



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref
25/4407-

Dato
25. novemberH 2025

Dokument 8:30 S (2025-2026) representantforslag om en ny og offensiv satsing på arbeidsretta rehabilitering

Jeg viser til representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Bengt Fasteraune. Deler av spørsmålene faller under arbeids- og inkluderingsministerens ansvarsområde og jeg derfor innhentet svar fra arbeids- og inkluderingsministeren. Videre er det innhentet informasjon fra de regionale helseforetakene.

- 1. Stortinget ber regjeringa sikre ei opptrapping med etablering av langt fleire døgnplassar innan arbeidsretta rehabilitering, inkludert for unge, og årleg rapportere til Stortinget om utviklinga.**

Regjeringen vil rette en innsats mot å inkludere flere i arbeidslivet, redusere sykefravær og dempe behovet helse- og omsorgstjenester. Vi vet at det å delta i arbeidslivet også er helsefremmende. Arbeidsrettede tiltak som arbeidsrettet rehabilitering og initiativ for å redusere sykefravær er viktig del av dette og må ivaretas både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Målgruppen for arbeidsrettet rehabilitering er personer med sykdom eller funksjonsnedsettelse og som står utenfor arbeidslivet. Arbeidsrettet rehabilitering gis på grunn av helseplagenes omfang, funksjonsnedsettelsens karakter, sykmeldingslengde, eller andre årsaker. Dette tilsier at det er en sammensatt pasientgruppe.

I spesialisthelsetjenesten gis arbeidsrettet rehabilitering både som poliklinisk oppfølging, dagbehandling samt døgnbehandling for pasienter med mer kompleks problematikk. Arbeidsrettet rehabilitering tilbys primært poliklinisk. De fleste av helseforetakene har tilbud om samtidige helse- og arbeidsrettede tiltak i samarbeid med NAV gjennom modellen HelselArbeid. Tilbudene retter seg både mot pasienter med muskel- og skjelettlidelser og

alminnelige psykiske lidelser. Flere helseforetak tilbyr også arbeidsrettet behandling som del av psykisk helsevern og rusbehandling og fysikalske behandlingstilbud.

De pasienter som har behov for helsetjenester gjennom hele døgnet, tilhører i hovedsak andre og mer komplekse diagnosegrupper, som for eksempel ortopedi, amputasjoner, ervervet hjerneskade og pasienter med komplekst sykdomsbilde med behov for helhetlig rehabilitering etter sykehusbehandling. Disse pasientene får døgnoophold knyttet til sin diagnose, og arbeid som mål er en integrert del av rehabiliteringsoppholdet for pasienter hvor det er aktuelt.

Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og Helse Vest har avtaler med private leverandører når det gjelder både dag- og døgntiltak innen arbeidsrettet rehabilitering. Tilbakemeldinger fra regionene tyder på at det legges til rette for økning i inntak. Helse Sør- Øst opplyser at gjennom nye avtaler innen arbeidsrettet rehabilitering gjeldende fra 1.1.2026, så legges det til rette for at i overkant av 2 000 pasienter kan få behandling årlig, noe som er en økning på i nesten 900 pasienter fra 2024.

Helse Nord gir arbeidsrettede behandlingstilbud først og fremst gjennom HelselArbeid-poliklinikker i alle sine helseforetak. De har i tillegg inngått avtale med flere avtalespesialister som har delhjemmel dedikert til arbeidsrettet behandling. Gjennom interregionalt samarbeid tilbys helsepersonell opplæring i rask jobbfokusert terapi i regi av Diakonhjemmet sykehus i Oslo. Helse Nord har erfart et synkende behov for døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering og har erstattet disse med krav om arbeidsfokus i alle ytelser på rehabiliteringsfeltet.

Basert på forskning og faglige vurderinger av behov for arbeidsrettet rehabilitering, mener de regionale helseforetakene at målet bør være at flere får tilbud om kortvarige arbeidsrettede polikliniske tilbud der pasienten kan bo hjemme, gjerne i samarbeid mellom NAV og helsetjenesten. Flere steder gis slike polikliniske tilbud gjennom HelselArbeid tilbud i flere helseforetak. Erfaringene tyder på at pasienter innen arbeidsrettet rehabilitering som hovedregel ikke har behov for døgnbasert omsorg.

Det foreligger god dokumentasjon for at samtidige tilbud om behandling og/eller rehabilitering og arbeidsstøtte kan gi bedre resultater, og det pågår forskning for ytterligere å vurdere effekt av tiltak som HelselArbeid. Dokumentasjon for effekt av langvarig døgnbasert rehabilitering, og kunnskapsgrunnlag som tilsier behov for mer døgnbasert rehabilitering, er begrenset. For pasienter med behov for arbeidsrettede behandlingstiltak, anbefales det derfor en variasjon i tilbudene som gis, og at pasienter med mer kompleks problematikk kan få tilbud om rehabiliteringsopphold der overnatting kan være inkludert dersom det er nødvendig for reiseavstand mv. Når det gjelder barn og unge har vi ikke et kunnskapsgrunnlag som tilsier en satsing på døgnbehandling framfor dag- og polikliniske tilbud for å hjelpe unge tilbake til arbeid og skole/utdanning.

På bakgrunn av innspill om status fra de regionale helseforetakene oppfatter jeg at regionene sørger for et helhetlig og variert tilbud om arbeidsrettet rehabilitering og som tilpasses den enkeltes behov. Døgntilbud som del av behandlingen vil være et av flere aktuelle tilbud, og da først og fremst til pasienter med mer komplekse helseutfordringer. Jeg

kan ikke se at det er behov for eller er hensiktsmessig for å videreutvikle det samlede tilbudet å skille ut denne delen i en egen opptrappingsplan.

Jeg viser også til at Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide nasjonale handlingsplan for rehabilitering, og legger til grunn at arbeidsretting og jobbfokus som del av rehabiliteringstilbudene vil inngå i arbeidet.

2. Stortinget ber regjeringa skjerme arbeidsretta rehabilitering mot anbud, og sørge for at noverande ideelle fagmiljø får forlenget kontraktar basert på kvalitet.

Som det framgår av Nasjonal helse- og samhandlingsplan, er det en tydelig satsing på arbeidsrettet rehabilitering. De regionale helseforetakene følger opp føringene i planen og sørger gjennom sine anskaffelser for at krav til kvalitet ivaretas gjennom kravstilling i konkurransen. De regionale helseforetakene er som offentlige oppdragsgivere omfattet av anskaffelsesregelverket og må derfor anskaffe helsetjenester ved anbudskonkurranser.

Anbudskonkurranser er i tråd med anskaffelsesregelverkets formål om å fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser og at det offentlige skal opptre med integritet, slik at allmenheten har tillit til at anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte med transparens og likebehandling. Slik dagens regelverk er utformet, vil det ikke være lovlig å unnta kjøp av arbeidsrettet rehabilitering fra anskaffelsesregelverket.

Private døgntilbud er et av flere behandlingstilbud som bør inngå i et samlet tilbud om arbeidsrettet rehabilitering for pasienter med ulike behandlings- og rehabiliteringsbehov. Hvilket tilbud den enkelte pasient har behov for må avgjøres ved en konkret og faglig vurdering, og jeg kan ikke se at det foreligger et helsefaglig grunnlag for å skjerme arbeidsrettet rehabilitering mot anbud.

3. Stortinget ber regjeringa sørge for at det blir utarbeidd nasjonale standardar og kvalitetskrav for arbeidsretta rehabilitering i regi av Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering.

I Norge er det Helsedirektoratet som har det lovfestede ansvaret for å utarbeide, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten. Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering ble omorganisert til Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk fra og med 01.01.24.

Rammeverket for nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk beskriver to hovedoppgaver:

- Kompetansespredning gjennom nettverket ved å bistå til at eksisterende kunnskap fra forskning og kvalitetsregistre blir tatt i bruk i alle regioner.
- Bistå eier i å avklare faglige spørsmål.

Helsedirektoratet har i 2025, i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet, utarbeidet og publisert nasjonale faglige råd om tjenestesamhandlingsmodellene Individuell jobbstøtte (IPS) og HelselArbeid.

Det er også arbeid i gang for å opprette et nasjonalt kompetansenettverk for helse og arbeid. Begge disse kompetansenettverkene vil være viktige for å gi innspill til normerende dokumenter på dette fagområdet og som Helsedirektoratet har ansvar for.

4. Stortinget ber regjeringa prøve ut ei ordning med direkte innsøking til arbeidsretta rehabilitering frå Nav.

Når det gjelder erfaringer med direkte innsøking fra Nav til arbeidsrettet rehabilitering i helsetjenesten, opplyser Arbeids- og inkluderingsdepartementet følgende:

Arbeids- og velferdsdirektoratet opplyser at de ikke har erfaringer med formell (direkte) henvisning/innsøking fra Nav til et helsetilbud som er helt administrert av helsetjenesten. Under «Raskere tilbake»-ordningen, inngikk Nav selv avtaler med leverandører som leverte helsetjenester. Behandlingstilbudet for personer med lettere psykiske og sammensatte lidelser og tiltaket ARR døgn ble levert av helsetjenesten, men avtalen, administrasjonen og midlene var i Nav. Det var kun Nav som søkte inn til disse tiltakene. Etter at avtalene ble overført til helsetjenesten i 2017 søkte Nav fortsatt inn til avtalene i en overgangsperiode slik det var blitt søkt inn til avtalene mens de var administrert av Nav. Etter at overgangsperioden var over, hadde ikke Nav henvisningsrett til avtalene. Nav har derfor ingen erfaringer med å henvise til arbeidsrettet rehabilitering eller liknende tilbud i helsetjenesten som er helt administrert av og betalt for av helsesiden. Nav og helsetjenesten har flere samarbeidsprosjekter, i hovedsak HelseiArbeid, IPS og Samspill. I disse ordningene er det imidlertid ingen erfaringer med at Nav henviser formelt til et tilbud i helsetjenesten.

Med dagens ordning er det oftest fastleger som henviser pasienter til arbeidsrettet rehabilitering, mens det er Regional vurderingsenhet (RKE) som etter gitte kriterier vurderer om pasientene har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasientene blir vurdert og prioritert i tråd med pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften og aktuelle prioriteringsveiledere.

Erfaring fra andre områder (eks. fristbrudd og fritt behandlingsvalg ordningen), viser at det kan gi uheldige og utilsiktede effekter om andre enn de som har inngått avtaler med private leverandører styrer bruken av avtalene.

Det er over tid arbeidet for at rettighetsvurderinger og prioriteringer gjøres mest mulig enhetlig av vurderingslegene som er tilknyttet RKE. Vurderingskompetanse og mest mulig enhetlig tolkning av prioriteringsveilederne er avgjørende for forutsigbar og likeverdig behandling av henvisningene fra primærhelsetjenesten.

Jeg mener det ikke vil være til pasientens beste å legge om dagens ordning med henvisning til arbeidsrettet rehabilitering. Tidligere erfaringer og dagens praksis sier meg at det er viktig at behovet for helsehjelp i form av arbeidsrettet rehabilitering, fortsatt må baseres på helsefaglige vurderinger av fastlegen og av regionale vurderingsenheter.

5. Stortinget bed regjeringa leggje fram for Stortinget ein konkret og forpliktande handlingsplan for rehabiliteringsfeltet i løpet av 2026 , med mål om å gi alle pasientar som har behov for det, eit likeverdig rehabiliterings- og habiliteringstilbod i heile landet.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt oppdrag til Helsedirektoratet om å lage nasjonale handlingsplaner for rehabilitering og habilitering. Direktoratet er godt i gang med sitt arbeid. Planene skal omfatte aktuelle utfordringer innen fagområdet, peke på innsatsområder og på den måten bidra til konkrete forbedringer i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet over hele landet. Fagpersoner, brukerorganisasjoner og forskere er med i arbeidet med å utvikle planene. Det overordnede formålet med handlingsplanene er å beskrive nasjonale myndigheters planer for fag- og tjenesteutviklingen innen tjenesteområdet. Handlingsplanene skal først og fremst være planer med faglig innhold og retning, og ligger derfor til Helsedirektoratet.

Jeg vil følge opp stortingets vedtak jf. behandling av Innst. 329 S (2024-2025) om å 1) *ikke foreta endringer i ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for rehabiliterings- og habiliteringstjenester frem til det er foretatt en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet* og 2) *foreta en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet og legge frem en fremskriving av behovet for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten frem mot 2040.*

Helsedirektoratet vil bli bedt i tildelingsbrevet for 2026 å følge opp disse vedtakene jf. omtale av anmodningsvedtakene i Prop 1 S. 2025–2026.

De politiske rammene for habiliterings- og rehabiliteringsområdene er gitt gjennom Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og forsterkes gjennom arbeidet med en helsereform og en helsepersonellplan.

Helsereformutvalget skal foreslå modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge. Habilitering og rehabilitering er viktige tjenesteområder både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Helsereformutvalgets forslag skal behandles av Stortinget.

Tilgangen på og bruken av tilgjengelig helsepersonell vil være avgjørende for kvaliteten på helsetjenestene, herunder rehabilitering og rehabilitering. Regjeringen vil derfor også søke bred enighet om Helsepersonellplan 2040, som skal sikre tilstrekkelig personell og effektiv ressursbruk for fremtiden.

Norge skal ha helse- og omsorgstjenester i verdensklasse. Vår felles helsetjeneste skal være førstevalget for innbyggere og medarbeidere. Målet er en felles helsetjeneste med høy kvalitet og sammenhengende behandling og oppfølging på tvers av sykehus og kommuner.

Med hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jan Christian Vestre', with a stylized, cursive script.

Jan Christian Vestre