følge opp den legefaglige og tverrfaglige vurderingen av rehabiliteringsbehov som gjøres i sykehusene gjennom en såkalt genoptræningsplan. Dette bidrar til at pasientens behov, og ikke kommunens ressursituasjon, i større grad blir avgjørende for hvilket rehabiliteringstilbud som gis.

Oppsummerende krav til modell

For LHL er det avgjørende at modellen Helsereformutvalget anbefaler, legger til rette for rehabiliteringstjenester som tar utgangspunkt i pasienters og brukeres behov, og som sikrer helhetlige, koordinerte og sammenhengende rehabiliteringsforløp, høy kvalitet, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgang i hele landet.

For å oppnå dette må framtidig oppgave- og ansvarsfordeling sikre samsvar mellom ansvar, kompetanse og ressurser. Eksisterende strukturer kan ikke legge begrensninger for om pasienter får nødvendig rehabilitering. Det må derfor 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 for organisering og oppgavefordeling vurderes.

Etter LHLs vurdering bør modellen utvalget anbefaler, bidra til tydeligere nasjonal styring, sterkere rettigheter for pasientene og finansieringsordninger der ansvar og økonomiske incentiver i større grad trekker i samme retning gjennom hele pasientforløpet. Dette forutsetter finansieringsordninger og styringsmekanismer som gir tydelige incentiver til å prioritere rehabilitering og utvikle helhetlige pasientforløp på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten.