



# Utfordringer knyttet til organisering og finansiering av rehabiliteringstjenester i Norge og Norden

Frank Becker  
klinikkoverlege, professor

Dette er et «oppspill» for debatten etterpå:

Hvordan skal vi organisere rehabiliteringstjenesten til det beste for pasienten?

Kampen for forutsigbarhet og faglig kvalitet

# Case

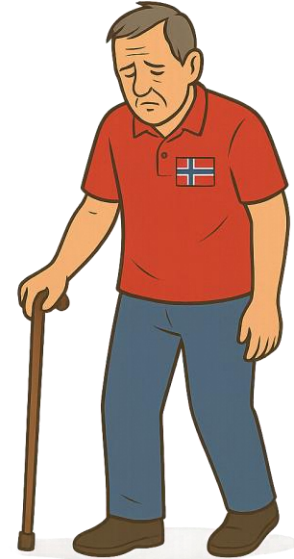
- Mann 55 år
- Innlagt akutt med nytt hjerneslag:
  - betydelige motoriske utfall
  - kognitive vansker
- Har behov for:
  - tidlig døgnbasert spesialisert rehabilitering
  - videre kommunal rehabilitering



Illustrasjoner: Copilot

# Pasientens forløp i Norge

- Fra slagenhet overføring (innen 7 dager) til spesialisert rehabiliteringsavdeling/-sykehus eller privat rehabiliteringsinstitusjon («nivå 2»)
- Utskriving til hjemmet med oppfølging fra kommunehelsetjenesten – døgn/dag/oppfølgende team/institutt



# Pasientens forløp i Sverige

- Fra stroke unit overføring til spesialisert rehabiliteringsavdeling i sykehus
- Utskriving til hjemmet med oppfølging fra vårdcentral, poliklinisk eller som dagtilbud, ev. med oppfølgende team



# Pasientens forløp i Danmark

- Før utskrivelse fra slagenhet lages det en «genoptræningsplan» som «resept» for rehabiliteringen
- Overføring til «Rehabilitering på spesialisert niveau», ev. «Rehabilitering på højt spesialisert niveau» (nasjonalt), på sykehus
- Utskriving til hjemmet med oppfølging fra kommunen, som «almen genoptræning» på basalt eller «avanceret niveau», ev. ved at kommunen kjøper privat rehabilitering
- (fra 2027: nasjonalt nivå har behandlingsansvar også når pas. bor hjemme)



# Pasientens forløp i Finland

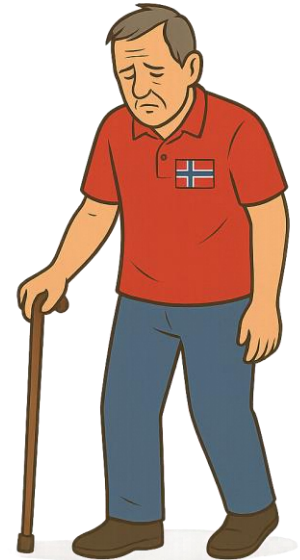
- Fra slagenhet overføring til spesialisert rehabiliteringsenhet på sykehus
- Utskriving til hjemmet med hjemmebasert rehabilitering i primærhelsetjenesten (som er organisert sammen med spesialisthelsetjenesten)
- For undergrupper av pasienter i tillegg/istedenfor ekstra tilbud i regi av «folketrygden» (Kela) eller pensjonsforsikring, spesielt arbeidsrehabilitering



# Organisering og ansvarsfordeling

# Organisering og ansvarsfordeling i Norge

- Rehabiliteringstilbud:
  - i spesialisthelsetjenesten: HF, private institusjoner med avtale
  - i kommunehelsetjenesten: døgn/dag/oppfølgende team/institutt
- Ansvarsfordeling:
  - pakkeforløp hjerneslag gir noen nærmere beskrivelser
  - ellers heller diffus for de fleste pasientgruppene
- utfordringer (jf. Riksrevisjonen):
  - store nasjonale forskjeller
  - stor variasjon i hvor mange som får rehabilitering
  - pasienter med samme diagnose får ulik hjelp



# Ansvarsfordeling i Norden

Land	Hvem har ansvar tidlig?	Hvem har ansvar videre?
Norge	Helseregioner (RHF/HF). Sykehus eller avtaleinstitusjon.	Kommunene. Døgn/dag/oppfølgende team/institutt.
Sverige	Regionene (landsting). Sykehus/rehab-klinikker.	Kommuner: hjemmetjenester. Regioner: poliklinikk og enkelte team.
Danmark	Regionene. Sykehus/spesialiserte enheter.	Kommunene: «almen genoptræning», Døgn, dag, fysio/ergo, hjemmepleie.
Finland	Velferdsregionene. Sykehus/rehabenheter.	Velferdsregionene. Kela/pensjonsforsikring: arbeidsrehab.

# Finansiering

# Finansieringssystemet i Norge

- I sykehus som annen spesialisthelsetjeneste: ISF-finansiering
- Private rehabiliteringsinstitusjoner fra RHFene, godtgjort etter eget system
- Kommunale budsjetter
- Noen private tilbud refundert av Helfo (fysioterapeut, logoped)
- utfordringer:
  - Tilbud bare delvis avstemt (og i verste fall «Svarte Per spill»)
  - Redusert kapasitet i sykehusrehabilitering (på områdesykehusene) med kun delvis oppbygging i kommunehelsetjenesten
  - Rehabiliteringstilbud tilpasses finansieringsordningen, feil prioriteringer?



# Finansieringssystemet i Norden

Land	Hvem finansierer tidlig?	Hvem finansierer videre?
Norge	Statlig finansiering via regionale helseforetak (ISF/DRG, private).	Kommunale budsjetter (skatt + rammeoverføringer).
Sverige	Regionenes budsjetter (regionale skatter + statlige tilskudd).	Kommunale og regionale budsjetter.
Danmark	Regionale budsjetter, mye aktivitetsbasert. Kommunal medfinansiering av sykehustjenester.	Kommunale budsjetter.
Finland	Velferdsregionenes budsjetter (statlig finansiering). Noe ved Kela/pensjonsforsikring.	Velferdsregionenes budsjetter (statlig finansiering). Noe ved Kela/pensjonsforsikring.

# Definerte tilbud og ansvarsfordeling

# Tydelig definert tilbud og ansvarsfordeling?

Land	Ansvarsbeskrivelser
Norge	Rehabiliteringsretten er generelt formulert, forløpene lite standardiserte. Hva pasienten faktisk får varierer mye.
Sverige	Retningslinjer og noen standardiserte slagforløp, men delt ansvar mellom region og kommune gir store geografiske forskjeller.
Danmark	Klart skille mellom spesialisert og almen rehabilitering, lovpålagt genoptræningsplan og nok så tydelig ansvars plassering.
Finland	Ansvaret samlet i velferdsregionene, men enda under implementering. Parallele finansieringsordninger også utenom velferdsregionene påvirker.

# Hvem betaler og hvem får gevinstene?

- Hvem finansierer rehabiliteringen?
- Hvem får økonomiske effekter av at pasienten blir selvstendig eller kommer tilbake til jobb?

## **Budskap du kan løfte fram:**

- I alle land er det samfunnsøkonomisk lønnsomt med god rehabilitering.

UNIVERSITETET  
I OSLO

GPT UiO

# Hvem betaler og hvem får gevinstene?

Land	Hvem betaler mest?	Hvem tjener mest?	Økonomiske insentiver
Norge	RHF/HF og kommuner	NAV (stat), statens skatteinntekter	Svake; kostnad og gevinst hos ulike aktører
Sverige	Regioner og kommuner	Försäkringskassan/stat, skatteinntekter	Svake til moderate; splittede budsjetter likner Norge
Danmark	Regioner og kommuner	Kommuner, stat	Større. Kommunen bærer mye kostnad og får deler av gevinsten
Finland	Velferdsregioner, Kela, pensjonsforsikring	Velferdsregioner, Kela, pensjonsforsikring	Moderate. Flere aktører deler kostnad og gevinst.

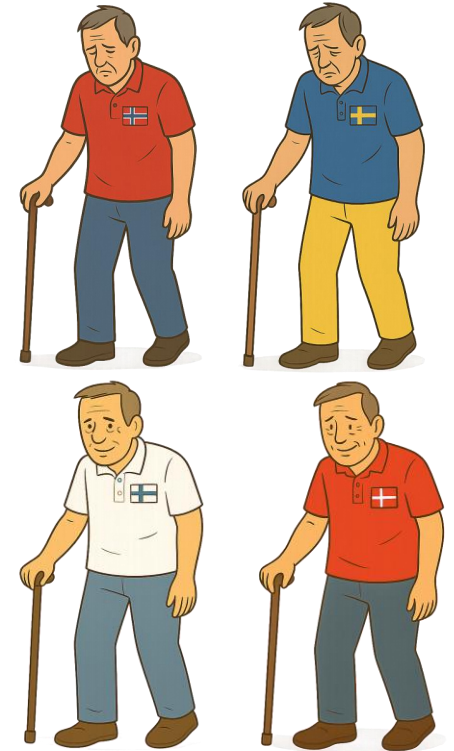
# Sentralisering

# Sentralisering av tjenester for komplekse pasienter

Land	Grad av sentralisering	Kommentar
Norge	Moderat, i relativt liten skala, noe regional variasjon.	Noen spesialiserte enheter. Mye av videre rehab flyttes raskt til mer generelle tilbud.
Sverige	Relativt høy regional sentralisering, særlig i storbyregioner.	Flere tydelige regionale «hub-er» for avansert rehab, men geografiske forskjeller.
Danmark	Høy for komplekse pasienter.	Klart skille mellom høyt spesialisert regional rehab og kommunal genopptrening.
Finland	Høy grad av sentralisering i velferds-regionene, i tillegg spesialenheter.	Sterkt spesialiserte enheter for enkelte grupper, kombinert med regionalt ansvar.

# Oppsummering

- Hvordan skal vi organisere rehabiliteringstjenestene til det beste for pasienten og samfunnet?
- Kan vi lære noe fra de andre nordiske landene?
  - Organisering?
  - Ansvarsfordeling?
  - Finansiering?
  - Sentralisering?
- Vi trenger vel strukturelle endringer?





**Frank Becker**

Sunnaas sykehus  
Universitetet i Oslo

**frank.becker@sunnaas.no**

TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING ONSDAG 15. OKTOBER 2025

## Tidsskriftet

ARTIKLER   FAGOMRÅDER   UTGAVER   PODKAST   PUBLISERING   LEGEJOBBER   SØK Q

---

KRONIKK

# Bedre systemer for god rehabilitering

---

<p>ARTIKKEL</p> <hr/> <p>LITTERATUR</p> <hr/> <p>KOMMENTARER ( 0 )</p>	<p style="text-align: right;"><i>Frank Becker Om forfatteren</i></p> <hr/> <p><b>Vi må bli bedre til å monitorere og forbedre kvaliteten på rehabiliteringstjenestene. En forutsetning er å etablere sentrale nasjonale definisjoner.</b></p>	<p>Publisert: 24. september 2025 Tidsskr Nor Legeforen 2025 Vol. 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0511 Mottatt 22.8.2025, godkjent 15.9.2025.</p>
--	---	---