

Verdien av fysioterapi

Rapport nr. 27-2026

SØA

Samfunns-
økonomisk
Analyse

Rapport nr. 27-2026 fra Samfunnsøkonomisk Analyse AS

ISBN-nummer:	978-82-8395-314-5
Oppdragsgiver:	Norsk Fysioterapeutforbund
Tilgjengelighet:	Publisert
Dato for ferdigstilling:	15.09.2026
Forfattere:	Adrian Kellner Lysne, Vegard Salte Flatval, Karin Ibenholt
Kvalitetssikrer:	Emil Cappelen Bjøru

Borggata 2B
N-0650 Oslo
Org.nr.: 911 737 752
post@samfunnsokonomisk-analyse.no

Forord

På oppdrag fra Norsk Fysioterapeutforbund har Samfunnsøkonomisk Analyse AS belyst verdien av fysioterapi. Formålet har vært å beskrive fysioterapitjenestene i Norge, vise hvordan fysioterapeutene skaper og kan skape verdi for den enkelte og for samfunnet, og å verdsette gevinstene i tre konkrete case.

Analysen bygger på registerdata fra KUHR, offentlig statistikk og forskningslitteratur, sammenstilt i en forenklet samfunnsøkonomisk analyse etter DFØs rammeverk. De tre casene dekker ulike deler av feltet. Muskel- og skjelettlidelser hos voksne i arbeidsfør alder, fallforebygging blant hjemmeboende eldre og habilitering av barn og unge med nevrologiske tilstander.

Vi vil rette en stor takk til Norsk Fysioterapeutforbund for et interessant og relevant oppdrag og for god dialog underveis. Vi vil også takke referansegruppa som har bidratt med klinisk erfaring, faglige korreksjoner og konstruktive innspill gjennom hele arbeidet. Innspillene har hevet kvaliteten på rapporten.

Arbeidet ble gjennomført i perioden april til september 2026. Samfunnsøkonomisk Analyse AS er ansvarlig for rapportens innhold.

Adrian Kellner Lysne

Prosjektleder

Samfunnsøkonomisk Analyse AS

Sammendrag

Fysioterapi omfatter helsefremming, forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering på tvers av livsfaser og helsetilstander. Faget retter seg mot bevegelse, funksjon og deltakelse og omfatter blant annet motorisk utvikling, muskel- og skjelettplager, smerte og mestring, psykisk helse, kreftrelaterte plager, nevrologiske tilstander, revmatisk sykdom, kvinnehelse, idrettsskader, aldring og funksjonsfall samt arbeids- og folkehelse. Verdien oppstår på flere måter. Bedre funksjon, mindre smerte og økt mestring har verdi i seg selv for den enkelte. I tillegg kan fysioterapi redusere behovet for andre helse- og omsorgstjenester, utsette institusjonsopphold, styrke arbeidsdeltakelsen og avlaste pårørende. Nettopp fordi gevinstene er fordelt på mange pasientgrupper, arenaer og aktører, samtidig som de ofte består i hendelser som ikke inntreffer, er de lite synlige i statistikk og budsjetter. Kostnadene er derimot mer samlet og enklere å måle.

Denne rapporten beskriver fysioterapitjenestene slik de leveres i dag, forklarer hvordan fysioterapi skaper og kan skape verdi, og tallfester verdien der data og forskning gir grunnlag for det. Verdien oppstår i to ledd. Behandlingen gir først bedre funksjon, mindre smerte og økt mestring for den enkelte. Dette kan igjen gi høyere arbeidsdeltakelse, mindre og utsatt bruk av andre helse- og omsorgstjenester, bedre helse og livskvalitet og avlastning for pårørende.

Norge har det høyeste sykefraværet blant sammenlignbare europeiske land, og folketrygden utbetalte 62 milliarder kroner i sykepenger i 2025. Muskel- og skjelettlidelser er den største diagnosegruppen og psykiske lidelser den nest største. Til sammen står de for om lag seks av ti tapte dagsverk. Plagene opptrer ofte sammen. Mange sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser har samtidige psykiske lidelser, og sammensatte lidelser øker risikoen for varig frafall fra arbeidslivet. Fravær med muskel- og skjelettlidelser varer lengre enn gjennomsnittet, og det er de lange fraværene som dominerer kostnadene og oftest ender i varig utenforskap. Dette er samtidig et av områdene hvor mange fysioterapeuter har sitt faglige tyngdepunkt, og fysioterapi virker også på den psykiske siden av plagene gjennom bevegelse, smertemestring og bedre funksjon. Tiltak som forebygger eller forkorter slike fravær virker dermed direkte inn mot den største kostnadskomponenten i sykefraværet.

Om lag 18 000 personer er autoriserte fysioterapeuter i Norge. Fysioterapitjenester leveres i spesialisthelsetjenesten, i kommunene, i privat praksis, i arbeidsrettede og forebyggende tjenester og på andre arenaer som forskning og utdanning. Den takstfinansierte delen av tjenesten omfattet over åtte millioner pasientkontakter i 2025, anslagsvis mellom 420 000 og 460 000 mottakere og med et samlet honorar på 3,4 milliarder kroner. De over åtte millioner pasientkontakter viser av datamessige årsaker kun en liten del av det samlede fysioterapilandskapet da dette ikke inkluderer behandlinger i privat

praksis uten avtale, rehabiliteringsinstitusjoner og sykehus for eksempel.

Rapporten etablerer en programlogikk som illustrerer hvordan fysioterapeutisk behandling kan gi kliniske virkninger, bedre tilpassede omgivelser og økt aktivitet og deltakelse, og videre samfunnsøkonomiske gevinster på ulike måter og områder i form av arbeidsmarkedsgevinster, redusert tjenestebruk, utsatt tjenestebruk, helse- og livskvalitetsgevinster, forebygging og gevinster for pårørende og nærmiljø. Et poeng er at bedre funksjon ikke automatisk gir samfunnsøkonomisk gevinst. Mange fysioterapeutiske tiltak bygger på en aktiv tilnærming, der pasienten selv må være i aktivitet og videreføre treningen i hverdagen. Investering i fysioterapi gir derfor ikke nødvendigvis gevinst dersom oppfølgingen ikke fører til en faktisk og tilstrekkelig varig endring i pasientens atferd. Om gevinsten realiseres, avhenger av forhold som utviklingen i arbeidsmarkedet, tjenestetilbud og støtte i omgivelsene. I beregningene inkluderes derfor bare virkninger som det er rimelig å knytte til den fysioterapeutiske innsatsen i det enkelte caset, og som kan underbygges med forskning eller data. Samtidig er det identifisert flere positive virkninger som ikke har latt seg tallfeste. Det er derfor grunn til å tro at den samlede samfunnsøkonomiske gevinsten kan være større enn det som fremgår av beregningene.

Verdien er tallfestet i tre case som dekker ulike deler av feltet, ulike formål og ulike verdikanaler. I case 1 og 3 måler analysen tilleggsverdien av henholdsvis utvidet arbeidsrettet fysioterapeutisk oppfølging og intensiv fysioterapeutisk habilitering. Den ordinære fysioterapeutiske oppfølgingen videreføres i både nullalternativet og tiltaksalternativet og verdsettes derfor ikke separat. I case 2 måles verdien av at Kari fanges opp av et forebyggende tilbud hun ellers ikke ville mottatt. Beregningene tallfester altså ikke den samlede verdien av all fysioterapi. Alle tre casene viser positiv samfunnsøkonomisk nettonytte.

Case 1 følger Silje, en 45 år gammel helsefagarbeider som er delvis sykmeldt med langvarige nakke- og ryggplager. Analysen følger henne over 20 år, frem til antatt pensjonsalder. Den beregnede nytteverdien av tiltaket med arbeidsrettet tilleggsoppfølging hos fysioterapeut er om lag 28 ganger så stor som kostnaden. Nyten oppstår hovedsakelig gjennom redusert sykefravær og økt livskvalitet. Nettonytten av tiltaket for Silje er beregnet til i overkant av 1,3 millioner kroner. I fjerde kvartal 2025 summerte antallet sykmeldte i fem vanlige nakke- og ryggdiagnoser seg til nær 46 000. Dersom 1 000 av disse oppnår samme nettonytte som beregnet for Silje, tilsvarer det en samlet nettonytte på i overkant av 1,3 milliarder kroner over analyseperioden.

Case 2 følger Kari, 75 år, som bor alene og er i en sårbar overgangsfase etter et fall. Analysen følger henne over 15 år, tilsvarende den forventede gjenstående levetiden hennes. Kommunen fanger henne opp og tilbyr et avgrenset forebyggende forløp med hjemmebesøk, gruppetrening og overgang til ordningen «Sterk og stødig». Den beregnede nytten av tiltaket er over fem ganger så stor som kostnaden og med en anslått nettonytte på om lag 120 000 kroner. Gevinsten kommer i hovedsak fra redusert risiko for hoftebrudd. Verdien av det unngåtte tapet av livskvalitet kommer i tillegg. Caset illustrerer forebyggingens logikk: Gevinsten oppnås gjennom at hendelsen, i dette tilfellet et hoftebrudd, ikke inntreffer. Per desember

2025 var det mer enn 10 000 personer som deltok i ordningen «Sterk og stødig» ukentlig. Dersom hver av disse oppnår samme netto nytte som beregnet i caset, tilsvarer det samlet mer enn 1,2 milliarder kroner.

Case 3 følger Noah, en 6 år gammel gutt med cerebral parese, som i tillegg til sin ordinære kommunale fysioterapi mottar årlige intensive treningsopphold. Analyseperioden er avgrenset til de ti årene Noah forventes å gå i grunnskolen, fra han er 6 til 15 år. Tiltaket koster om lag to millioner kroner over analyseperioden, men gir en beregnet nytte på om lag tre millioner kroner. Den beregnede nytten kommer først og fremst i form av verdien av høyere livskvalitet for Noah. Netto nytten i hovedberegningen er om lag 900 000 kroner. Ved utgangen av 2024 var det anslagsvis 75 barn i alderen 6 til 15 år med CP på GMFCS-nivå III i Norge. Dersom disse oppnår samme netto nytte som beregnet i Noah-caset, tilsvarer det en samlet netto nytte på om lag 70 millioner kroner over analyseperioden.

Flere potensielt viktige nyttevirksomheter er ikke prissatt i beregningene. Dette innebærer at den samlede samfunnsøkonomiske gevinsten i de tre casene trolig er undervurdert.

Casene belyser to sider av verdibegrepet. Case 2 viser verdien av at tjenesten finnes og fanger opp dem som trenger den. Case 1 og 3 viser verdien av å styrke eller konsentrere innsatsen innenfor et allerede etablert tilbud. Analysene gir ikke grunnlag for å konkludere med at enhver økning i fysioterapeutisk aktivitet vil være lønnsom. Fysioterapi omfatter et bredt spekter av fagområder, pasientgrupper og tiltak, og effekten av én type innsats kan ikke uten videre overføres til en annen. Casene viser at fysioterapeutisk innsats kan utløse gevinster som er større enn kostnadene, både når tilbudet når personer som ellers ikke ville mottatt det, og når det styrker en eksisterende oppfølging. At fysioterapeutisk behandling er samfunnsøkonomisk lønnsom selv med nøkterne forutsetninger, sier noe vesentlig om verdien av tjenesten som helhet.

Innhold

Forord	I
Sammendrag	II
1 Innledning og bakgrunn	1
1.1 Sykefraværet er en sentral samfunnsutfordring	2
1.2 Analytisk tilnærming og avgrensninger	7
1.3 Leseveiledning	9
2 Dagens fysioterapitjenester	11
2.1 Hva inngår i «dagens fysioterapitjenester»?	11
2.2 Hvor mange jobber som fysioterapeuter og hvor jobber de?	14
2.3 Hvor jobber fysioterapeutene?	19
2.4 Aktivitet og brukere i den takstfinansierte tjenesten	20
3 Programlogikk	28
3.1 Programlogikk for et komplekst felt	28
3.2 Virkningsintensjoner er det felles utgangspunktet	29
3.3 Verdikanalen (den 'klassiske programlogikken')	31
3.4 Samfunnsøkonomiske utfall	33
3.5 Attribusjonsbruddet	36
3.6 Kontekstuelle faktorer	37
4 Tre case viser verdien av fysioterapi	38
4.1 Case 1: Muskel og skjelettlidelser blant voksne i arbeidsfør alder	39
4.2 Case 2: Fallforebygging blant hjemmeboende eldre	51
4.3 Case 3: Nevrologisk rehabilitering for barn med varig eller langvarig funksjonsnedsettelse	60
5 Overordnede samfunnsøkonomiske vurderinger	70
5.1 Hva analysen viser og hva den måler	70
5.2 Verdien oppstår gjennom ulike kanaler for ulike grupper	70
5.3 Resultatene er robuste, men ikke like sikre	71
5.4 Verdien som ikke er tallfestet	72
5.5 Fra case til felt	74
5.6 Avsluttende vurdering	74
6 Referanser	76

1 Innledning og bakgrunn

Rapporten belyser og tallfester verdien av fysioterapi for samfunnet. Dette kapittelet beskriver bakgrunnen og konteksten for oppdraget samt rapportens formål, problemstillinger, analytiske tilnærming og avgrensninger.

Fysioterapi brukes gjennom hele livsløpet og på de fleste arenaer i helse- og velferdstjenestene. Fysioterapi inngår iblant annet habilitering av barn med medfødte funksjonsnedsettelse, behandling og rehabilitering av voksne med muskel- og skjelettlidelser og etter sykdom og skade, i forebygging av fall og funksjonsfall hos eldre, i sammensatte psykiske lidelser og i vedlikehold av funksjon ved kroniske tilstander. Verdien av dette arbeidet oppstår på flere måter. Bedre funksjon, mindre smerte og økt mestring har verdi i seg selv for den enkelte. I tillegg kan fysioterapi redusere og forebygge behovet for andre helse- og omsorgstjenester, utsette institusjonsopphold, styrke arbeidsdeltakelsen og avlaste pårørende. Gevinstene tilfaller dermed både den enkelte, kommunene, staten og arbeidsgiverne.

Nettopp fordi verdien skapes spredt, i mange pasientgrupper, på mange arenaer og hos mange aktører, er den lite synlig i statistikk og budsjetter. Kostnadene ved tjenestene er mer samlet og lettere å måle, mens gevinstene er fordelt på mange hender og består ofte i noe som ikke skjer. Det kan være et fall som unngås, et sykefravær som ikke forlenges, et funksjonsfall som utsettes. Det er derfor manglende kunnskap rundt på hvilken måte og hvilken verdi fysioterapitjenestene skaper for samfunnet i dag. Denne rapporten har som hensikt å belyse dette. Rapporten beskriver tjenestene slik de leveres i dag, forklarer hvordan fysioterapi kan skape verdi, og tallfester verdien der data og forskning gir grunnlag for det.

Fysioterapi er et helsefag med kropp, bevegelse og funksjon som kunnskapsfelt. Faget bygger på naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap, og omfatter helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak. Målet er å utvikle, opprettholde eller gjenvinne menneskers bevegelses- og funksjonsevne gjennom hele livsløpet, med sikte på best mulig livskvalitet og deltakelse.

Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell med selvstendig vurderings- og behandlingsansvar, regulert av helsepersonelloven og profesjonens etiske retningslinjer. Yrkesutøvelsen er kunnskapsbasert: Faglige beslutninger bygger på forskning, klinisk erfaring og pasientens mål og behov. Fysioterapeuter arbeider med mennesker i alle aldre – fra akutte skader til langvarige og sammensatte tilstander – og på en rekke arenaer i og utenfor helsetjenesten, både med enkeltpersoner, grupper og på system- og samfunnsnivå. Videreutdanning gir mulighet for spesialisering, blant annet i manuellterapi. Manuellterapeuter har egen autorisasjon, kan sykmelde i inntil 12 uker og henvise til billediagnostikk og spesialisthelsetjenesten. Denne rapporten omtaler fysioterapeuter og manuellterapeuter samlet.

Kilde: Norsk Fysioterapeutforbund

1.1 Sykefraværet er en sentral samfunnsutfordring

Sykefravær er en av de viktigste kanalene der fysioterapi kan skape samfunnsøkonomisk verdi. Muskel- og skjelettlidelser er den største diagnosegruppen i sykefraværet, og langvarige fravær med slike lidelser innebærer høy risiko for varig frafall fra arbeidslivet. Samtidig er muskel- og skjelettlidelser fysioterapeutenes kjerneområde. Sykefraværet er derfor en sentral del av bakteppet for denne rapporten. Sykefraværet viser omfanget av et samfunnsproblem der fysioterapitjenestene allerede spiller en viktig rolle, og der potensialet for ytterligere samfunnsmessig verdi er stort.

Dette delkapittelet beskriver nivået på og utviklingen i sykefraværet, hvordan Norge ligger an sammenlignet med andre land, og hvilke diagnoser fraværet består av.

1.1.1 Nivå og utvikling

Sykefraværet i Norge består av legemeldt og egenmeldt fravær og måles som tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. I 2025 var det samlede sykefraværet på 6,6 prosent, hvorav 5,5 prosentpoeng var legemeldt (NAV, 2026).

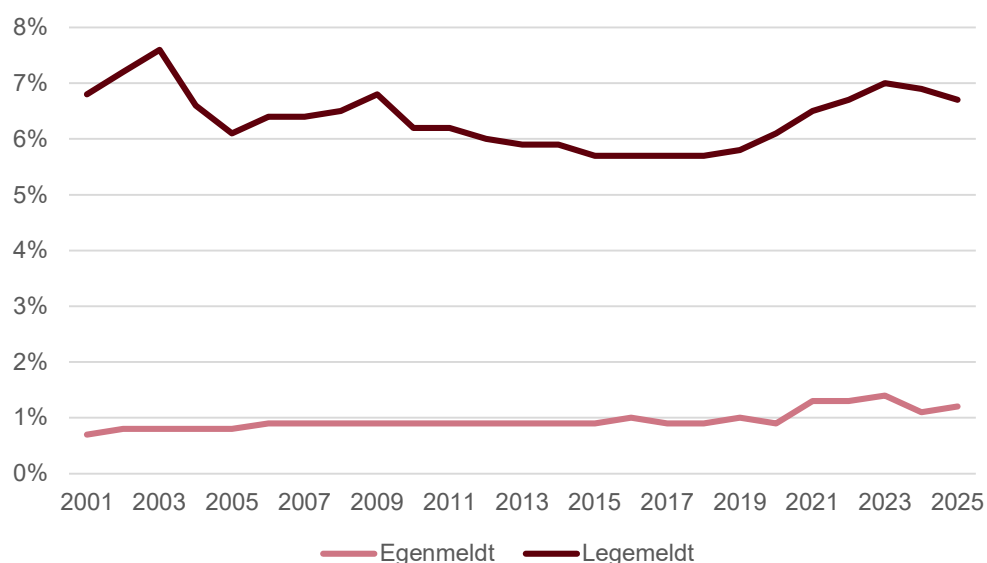
Sykefraværet falt med 2,7 prosent i 2025 fra nivået i 2024 og var på sitt laveste på tre år (NAV, 2026). Over én million færre dagsverk gikk tapt til sykdom i 2025 enn i 2024, og det var både færre sykmeldte og noe færre fraværsdager per sykmeldt. Nedgangen kom etter en periode med vekst som startet like før pandemien i 2020. Fra 2019 til 2020 økte det legemeldte

fraværet med 0,4 prosentpoeng, og deretter fortsatte det å øke med om lag 0,2 prosentpoeng per år fram til 2024 (NAV, 2026).

Sykefraværet var høyest tidlig på 2000-tallet, med en topp i 2003. I 2004 og 2005 falt fraværet markert, samtidig med en regelverksreform der aktivitetskravet ble innført og gradert sykmelding skulle prioriteres foran aktiv sykmelding. Det laveste nivået ble målt i 2016. Dagens nivå tilsvarer om lag nivået i 2006 og 2007 (NAV, 2026).

Sesongjusterte tall for 2. kvartal 2026 viser en svak økning, fra 5,6 til 5,7 prosent (SSB, tabell 12439). Det er derfor for tidlig å slå fast om nedgangen i 2025 representerer et varig trendsifte. Omfanget er uansett betydelig. Bare i andre kvartal 2026 gikk det tapt omtrent 8,4 millioner dagsverk til legemeldt sykefravær og 1,5 millioner dagsverk til egenmeldt sykefravær (sesongjustert).

Figur 1.1 Totalt sykefravær per år, 2002–2025. Egenmeldt og legemeldt. Prosent.



Kilde: NAV (2026), basert på tall fra NAV og SSB.

1.1.2 Høyere sykefravær enn i sammenlignbare land

Norge har det høyeste sykefraværet blant sammenlignbare europeiske land, og avstanden har økt etter pandemien. I SSBs sammenligning for perioden 2014–2024, basert på arbeidskraftundersøkelsene (AKU) i hvert land, var sykefraværet blant sysselsatte i aldersgruppen 20–64 år i Norge 4,6 prosent i 2024, mot 2,5 prosent i Sverige, 2,3 prosent i Finland og 2,0 prosent i Danmark (Køber & Lien, 2025).

Fra 2019 til 2024 økte det AKU-målte sykefraværet i Norge med ett prosentpoeng og var med det blant de største økningene i Europa. Nesten alle (20 av 29) europeiske land hadde økning i perioden, men i motsetning til Norge har flere av nabolandene falt tilbake mot nivåene fra før pandemien (Køber & Lien, 2025). De AKU-baserte tallene er ikke direkte sammenlignbare med den offisielle norske sykefraværsprosenten. De er mest egnet til å sammenligne nivå og utvikling på tvers av land, men ikke til å angi nivået i Norge. Forskjeller mellom land må uansett tolkes med varsomhet på grunn av forskjeller i sykelønnsordninger og arbeidsmarkedene.

1.1.3 Muskel- og skjelettlidelser er den største diagnosegruppen

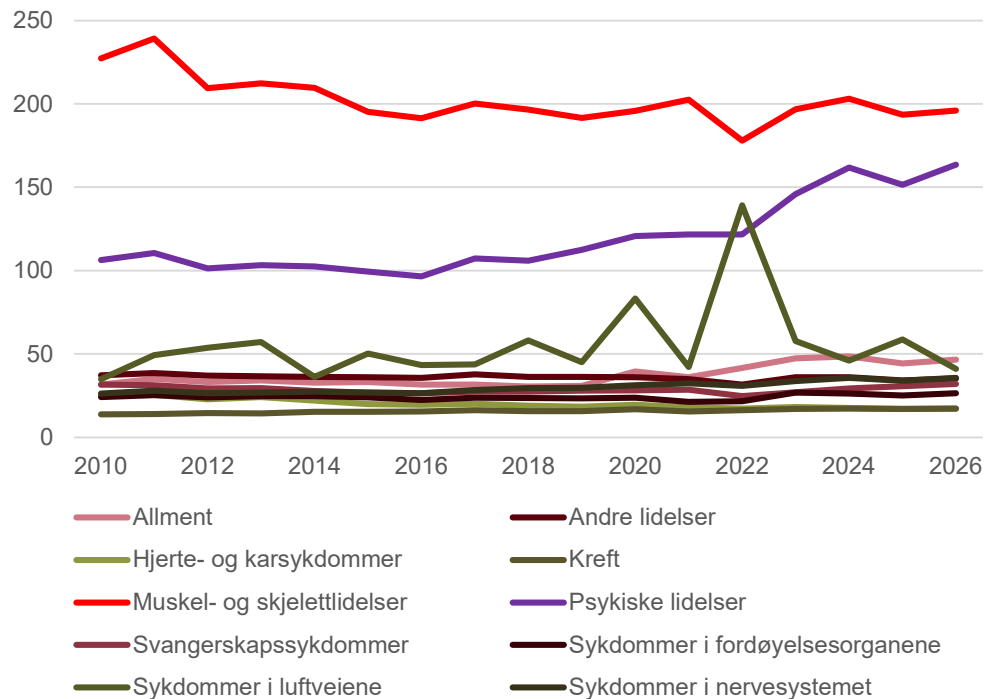
Ifølge NAVs statistikk og statistikknøtater er muskel- og skjelettlidelser hoveddiagnosen bak flest tapte dagsverk og utgjorde 33 prosent av det legemeldte sykefraværet i 2025 (NAV, 2026). Psykiske lidelser er nest størst med 26 prosent. Til sammen står de to gruppene dermed for om lag seks av ti tapte dagsverk. Diagnosegruppen muskel- og skjelettlidelser omfatter alle diagnoser i muskel- og skjelettsystemet, som skader og brudd, revmatisk sykdom, slitasje i ledd samt symptomer og plager.

Sykefravær med psykiske lidelser har økt betydelig siden 2019 og har fått mye oppmerksomhet, men muskel- og skjelettlidelser er fortsatt den vanligste årsaken til sykefravær. Det er samtidig betydelig samvariasjon da mange sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser har samtidige psykiske lidelser (NAV, 2026). Økende samlet sykdomsbyrde, altså flere samtidige plager og tilstander, øker risikoen for varig frafall fra arbeidslivet (Kamaleri, Natvig, Ihlebæk, & Bruusgaard, 2009; Marcuzzi, et al., 2024). Målt som andel av fraværet har muskel- og skjelettlidelser falt fra om lag 43 prosent i 2004 til om lag 33 prosent i dag. Det skyldes i hovedsak at andre diagnoser, og særlig psykiske lidelser, har økt, ikke at sykefraværet med muskel- og skjelettlidelser er vesentlig redusert. Nivået har vært relativt stabilt det siste tiåret ifølge data fra NAV. I 2025 falt fraværet i nesten alle diagnosegrupper, og nedgangen i muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser sto til sammen for 71 prosent av nedgangen i det legemeldte sykefraværet.

De største enkeltdiagnosene i muskel- og skjelettgruppen er knyttet til rygg og skulder. Ryggsyndrom med smerteutstråling utgjorde 9 prosent av gruppen i 1. kvartal 2024, mens symptomer og plager i henholdsvis rygg og skulder utgjorde 7 prosent hver. Dette er tilstander der fysioterapi står sentralt i behandlings- og oppfølgingstilbudet, og de overlapper direkte med caset om muskel- og skjelettlidelser blant voksne i arbeidsfør alder i kapittel 4.

Muskel- og skjelettlidelser utgjør en større andel av sykefraværet blant menn (41 prosent) enn blant kvinner (27 prosent), og fraværet med disse diagnosene er høyest i næringer med store mekaniske belastninger, som bygge- og anleggsvirksomhet, transport og lagring og helse- og sosialtjenester. NAV peker samtidig på et stort forebyggingspotensial. Med god tilrettelegging er det ofte mulig å forebygge at muskel- og skjelettlidelser fører til sykefravær.

Figur 1.2 Tapte dagsverk per 10 000 avtalte dagsverk etter diagnosegruppe, 2010–2025.



Kilde: NAV

1.1.4 Langvarige fravær dominerer kostnadene og øker risikoen for varig frafall

Muskel- og skjelettlidelser er blant diagnosene med lengst varighet. Sykefravær med disse diagnosene som ble avsluttet i 2025, varte i gjennomsnitt 56 dager, mot 41 dager for alle diagnoser samlet ifølge data fra NAV. De lange fraværene dominerer kostnadsbildet. Sykefravær som varte mellom et halvt og ett år, utgjorde bare 7 prosent av fraværstilfellene i 2025, men sto for 35 prosent av de tapte dagsverkene.

Folketrygden utbetalte 62 milliarder kroner i sykepenger i 2025, fordelt på om lag 600 000 mottakere. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser sto til sammen for godt over halvparten av både sykepengetilfellene og sykepengedagene. I tillegg kommer arbeidsgivernes kostnader i arbeidsgiverperioden og verdien av tapt produksjon, slik at de samlede samfunnskostnadene ved sykefraværet er vesentlig høyere enn folketrygdens utgifter.

For en del sykmeldte ender fraværet i varig utenforskap. I 2025 endte 6,6 prosent av sykepengetilfellene (nesten 52 000 tilfeller) med oppbrukt sykepengerett, og muskel- og skjelettlidelser var årsaken i 36 prosent av disse. Et halvt år etter oppbrukt sykepengerett er bare om lag 20 prosent tilbake i arbeid uten stønad fra NAV, rundt 50 prosent kombinerer arbeid med en ytelse, mens om lag 30 prosent ikke kommer tilbake i arbeid.

NAVs analyse av vel 161 000 sysselsatte som hadde minst ni måneders sammenhengende sykefravær i perioden 2015–2018, viser at 29 prosent hadde falt ut av arbeidslivet et halvt år etter langtidsfraværet, økende til 33 prosent etter to og et halvt år (NAV, u.å.). Mer enn hver tredje langtidsykemeldte ender altså med frafall fra arbeidslivet. Muskel- og

skjelettlidelser er årsak til flest langtidssykemeldinger, og ryggsykdommer er diagnosen i muskel- og skjelettgruppen med høyest andel frafall (NAV, u.å.).

SSBs analyse av rundt 620 000 lønnstakere med sykefravær på over seks måneder i perioden 2015–2022 gir et tilsvarende bilde. To tredjedeler var tilbake i arbeid som lønnstakere tre måneder etter avsluttet fravær, men returandelen var langt høyere blant kvinner (om lag 7 av 10) enn blant menn (om lag 4 av 10) (SSB, 2024).

Samlet peker statistikken tydelig på at sykefraværet i Norge er høyt, både historisk og sammenlignet med andre land. Muskel- og skjelettlidelser er den største diagnosegruppen, har lang varighet, utgjør en stor andel av sykepengekostnadene og forbindes med høy risiko for varig frafall fra arbeidslivet. Dette er samtidig den delen av sykefraværet der fysioterapien har sitt tyngdepunkt. Tiltak som forebygger muskel- og skjelettrelatert sykefravær eller reduserer varigheten av det, virker dermed direkte inn mot den største kostnadskomponenten i sykefraværet.

1.2 Analytisk tilnærming og avgrensninger

Formålet med rapporten er å beskrive og, så langt det er faglig forsvarlig, tallfeste verdien av fysioterapi. Dette delkapittelet forklarer hvordan analysen er lagt opp, hvilket metodisk ambisjonsnivå som er valgt, og hvilke avgrensninger som gjelder.

1.2.1 Fra beskrivelse til verdsetting

Rapporten er bygget opp i tre trinn. Det første trinnet er beskrivende. Kapittel 2 dokumenterer hvordan dagens fysioterapitjenester er organisert, hvor mange som arbeider i tjenestene, hvilken aktivitet som utføres og hvordan tjenestene finansieres. Beskrivelsen etablerer kostnadssiden i den samfunnsøkonomiske analysen og grunnlaget for å definere realistiske nullalternativer.

Det andre trinnet er forklarende. Kapittel 3 etablerer en programlogikk som viser hvordan fysioterapeutiske innsatser kan omsettes i virkninger for pasienten og videre i samfunnsøkonomiske gevinster gjennom seks verdikanaler. Programlogikken bygger på WHO's ICF-rammeverk og er rapportens faglige forklaringsmodell. Den er samtidig et disiplinerende verktøy for analysen. Bare virkninger som kan begrunnes gjennom programlogikken forsøkes verdsatt.

Det tredje trinnet er verdsettende. Kapittel 4 tallfester kostnader og virkninger i tre representative caser. Casene omhandler muskel- og skjelettlidelser blant voksne i arbeidsfør alder, fallforebygging blant hjemmeboende eldre og nevrologisk rehabilitering for barn og unge. Casene er valgt for å belyse ulike deler av fysioterapifeltet, ulike formål med behandlingen og ulike verdikanaler.

1.2.2 En forenklet samfunnsøkonomisk analyse etter DFØs rammeverk

Den samfunnsøkonomiske vurderingen gjennomføres i tråd med DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser (DFØ, 2023). Veilederen skiller mellom minimumsanalyser, forenklede analyser og fullstendige samfunnsøkonomiske analyser, og legger til grunn at utredningens omfang skal stå i forhold til formålet og beslutningen den skal informere. Denne rapporten legger seg på nivået forenklet analyse. Det innebærer at metodikken anvendes i casene der veldefinerte tiltak vurderes mot veldefinerte nullalternativer med prissatte og ikke-prissatte virkninger, neddiskontering, skattefinansieringskostnad og følsomhetsanalyser.

Rapporten beregner ikke én samlet netto nåverdi for hele fysioterapifeltet. Det er et bevisst metodisk valg. En samfunnsøkonomisk analyse forutsetter et nullalternativ som representerer en forsvarlig videreføring av dagens situasjon. For et etablert felt som fysioterapi finnes det ikke noe meningsfullt nullalternativ der tjenestene ikke eksisterer. Uten fysioterapi ville pasientene i stor grad blitt behandlet andre steder i helse- og omsorgstjenesten, med andre kostnader og andre resultater. Verdien av fysioterapi må derfor vurderes på marginen, altså for konkrete forløp og pasientgrupper, mot realistiske alternativer.

Nullalternativet i casene er dagens ordinære praksis, slik den faktisk utøves – inkludert den fysioterapien pasientene allerede mottar. Tiltakene som verdsettes, er strukturerte forløp med dokumentert effekt utover denne praksisen. Dette står ikke i motsetning til at fysioterapeuter arbeider kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis angir en faglig norm, men det er, som i andre deler av helsetjenesten, variasjon i hvor systematisk for eksempel

arbeidsrettet behandling gjennomføres. Forskningslitteraturen er innrettet mot nettopp denne forskjellen, effekten av en mer strukturert behandling sammenlignet med ordinær praksis, og det er derfor *denne forskjellen* som kan tallfestes med faglig dekning. Et nullalternativ helt uten fysioterapi ville verken vært realistisk, i tråd med kravet om at nullalternativet skal representere en forsvarlig videreføring av dagens situasjon (DFØ, 2023), eller mulig å underbygge empirisk. Marginalbetraktningen gir dermed lavere, men sikrere anslag. Rapporten dokumenterer verdien tjenesten kan skape utover dagens nivå og ikke hva samfunnet ville tapt dersom fysioterapien falt bort.

Tekstboks 1.2 Sentrale begreper i den samfunnsøkonomiske analysen

Tiltak: Den behandlingen eller oppfølgingen som analyseres. Tiltaket beskrives konkret, blant annet når det gjelder målgruppe, innhold, omfang og varighet.

Nullalternativ: Den forventede utviklingen dersom tiltaket ikke gjennomføres. Nullalternativet omfatter både dagens situasjon og forventede endringer gjennom analyseperioden. Virkningene av tiltaket beregnes som forskjellen mellom tiltaket og nullalternativet.

Prissatte virkninger: Nytte- og kostnadsvirkninger som verdsettes i kroner. Dette gjør det mulig å sammenligne og summere ulike virkninger, for eksempel behandlingskostnader, endringer i arbeidsproduksjon og verdien av helsegevinster.

Ikke-prissatte virkninger: Virkninger som det ikke er faglig grunnlag for å verdsette i kroner. Disse beskrives og vurderes kvalitativt og inngår i den samlede vurderingen av tiltaket. At en virkning ikke er prissatt, betyr ikke at den er mindre viktig.

Diskontering: Fremtidige nytte- og kostnadsvirkninger omregnes til dagens verdi ved hjelp av en kalkulasjonsrente. Dette gjør det mulig å sammenligne virkninger som oppstår på ulike tidspunkter.

Skattefinansieringskostnad: Offentlige utgifter må finansieres gjennom skatter, som kan påvirke hvordan personer og virksomheter bruker ressursene sine. Dette medfører en kostnad for samfunnet utover selve utbetalingen. I tråd med Finansdepartementets rundskriv beregnes denne kostnaden til 20 øre per krone av tiltakets offentlige finansieringsbehov.

Følsomhetsanalyse: En analyse av hvordan resultatene endres dersom sentrale og usikre forutsetninger endres. Analysene viser om konklusjonen er robust, eller om den avhenger sterkt av enkelte forutsetninger.

Kilde: Finansdepartementets rundskriv R-109/2021. (DFØ, 2024)

1.2.3 Avgrensninger

Rapporten analyserer ikke alle deler av fysioterapifeltet med samme dybde. De tre casene dekker hver sin del av feltet. Casene er ment som illustrasjoner, ikke et representativt utvalg, og kan derfor ikke summeres til en samlet verdi av fysioterapi. Rapporten vurderer heller ikke organiseringen, dimensjoneringen eller finansieringsmodellene i fysioterapitjenesten, og den sammenligner ikke fysioterapi med alternative behandlingsformer. Analysen avgrenses videre til virkninger som kan begrunnes i programlogikken og underbygges med litteratur eller data. Mulige virkninger uten slik forankring omtales kvalitativt.

1.2.4 Usikkerhet, forutsetninger og datagrunnlag

Analysen av denne typen krever forutsetninger som ikke kan observeres direkte. Alle vesentlige forutsetninger synliggjøres og begrunnes der de brukes, hovedanslagene er nøkterne, og det skilles tydelig mellom hva som er dokumentert i litteratur og data, og hva som er analyseforutsetninger. I casene gjennomføres følsomhetsanalyser med lave og høye alternativer for de forutsetningene som betyr mest for resultatet. Rapporten utvikler ikke egne estimater for kvalitetsjusterte leveår (QALY). Publiserte estimater brukes der de har faglig grunnlag, og helse- og livskvalitetsgevinster som ikke kan tallfestes, inngår som ikke-prissatte virkninger i den samlede vurderingen.

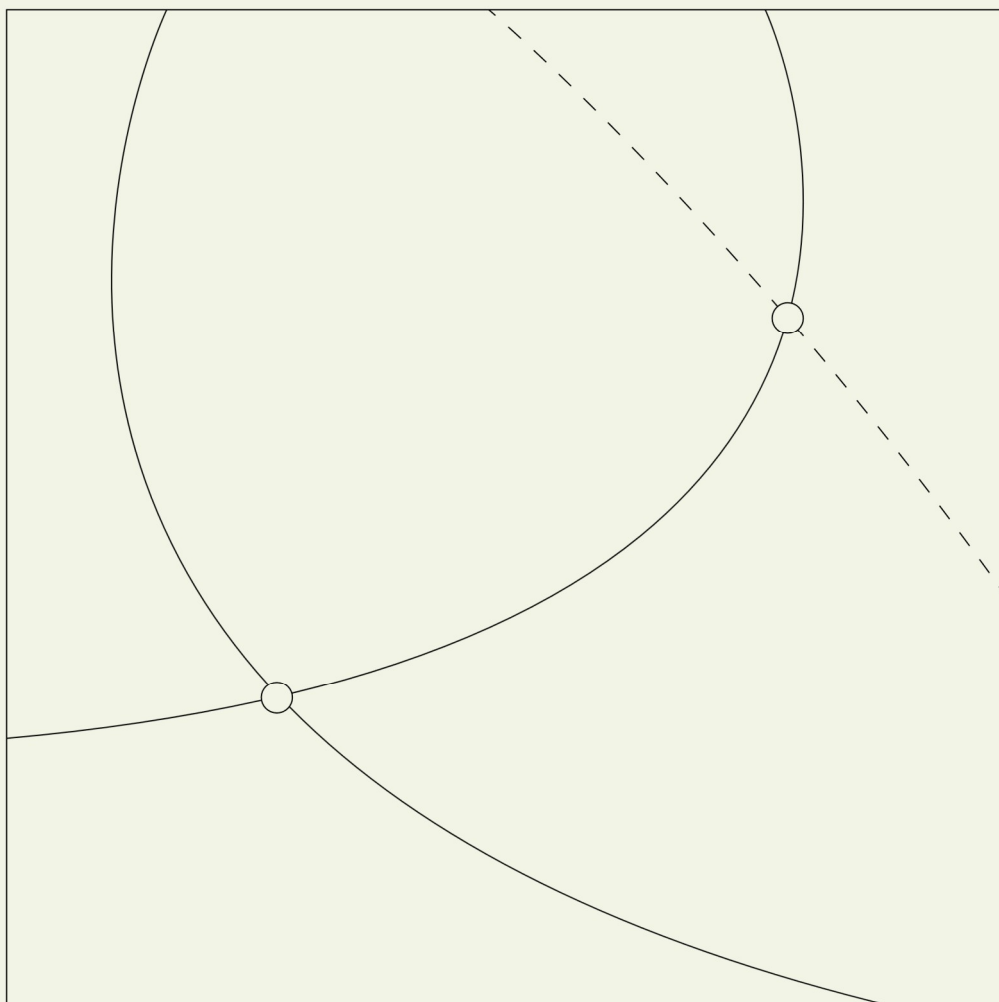
Datagrunnlaget består i hovedsak av registerbasert statistikk fra SSB om årsverk, sysselsetting og sykefravær, takst- og refusjonsdata fra KUHR og Helfo, statistikk og analyser fra NAV om sykefravær, sykepengen og uføretrygd, norske og internasjonale effektstudier samt innspill fra referansegruppen og klinikere med erfaring fra de aktuelle pasientgruppene. Begrensninger i datagrunnlaget omtales der de har betydning for tolkningen av resultatene.

1.3 Leseveiledning

Rapporten består av fem kapitler. Etter innledningen beskriver kapittel 2 dagens fysioterapitjenester, herunder hvem som leverer tjenestene, hvor fysioterapeutene arbeider, hvilken aktivitet som utføres, og hvordan tjenestene finansieres. Kapittel 3 presenterer programlogikken for hvordan fysioterapeutisk behandling kan påvirke pasientens helse, funksjon og deltakelse, og videre skape samfunnsøkonomisk verdi gjennom seks verdikanaler. I kapittel 4 konkretiseres denne verdien gjennom forenklede samfunnsøkonomiske analyser av tre case: muskel- og skjelettlidelser blant voksne i arbeidsfør alder, fallforebygging blant hjemmeboende eldre og nevrologisk rehabilitering for barn og unge.

Kapittel 5 samler trådene fra tjenestebeskrivelsen, programlogikken og caseanalysene. Kapitlet sammenstiller resultatene fra de forenklede samfunnsøkonomiske analysene av de tre casene, vurderer hvor robuste beregningsresultatene er når sentrale forutsetninger endres, og drøfter virkninger som ikke er tallfestet. Avslutningsvis vurderes hva funnene samlet kan si om den samfunnsøkonomiske verdien av fysioterapi.

Lesere som først og fremst ønsker hovedfunnene og de overordnede konklusjonene, kan lese sammendraget og kapittel 5. Kapittel 3 gir grunnlaget for å forstå hvilke former for verdi rapporten undersøker, mens kapittel 4 dokumenterer beregningsforutsetningene, kildene, følsomhetsanalysene og avgrensningene i hvert case.



2 Dagens fysioterapitjenester

Kapittelet beskriver hvordan dagens fysioterapitjenester er organisert, omfanget av det, hvordan det brukes og hvordan det finansieres. Formålet er å etablere et kunnskapsgrunnlag for kostnadssiden i den samfunnsøkonomiske analysen, og samtidig tydeliggjøre det relevante nullalternativ for vurderingen av fysioterapitjenestenes samfunnsverdi.

2.1 Hva inngår i «dagens fysioterapitjenester»?

Fysioterapitjenesten er ikke én avgrenset tjeneste, men en rekke aktiviteter som utføres i ulike deler av helse- og velferdstjenestene. I tabell 2.1 skisseres fem hovedarenaer hvor fysioterapi leveres: spesialisthelsetjenesten, kommunale fysioterapitjenester, privat praksis, arbeidsrettede og forebyggende tjenester, samt andre arenaer som idrett, forskning, utdanning, ledelse og fagutvikling. Inndelingen er ment som en oversikt over hvor fysioterapeuter arbeider, men arenaene overlapper helt eller delvis og bør ikke forstås som klart atskilte deler av tjenesten. Snarere representerer de ulike organisatoriske rammer for fysioterapeutisk arbeid.

I **spesialisthelsetjenesten** arbeider fysioterapeuter blant annet ved sykehus, poliklinikker, rehabiliteringsavdelinger og i tverrfaglige team. Her inngår fysioterapi ofte som del av utredning, behandling og rehabilitering etter sykdom, skade eller operasjon. Arbeidet er blant annet rettet mot pasienter med nevrologiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, revmatiske sykdommer, ortopediske skader, hjerte- og lungesykdom, psykiske lidelser eller sammensatte funksjonsutfordringer. Fysioterapeutenes rolle er ofte tett integrert i tverrfaglige behandlingsforløp, der målet kan være å gjenvinne funksjon, forebygge komplikasjoner, redusere smerte eller legge til rette for videre oppfølging utenfor sykehus. I slike forløp arbeider fysioterapeuter som regel komplementært med andre yrkesgrupper, men kan i enkelte tilfeller også overta eller avlaste oppgaver som ellers ville vært utført av andre, for eksempel ved å gjennomføre funksjonsundersøkelser eller vurderinger som del av et standardisert pasientforløp.

Tabell 2.1 Fysioterapeutenes tjenestearenaer

Hovedkategori	Tjenestearena
Spesialisthelsetjenesten	Sykehus, poliklinikker, tverrfaglige team og spesialisert rehabilitering etter sykdom, skade eller operasjon
Kommunale fysioterapitjenester	Kommunalt ansatte fysioterapeuter, privatpraksis med kommunal driftsavtale, hverdagsrehabilitering, hjemmetjenester, sykehjem, helsestasjon/skolehelsetjeneste, frisklivssentraler og habilitering/rehabilitering i kommunen
Privat praksis	Privat praksis uten driftsavtale med kommunen, opptrening, behandling og rehabilitering
Arbeidsrettede og forebyggende tjenester	Bedriftshelsetjeneste, ergonomi, arbeidsrettet rehabilitering, folkehelse og forebyggende tiltak
Andre arenaer	Idrett, forskning, utdanning, ledelse og fagutvikling

Kommunal fysioterapi (primærhelsetjenesten) inkluderer kommunalt ansatte fysioterapeuter, hverdagsrehabilitering, hjemmetjenester, sykehjem, helsestasjon og skolehelsetjeneste, frisklivssentraler og kommunal habilitering og rehabilitering. Den kommunale fysioterapitjenesten retter seg dermed mot barn, voksne og eldre, og kan omfatte både tidlig behandling, forebygging og oppfølging av personer med langvarige funksjonsnedsettelse eller sammensatte behov.

Helsetjenestelovens § 3-1 slår fast at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen har valgfrihet når det gjelder hvordan de vil oppfylle lovkrevet om fysioterapeut i kommunehelsetjenesten, enten ved å ansette en fysioterapeut på fast lønn, eller å inngå driftsavtaler med en selvstendig næringsdrivende fysioterapeut. I forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (kvalitetsforskriften) § 5 står det at kommunen skal sørge for et forsvarlig tilbud av fysioterapitjenester. Det er ikke ment å være retningsgivende for om kommunen skal opprette driftshjemler eller faste stillinger. Hva de velger, og hvor mange, avhenger av behovet og ressursituasjonen i kommunen.

Avtalefysioterapeuter driver som regel instituttpraksis med kommunal driftsavtale. Avtalefysioterapien har en særstilling ved at den er privat organisert, men inngår som del av kommunens lovpålagte ansvar for nødvendige fysioterapitjenester.

Fysioterapi ble etablert som en offentlig helsetjeneste i kommunene ved ikrafttredelse av Lov om helsetjenesten i kommunene i 1984. Forut for dette kunne fysioterapeuter etablere seg som selvstendig næringsdrivende der de ønsket, og kunne utløse refusjon fra folketrygden på visse vilkår. Dette innebar store geografiske forskjeller i fysioterapitilbudet. Den nye loven innebar innføringen av avtalehjemler. Hjemlene innebar en rett til en fast økonomisk kompensasjon i form av et driftstilskudd samt retten til å utløse refusjon fra folketrygden.

For barn og unge er fysioterapeuter særlig relevante i skolehelsetjenestens arbeid med å fremme fysisk aktivitet. Helsedirektoratet anbefaler at skolehelsetjenesten bidrar til at barn og unge har gode og trygge muligheter til å være fysisk aktive på skolen, i nærmiljøet og på vei til og fra skolen. For eldre kan kommunale fysioterapeuter bidra til å forebygge funksjonsfall og fallulykker, blant annet gjennom styrke- og balansetrening, hverdagsrehabilitering og individuell oppfølging av personer med høy fallrisiko. Slik bidrar kommunale fysioterapitjenester både til mestring og deltakelse i hverdagen, og til å redusere behovet for mer omfattende helse- og omsorgstjenester.

Privat praksis omfatter fysioterapeuter som driver bedrift for egen regning og risiko der produktet som selges er fysioterapi. Næringsdrivende fysioterapeuter som selger sine fysioterapitjenester i det private markedet (og ikke til det offentlige slik de med kommunal driftsavtale gjør) inngår selv avtaler med for eksempel bedrifter, idrettslag, forsikringsselskap eller direkte med kunden/pasienten.

Privat praksis inkluderer fysioterapitjenester som undersøkelser og behandling, men uten det kommunale driftstilskuddet, retten til å utløse takster fra Helfo (staten) eller egenandelbetaling fra pasienten slik fysioterapeutene med driftsavtale med kommunen får.

Privat praksis kan organiseres på flere måter, enten som selvstendig næringsdrivende, som arbeidsgiver eller som ansatt i en privat eid virksomhet (for eksempel et aksjeselskap). Selskapet, eller enkeltpersonforetaket i tilfeller med selvstendig næringsvirksomhet, kan inngå i kontorfellesskap eller interessefellesskap med andre fagområder eller med andre fysioterapeuter.

Arbeidsrettede og forebyggende tjenester som inkluderer fysioterapeuter kan omfatte bedriftshelsetjeneste, ergonomisk kartlegging, arbeidsplassvurderinger, arbeidsrettet rehabilitering, folkehelsetiltak og forebyggende arbeid. I slike sammenhenger er fysioterapeutens rolle ofte rettet mot å forebygge helseplager, redusere sykefravær, støtte tilbakeføring til arbeid eller tilpasse arbeidsmiljøet til personers funksjon og helseutfordringer.

I tillegg finnes fysioterapeuter på **andre arenaer**, blant annet innen idrett, forskning, utdanning, ledelse og fagutvikling. Disse arenaene er imidlertid ofte tett koblet til de øvrige delene av fysioterapitjenesten. En fysioterapeut som forsker på et bestemt fagfelt, kan for eksempel samtidig arbeide klinisk med samme pasientgruppe i spesialisthelsetjenesten, mens en fysioterapeut som arbeider med idrettsskader, også kan ha privat praksis. Dette viser at fysioterapi ikke bare er en klinisk behandlingsprofesjon, men også en

kunnskaps- og systemorientert profesjon. Fysioterapeuter bidrar både i direkte pasientarbeid, i utvikling av tjenester, i opplæring av nye fagpersoner og i produksjon av kunnskap om effektive tiltak, organisering og ressursbruk.

Fysioterapi er ikke bare bredt organisert på tvers av tjenestearenaer, men også faglig bredt. Norsk Fysioterapeutforbunds 12 faggrupper illustrerer denne bredden. Faggruppene dekker blant annet arbeids- og folkehelse, barn og unge, eldre, hjerte- og lungefysioterapi, idrettsfysioterapi og aktivitetsmedisin, kvinnehelse, manuellterapi, psykomotorisk fysioterapi, onkologi og lymfologi, nevrologi, ortopedi og revmatologi, nålebehandling og ridefysioterapi. Fysioterapi omfatter altså langt mer enn behandling av muskel- og skjelettlidelser. Faget retter seg også mot blant annet motorisk utvikling, hjerte og lunge, aldring og funksjonsfall, smerte og mestring, psykisk helse, kreftrelaterte plager, nevrologiske tilstander, revmatisk sykdom, kvinnehelse, idrettsskader og arbeids- og folkehelse.

Fysioterapifagets bredde betyr samtidig at fysioterapeutisk kompetanse ofte kombineres på tvers av fagområder. Ett og samme pasientforløp kan for eksempel berøre både ortopedi, rehabilitering, geriatri, smerteforståelse og mestring, mens oppfølging av personer med langvarige eller sammensatte plager kan trekke på både manuellterapi, psykomotorisk fysioterapi, aktivitetsmedisin og arbeidsrettede perspektiver. Fagområdene bør derfor ikke forstås som klart atskilte deler av fysioterapien, men som ulike kompetansefelt som samlet viser bredden i hva fysioterapeuter arbeider med. Dette er viktig for den videre analysen, fordi ressursbruk, finansiering, pasientgrupper og virkninger kan variere betydelig på tvers av fysioterapitjenesten.

2.2 Hvor mange jobber som fysioterapeuter og hvor jobber de?

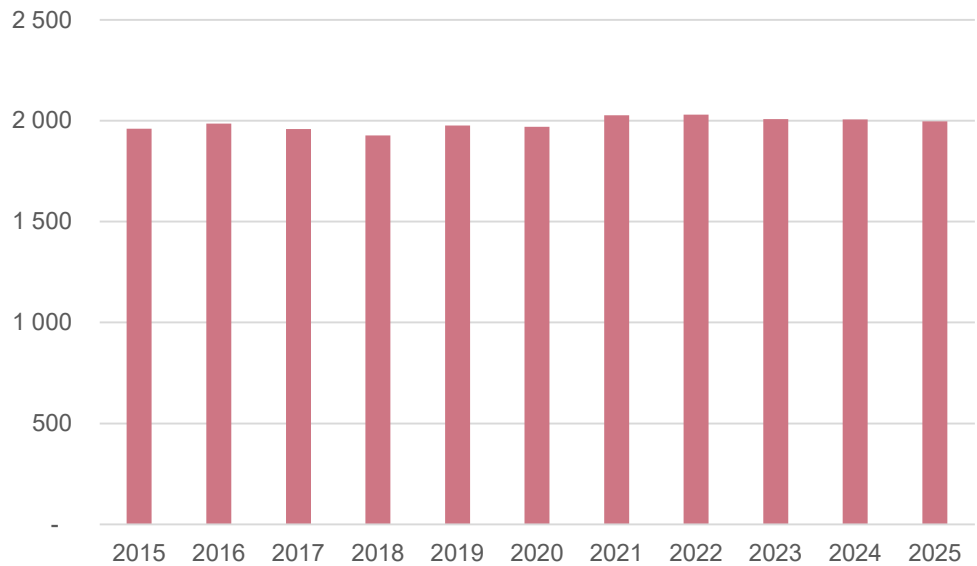
Fysioterapeutene jobber på ulike områder som skissert over. Hovedsakelig i primærhelsetjenesten (kommunalt), privat og i spesialisthelsetjenesten.

2.2.1 Spesialisthelsetjenesten

I 2025 var det like i underkant av 2 000 avtalte fysioterapiårsverk sysselsatt i spesialisthelsetjenesten, jf. Figur 2.2. De siste ti årene har sett svært liten variasjon i antall sysselsatte fysioterapeuter.

Avtalte årsverk for fysioterapeuter utgjorde om lag 1,4 prosent av alle årsverkene i spesialisthelsetjenesten i 2025. Andelen har vært noe fallende de siste ti årene, men ikke mer enn fra 1,6 prosent i 2015. Omfanget av fysioterapeuter vokser altså noe svakere enn samlet sysselsetting i spesialisthelsetjenesten i perioden.

Figur 2.2 Avtalte fysioterapiårsverk i spesialisthelsetjenesten, 2015-2025



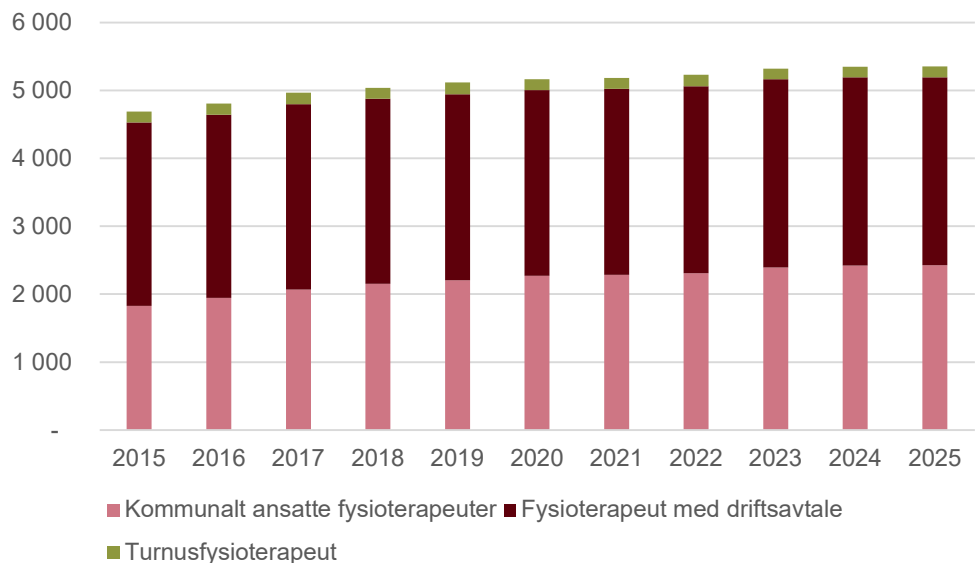
Kilde: SSB (Tabell: 13953)

2.2.2 Kommunal sektor (primærhelsetjenesten)

Per 2025 var det 5 354 avtalte fysioterapiårsverk i kommunal fysioterapitjeneste, jf. Figur 2.3. I overkant av halvparten var ansatte årsverk med driftsavtale (52 prosent). I underkant av halvparten var kommunalt ansatte fysioterapeuter. Rundt tre prosent (159 årsverk) var turnusfysioterapeuter.

Antall kommunalt ansatte fysioterapeutårsverk har vokst jevnt de siste ti årene. Fra 2015 til 2025 har antall avtalte fysioterapeutårsverk vokst med 14 prosent. Hele økningen har derimot kommet blant i de kommunalt ansatte fysioterapeutene. De kommunalt ansatte har vokst med 33 prosent, eller med 600 årsverk, på landsbasis. Driftsavtalene har vært mer eller mindre stabil, med en økning på to prosent for hele tiårsperioden. Turnusfysioterapeutene har vært mer eller mindre uendret på 160 årsverk for hele perioden.

Figur 2.3 Avtalte fysioterapiårsverk kommunehelsetjenestene, 2015-2025

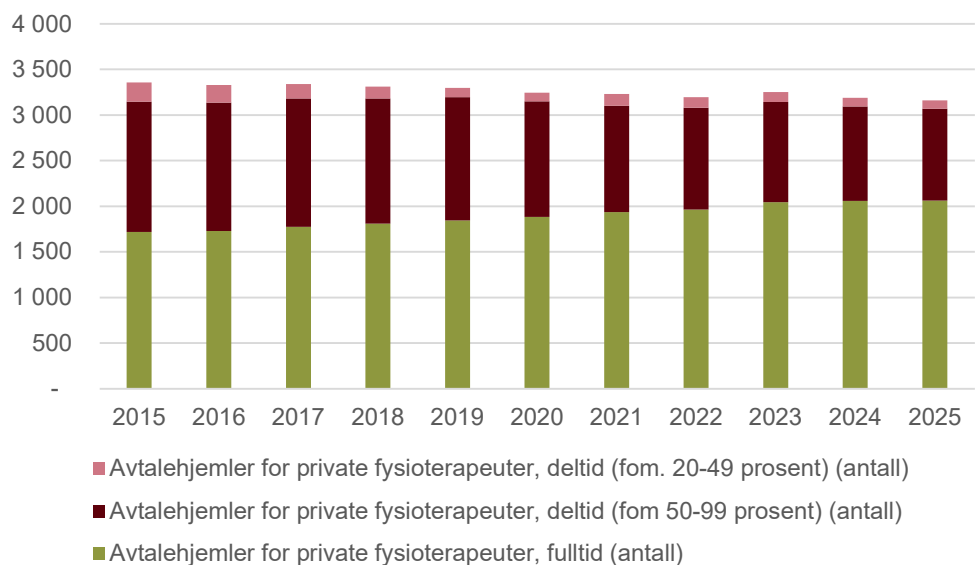


Kilde: SSB (Tabell: 11995)

De nærmere 2 800 avtalte årsverkene med kommunal driftsavtale er fordelt på i underkant av 3 200 avtalehjemler, jf. Figur 2.4. Selv om antall hjemler har vært svakt fallende i perioden 2015 til 2025, har andelen fulltidshjemler økt. Om lag 65 pst. av avtalehjemlene var fulltidshjemler i 2025, en øking på 20 pst. siden 2015. Omfanget av avtalehjemler er redusert med 6 prosent totalt sett i samme periode.

Avtalte årsverk undervurderer samtidig trolig den reelle arbeidsinnsatsen til avtalefysioterapeutene. Avtalevolumet måler hjemmelens størrelse, ikke faktisk arbeidstid, og ifølge Norsk Fysioterapeutforbunds kartlegginger arbeider de aller fleste med driftsavtale tilnærmet fulltid uavhengig av hjemmelens størrelse, ved at en redusert hjemmel ofte kombineres med helprivat virksomhet (Norsk Fysioterapeutforbund).

Figur 2.4 Avtalehjemler kommunehelsetjenesten, 2015-2025



Kilde: SSB (Tabell: 13533)

2.2.3 Privat praksis

Privat praksis omfatter fysioterapeuter som selger tjenester i det private markedet uten driftsavtale med kommunen. De mottar dermed verken kommunalt driftstilskudd eller refusjoner fra Helfo, og pasientbetalingen er ikke regulert gjennom egenandels- og frikortordningen. Inntektene kommer fra pasientenes egenbetaling og fra avtaler med bedrifter, forsikringsselskaper og idrettslag. Virksomheten organiseres i hovedsak som enkeltpersonforetak, men også som aksjeselskap med ansatte fysioterapeuter, og kan drives i kontorfellesskap med andre fysioterapeuter eller tilgrensende faggrupper.

Etterspørselen etter helprivat fysioterapi drives blant annet av ønsket om rask tilgang til behandling uten henvisning eller ventetid, av arbeidsgiverfinansierte ordninger og av utbredelsen av behandlingsforsikringer, der fysioterapi er blant de mest brukte ytelsene. Helprivat praksis er samtidig ikke én ensartet tilpasning. Noen driver helprivat på fulltid, mens mange kombinerer helprivat virksomhet med ansettelsesforhold, forsikringsfinansiert behandling eller oppdrag for bedriftshelsetjenester, frisklivssentraler og private klinikker. Antall personer med en eller annen form for helprivat aktivitet vil derfor være vesentlig høyere enn aktiviteten målt i årsverk.

Det finnes ikke god statistikk over omfanget av helprivat fysioterapi. Årsaken er at virksomheten faller utenfor de etablerte datakildene: Behandling uten driftsavtale utløser ikke refusjon og fanges dermed ikke opp i KUHR, og selvstendig næringsdrivende omfattes ikke av a-meldingen, som er kilden til yrkesopplysninger i sysselsettingsstatistikken. Næringskodene identifiserer foretak, ikke behandlere, og skiller derfor verken mellom fysioterapeuter og annet personell i virksomheten, eller mellom fysioterapi og andre tjenester foretaket leverer.¹

Forsikringsmarkedet gir indirekte indikasjon på omfang og utvikling av bruken av fysioterapitjenester. Ved utgangen av 2024 hadde om lag 840 000 nordmenn behandlingsforsikring, hvorav rundt 740 000 gjennom arbeidsgiver, og fysioterapeut-/kiropraktorbehandling utgjør sammen med legespesialist og diagnostikk nesten 90 prosent av meldte behandlinger (Finans Norge, 2026). Antall meldte skadesaker innen fysioterapi og kiropraktikk har økt fra om lag 181 000 i 2024 til anslagsvis over 231 000 i 2026. Utbetalingene til fysioterapeut-/kiropraktorbehandling har derimot ligget om lag flatt i samme periode, fra 566 millioner kroner i 2024 til anslagsvis 555 millioner kroner i 2026, jf. tabell 2.5. Tallene indikerer et forsikringsfinansiert marked med voksende behandlingsvolum. Det er like fullt en del usikkerhet knyttet til disse tallene.

Tabell 2.5 Fysioterapeut-/kiropraktorbehandling. Behandlingsforsikring, antall meldte skadesaker og anslått erstatning.

	2024	2026
Antall meldte skader	180 700	231 114
Anslått erstatning (mill. kroner)	566	555

Note: Tallene for 2026 er en framskriving av antall skader og anslått erstatning for inneværende skadeår basert på tallene for første kvartal 2026.

Kilde: Finans Norge / Skadeforsikringsstatistikk

Usikkerheten bygger på at fysioterapi og kiropraktikk rapporteres samlet, forsikring dekker bare en del av det helprivate markedet, og 2026-tallene er anslag basert på utviklingen hittil i året. Kombinasjonen av flere saker og uendrede utbetalinger tilsier dessuten lavere gjennomsnittlig erstatning per sak, noe som kan skyldes endret sammensetning av behandlinger eller endrede avtalepriser, og som understreker at tallene egner seg bedre som utviklingsindikator enn som nivåanslag.

Den manglende statistikken når det gjelder privatpraktiserende fysioterapi er erkjent av myndighetene. Fra 1. januar 2025 ble det innført registreringsplikt til Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister for virksomheter som yter privatfinansierte helsetjenester uten offentlig avtale. Innføringen skjer imidlertid trinnvis per tjenestoområde, og Folkehelseinstituttet har beskrevet arbeidet som ressurskrevende og komplisert. Ett år etter ikrafttreddelsen foreligger det derfor ennå ingen anvendbar statistikk for helprivat fysioterapi, men ordningen kan på noe sikt tette et vesentlig kunnskapshull.

¹ Den mest dekkende kartleggingen er SSBs notat om fysioterapeuters inntekter og kostnader (SSB, 2023), men den omfatter bare selvstendig næringsdrivende med refusjon fra folketrygden, altså avtalefysioterapeutene. Helprivate aktører kan i prinsippet identifiseres ved å koble Helsepersonellregisteret mot Enhetsregisteret og skattedata, men en slik kobling er ikke gjennomført.

2.2.4 Arbeidsrettet rehabilitering

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) er et tidsavgrenset og tverrfaglig tilbud der deltakelse i arbeidslivet er det uttalte hovedmålet. Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering definerer arbeidsrettet rehabilitering som «*tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål*». (Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, 2024) Tilbudet er diagnoseuavhengig, og fysioterapeut inngår som en av kjerneprofesjonene i det tverrfaglige teamet, sammen med blant annet lege, psykolog eller samtaleterapeut, idrettspedagog og arbeidskonsulent.

ARR tilbys gjennom to atskilte spor. Det ene er arbeidsmarkedstiltaket arbeidsrettet rehabilitering, som Arbeids- og velferdsetaten (NAV) forvalter. ARR anskaffes fra eksterne leverandører etter regelverket om offentlige anskaffelser (Forskrift om arbeidsmarkedstiltak (tiltaksforskriften)). Det andre er arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette er en tjeneste de regionale helseforetakene kjøper fra private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner, og der pasienten kommer inn etter henvisning på linje med andre pasientgrupper.

Omfanget er begrenset sammenlignet med den øvrige fysioterapitjenesten. I forbindelse med Representantforslag 30 S (2025–2026) fremgår det at NAVs tiltaksportefølje hadde i gjennomsnitt om lag 1 900 deltakere per måned i 2022 i arbeidsrettet rehabilitering. For spesialisthelsetjenestesparten oppga arbeids- og inkluderingsministeren i januar 2026 at nye avtaler i Helse Sør-Øst knyttet til arbeidsrettet rehabilitering gjeldende fra 1. januar 2026 legger til rette for at «*i overkant av 2 000 pasienter kan få behandling årleg, en økning på nesten 900 pasienter fra 2024*» (Stortinget, 2025–2026). Tilbudet leveres av om lag ti aktører på landsbasis, etter anbudskonkurranser fra de regionale helseforetakene (Stortinget, 2025–2026).

Tilgjengelig statistikk teller deltakere og pasienter, ikke fysioterapiårverk eller fysioterapeutiske konsultasjoner. Vi kan derfor ikke skille ut hvor stor del av ressursbruken i ARR som utgjøres av fysioterapeuter, og ARR inngår ikke i årsverkstallene for kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten.

Tekstboks 2.2 Hva er arbeidsrettet rehabilitering som NAV-tiltak?

Arbeidsrettet rehabilitering er regulert i forskrift om arbeidsmarkedstiltak (tiltaksforskriften) kapittel 12. Sentrale bestemmelser er:

Formål (§ 12-1): Tiltaket «skal bidra til å styrke tiltaksdeltakerens arbeidsevne og bidra til mestring av helserelaterte og sosiale problemer som kan være til hinder for deltakelse i arbeidslivet».

Innhold (§ 12-2): Tiltaket «kan inneholde arbeidsforberedende trening, arbeidsutprøving, kontakt med arbeidslivet, generell opptrening, funksjonsfremmende trening, opplæring, motivasjon, trening i sosial mestring, livsstilsveiledning eller en kombinasjon av disse elementene».

Personkrets (§ 12-3): Tiltaket «kan tilbys sykmeldte arbeidstakere og personer som har fått sin arbeidsevne nedsatt slik at vedkommende hindres i å skaffe seg eller beholde inntektsgivende arbeid».

Varighet (§ 12-4): «Varigheten skal tilpasses tiltaksdeltakerens individuelle behov. Arbeidsrettet rehabilitering kan vare i inntil tolv uker.»

Krav til tiltaksarrangør (§ 12-5): Arrangøren skal ha kontakt med arbeidsgiveren for deltakere med arbeidsforhold, og skal senest ved avslutning levere skriftlig rapport om gjennomføring og resultat.

Anskaffelse (§ 12-6): Tiltaket «anskaffes etter regelverk fastsatt i eller i medhold av lov om offentlige anskaffelser».

Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er et eget tilbud med annen hjemmel og annen inntaksvei, der de regionale helseforetakene kjøper dag- og døgnbaserte program fra private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner. Fysioterapeuten inngår i det tverrfaglige teamet i begge spor.

2.3 Hvor jobber fysioterapeutene?

Som nevnt over er det utfordrende å finne statistikk på det samlede omfanget av praktiserende fysioterapeuter i Norge, primært knyttet til hvordan privat praksis organiseres.

Ifølge Norsk Fysioterapeutforbunder det 18 000 autoriserte fysioterapeuter i Norge. Videre vet vi hvor 8 900 av disse jobber fra SSBs sysselsettingsstatistikk over helsepersonell, herunder avtalte årsverk med fysioterapiutdanning fordelt på sektor, jf. Figur 2.6.

Det er med andre ord i overkant av 9 000 autoriserte fysioterapeuter som enten har gått av med pensjon² og ikke lenger praktiserer eller er selvstendig næringsdrivende og dermed ikke fanges opp av denne sysselsettingsstatistikken. De som er selvstendig næringsdrivende, trenger heller ikke å jobbe som fysioterapeut.

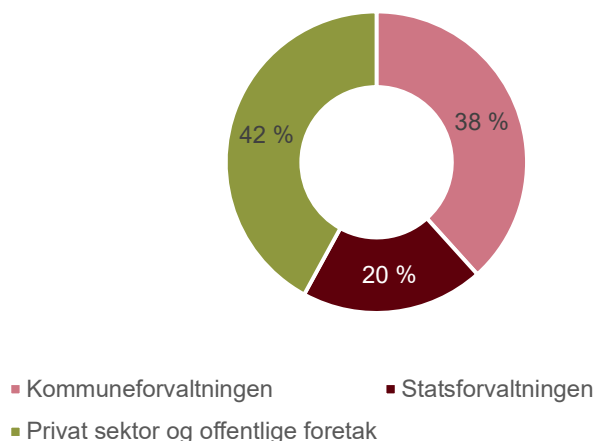
Det samme kan vi si om de 8 900 som inngår i figuren, nemlig at de ikke nødvendigvis er praktiserende fysioterapeuter i kommuneforvaltningen mv., men kan ha andre stillinger som rådgivere mv. eller helt andre typer roller.

I 2025 var det 3 400 avtalte årsverk sysselsatt i kommuneforvaltningen, jf. Figur 2.6 som også hadde fysioterapiutdanning. Det er med andre ord om lag 900 avtalte årsverk sysselsatt i kommunal sektor som trolig ikke jobber som fysioterapeut, i og med at kapittel 3.2 viser at det i 2025 var 2 400 årsverk med fastlønn og 160 turnuskandidater sysselsatt i kommunen.

De i overkant av 3 700 årsverkene i privat sektor og offentlige foretak omfatter blant annet fysioterapeutene med kommunal driftsavtale, som i sysselsettingsstatistikken regnes som selvstendig næringsdrivende. Forholdet mellom avtalte årsverk, avtalehjemler og faktisk arbeidsinnsats for denne gruppen er omtalt i kapittel 2.2.

² Ifølge helsepersonelloven faller en autorisasjon først bort automatisk når helsepersonellet fyller 80 år.

Figur 2.6 Sektorfordelt sysselsetting av fysioterapeuter, 2025



Kilde: SSB tabell 07944

2.4 Aktivitet og brukere i den takstfinansierte tjenesten

Den delen av fysioterapitjenesten som utløser stønad fra folketrygden, omfattet i 2025 om lag 8,1 millioner pasientkontakter og 3,4 milliarder kroner i samlet honorar.³ Aktivitetsnivået har vært stabilt i perioden 2015–2025. Antall kontakter er praktisk talt uendret, mens befolkningen har vokst med om lag åtte prosent. Målt per innbygger er omfanget dermed redusert med om lag ni prosent. Det som har endret seg, er sammensetningen av tjenesten og fordelingen av regningen mellom folketrygden og pasientene.

2.4.1 Datagrunnlaget og hva tallene faktisk måler

KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) er Helsedirektoratets system for behandling av refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til Helfo. Når en helsetjeneste er offentlig finansiert, slipper pasienten å legge ut for refusjonsandelen og behandleren sender i stedet regningen til Helfo. Disse regningene er grunnlaget for informasjonen som lagres i KUHR. Registeret brukes både til kontroll og korrekt saksbehandling av refusjonskrav og til statistikk for styrings- og finansieringsformål.

Vi har hentet ut samlet aktivitet for fagområdet fysioterapi for årene 2015–2025, fordelt på takstkode og praksistype. Uttrekket inneholder antall regninger, antall takster, sum refusjon, sum egenandel betalt av pasienten og sum egenandel dekket av folketrygden. Tre presiseringer er nødvendige for å tolke tallene riktig.

Antall regninger er ikke antall kontakter. En vanlig fysioterapikonsultasjon utløser flere takster samtidig – typisk en behandlingstakst, ett eller flere tidstillegg og eventuelt tillegg for hjemmebehandling eller alder. Kolonnen «antall regninger» teller antall regninger som inneholder den enkelte takstkoden. Summeres kolonnen over alle takstkoder, telles derfor samme regning flere ganger. En slik summering gir nær 17 millioner «regninger» i

³ Tallet viser til antall pasientkontakter etter vår kontaktdefinisjon: undersøkelser + individuelle behandlinger + gruppedeltakelser (én kontakt per deltaker per gruppetime). En summering av «antall regninger» i KUHR over alle takstkoder vil indikere om lag 17 millioner i 2025. Da telles derimot samme regning én gang per takstkode den inneholder, altså kraftig dobbelttelling. Definisjonen vi legger til grunn er validert mot Oslo Economics (2021), som med individdata fant 7,98 mill. kontakter i 2019 mot våre 8,04 mill.

2025, mens det reelle antallet pasientkontakter er under halvparten. Vi bruker i stedet antall takster på et sett gjensidig utelukkende hovedtakster som mål på aktivitet.

Antall mottakere kan ikke utledes av uttrekket. Uttrekket inneholder ingen personidentifikator. Det kan derfor si hvor mange kontakter som er gjennomført og hvor mye som er utbetalt, men ikke hvor mange personer som har mottatt tjenesten. Antall mottakere må hentes fra analyser som har hatt tilgang til individdata, jf. omtalen under.

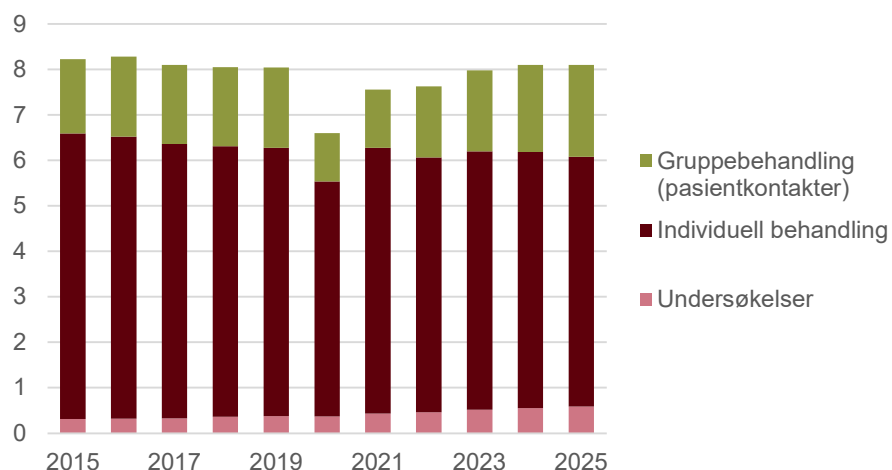
KUHR dekker bare den takstfinansierte delen av feltet. Registeret dekker fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, samt egenandeler som kommunene rapporterer inn for fastlønte fysioterapeuter. Fysioterapi i spesialisthelsetjenesten, helprivat virksomhet uten driftsavtale, bedriftshelsetjeneste og arbeidsrettet rehabilitering inngår ikke. Datagrunnlaget dekker altså den offentlig finansierte delen av tjenesten som er beskrevet i kapittel 2.2, ikke feltet som helhet. Vi kommer tilbake til konsekvensene av dette i kapittel 2.5.

2.4.2 Om lag åtte millioner kontakter i året

Vi skiller mellom tre kontakttypen: undersøkelser, individuell behandling og gruppebehandling. Gruppebehandling telles som pasientkontakter, det vil si én kontakt per deltaker per gruppetime. I 2025 utgjorde dette til sammen 8,1 millioner kontakter, fordelt på 0,6 millioner undersøkelser, 5,5 millioner individuelle behandlinger og 2,0 millioner gruppekontakter.

Nivået har vært stabilt de siste ti årene. I 2015 var det 8,2 millioner kontakter, i 2025 8,1 millioner. Unntaket er 2020, da pandemien reduserte aktiviteten til 6,6 millioner kontakter, om lag 18 prosent under året før. Aktiviteten var tilbake på førpandemisk nivå i 2023.

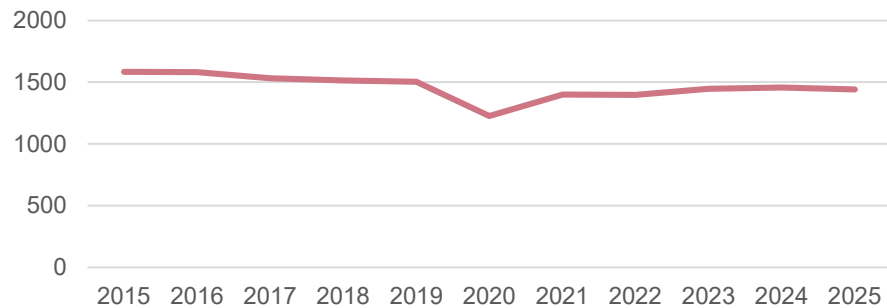
Figur 2.7 Antall kontakter med fysioterapeut i den takstfinansierte tjenesten, etter kontakttipe. 2015–2025. Millioner



Kilde: SØA basert på uttrekk fra KUHR (Helsedirektoratet)

Fordi befolkningen har vokst med om lag åtte prosent i perioden, innebærer et stabilt absolutt nivå en fallende dekningsgrad. Antall kontakter per 1 000 innbyggere falt fra om lag 1 585 i 2015 til om lag 1 440 i 2025, en nedgang på ni prosent. Utviklingen skyldes ikke lavere aktivitet per behandler, men at kapasiteten i den takstfinansierte tjenesten ikke har fulgt befolkningsveksten.

Figur 2.8 Kontakter med fysioterapeut i den takstfinansierte tjenesten per 1 000 innbyggere. 2015–2025.



Kilde: SØA basert på uttrekk fra KUHR (Helsedirektoratet) og SSB tabell 07459

2.4.3 Sammensetningen forskyves fra individuell behandling mot gruppe og utredning

Bak et stabilt totaltall ligger en tydelig forskyvning i tjenesteinnholdet. Individuell behandling er redusert med 13 prosent, fra 6,3 til 5,5 millioner kontakter. Gruppebehandling har økt med 23 prosent, fra 1,6 til 2,0 millioner pasientkontakter. Antall undersøkelser er nesten doblet, fra 0,3 til 0,6 millioner.

Utviklingen har både regelverksdrevne og faglige forklaringer. Fysioterapeuter har hele tiden hatt et selvstendig behandlingsansvar. Krav om undersøkelse ved igangsetting av et behandlingsopplegg ble forskriftsfestet allerede i 2003. Veksten i undersøkelser skyldes derfor ikke nye faglige oppgaver, men at kravet om henvisning for å få stønad til fysioterapi ble opphevet 1. januar 2018. Direkte tilgang innebærer at flere pasienter starter forløpet hos fysioterapeuten uten forutgående henvisning, slik at den innledende undersøkelsen oftere gjennomføres og takstføres der. Veksten i gruppebehandling er reell gjennom hele perioden, men forsterkes i 2024–2025 av omleggingen av gruppetakstene fra 1. juli 2024, med en grunntakst per gruppe og et tillegg per deltaker. Tallene bør derfor ikke uten videre tolkes som endringer i underliggende behov. Kombinasjonen av flere undersøkelser og færre individuelle behandlinger kan samtidig tyde på flere og kortere forløp, altså at tjenesten fordeles på flere personer. Det er konsistent med utviklingen i antall mottakere senere i kapitlet.

2.4.4 Færre hjemmebesøk, mer skriftlig samhandling

To utviklingstrekk i takstbruken peker i hver sin retning og er relevante for programlogikken i kapittel 3.

Antall tillegg for behandling i pasientens hjem er redusert med 34 prosent, fra 176 000 i 2015 til 117 000 i 2025. Målt som andel av alle kontakter er hjemmebehandling redusert fra 2,1 til 1,4 prosent. Reisetakstene viser samme mønster, med en nedgang på 31 prosent. Utviklingen skjer i en periode der antallet eldre har økt markert, og der bruken av alderstillegget for pasienter over 80 år eller rullestolbrukere har økt med 16 prosent. Aktiviteten rettet mot de eldste har altså økt, men den foregår i økende grad ved instituttene framfor i pasientens hjem.

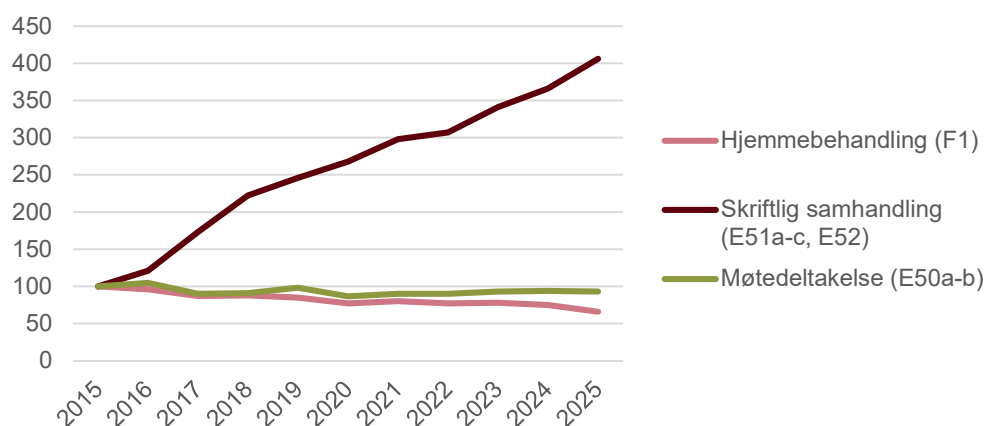
Nedgangen i hjemmebehandling kan ha flere forklaringer, og KUHR-dataene lar oss ikke skille mellom dem. Én mulighet er en forskyvning av oppgaver. Dersom fastlønte kommunale fysioterapeuter, som ikke inngår i KUHR, har overtatt en større del av den hjemmebaserte oppfølgingen, vil nedgangen i takstbruk overdrive nedgangen i faktisk hjemmebehandling. Dette kan vi

imidlertid ikke belegge, blant annet fordi kommunenes rapportering på området er mangelfull. Utviklingen kan også ha faglige og demografiske forklaringer. Bedre tilrettelegging for pasienter med nedsatt funksjon ved instituttene, større vekt på aktiv tilnærming også i behandlingen av eldre, og at dagens eldre over 80 år har bedre helse og funksjon enn tidligere årskull, slik at flere kan møte til behandling ved instituttet.

Takstene for epikriser, tilbakemeldinger til henvisende behandler, henvisninger, telefonsamtaler og samtaler med pårørende er samlet firedoblet, fra 78 000 i 2015 til 316 000 i 2025. Epikrisetaksten alene er nesten seksdoblet, fra 28 000 til 159 000. Samtidig er møtegodtgjørelsen, altså takstene for å delta i ansvarsgrupper, tverrfaglige møter og arbeid med individuell plan, mer eller mindre stabil på om lag 38 000 i året.

Samhandlingen med øvrig helse- og omsorgstjeneste har altså økt betydelig i omfang. Veksten har både regelverksmessige og faglige forklaringer. Fra 1. januar 2018 stiller forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale krav om at journalsystemet oppfyller kravene til elektronisk samhandling, og om at fysioterapeuten, med mindre det er åpenbart unødvendig, oversender epikrise til fastlegen og eventuelt annen henvisende instans etter avsluttet behandling (§ 10). Sammen med innføringen av direkte tilgang samme år, der fysioterapeuten oftere er pasientens første kontaktpunkt, forklarer dette langt på vei både tidspunktet for og formen på veksten. Omfanget speiler trolig også en faglig utvikling, med større vekt på samhandling rundt pasienter med sammensatte tilstander og bedre utnyttelse av kompetansen i tjenestene. Samhandlingen med øvrig helse- og omsorgstjeneste har altså økt betydelig i omfang, men har blitt skriftlig og bilateral snarere enn møtebasert og tverrfaglig.

Figur 2.9 Hjemmebehandling, skriftlig samhandling og møtedeltakelse. 2015–2025. Indeks 2015 = 100



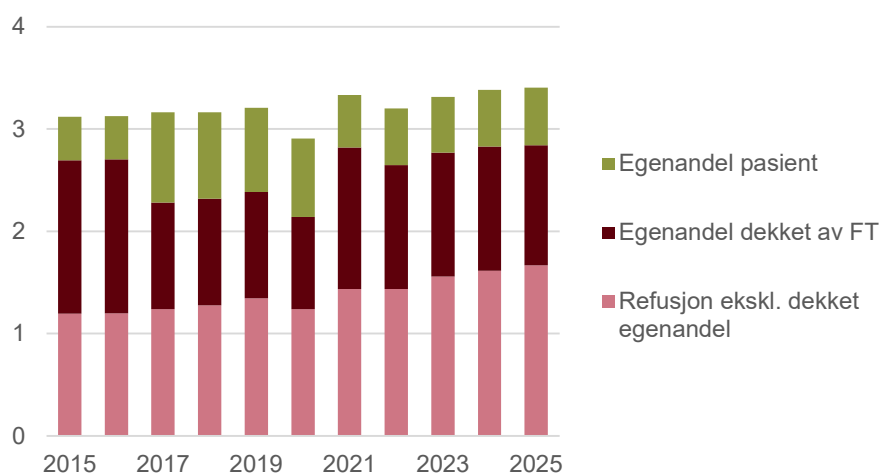
Kilde: SØA basert på uttrekk fra KUHR (Helsedirektoratet). Hjemmebehandling = takst F1, skriftlig samhandling = takstene E51a–E51c og E52, møtedeltakelse = takstene E50a og E50b

2.4.5 Folketrygden dekker fire femdeler av regningen

Samlet honorar i den takstfinansierte tjenesten var 3 404 millioner kroner i 2025. Av dette dekket folketrygden 2 839 millioner kroner, eller 83 prosent, mens pasientene betalte 565 millioner kroner i egenandeler. Folketrygdens utgift består av to deler i form av ordinær refusjon på 1 668 millioner kroner og dekning av egenandeler for pasienter med frikort eller fritak på 1 171 millioner kroner. I tillegg kommer det kommunale driftstilskuddet, som ikke inngår i KUHR.

Målt i faste 2025-kroner har samlet honorar økt moderat med om lag 9 prosent siden 2015, og folketrygdens utgifter med om lag 6 prosent. Siden antall kontakter er uendret, skyldes utgiftsveksten i hovedsak takstøkninger og en viss forskyvning mot mer ressurskrevende takster, ikke volumvekst. Honorar per kontakt økte nominelt fra 275 kroner i 2015 til 420 kroner i 2025.

Figur 2.10 Finansiering av fysioterapi i den takstfinansierte tjenesten. 2015–2025. Milliarder faste 2025-kroner



Kilde: SØA basert på uttrekk fra KUHR (Helsedirektoratet). Deflatert med SSBs konsumprisindeks

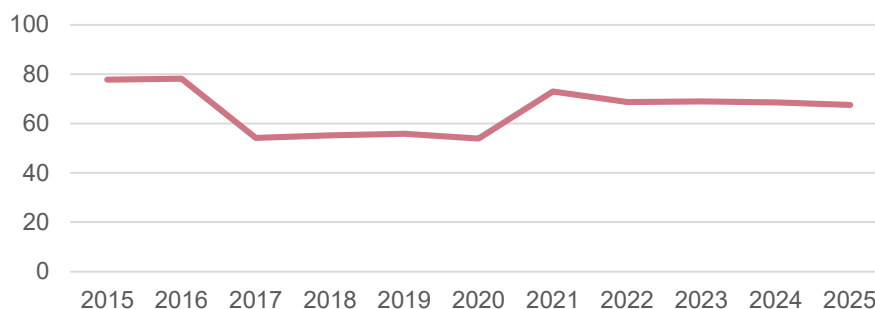
Regelverksendringer ser ut til å ha endret fordelingen mellom folketrygden og pasientene. Fra 1. januar 2017 ble sykdomslisten (diagnoselisten) avviklet, slik at pasienter som tidligere hadde fritak begynte å betale egenandel, mens egenandelstak 2 ble redusert fra 2 670 til 1 990 kroner og ordningen med frikort ble automatisert.⁴ Pasientenes egenbetaling mer enn doblet seg, fra 310 til 677 millioner kroner, og andelen av egenandelene som ble dekket av folketrygden falt fra 78 til 54 prosent. Fra 1. januar 2021 ble egenandelstak 1 og 2 slått sammen til ett felles tak. Flere pasienter nådde frikortgrensen, folketrygdens andel av egenandelene økte igjen til 73 prosent, og pasientenes egenbetaling falt fra 626 til 432 millioner kroner.

I 2025 ble 68 prosent av egenandelene dekket av folketrygden, enten gjennom frikort eller gjennom fritak for barn under 16 år og pasienter med yrkesskade eller yrkessykdom godkjent av Nav, jf. Figur 2.11. Fra 1. august 2026 utvides fritaket til også å omfatte 16- og 17-åringer. Egenandelsregelverket er dermed en vesentlig fordelingsmekanisme i

⁴ Egenandelstak 2 omfattet godkjente egenandeler til blant annet fysioterapi, enkelte former for tannbehandling, opphold ved godkjente rehabiliteringsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet. Når pasientens samlede egenandeler nådde taket, fikk pasienten automatisk frikort og slapp å betale flere egenandeler for disse tjenestene resten av kalenderåret.

tjenesten og endringene slår ut i pasientenes faktiske kostnad ved å bruke fysioterapi.

Figur 2.11 Andel av egenandelene som dekkes av folketrygden. 2015–2025. Prosent

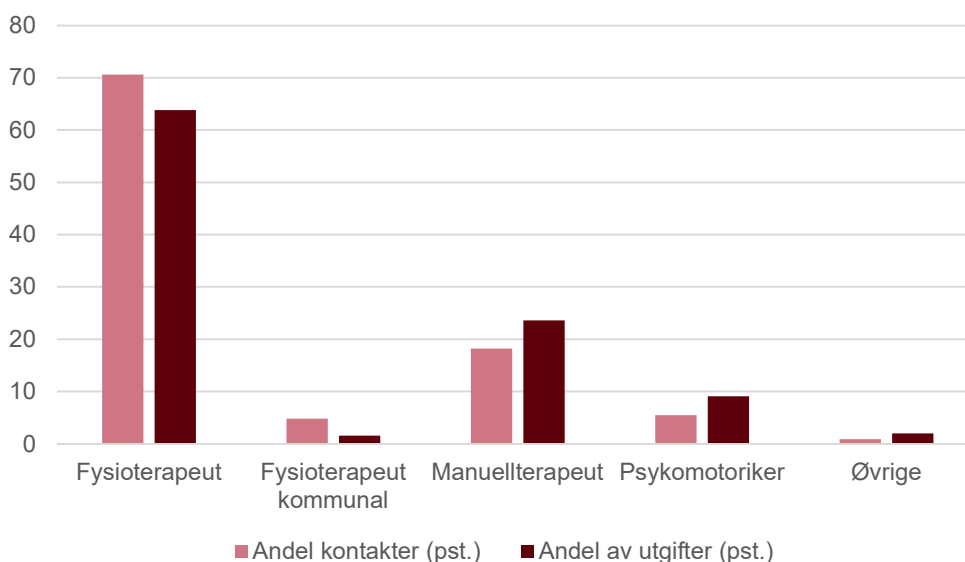


Kilde: SØA basert på uttrekk fra KUHR (Helsedirektoratet)

2.4.6 Aktiviteten fordeler seg ujevnt mellom behandlergruppene

Fysioterapeuter uten formell tilleggskompetanse sto for 71 prosent av kontaktene i 2025 og 64 prosent av folketrygdens utgifter. Manuellterapeutene sto for 18 prosent av kontaktene, men 24 prosent av utgiftene. Den relativt høye andelen av utgiftene skyldes relativt høyere takster. Psykomotoriske fysioterapeuter sto for 5 prosent av kontaktene og 9 prosent av utgiftene. De resterende om lag 5 prosentene av kontaktene gjelder egenandeler innrapportert for kommunalt ansatte fysioterapeuter og aktivitet hos utdanningskandidater.

Figur 2.12 Kontakter og folketrygdens utgifter etter behandlergruppe. 2025. Prosent



Kilde: SØA basert på uttrekk fra KUHR (Helsedirektoratet)

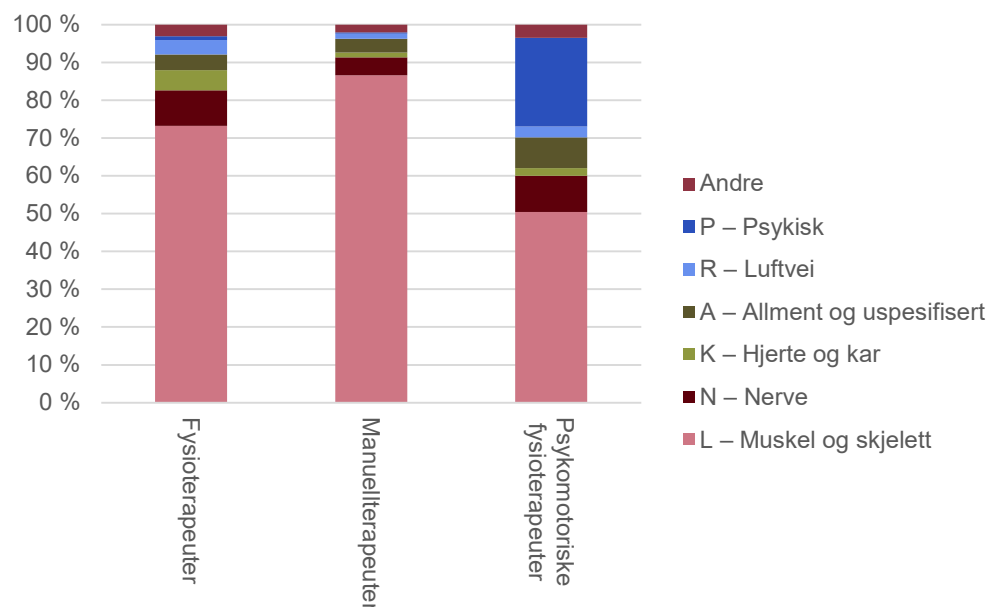
2.4.7 Muskel- og skjelettdiagnoser utgjør hoveddelen av kontaktene i den takstfinansierte fysioterapitjenesten

KUHR-uttrekket sier ingenting om hvordan kontaktene fordeler seg på pasienter og forløp. Oslo Economics (2021) analyserte pasientforløp på individdata for perioden 2016–2019 og gir et brukbart overordnet bilde av sammensetningen av diagnosetyper med gjeldende praksis i nevnte tidsperiode.

Muskel- og skjelettdiagnoser (ICPC-2-kapittel L) sto for 73 prosent av kontaktene hos fysioterapeuter og 87 prosent hos manuellterapeuter, jf. Figur 2.13. Psykomotoriske fysioterapeuter skiller seg ut, hvor muskel- og skjelettdiagnoser utgjør 50 prosent og psykiske diagnoser 23 prosent av kontaktene. De vanligste enkelt diagnosene var kneleddsartrose og hoftelddsartrose hos fysioterapeuter, nakke- og ryggplager hos manuellterapeuter og fibromyalgi og nakkeplager hos psykomotoriske fysioterapeuter.

Diagnosebildet støtter avgrensningen av case 1 og case 2 i kapittel 4.

Figur 2.13 Kontakter etter diagnosegruppe og praksistype. 2016–2019. Prosent



Kilde: Oslo Economics (2021), basert på individdata fra KUHR

2.4.8 Hvor mange mottar tjenesten?

Antall unike mottakere kan ikke leses ut av den offentlig tilgjengelige delen av KUHR. Helsedirektoratet (2016) fant, med refusjonsdata fra KUHR/Helfo, at 458 763 personer mottok fysioterapi fra avtalefysioterapeuter i 2014. Dette var en økning på 29 000 mottakere, eller 6,8 prosent, fra 2011. Per 1 000 innbygger lå antall mottakere på 89, men hadde betydelig geografisk variasjon. Kommunene i nord lå på 114 mottakere per 1 000 innbyggere, mot 77 i vest. Forskjellene var enda større mellom mer avgrensede bostedsområder, fra 157 per 1 000 på Helgeland mot 71 i Stavanger- og Fonna-området.

Oslo Economics (2021) fant at fysioterapeutene behandlet 307 670 pasienter i 2019, manuellterapeutene 111 860 og de psykomotoriske fysioterapeutene 18 688. Tallene bygger på individdata, slik at hver pasient telles én gang per

praksistype, uavhengig av hvor mange behandlere pasienten har vært hos. Summen på nærmere 440 000 overvurderer likevel trolig antall unike personer noe, ettersom pasienter som i løpet av året har vært hos flere praksistyper, for eksempel både fysioterapeut og manuellterapeut, telles flere ganger.

Antall kontakter i 2025 er om lag på samme nivå som i 2019. Legger vi til grunn at antall kontakter per pasient ikke har endret seg vesentlig, tilsier dette i størrelsesorden 420 000–460 000 mottakere i 2025. Anslaget tilsvarende 7–8 prosent av befolkningen og om lag 75–82 mottakere per 1 000 innbyggere. Anslaget er selvfølgelig beheftet med usikkerhet. Veksten i gruppebehandling kan ha økt antall kontakter per pasient og dermed trekke antall mottakere ned, mens flere korte forløp etter innføringen av direkte tilgang kan trekke i motsatt retning. Hovedbildet er like fullt at dekningsgraden per innbygger er lavere i dag enn nivået Helsedirektoratet målte for 2014.

3 Programlogikk

Kapittelet etablerer en programlogikk for hvordan fysioterapi skaper og kan skape verdi. Logikken bygger på ICF-rammeverket og kobler tiltak til kliniske virkninger, funksjon, deltakelse og videre til seks kategorier av samfunnsøkonomisk nytte. Formålet er å gi et dekkende bilde og samtidig peke på områder det er realistisk å tallfeste.

3.1 Programlogikk for et komplekst felt

Fysioterapi tilbys gjennom statlige, kommunale og private tjenester, og finansieres av flere ulike aktører. Tjenestene retter seg mot svært forskjellige pasientgrupper, fra barn til eldre. Mange pasienter mottar dessuten andre helse- og omsorgstjenester samtidig. Det er derfor krevende å beregne den samlede verdien av fysioterapi isolert sett for samfunnet. For å gjøre analysen mer oversiktlig trenger vi et tydelig rammeverk for hvordan fysioterapi kan føre til ulike virkninger og gevinster.

Vi etablerer en programlogikk for å forenkle vurderingen av fysioterapifeltets samfunnsnytte. En programlogikk beskriver hvordan et tiltak, fysioterapi i dette tilfellet, antas å føre til resultater. Programlogikken viser sammenhengen mellom ressursene som brukes, aktivitetene som gjennomføres, de umiddelbare resultatene for pasienten og de mer langsiktige virkningene for individet og samfunnet. Programlogikken gjør det også lettere å synliggjøre hvilke antakelser analysen bygger på, hvor det er usikkerhet, og hvilke virkninger som kan måles.

Vi deler programlogikken for fysioterapi inn i tre lag. Det første laget beskriver hvordan fysioterapi kan påvirke kropp, funksjon og atferd, uavhengig av pasientgruppe. Det andre laget beskriver hvilke områder i samfunnet som typisk får gevinster, for eksempel helsetjenesten, arbeidslivet eller familie og pårørende. Det tredje laget beskriver hvordan virkningene varierer mellom ulike pasientgrupper, behandlingsforløp og livssituasjoner. Inndelingen gjør det mulig å beskrive de generelle virkningene av fysioterapi samlet, samtidig som viktige forskjeller mellom pasientgruppene kommer fram.

Hovedtrekkene i programlogikken er oppsummert i Figur 3.1. Figuren er inspirert av ICF-rammeverket og viser hvordan fysioterapeutiske aktiviteter på venstre side kan føre til gevinster gjennom seks ulike verdikanaler på høyre side. Øverst i figuren vises hva behandlingen skal oppnå, for eksempel

rehabilitering, habilitering, vedlikehold av funksjon, forebygging eller symptomlindring. Nederst vises forhold ved pasienten og omgivelsene som kan påvirke resultatene.

Figuren markerer også et viktig skille mellom bedre funksjon og bredere gevinster for både individet og for samfunnet. Bedre styrke eller bevegelse fører ikke nødvendigvis automatisk til økt arbeidsevne, mindre behov for helsetjenester eller større deltakelse i hverdagen. Slike gevinster avhenger også av forhold som arbeidsforhold, familiesituasjon, andre sykdommer og hvilke tjenester pasienten mottar. Det er derfor viktig at analysen ikke tilskriver fysioterapi større virkninger enn det er grunnlag for.

I de neste delkapitlene beskriver vi hvert ledd i programlogikken nærmere.

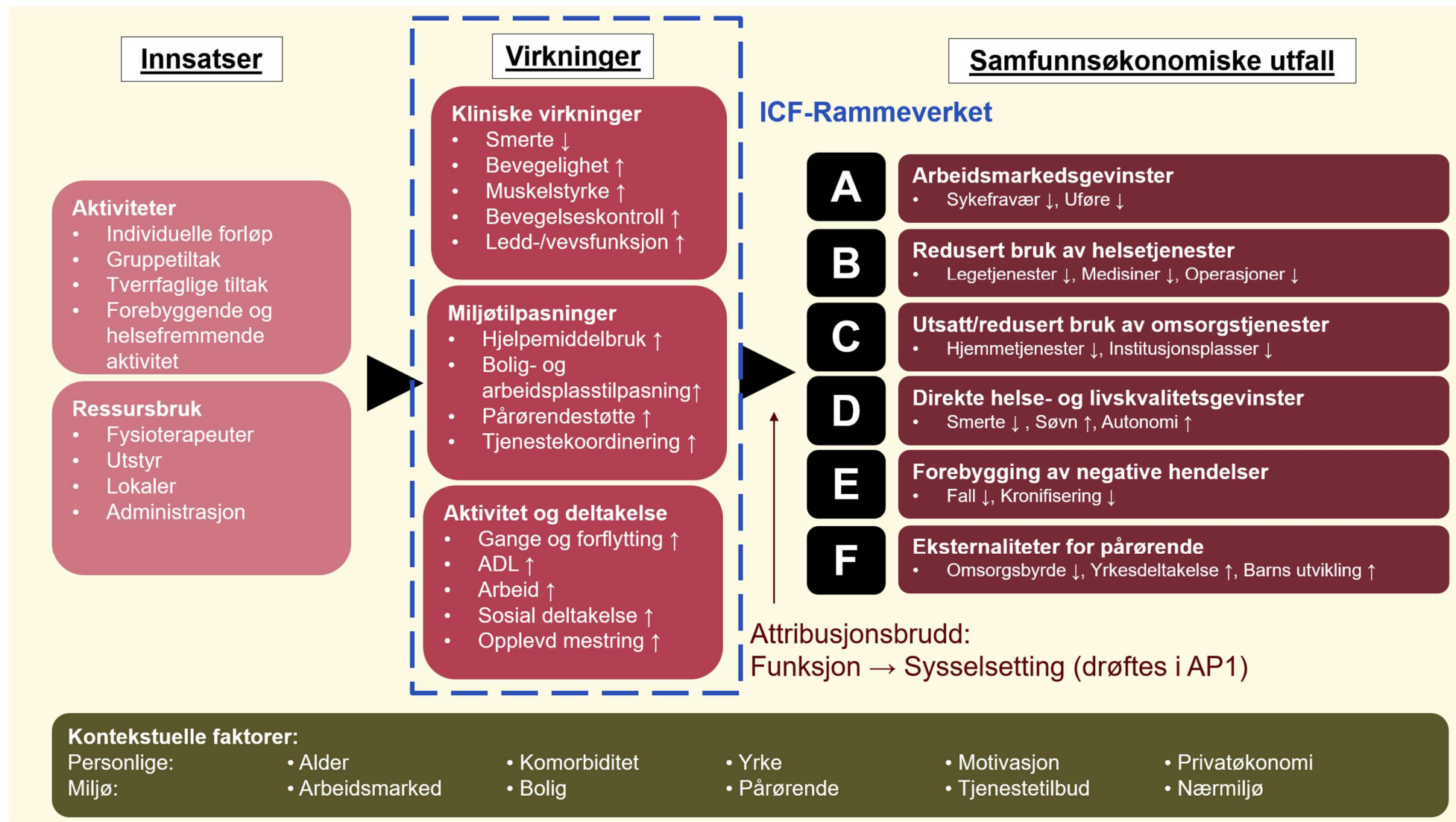
3.2 Virkningsintensjoner er det felles utgangspunktet

Fysioterapi brukes ved svært ulike tilstander og behandlingsforløp. De grunnleggende måtene fysioterapi virker på, er likevel ofte de samme på tvers. Behandlingen kan blant annet bidra til bedre muskel- og skjelettfunksjon, bedre kontroll over bevegelser, mindre smerte, økt mestring, høyere aktivitetsnivå og mer hensiktsmessige bevegelsesmønstre. Disse virkningene har også en psykisk side i form av at fysisk aktivitet og bevegelse har dokumentert effekt ved lettere psykiske plager, mestring av smerte og funksjon påvirker den psykiske helsen, og kroppslige og psykiske plager opptrer ofte sammen og forsterker hverandre, jf. kapittel 1.2. Bedre psykisk helse er slik både en selvstendig virkning av fysioterapi og en del av gevinsten i ordinære behandlingsforløp. Forskjellen mellom forløpene ligger først og fremst i hva behandlingen skal oppnå.

Vi skiller mellom fem overordnede formål med fysioterapi:

- Rehabilitering handler om å gjenvinne funksjon som er gått tapt som følge av sykdom eller skade, for eksempel etter et hjerneslag, fraktur eller en operasjon.
- Habilitering handler om å utvikle funksjoner og ferdigheter som ennå ikke er etablert. Habilitering gjelder særlig barn og unge med medfødte eller tidlig oppståtte tilstander.
- Forebygging handler om å redusere risikoen for framtidig sykdom, skade eller funksjonsfall. Eksempler er fallforebyggende trening for eldre og tiltak som skal hindre at muskel- og skjelettplager blir langvarige.
- Vedlikehold handler om å bevare eksisterende funksjon og bremse funksjonsfall ved kroniske eller gradvis forverrede tilstander, for eksempel kols, multipel sklerose eller Parkinsons sykdom.
- Symptomlindring handler først og fremst om å redusere smerter og andre plager, selv om behandlingen ikke endrer den underliggende tilstanden vesentlig.

Figur 3.1 Programlogikk – Hvordan fysioterapi skaper samfunnsverdi



3.3 Verdikanalen (den 'klassiske programlogikken')

Verdikjeden i Figur 3.1 viser hvordan fysioterapi kan føre til gevinster for den enkelte og for samfunnet. Den består av tre hovedelementer:

1. Behandling, aktivitetene som gjennomføres og ressursene som brukes.
2. Virkninger for pasienten, både på kort og lang sikt.
3. Samfunnsøkonomiske utfall, mer langsiktige samfunnseffekter.

Hovedkjeden i figuren følger WHOs ICF-rammeverk (International Classification of Functioning, Disability and Health) (WHO, 2002). Rammeverket viser hvordan fysioterapeutiske aktiviteter kan påvirke kroppen og omgivelsene rundt pasienten, og hvordan dette igjen kan påvirke hva personen klarer å gjøre og delta i. Slike endringer kan til slutt føre til gevinster for den enkelte og samfunnet.

ICF er valgt fordi rammeverket ser på mer enn diagnose og kroppslig funksjon. Det omfatter også hverdagsaktiviteter, deltakelse i arbeid og sosialt liv, og forhold i omgivelsene som påvirker hva personen kan gjøre. Slike forhold kan blant annet være arbeidsmarkedet, personens økonomi, kommunens tjenestetilbud, boligen og nærmiljøet.

3.3.1 Behandling

Behandlingen består av aktivitetene som gjennomføres, og ressursene som kreves for å gjennomføre dem. Fysioterapi omfatter mer enn individuell behandling hos en fysioterapeut. Aktivitetene kan blant annet bestå av:

- Individuell oppfølging hos avtalefysioterapeut, i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Dette kan omfatte undersøkelse, manuell behandling, øvelser, opplæring og oppfølging.
- Gruppetiltak, som gruppetrening, tilbud ved frisklivssentraler og pasientopplæring.
- Tverrfaglige tiltak, der fysioterapeuten samarbeider med fastlege, ergoterapeut, sykepleier eller andre yrkesgrupper. Dette kan skje i rehabiliteringsteam, hjemmetjenesten eller ved en tverrfaglig smerteklinikk.
- Forebyggende og helsefremmende tiltak, som fallforebyggende trening for eldre og veiledning om fysisk belastning og tilrettelegging i arbeidslivet.

Bredden i tilbudet har to viktige konsekvenser for analysen. For det første kan to personer med samme diagnose motta svært ulik oppfølging. Omfanget og innholdet avhenger av hvor behandlingen gis, hvilke tilbud som finnes lokalt, og hvordan behandlingsforløpet er organisert. Innholdet i behandlingen påvirker både kostnadene og forventede virkninger.

For det andre er fysioterapi ofte en del av et større behandlings- eller tjenesteforløp. Når flere yrkesgrupper samarbeider om pasienten, kan resultatene sjelden tilskrives fysioterapien alene. Det må derfor vurderes hvor stor del av virkningen fysioterapien med rimelighet kan sies å ha bidratt til. Dette drøftes nærmere i casene i kapittel 4 og i den samfunnsøkonomiske analysen i kapittel 5.

Behandlingen har en kostnad i form av at det medgår ressursene for å gjennomføre aktivitetene, herunder:

- Personell, lønnskostnader for fysioterapeuter, manuellterapeuter, psykomotoriske fysioterapeuter og støttepersonell.
- Lokaler og utstyr, blant annet fysioterapiinstitutter, kommunale lokaler, sykehusarealer og behandlings- og treningsutstyr.
- System- og administrasjonskostnader, blant annet planlegging, koordinering, dokumentasjon og drift av tjenestene.

Aktivitetene og ressursbruken beskrives nærmere i neste kapittel og i kapittel 5.

3.3.2 Virkninger

Virkningene av fysioterapi kan med utgangspunkt i ICF-rammeverket deles i tre hovedområder:

- Kliniske virkninger: redusert smerte, økt bevegelighet, økt muskelstyrke, bedre bevegelseskontroll, og bedre ledd og vevsfunksjon.
- Miljøtilpasninger: Økt hjelpemiddelbruk (rullestol, trappeheis, innleggssåler, mv.), bedre tilpasset bolig og arbeidsplass, styrket pårørendestøtte og bedre koordinering med andre tjenester (hjemmetjeneste, frisklivscentral, NAV, mv.).
- Aktivitet og deltakelse: Økt gange og forflytning, bedret ADL-funksjoner (av- og påkledning, personlig stell, matlaging, renhold, mv), arbeid, sosial deltakelse, og økt opplevelse av mestring.

Hvert av disse områdene kan ha verdi i seg selv. Mindre smerte og større trygghet kan for eksempel gi bedre livskvalitet, selv om personens arbeidsevne eller behov for tjenester ikke endres. Samtidig henger områdene sammen og kan forsterke hverandre.

Bedre kroppslig funksjon kan gjøre det lettere å utføre daglige aktiviteter og delta i arbeids- og samfunnsliv. Tilpasninger av omgivelsene kan også gjøre det mulig å delta mer, selv når den kroppslige funksjonen ikke blir bedre. En rullestol, trappeheis eller tilrettelagt arbeidsplass kan for eksempel kompensere for en varig funksjonsnedsettelse.

Fysioterapi kan dessuten påvirke aktivitet og deltakelse gjennom økt trygghet, motivasjon og tro på egen mestring. En person kan derfor bli mer aktiv uten at det kan påvises store endringer i styrke, bevegelighet eller andre kliniske mål.

Samtidig fører ikke bedre funksjon automatisk til økt aktivitet eller deltakelse. Det er dette vi i kapittel 3.5 omtaler som attribusjonsbruddet. Programlogikken viser derfor mulige sammenhenger, ikke en automatisk utvikling fra behandling til samfunnsøkonomisk gevinst. Om bedre funksjon faktisk fører til økt aktivitet, deltakelse og samfunnsgevinster, avhenger også av forhold ved personen og omgivelsene.

3.4 Samfunnsøkonomiske utfall

For å vurdere den samfunnsøkonomiske verdien, den samfunnsøkonomiske nettoytten, av fysioterapi må vi ha et tydelig bilde av verdien av nytten for den enkelte og for samfunnet så vel som kostnadene ved fysioterapi-tjenestene.

Verdien av de tre områdene av nytte som beskrives over kan imidlertid komme til uttrykk på ulike måter. For personer i yrkesaktiv alder kan den viktigste gevinsten være mindre sykefravær eller at de kan stå lenger i arbeid. For eldre kan fysioterapi bidra til at de klarer seg lenger hjemme og får mindre behov for omsorgstjenester. For andre kan den viktigste verdien være bedre livskvalitet, mindre smerte eller redusert risiko for fall, funksjonsfall og langvarige helseplager.

Det er viktig å skille mellom at en person får bedre forutsetninger for å delta, og at dette faktisk fører til en målbar samfunnsøkonomisk gevinst. Bedre arbeidsevne fører for eksempel ikke automatisk til at en person kommer i arbeid. Personen kan fortsatt møte barrierer som mangel på egnede jobber, behov for omskolering eller manglende tilrettelegging på arbeidsplassen.

På samme måte kan redusert smerte og bedre bevegelighet ha stor verdi for personen, selv om det ikke fører til endringer i arbeid eller bruk av offentlige tjenester. Samfunnsøkonomiske analyser skal også ta hensyn til slike direkte helse- og livskvalitetsgevinster.

Et behandlingsforløp kan også gi gevinster gjennom flere kanaler samtidig. En person kan for eksempel få mindre smerte, bruke færre helsetjenester, være mer i arbeid og trenge mindre hjelp fra familien. Inndelingen er først og fremst et verktøy for analysen og forenkler beskrivelsen av mulige gevinster, hvem de tilfaller, og hvilke av dem som kan tallfestes. De seks verdikanalene omtales nærmere nedenfor.

3.4.1 Arbeidsmarkedsgevinster

Redusert sykefravær, raskere tilbakeføring, unngått eller utsatt uføretrygd, og opprettholdt eller økt stillingsprosent. Kanalen er sentral for pasienter i yrkesaktiv alder, særlig med muskel- og skjelettlidelser, og er den med klart størst attribusjonsproblem (se 3.5). Verdsettes som økt produksjon og reduserte utbetalinger fra folketrygden.

3.4.2 Redusert tjenestebruk

Færre fastlegekonsultasjoner, redusert bruk av spesialist og bildediagnostikk, færre operasjoner og redusert medikamentbruk. Kanalen er relevant både som substitusjon (fysioterapi i stedet for andre tjenester) og som forebygging (fysioterapi som reduserer behovet senere i forløpet). Verdsettes som sparte enhetskostnader i helsetjenesten.

3.4.3 Utsatt tjenestebruk

Utsatt institusjonsopphold, redusert omfang av hjemmetjeneste og økt andel som klarer seg i eget hjem. Kanalen er mest aktuell for eldre og pasienter med kroniske tilstander, og er trolig blant de største i absolutte kronebeløp per påvirket pasient. Verdsettes som spart kostnad per institusjons- og hjemmetjenestetime, eventuelt justert for kvalitet.

3.4.4 Helse- og livskvalitetsgevinster

Mindre smerte, bedre søvn, bedre psykisk velvære og bevart autonomi. Kanalen fanger gevinster som ikke nødvendigvis gir utslag i tjenestebruk eller arbeidsdeltakelse, men som har selvstendig verdi for den enkelte. Kan operasjonaliseres gjennom QALY der det finnes faglig dekkende estimater. I tråd med oppstartsnotatet utvikler vi ikke egne QALY-estimater, men bruker publiserte estimater der de er relevante.

3.4.5 Forebygging

Unngåtte fallskader hos eldre, unngått funksjonsfall etter slag, forebygget utvikling fra akutte til kroniske muskel- og skjelettlidelser. Kanalen krever særlig tydelig kontrafaktisk vurdering, fordi gevinsten i utgangspunktet er en hendelse som ikke skjer. Verdsettes som sparte kostnader til behandling og pleie ved hendelsen, samt eventuelle livskvalitetstap som unngås.

3.4.6 Eksternaliteter for pårørende og nærmiljø

Redusert omsorgsbyrde og økt yrkesdeltakelse blant pårørende, og bedre funksjonsutvikling hos barn som påvirker skolegang og senere yrkesliv. Kanalen er ofte vanskelig å verdsette, men hører med for at totalbildet skal bli dekkende. Uten denne kanalen underrapporterer analysen den reelle samfunnsverdien, særlig for barn under habilitering og pasienter med store funksjonsnedsettelse.

Innen helseøkonomi og i samfunnsøkonomiske analyser, er det særlig fire begreper som benyttes for verdsetting av helseeffekter: Verdien av et statistisk liv (VSL), Verdien av et statistisk leveår (VSLY), kvalitetsjusterte leveår (QALY) og Helsetapsjusterte leveår (DALY).

VSL er en anslått verdi for et statistisk liv, målt som enkeltindividers betalingsvillighet for en liten reduksjon i risikoen for å dø tidlig. Ifølge Finansdepartementets rundskriv R-109/2021 for samfunnsøkonomiske analyser skal den økonomiske verdien av et statistisk liv settes til 30 millioner 2012-kroner. Verdien skal realprisjusteres i takt med utviklingen i BNP per innbygger. Med utgangspunkt i denne verdien og utviklingen i BNP per innbygger beregner vi VSL til 49,58 millioner 2025-kroner. For analyser som er spesielt rettet mot barns sikkerhet, åpner rundskrivet for at det som en tilleggsanalyse kan benyttes en verdi som er dobbelt så høy som den ordinære VSL-verdien.

VSLY er en økonomisk verdi på ett statistisk leveår og kan avledes fra VSL. Helsedirektoratet beregner VSLY som et intervall basert på ulike forutsetninger om diskontering og inntektsutvikling (Helsedirektoratet, 2024). I våre beregninger legger vi til grunn en VSLY på 1,24 millioner kroner i det lave anslaget og 2,32 millioner kroner i det høye anslaget, beregnet med utgangspunkt i Helsedirektoratets metode og forutsetninger. VSLY og VSL inkluderer i utgangspunktet også produksjonsvirkninger. Helsedirektoratet har, som en pragmatisk dekomponering av VSLY, beregnet en verdi eksklusive produksjonsvirkninger ved å korrigere det høye VSLY-anslaget for BNP per innbygger (Helsedirektoratet, 2024). Ved å anvende samme metode finner vi en VSLY uten produksjonsvirkninger på 1,34 millioner 2025-kroner. Denne verdien kan benyttes når produksjonsvirkninger beregnes separat eller ikke er relevante for den aktuelle målgruppen.

QALY (quality-adjusted life year, kvalitetsjusterte leveår) og **DALY** (disability-adjusted life years, helsetapsjusterte leveår) er nært beslektede mål som begge kombinerer levetid og helserelatert livskvalitet. Forskjellen er i hovedsak at de måler helse fra hver sin side. QALY uttrykker mengden helse en person har eller vinner, der ett leveår i full helse tilsvarer 1 QALY og redusert helse gir en lavere verdi. En QALY-vekt på 0 tilsvarer død, mens negative verdier kan brukes dersom en helsetilstand vurderes som verre enn å være død, noe som gjerne gjelder svært alvorlige, men ofte kortvarige tilstander eller perioder med betydelig smerte og funksjonstap. DALY uttrykker på sin side mengden helse som går tapt som følge av sykdom, funksjonsnedsettelse eller tidlig død, der ett DALY tilsvarer ett tapt friskt leveår. QALY og DALY kan dermed i stor grad forstås som speilbilder av hverandre: QALY måler friske leveår som oppnås eller beholdes, mens DALY måler friske leveår som går tapt. Hvor tett de to målene samsvarer, avhenger blant annet av hvilke vekter som benyttes for ulike helsetilstander.

3.5 Attribusjonsbruddet

Et sentralt poeng i programlogikken er at bedre funksjon ikke automatisk fører til en samfunnsøkonomisk gevinst. Dette skillet er markert tydelig i figur 3.1.

Det er særlig viktig når vi vurderer virkninger på arbeidsdeltakelse, men gjelder også for de andre verdikanalene. Poenget kan illustreres med et eksempel: En kokk som i femtiårene blir ufør på grunn av ryggplager, får bedre funksjon etter et målrettet fysioterapiforløp og blir i stand til å utføre et mindre fysisk krevende arbeid. Det betyr likevel ikke at hun automatisk kommer tilbake i jobb. Flere forhold kan stå i veien:

- Kravene varierer mellom yrker. Selv om personen får bedre funksjon, er det ikke sikkert at hun igjen kan møte de fysiske kravene i sitt tidligere yrke. Overgang til et annet yrke kan kreve omskolering, opplæring eller tilrettelegging.
- Det kan være vanskelig å finne en passende jobb. Mulighetene avhenger av hvilke jobber som er tilgjengelige, hvilken kompetanse personen har, og arbeidsgivernes vilje til å ansette og tilrettelegge. Personer med langvarige helseproblemer og eldre arbeidstakere kan møte særlige utfordringer.
- Trygdeordningene og NAVs oppfølging har betydning. Veien tilbake til arbeid fra arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd avhenger ikke bare av helsen, men også av regelverk, oppfølging og hvilke arbeidsrettede tiltak som tilbys.
- Flere tiltak bidrar vanligvis til resultatet. Ved langvarig fravær fra arbeidslivet er fysioterapi ofte bare én del av et større forløp. Oppfølging fra NAV, arbeidsgiver, lege og andre faggrupper kan også være avgjørende. Det er derfor vanskelig å fastslå hvor stor del av resultatet som skyldes fysioterapien alene.

I analysen bør vi derfor skille mellom to nivåer. Det første er virkningene som oppstår hos eller rundt pasienten, som mindre smerte, bedre fysisk funksjon, tilpassede omgivelser og økt evne til å utføre aktiviteter og delta i hverdagen. Det andre er de samfunnsøkonomiske gevinstene som faktisk blir realisert, som økt arbeidsdeltakelse, redusert bruk av helse- og omsorgstjenester og bedre livskvalitet.

Hvor nær sammenhengen er mellom disse nivåene, varierer mellom verdikanalene. Bedre fysisk funksjon må ofte føre til endringer i aktivitet og deltakelse før det oppstår en samfunnsøkonomisk gevinst. Men heller ikke økt aktivitet og deltakelse fører automatisk til gevinster som mer arbeid eller redusert tjenestebruk. Forhold som arbeidsmarkedet, tjenestetilbudet, fysisk tilgjengelighet, støtte fra pårørende og offentlige ordninger kan påvirke om gevinstene faktisk oppstår.

Ved å synliggjøre dette skillet unngår vi å legge til grunn at alle forbedringer i funksjon automatisk gir tilsvarende samfunnsøkonomiske gevinster. Det bidrar til en mer nøktern og faglig troverdig vurdering av verdien av fysioterapi.

3.6 Kontekstuelle faktorer

Kontekstuelle faktorer påvirker hele programlogikken. De har betydning for hvilke behov pasienten har, hvilke tiltak som er relevante, hvilken virkning fysioterapien kan gi, og om en eventuell funksjonsforbedring faktisk omsettes i samfunnsøkonomiske gevinster. Det kan være spesielt nyttig å skille mellom to typer: personlige faktorer og miljøfaktorer.

Personlige faktorer omfatter blant annet alder, kjønn, andre sykdommer og helseproblemer, yrke, utdanning, motivasjon, helsekompetanse og privatøkonomi. Slike forhold påvirker både pasientens utgangspunkt og muligheten til å ha nytte av fysioterapien.

En eldre person med flere samtidige helseproblemer kan for eksempel ha et annet forventet forløp enn en yngre person med en avgrenset skade. Yrke og privatøkonomi kan også påvirke hvilke gevinster som er mulige å oppnå. Det kan blant annet ha betydning for muligheten til å vende tilbake til arbeid, betale for behandling eller trening og gjennomføre nødvendige tilpasninger i hjemmet.

Miljøfaktorer omfatter blant annet arbeidsmarkedet, boforhold, fysisk tilgjengelighet, pårørende og sosialt nettverk, kommunalt tjenestetilbud og nærmiljø. Disse faktorene har særlig betydning for om bedre funksjon fører til økt aktivitet, deltakelse og samfunnsøkonomiske gevinster.

En person kan for eksempel få bedre gangfunksjon gjennom fysioterapi, men fortsatt ha begrensede muligheter til å delta sosialt dersom boligen er lite tilgjengelig, kollektivtilbudet er dårlig eller personen mangler nødvendig støtte fra pårørende og offentlige tjenester. På samme måte kan bedre arbeidsevne ha liten betydning for den faktiske arbeidsdeltakelsen dersom det ikke finnes passende jobber, eller dersom arbeidsgiveren ikke tilrettelegger arbeidet.

Kontekstfaktorene kan dermed forklare hvorfor personer med samme diagnose får ulike behandlingsforløp og resultater. De kan påvirke hvor omfattende oppfølging pasienten mottar, hvilke kliniske virkninger som oppnås, om det er behov for hjelpemidler eller andre tilpasninger, og om bedre funksjon fører til økt aktivitet og deltakelse.

To personer kan derfor ha samme diagnose og oppnå omtrent den samme funksjonsforbedringen, men likevel bidra til ulik grad av samfunnsøkonomiske gevinster. Forskjeller i arbeidssituasjon, bolig, tjenestetilbud og sosial støtte kan være avgjørende for om funksjonsforbedringen fører til mer arbeid, redusert behov for tjenester eller større deltakelse i hverdagen.

Denne avhengigheten av kontekst har betydning for hvordan virkningene av fysioterapi kan verdsettes. Det samme tiltaket kan gi ulike samfunnsøkonomiske resultater for personer med samme diagnose, avhengig av blant annet alder, øvrige helseproblemer, tilknytning til arbeidslivet, boforhold, støtte fra pårørende og tilgang til relevante tjenester.

I den samfunnsøkonomiske analysen håndterer vi denne variasjonen ved å analysere et begrenset antall caser. For hvert case beskriver vi tydelig hvilke forutsetninger vi legger til grunn om pasienten, behandlingsforløpet og omgivelsene.

4 Tre case viser verdien av fysioterapi

Dette kapitlet konkretiserer verdien av fysioterapi gjennom tre case. Casene viser hvordan fysioterapeutisk behandling kan påvirke helse, funksjon og deltakelse, og hvilke konsekvenser dette kan få for blant annet arbeidsdeltakelse, pårørende og bruk av offentlige tjenester. For hvert case gjennomfører vi en forenklet samfunnsøkonomisk analyse av tiltakets kostnader og nyttevirkninger sammenlignet med nullalternativet. Vi vurderer også sentrale forutsetninger, usikkerheter og virkninger som ikke kan prissettes.

De tre casene bygger i hovedsak på fysioterapeutiske tiltak som supplerer et ordinært behandlings- og oppfølgingsforløp. Dette følger av hvordan kunnskapsgrunnlaget på området er utformet. Effektanslagene er hentet fra forskningslitteratur om fysioterapeutiske tiltak, eller om tverrfaglige tiltak der fysioterapi utgjør en vesentlig del av oppfølgingen.

Fysioterapi er allerede en etablert del av behandlingen og oppfølgingen på en rekke områder, blant annet ved muskel- og skjelettlidelser, i forebyggende arbeid rettet mot eldre, innen nevrologisk habilitering og rehabilitering, i psykisk helsearbeid og ved hjerte- og lungesykdom. Den ordinære fysioterapeutiske behandlingen bidrar i seg selv til å utvikle og vedlikeholde funksjon, forebygge helseproblemer og støtte aktivitet og deltakelse. Denne verdien er til stede i både nullalternativet og tiltaksalternativet når begge gruppene mottar ordinær fysioterapi. Den tilgjengelige forskningen undersøker derfor i liten grad hva som skjer dersom eksisterende tilgang til fysioterapi fjernes, blant annet ettersom et slikt studiedesign ville kunnet reise forskningsetiske problemstillinger.

Forskningslitteraturen undersøker i stedet typisk effekten av å tilby ytterligere eller periodevis mer intensiv fysioterapeutisk behandling og oppfølging i tillegg til den behandlingen pasientene ellers ville mottatt. Effektanslagene som benyttes i de tre casene må derfor forstås som tilleggsvirkningen av å supplere den ordinære fysioterapeutiske oppfølgingen med en større, mer konsentrert eller særskilt innrettet behandling. Dette innebærer ikke at den ordinære fysioterapien antas å være uten virkning. Anslagene fanger heller ikke opp den samlede verdien av fysioterapien som allerede inngår i det ordinære forløpet.

For tolkningen av resultatene har dette to implikasjoner. For det første er anslagene konservative. De fanger bare verdien av tillegget til den ordinære oppfølgingen, mens virkningene av fysioterapien som pasientene allerede mottar, holdes utenfor beregningen. For det andre varierer casene i hvor langt nullalternativet ligger fra tiltaket. I case 1 mottar Silje ordinær oppfølging, herunder ordinær fysioterapi, og tiltaket er en strukturert, arbeidsrettet tilleggsoppfølging. I case 2 innebærer nullalternativet at Kari ikke fanges opp av noen forebyggende behandling. I case 3 videreføres Noahs ordinære kommunale fysioterapi i begge alternativer, mens tiltaket tilfører perioder med en vesentlig høyere og mer konsentrert treningsdose. Case 2 illustrerer verdien av at tjenesten finnes og fanger opp dem som trenger den, mens case 1 og case 3 illustrerer tilleggsverdien av å øke eller konsentrere behandlingen innenfor et allerede etablert fysioterapitilbud. Samlet belyser casene begge sider av verdibegrepet.

Vi har ikke et tilstrekkelig grunnlag for å anslå de samlede kostnadene og nyttevirkningene av å fjerne den ordinære fysioterapeutiske oppfølgingen. Dette betyr ikke at den ordinære oppfølgingen er uten verdi, men at verdien ikke kan tallfestes gjennom de effektanslagene som er tilgjengelige. Analysen konsentreres derfor om forskjellen mellom nullalternativet og tiltaket som kommer i tillegg til den ordinære oppfølgingen. En slik tilnærming reduserer også betydningen av usikkerhet knyttet til nivået på enkelte størrelser. For eksempel kan det være betydelig usikkerhet om den absolutte risikoen for hoftebrudd i målgruppen, mens forskningslitteraturen gir et sikrere grunnlag for å anslå den relative forskjellen i risiko mellom personer som mottar tiltaket og personer som ikke gjør det.

4.1 Case 1: Muskel- og skjelettlidelser blant voksne i arbeidsfør alder

Dette caset er særlig relevant for å belyse koblingen mellom kliniske virkninger, aktivitet og deltakelse, og arbeidsmarkedsgevinster. Fysioterapi kan bidra til redusert smerte, økt bevegelighet, bedre funksjon og økt mestring. I programlogikken kan dette videre påvirke arbeidsevne, sykefravær, behov for helsetjenester og risiko for at plagene blir kroniske. Caset passer godt fordi pasienter med muskel- og skjelettlidelser er en stor og relaterbar pasientgruppe, samtidig som flere av virkningene er relativt godt egnet for kvantifisering, for eksempel behandlingskostnader, sykefravær, helsetjenestebruk og arbeidsdeltakelse. Caset belyser særlig hvilken merverdi det kan gi å øke omfanget og kontinuiteten i den fysioterapeutiske oppfølgingen.

4.1.1 Beskrivelse av caset

Caset beskriver en fiktiv person, Silje, som er en 45 år gammel helsefagarbeider med langvarige og gjentakende nakke- og ryggplager. Ved starten av tiltaket er hun 50 prosent sykmeldt og har vært det i minst sju sammenhengende uker. Hun har nylig opplevd bedring i plagene og ønsker å komme tilbake i full stilling. Samtidig er hun redd for at en tilbakevending til arbeid skal forverre plagene. Hun antas å ha 20 år igjen i arbeidslivet frem til avgang med pensjon ved 65 år. Dette benyttes som analysehorisont i den samfunnsøkonomiske analysen.

Siljes arbeid er fysisk krevende, og plagene har vedvart over flere år. Hun antas derfor å ha forhøyet risiko for langvarig og tilbakevendende sykefravær sammenlignet med den øvrige yrkesaktive befolkningen.

I nullalternativet legger vi til grunn at Silje mottar ordinær og behovsstyrt fysioterapeutisk behandling og vanlig oppfølging fra arbeidsgiver, lege og NAV. Den ordinære fysioterapien kan omfatte blant annet undersøkelse, behandling, veiledning, fysisk aktivitet og støtte til å håndtere plagene og komme tilbake i arbeid.

I tiltaksalternativet mottar Silje mer omfattende fysioterapeutisk oppfølging gjennom flere konsultasjoner og tettere oppfølging over tid. Den utvidede behandlingen bygger videre på den ordinære behandlingen og gir fysioterapeuten større mulighet til å følge utviklingen, tilpasse behandlingen og støtte Silje i tilbakeføringen til arbeid. Målet er å redusere plager og funksjonsbegrensninger som påvirker arbeidsevnen, bidra til tilbakevending til arbeid etter sykefravær og forebygge nye perioder med sykefravær og forverring.

Fysioterapeutisk behandling og måten den organiseres på har utviklet seg over tid. Faglige anbefalinger legger i dag stor vekt på aktive og pasientsentrerte tilnærminger, herunder fysisk aktivitet og trening, informasjon og støtte til egenmestring. Dette er sentrale elementer i dagens fysioterapeutiske praksis og ligger også til grunn for den utvidede oppfølgingen i caset. Fysioterapeutens rolle kan omfatte både direkte behandling, kartlegging, veiledning og tilrettelegging for aktivitet som pasienten gjennomfører mellom konsultasjonene.

Utviklingen i behandlingspraksis innebærer at enkelte eldre studier kan være mindre representative for innholdet i og ressursbruken ved dagens fysioterapeutiske praksis. Studienes relevans kan imidlertid ikke vurderes ut fra publiseringsår alene, men må vurderes konkret ut fra blant annet tiltakets innhold, pasientgruppe, sammenligningsgrunnlag, utfall og behandlingskontekst. Eldre studier kan derfor fortsatt være relevante dersom tiltakene og praksisen de undersøker, i vesentlig grad er sammenlignbare med dagens praksis. Ved utformingen av analysen og valg av effektestimater er det benyttet både eldre og nyere litteratur, men nyere studier er tillagt større vekt fordi de i større grad reflekterer dagens behandlingsinnhold, organisering og ressursbruk.

4.1.2 Beregninger og forutsetninger

Fysioterapeutisk oppfølging

I tiltaksalternativet legger vi til grunn at Silje får en mer omfattende fysioterapeutisk oppfølging, med flere konsultasjoner og tettere oppfølging av arbeidssituasjonen. Den utvidede oppfølgingen kan blant annet omfatte

- kartlegging av forhold som hindrer eller forsinker retur til arbeid,
- råd om håndtering av muskel- og skjelettplager i arbeidshverdagen,
- støtte til å finne løsninger på påvirkbare hindringer i arbeidssituasjonen,
- fastsettelse av konkrete mål for gradvis retur til arbeid,
- utarbeidelse og oppfølging av en plan for retur til arbeid og
- kommunikasjon og koordinering med relevante aktører ved behov.

Dette er elementer som også kan inngå i ordinær fysioterapeutisk behandling. Forskjellen i tiltaksalternativet er at fysioterapeuten får større rom til å følge opp utviklingen, justere behandlingen og støtte Silje over tid.

Den utvidede oppfølgingen skal både bidra til å redusere og håndtere muskel- og skjelettplagene og styrke Siljes evne til å stå i arbeid over tid. Behandlingen tilpasses Siljes funksjon, arbeidssituasjon og konkrete utfordringer i arbeidshverdagen.

Det første året legger vi til grunn at Silje mottar utvidet fysioterapeutisk oppfølging basert på sentrale elementer fra intervensjonene i Pocovi mfl. (2024) og Øiestad mfl. (2025). Oppfølgingen kombinerer fysioterapeutisk behandling og arbeidsrettet veiledning med individuelt tilpasset fysisk aktivitet. Tiltaket er tilpasset Siljes funksjon, arbeidssituasjon og konkrete utfordringer med å komme tilbake til og bli værende i arbeid.

For å anslå merkostnaden ved den utvidede oppfølgingen har vi oversatt innholdet i studiene til relevante fysioterapitakster for 2025. Vi legger på denne bakgrunn til grunn at den utvidede oppfølgingen det første året omfatter én undersøkelseskonsultasjon og ni oppfølgingskonsultasjoner fysisk eller via video/telefon. I tillegg antas Silje å gjennomføre egentrening hjemme eller på treningssenter i tråd med en individuelt tilpasset treningsplan utarbeidet sammen med fysioterapeuten.

Etter det første året baserer vi omfanget av den utvidede oppfølgingen på risikoen for at Siljes smerter kommer tilbake i en slik grad at hun får behov for en ny periode med tettere fysioterapeutisk oppfølging. I Pocovi mfl. (2024) er dette estimert ved hjelp av Kaplan–Meier-metode for tid til første tilbakefall, og resultatene rapporteres som kumulativ sannsynlighet for tilbakefall som har ført til at pasienten oppsøker helsehjelp. Denne var om lag 30 prosent etter ett år, 44 prosent etter to år og om lag 50 prosent etter tre år i intervensjonsgruppen. Studien analyserer imidlertid kun tid til første tilbakefall. Den viser derfor ikke hvor ofte personer som allerede har hatt ett tilbakefall, får nye tilbakefall i senere år.

Basert på Pocovi mfl. (2024) legger vi til grunn at 30 prosent har behov for en ny periode med utvidet fysioterapeutisk oppfølging som følge av tilbakefall det første året. Fra og med det andre året etter behandling legger vi som en forenklet analyseforutsetning til grunn en årlig risiko på 20 prosent. Denne risikoen gjelder hele pasientgruppen, både personer som tidligere har hatt et tilbakefall og personer som ennå ikke har hatt det.

Ved tilbakefall antar vi at den utvidede oppfølgingen omfatter én undersøkelseskonsultasjon etterfulgt av fem oppfølgingskonsultasjoner.

I analysen legger vi til grunn at den utvidede behandlingsaktiviteten krever en tilsvarende utvidelse av kapasiteten hos avtalefysioterapeutene. Vi inkluderer derfor både kommunalt driftstilskudd og aktivitetsbasert finansiering gjennom refusjoner fra Helfo og egenbetaling fra pasientene. Med en normert finansieringsfordeling på 40 prosent kommunalt driftstilskudd og 60 prosent aktivitetsbasert finansiering, tilsvarer driftstilskuddet 2/3 av honorartaksten (Tønsberg kommune, 2025).

De offentlig finansierte delene av behandlingskostnaden, det vil si driftstilskuddet og refusjonen fra Helfo, tillegges en skattefinansieringskostnad på 20 prosent. Egenbetalingen medfører ikke en slik kostnad.

Forutsetninger om hjelpemidler og treningsutstyr

Fysioterapeutene vi har vært i dialog med, vurderer at en pasient med denne typen plager kan ha behov for treningstøy, joggesko og treningsutstyr til hjemmeøvelser.

Kostnader til medlemskap på treningssenter inngår ikke i beregningen. Det legges til grunn at Silje enten allerede har et slikt medlemskap, eller gjennomfører treningen hjemme.

Effekt på sykefravær:

Flere studier indikerer at utvidet fysioterapeutisk oppfølging, med arbeidsrettede og aktivitetsorienterte elementer, kan redusere sykefraværet blant personer som har et betydelig sykefravær på grunn av muskel- og skjelettlidelser (Lindström, et al., 1992; Loisel, et al., 1997; Hagen, Grasdahl, & Eriksen., 2003; Staal, et al., 2004; Lambeek, Mechelen, Knol, Loisel, & Anema, 2010; Øiestad, et al., 2025).

Vi har modellert virkningen av den utvidede fysioterapeutiske oppfølgingen med utgangspunkt i intervensjonen som er beskrevet i Øiestad mfl. (2025). Studien omfattet personer som var sykmeldt minst 50 prosent av sin avtalte arbeidstid i minst syv sammenhengende uker på grunn av muskel- og skjelettlidelser. Fysioterapeutisk arbeidsrettet oppfølging reduserte sykefraværet, justert for stillingsandel, med 17,6 dager over tolv måneder sammenlignet med vanlig oppfølging gjennom NAV. Effekten ser primært ut til å komme gjennom å identifisere og håndtere barrierer for retur til arbeid, styrke motivasjon og mestring, og etablere konkrete mål og handlingsplaner for tilbakeføring til arbeid.

Den forutsatte virkningen av den utvidede fysioterapeutiske oppfølgingen er en reduksjon i sykefraværsandelen på om lag 7 prosentpoeng. I hovedscenarioet antas effekten å vedvare i hele analyseperioden:

$$\frac{17,6}{252,8} = 7 \text{ prosent sykefravær}$$

For kvinner med sykefravær som følge av nakke- og skulderlidelser tilsvarer den gjennomsnittlige varigheten på om lag 62 kalenderdager i første kvartal 2026 et årlig sykefravær på om lag 14 prosent, når det justeres for en gjennomsnittlig sykmeldingsgrad på 84 prosent (NAV, 2022; NAV, 2026). Dette er den forventede sykefraværsandelen gjennom et helt år i nullalternativet og må ikke forveksles med Siljes sykmeldingsgrad ved oppstart. Til sammenligning har kvinner i helse- og sosialtjenestene hatt et gjennomsnittlig sesongjustert sykefravær på om lag 10,4 prosent siden slutten av pandemien (SSB, tabell 13935).

Den arbeidsrettede fysioterapeutiske oppfølgingen reduserte sykefraværet med 17,6 heltidsjusterte arbeidsdager over tolv måneder (Øiestad, et al., 2025). Med 252,8 arbeidsdager per år tilsvarer dette en reduksjon på om lag 7 prosentpoeng. Den utvidede fysioterapeutiske oppfølgingen reduserer dermed Siljes modellerte sykefravær fra 14,3 prosent i nullalternativet til 7,3 prosent i tiltaksalternativet.

Effekt på risiko for uførhet

Beregningene i denne analysen baseres på funnene til Evensen mfl. (2024) som dokumenterer en sammenheng mellom yrkenes sykefraværssnivå og senere mottak av uføretrygd. I den nyeste analyseperioden finner de at ett

prosentpoeng høyere sykefravær på yrkesnivå er forbundet med om lag 0,18 prosentpoeng høyere sannsynlighet for mottak av uføretrygd i løpet av den femårige oppfølgingsperioden. Uføretrygd er en offentlig finansiert ytelse, og endringer i risikoen for uførhet påvirker dermed også offentlige utgifter.

Den utvidede fysioterapeutiske oppfølgingen antas å redusere Siljes sykefravær med 7 prosentpoeng. Dersom vi legger sammenhengene til Evensen mfl. (2024) til grunn tilsvarer dette en reduksjon i den femårige sannsynligheten for mottak av uføretrygd på om lag 1,25 prosentpoeng:

$$7 \times 0,1797 = 1,25 \text{ prosentpoeng}$$

Under forutsetning om en konstant årlig sannsynlighet tilsvarer en reduksjon i femårsrisikoen på 1,25 prosentpoeng en reduksjon i den årlige sannsynligheten for overgang til uføretrygd på om lag 0,26 prosentpoeng. Denne forskjellen anvendes i hvert år av analyseperioden.

Effekt på helserelatert livskvalitet

Flere av helsevirkningene kan fanges opp gjennom QALY. Pocovi mfl. (2024) finner at et individuelt tilpasset opplegg ga en gevinst på 0,023 QALY sammenlignet med nullalternativet.

I tiltaksalternativet legger vi til grunn at Silje fortsetter å være fysisk aktiv i tråd med rådene og strategiene hun har fått gjennom den fysioterapeutiske oppfølgingen. Hovedberegningen bygger derfor på en forutsetning om at den oppnådde forbedringen i helserelatert livskvalitet opprettholdes gjennom analyseperioden. Dette er en forenklet modellforutsetning. Det er den vedvarende fysiske aktiviteten og mestringen etter avsluttet oppfølging som antas å bidra til å opprettholde helsegevinsten.

4.1.3 Prissatte virkninger

Kostnader ved den utvidede fysioterapeutiske oppfølgingen

Basert på fysioterapitakstene for 2025 for avtalefysioterapeuter blir kostnadene ved den utvidede oppfølgingen som vist i tabellen under. Kostnadene i årene etter den første oppfølgingen er justert for den forutsatte sannsynligheten for at Silje får behov for en ny periode med utvidet fysioterapeutisk oppfølging.

Tabell 4.1 Kostnader ved utvidet arbeidsrettet oppfølging

År	Pasientens egenandel	Refusjonstakst	Honorartakst	Kommunalt driftstilskudd
0	1515 kr	1731 kr	3246 kr	2 164 kroner
1	1111 kr × 30 prosent	1119 kr × 30 prosent	2230 kr × 30 prosent	1490 kr × 30 prosent
2-19	1111 kr × 20 prosent	1119 kr × 20 prosent	2230 kr × 20 prosent	1490 kr × 20 prosent

Egenandelen og refusjonen fra Helfo utgjør til sammen honorartaksten. I tillegg inngår det kommunale driftstilskuddet i den beregnede kostnaden ved kapasitetsutvidelsen. Egenandelen dekkes av Silje, mens refusjonen og driftstilskuddet finansieres av det offentlige.

Kostnader til treningsutstyr

Vi anslår en samlet innkjøpskostnad på 5 000 kroner det første året. Deretter legger vi til grunn en årlig kostnad på 2 000 kroner for å erstatte utslitt utstyr. Dette gjelder særlig joggesko og treningsstrikk, som har relativt kort levetid ved regelmessig bruk. Vi legger til grunn at disse kostnadene dekkes av pasienten selv.

Økt arbeidsproduksjon

For å anslå verdien av den økte arbeidsproduksjonen legger vi til grunn at verdien av Siljes arbeid tilsvarer arbeidsgiverens samlede arbeidskraftkostnad. I et velfungerende arbeidsmarked vil arbeidsgiverens betalingsvillighet for arbeidskraft gjenspeile verdien av den produksjonen arbeidstakeren bidrar med. Den samlede arbeidskraftkostnaden brukes derfor som et anslag på verdien av Siljes økte arbeidstid. Arbeidskraftkostnaden består av bruttolønn, arbeidsgiveravgift og pensjonskostnader mv.

Siljes årslønn er satt til 606 960 kroner basert på gjennomsnittlig månedslønn for helsefagarbeidere. Arbeidsgiveravgiften i sone I utgjør 14,1 prosent av lønnen (Skatteetaten, 2026), mens pensjonskostnader mv. er satt til 18 prosent (NOU 2026:5). Samlet tilsvarer dette en årlig arbeidskraftkostnad, og dermed en anslått årlig produksjonsverdi, på om lag 802 000 kroner.

Tabell 4.2 Beregning av Siljes produksjonsverdi

	Prosentpåslag	Sum
Årslønn for helsefagarbeider i kommunal sektor (2025)		606 960 kr.
Arbeidsgiveravgift i sone I	14,1 prosent	85 580 kr.
Pensjon, forsikringer og andre sosiale kostnader	18 prosent	109 250 kr.
Total årlig arbeidsproduksjon		801 790 kr.
Kostnader for 7 prosent sykefravær		55 820 kr.

Kilde: SSB tabell 11418, Skatteetaten (2026), og NOU 2026:5 kap. 6

Den årlige samfunnsøkonomiske gevinsten i form av økt arbeidsproduksjon med 7 prosent anslås dermed til om lag 56 000 kroner per år.

Reduserte sykepengeutbetalinger

Ved sykefravær mottar Silje sykepenger tilsvarende 100 prosent av sykepengegrunnlaget, begrenset oppad til seks ganger folketrygdens grunnbeløp (6 G)⁵. Siljes årslønn på 607 000 kroner er lavere enn dette, og sykepengene beregnes derfor med utgangspunkt i hele årslønnen.

Arbeidsgiveren dekker som hovedregel sykepengene i de første 16 kalenderdagene av et sykefravær. Deretter dekkes sykepengene av NAV, enten gjennom direkte utbetaling til Silje eller som refusjon til arbeidsgiveren dersom arbeidsgiveren forskutterer lønnen.

Vi legger til grunn at den utvidede fysioterapeutiske oppfølgingen særlig reduserer langvarig sykefravær, og at de 17,6 reduserte heltidsjusterte

⁵ Fra 1. mai 2025 utgjorde 6 G 780 960 kroner.

fraværsdagene derfor ligger etter arbeidsgiverperioden. Hele reduksjonen i sykepengeutbetalingene tilfaller dermed NAV.

Ved beregning av sykepenger omregnes årsinntekten til en dagsats basert på 260 dager (5 arbeidsdager per uke × 52 uker, en standard forutsetning i beregninger) (NAV, 2026). Den årlige reduksjonen i sykepengeutbetalingene beregnes til:

$$\frac{607\,000}{260} \times 17,6 \approx 41\,090 \text{ kroner}$$

Fysioterapeutisk behandling anslås dermed å redusere NAVs sykepengeutbetalinger med om lag 41 090 kroner per år. Sykepenger er i hovedsak en overføring fra det offentlige til Silje og representerer derfor ikke i seg selv en samfunnsøkonomisk gevinst tilsvarende hele reduksjonen i utbetalingene. Reduserte sykepengeutbetalinger innebærer imidlertid en besparelse for offentlige budsjetter. Ettersom offentlige utgifter finansieres gjennom skatter og avgifter som medfører samfunnsøkonomiske effektivitetstap, vil lavere utbetalinger også redusere skattefinansieringskostnaden.

Redusert risiko for uførhet

Langvarig og gjentakende sykefravær er forbundet med økt risiko for senere overgang til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Muskel- og skjelettlidelser er samtidig en viktig årsak til uføretrygd blant personer som blir uføre i voksen alder. Dersom fysioterapeutisk behandling reduserer Siljes langvarige sykefravær og bidrar til at hun opprettholder arbeidsevnen, kan behandlingen derfor også redusere risikoen for at hun senere blir ufør.

Uføretrygden utgjør som hovedregel 66 prosent av tidligere inntekt opp til 6 G. For Silje vil full uføretrygd, forenklet beregnet som 66 prosent av en årslønn på 607 000 kroner, utgjøre om lag 401 000 kroner per år.

Uføretrygd er i hovedsak en overføring fra det offentlige til mottakeren og representerer derfor ikke i seg selv en samfunnsøkonomisk kostnad tilsvarende hele utbetalingen. En redusert overgang til uføretrygd vil imidlertid bedre offentlige budsjetter, ettersom reduserte trygdeutbetalinger gi en samfunnsøkonomisk gevinst i form av reduserte skattefinansieringskostnader. Selve produksjonsgevinsten ved at Silje står lenger i arbeid beregnes separat, og trygdebesparelsen må derfor behandles slik at samme gevinst ikke telles flere ganger.

Prissetting av økt helserelatert livskvalitet

Reduserte nakke- og ryggsmarter, bedre bevegelighet, økt styrke og bedre kontroll over plagene kan gjøre Silje bedre i stand til å mestre fysisk belastning og opprettholde funksjonen i hverdagen. Dette kan igjen bidra til økt deltakelse i familie- og fritidsaktiviteter, større trygghet på egen arbeidsevne og redusert risiko for sosial marginalisering og langvarig utenforskap. Samlet kan virkningene gi bedre helserelatert livskvalitet.

Den årlige QALY-gevinsten som prissettes i hovedberegningen, er 0,023. Ved monetær verdsetting av QALY-gevinsten tar vi utgangspunkt i VSLY, der produksjonsvirkninger allerede er inkludert i den underliggende VSLY-verdien. For å unngå dobbelttelling av produksjonseffekter, som vi beregner separat i analysen, benytter vi derfor en justert VSLY eksklusive produksjonsvirkninger.

Dette gir en årlig verdi på $0,023 \times 1,34$ millioner kroner per QALY, som tilsvarer om lag 31 000 2025-kroner.

4.1.4 Samfunnsøkonomisk vurdering av caset

Analysen beregner merkostnadene og den utløste nytten av å gi Silje mer omfattende fysioterapeutisk oppfølging enn i nullalternativet. Virkningene av den ordinære fysioterapeutiske behandlingen inngår i begge alternativer og verdsettes derfor ikke separat. Beregningene gjør det mulig å vurdere om den utvidede behandlingsinnsatsen er samfunnsøkonomisk lønnsom sammenlignet med nullalternativet, men belyser ikke den samlede verdien av all fysioterapi Silje mottar. Vi konsentrerer oss om forskjellen mellom alternativene fordi det er større usikkerhet knyttet til nivået på blant annet sykefravær og risiko for uførhet enn til den beregnede forskjellen mellom alternativene.

Tabell 4.3 viser at den ekstra fysioterapeutiske oppfølgingen gir høy beregnet nettonytte sammenlignet med nullalternativet. Det er redusert sykefravær og økt livskvalitet som er de viktigste virkningene. Resultatene indikerer dermed at en relativt begrenset økning i den fysioterapeutiske oppfølgingen kan gi store virkninger for Silje, arbeidsplassen og samfunnet. Tiltaket vil også være lønnsomt i en situasjon hvor sykefraværet ikke reduseres, men fortsatt gir en økt livskvalitet, med forbehold om at livskvaliteten kan være knyttet til arbeidsevne og dermed ikke øke like mye som forutsatt hvis ikke arbeidsevnen også bedres.

Tabell 4.3 Merkostnader og utløst nytte ved utvidet fysioterapeutisk behandling i case 1 sammenlignet med nullalternativet. Kroner.

Effekt	Første år	Totalt for perioden
Behandlingskostnad	5 410	15 390
Behandling, skattekostnad	780	2 180
Treningsutstyr	5 000	30 900
Totalt økte kostnader	11 190	48 470
Redusert sykefravær (økt produktivitet)	56 130	783 000
Redusert risiko for uførhet (økt produktivitet)	2 000	29 000
Redusert skattekostnad	8 710	121 450
Økt livskvalitet	30 820	429 940
Totalt økt nytte	97 740	1 363 470
Netto nytte	86 550	1 315 000

4.1.5 Følsomhetsanalyser og usikkerhet

Hovedberegningen viser at den utvidede fysioterapeutiske oppfølgingen gir en netto nytte på om lag 1,32 millioner kroner. Dette bygger på at oppfølgingen hjelper Silje med å komme tilbake i arbeid, reduserer risikoen for at hun faller ut av arbeidslivet, og gir henne bedre helse og livskvalitet. Det er usikkert hvor store og langvarige disse virkningene blir. Vi undersøker derfor om tiltaket fortsatt er lønnsomt dersom Silje får mindre eller mer kortvarige gevinster enn lagt til grunn i hovedberegningen.

Omfanget av fysioterapeutisk oppfølging

Silje mottar én undersøkelseskonsultasjon og ni ekstra oppfølgingskonsultasjoner det første året. Ved tilbakefall kan hun få en ny periode med tettere oppfølging. Kostnaden ved disse konsultasjonene er liten sammenlignet med de beregnede gevinstene. Det som har størst betydning for resultatet, er derfor ikke det nøyaktige antallet konsultasjoner, men hvor mye oppfølgingen påvirker Siljes sykefravær, helse og mulighet til å bli værende i arbeid.

Effekt på sykefravær

Den viktigste gevinsten oppstår dersom den utvidede oppfølgingen gjør Silje bedre i stand til å komme tilbake i arbeid og forebygger nye perioder med sykefravær. I hovedberegningen reduseres sykefraværet med 17,6 heltidsjusterte dager per år, tilsvarende om lag 7 prosentpoeng. Anslaget er basert på Øiestad mfl. (2025).

Vi har lagt til grunn at de reduserte fraværsdagene ligger etter arbeidsgiverperioden, slik at besparelsen i sykepengeutbetalingene tilfaller NAV og ikke bedriftene. Dersom noen av dagene i stedet ligger innenfor arbeidsgiverperioden, vil produksjonsgevinsten være den samme, forutsatt at de 17,6 dagene uttrykker den samlede reduksjonen i sykefraværet. NAVs besparelse og de reduserte skattefinansieringskostnadene vil imidlertid være lavere.

Fra forskningen vi har vist til, vet vi ikke om oppfølgingen påvirker korte fravær som ikke inngår i effektanslaget. Færre slike fravær vil øke nytten gjennom økt produktivitet. Dersom reduksjonen i langvarig sykefravær helt eller delvis motsvares av flere korte fraværperioder, vil produksjonsgevinsten være lavere enn beregnet. Retningen på denne usikkerheten er derfor ikke entydig.

I følsomhetsanalysen holder vi fast ved forutsetningen om at de reduserte fraværsdagene ligger etter arbeidsgiverperioden, men varierer størrelsen på reduksjonen i sykefraværet. Selv om sykefraværet bare reduseres med 4 prosentpoeng, er netto nytte fortsatt om lag 930 000 kroner. Dersom oppfølgingen gir en større reduksjon på 10 prosentpoeng, øker netto nytte til om lag 1,70 millioner kroner.

Hvor lenge reduksjonen i sykefraværet varer, har også stor betydning. Dersom effekten halveres de neste to årene og faller bort fra og med år fire, reduseres netto nytte til om lag 630 000 kroner, 680 000 kroner lavere enn i hovedanalysen. Resultatet er fortsatt positivt, men viser at en stor del av den beregnede verdien av tiltaket avhenger av at Silje klarer å stå mer i arbeid over tid.

Reduksjonen i sykefraværet er den klart viktigste driveren bak resultatene. Selv en liten årlig økning i Siljes arbeidsdeltakelse får stor samlet verdi dersom virkningen varer over tid. For å undersøke hvor stor reduksjon i sykefraværet som er nødvendig for at tiltaket skal gå i balanse, ser vi derfor bort fra gevinstene i form av redusert risiko for uførhet og økt livskvalitet. Dersom sykefraværet reduseres med mindre enn ett prosentpoeng, tilsvarende to dager per år gjennom hele analyseperioden, vil nytten i form av økt produktivitet og reduserte skattefinansieringskostnader være tilnærmet lik merkostnaden ved behandlingen. Terskelberegningen viser at selv en begrenset reduksjon i sykefraværet kan forsvare kostnadene ved den utvidede oppfølgingen, forutsatt at virkningen opprettholdes over tid.

Overgang til uføretrygd

Når Silje får færre og kortere perioder med sykefravær, kan det også redusere risikoen for at hun faller varig ut av arbeidslivet. Sammenhengen mellom sykefravær og senere uføretrygd er basert på Evensen mfl. (2024) men er mer usikker for en enkelt arbeidstaker som Silje.

Analysen forenkler forløpet mellom sykefravær og uføretrygd ved at arbeidsavklaringspenger ikke er modellert. Mange med langvarige helseproblemer mottar arbeidsavklaringspenger før de eventuelt går tilbake til arbeid eller får uføretrygd. Dersom den utvidede fysioterapeutiske oppfølgingen reduserer sannsynligheten for å motta arbeidsavklaringspenger eller forkorter perioden med ytelsen, kan dette gi økt arbeidsproduksjon og reduserte skattefinansieringskostnader. Disse virkningene er ikke inkludert, noe som isolert sett trekker i retning av at nytten er undervurdert. Virkningen er samtidig vanskelig å skille fra de beregnede effektene på sykefravær og uførhet uten risiko for dobbelttelling.

Beregningen av virkningen på uføretrygd tar forenklet utgangspunkt i full uførhet. I praksis kan Silje bli delvis ufør og fortsette å arbeide i redusert stilling. Uføretrygden vil da være lavere enn ved full uførhet. Forutsetningen om full uførhet kan derfor innebære at reduksjonen i offentlige utbetalinger og de tilhørende reduserte skattefinansieringskostnadene er overvurdert. Det er ikke beregnet noe eget produksjonstap som følge av uførhet. Produksjonsvirkningen i analysen er bare beregnet med utgangspunkt i endringen i sykefraværet.

Disse usikkerhetene har likevel liten betydning for det samlede resultatet. Dersom den estimerte sammenhengen mellom sykefravær og uføretrygd halveres, blir netto nytte om lag 1,30 millioner kroner. Dersom oppfølgingen ikke reduserer risikoen for uførhet i det hele tatt, blir netto nytte om lag 1,28 millioner kroner. Dette er bare 32 000 kroner lavere enn i hovedscenarioet. Konklusjonen om at tiltaket er lønnsomt, avhenger derfor ikke av den beregnede virkningen på uføretrygd.

Økt helserelatert livskvalitet

Verdien av den utvidede oppfølgingen handler ikke bare om at Silje kan arbeide mer. Reduserte smerter, bedre funksjon og økt trygghet på egen mestring kan også gi henne bedre livskvalitet. I hovedberegningen er denne helsegevinsten anslått til 0,023 QALY per år, basert på Pocovi mfl. (2024).

Det er usikkert både hvor stor helsegevinsten blir, og hvor lenge den varer. Dersom gevinsten er i den lave enden av det studien finner, dvs. QALY lik 0,011, blir netto nytte om lag 1,09 millioner kroner. Med anslaget i den høye enden, 0,034 QALY, øker netto nytte til om lag 1,52 millioner kroner, om lag 206 000 kroner høyere enn i hovedberegningen. Tiltaket har derfor positiv netto nytte også dersom forbedringen i Siljes livskvalitet blir mindre enn lagt til grunn i hovedberegningen.

Varigheten på helsegevinsten har også betydning. Dersom forbedringen i livskvalitet gradvis avtar og er borte fra og med år fire, blir netto nytte om lag 939 000 kroner. Resultatet er fortsatt positivt, selv om Silje ikke opprettholder helsegevinsten gjennom hele den 20-årige analyseperioden.

Følsomhetsanalysene ovenfor undersøker i hovedsak én forutsetning om gangen. For å vurdere resultatet når flere av gevinstene blir mindre samtidig, undersøker vi også et samlet konservativt scenario. Her legger vi til grunn at

virkningene på sykefravær og livskvalitet gradvis reduseres, samtidig som oppfølgingen ikke reduserer risikoen for uførhet. Netto nytte blir da om lag 224 000 kroner. Selv når flere av de sentrale gevinstene reduseres eller utelates samtidig, er den beregnede nytten fortsatt større enn kostnadene.

Andre virkninger og avgrensninger

Analysen omfatter ikke alle virkningene den utvidede fysioterapeutiske oppfølgingen kan ha. Enkelte virkninger er utelatt fordi det ikke foreligger tilstrekkelig grunnlag for å tallfeste dem, mens andre er holdt utenfor for å unngå dobbelttelling.

Bedre helse og økt fysisk aktivitet kan redusere Siljes behov for andre helsetjenester. Dette kan omfatte færre konsultasjoner hos lege, fysioterapeut og andre behandlere, samt mindre bruk av legemidler, bildediagnostikk og spesialisthelsetjenester. Bedre helse er delvis fanget opp gjennom QALY-gevinsten, men eventuelle besparelser i helsetjenestene er ikke inkludert. Det samme gjelder eventuelle gevinster knyttet til redusert bruk eller varighet av arbeidsavklaringspenger. Disse virkningene trekker i retning av at nytten kan være undervurdert.

Lavere og mer forutsigbart sykefravær kan også redusere belastningen på Siljes kolleger og gi større kontinuitet for brukerne av helse- og omsorgstjenestene. Disse virkningene er ikke prissatt, men trekker i samme retning.

Den utvidede oppfølgingen har samtidig kostnader for Silje utover egenandelene og utstyret som inngår i beregningene. Konsultasjoner og egentrening bruker tid som ellers kunne vært brukt til arbeid eller fritid. Det kan også påløpe reiseutgifter og reisetid. Vi har lagt til grunn at behandlingen foregår relativt nær Siljes hjem eller arbeidssted, eller gjennomføres digitalt, og har ikke verdsatt hennes tidsbruk. Dette trekker i retning av at kostnadene kan være noe undervurdert.

Virkningene som ikke er inkludert, trekker samlet sett i både positiv og negativ retning. De identifiserte negative virkningene framstår likevel som relativt små, eller som lite sannsynlige å være store nok til å gjøre den samlede nytten lavere enn kostnadene. De utelatte virkningene skaper derfor først og fremst usikkerhet om størrelsen på nytten, og i mindre grad om hvorvidt tiltaket samlet sett er lønnsomt.

Tabellen under oppsummerer virkningene og modellavgrensningene som ikke er inkludert i hovedberegningen. Retningen angir hvordan de isolert sett forventes å påvirke den beregnede nytten.

Tabell 4.4 Virkninger som ikke er prissatt, og antatt retning på nettonytten

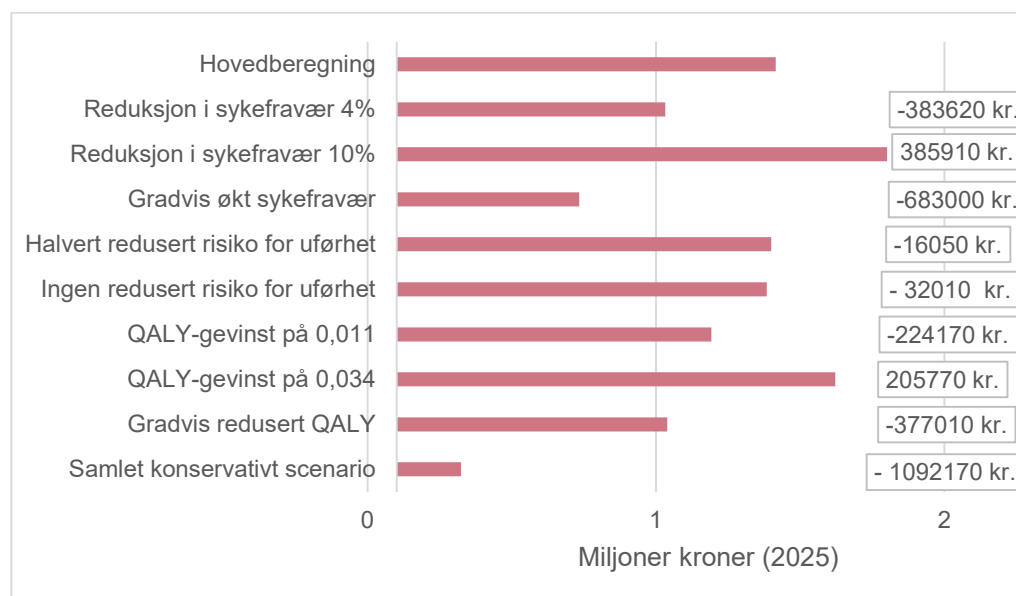
Virkning	Antatt retning på nettonytten
Redusert bruk av helsetjenester	Positiv
Redusert bruk eller varighet av arbeidsavklaringspenger	Positiv
Bedre kontinuitet og mindre belastning for kolleger og brukere	Positiv
Siljes tidsbruk på konsultasjoner og egentrening	Negativ
Reiseutgifter og reisetid	Negativ
Justering for gradert fremfor full uførhet	Negativ
Endringer i sykefraværperioder innenfor arbeidsgiverperioden	Usikker

Samlet vurdering av usikkerheten

Følsomhetsanalysene viser at den beregnede nytten er større enn kostnadene i alle scenarioene som er undersøkt. Resultatet er derfor ikke avhengig av at alle forutsetningene i hovedberegningen slår til fullt ut.

Analysen viser at reduksjonen i sykefraværet, og hvor lenge denne reduksjonen varer, har klart størst betydning for resultatet. Virkningen på livskvalitet bidrar også vesentlig, mens den beregnede reduksjonen i risikoen for uførhet har liten betydning. Terskelberegningen viser at en begrenset, men varig reduksjon i sykefraværet på mindre enn ett prosentpoeng kan være tilstrekkelig til å forsvare kostnadene ved den utvidede oppfølgingen, også når virkningene på livskvalitet og uførhet holdes utenfor.

Figur 4.1 Beregnet nettonytte i hovedberegningen og følsomhetsanalysene. Millioner 2025-kroner.



Note: Stolpene viser beregnet nettonytte i millioner 2025-kroner. Tallene i boksene viser endringen i nettonytte sammenlignet med hovedberegningen, målt i 2025-kroner. Negative tall innebærer lavere nettonytte, mens positive tall innebærer høyere nettonytte.

Analysen gir likevel ikke grunnlag for å betrakte hovedanslaget på 1,32 millioner kroner som et presist estimat. Som vist i er det flere virkninger som er utelatt av analysen grunnet manglende dokumentasjon. Disse virkningene kan ha påvirkning på størrelsen av netto nytten, blant annet påvirkning på bruk av andre helsetjenester og verdien av Siljes tidsbruk. Samlet vurderer vi likevel at de utelatte virkningene sannsynligvis trekker netto nytten opp.

4.2 Case 2: Fallforebygging blant hjemmeboende eldre

Dette caset er særlig relevant for å belyse sammenhengen mellom fysisk funksjon, aktivitet, trygghet og behovet for helse- og omsorgstjenester. Fallforebyggende fysioterapi kan bidra til bedre balanse, økt styrke, tryggere forflytting og mindre fallfrykt. Dette kan videre påvirke aktivitetsnivå, sosial deltakelse, muligheten til å bo hjemme og forventede kostnader ved fallskader. Caset illustrerer samtidig at virkningene oppstår gjennom et samspill mellom fysioterapi, ergoterapi, medisinsk oppfølging, hjelpemidler og Karis egen innsats.

4.2.1 Beskrivelse av caset

Caset beskriver en fiktiv person, Kari, som er 75 år og bor alene i en leilighet i tredje etasje uten heis. Hun er nylig blitt enke og har høyt blodtrykk, revmatisme og benskjørhet, bruker faste legemidler og har gradvis nedsatt hørsel. Kari har to voksne barn som bor tre til fire timer unna. Hun bor i en liten bykommune med begrenset offentlig transport, og nærbutikken ligger om lag 600 meter fra boligen. Å kunne mestre trappene, gå til butikken og komme seg ut av boligen er derfor viktig for hennes selvstendighet og sosiale deltakelse.

Kari falt på glatt is sist vinter, men ble ikke skadet. Hendelsen har likevel gjort henne mer engstelig for å falle. Hun går sjeldnere ut, handler sjeldnere, bruker lengre tid i trappene og planlegger hverdagen etter hvor mange ganger hun må gå ut og inn. Hun har ikke faste hjemmetjenester, men befinner seg i en sårbar overgangsfase der lavere aktivitetsnivå kan svekke styrke, balanse og utholdenhet ytterligere.

De samfunnsøkonomiske virkningene beregnes som forskjellen i Karis utvikling etter et fysioterapi-tiltak sammenlignet med det som ellers ville skjedd (nullalternativet).

Tiltaket vi ser på innebærer at Kari fanges opp av kommunens forebyggende helsetjeneste og mottar et avgrenset tverrfaglig og fysioterapeutisk forløp. Forløpet starter med hjemmebesøk og individuell oppfølging, fortsetter med gruppetrening hos avtalefysioterapeut og avsluttes med overgang til Sterk og stødig, et landsdekkende, fallforebyggende treningskonsept for eldre, hvor frivillige seniorinstruktører leder lokale treningsgrupper i kommunene.

I nullalternativet ville Kari ikke blitt fanget opp gjennom den forebyggende behandlingen. Hun kan bli vurdert av hjemmesykepleien, men fortsatt være for selvhjulpent til å få faste tjenester.

4.2.2 Beregninger og forutsetninger

Fysioterapeutisk og tverrfaglig oppfølging

Tiltaket består av at Kari det første året mottar ett hjemmebesøk og tre oppfølgingskonsultasjoner hos fysioterapeut. Oppfølgingen skal brukes til å instruere Kari i individuelt tilpassede treningsøvelser, følge opp progresjon og

motivasjon og forberede overgangen til mer selvstendig trening. Når Kari mestrer øvelsene, går hun over til et egnet gruppetilbud hos avtalefysioterapeut, med 12 gruppetreninger i løpet av det første året. Deretter fortsetter hun i programmet Sterk og stødig, som tilbys i flere norske kommuner.

Som en del av tiltaket gjennomføres det også et hjemmebesøk og en boligvurdering av ergoterapeut. Formålet er å identifisere behov for tilpasninger som kan gjøre boligen tryggere og bedre tilpasset Karis nåværende og fremtidige funksjonsnivå.

I de påfølgende årene består tiltaket i at Kari fortsetter med gruppetrening gjennom Sterk og stødig.

Hjelpemidler og miljøtiltak

I forbindelse med ergoterapeutens hjemmebesøk ble forhold i boligen som kunne påvirke Karis fallrisiko vurdert, blant annet belysning, løse tepper, bad, inngangsparti og trapper. På bakgrunn av vurderingen ble det identifisert behov for enkle miljøtiltak og hjelpemidler. Aktuelle tiltak var blant annet brodder, bedre tilpassede sko, støttehåndtak, dusjkrakk og trygghetsalarm.

Vi legger til grunn at Karis funksjonsvansker blir vurdert av NAV som varige grunnet hennes alder. Hun har derfor rett til hjelpemidler fra NAV dersom disse er nødvendige for å kompensere for funksjonstapet og gjøre henne mer selvstendig i dagliglivet. NAV dekker derimot normalt ikke produkter som er vanlige å anskaffe i ordinær handel. I analysen legger vi derfor til grunn at Kari selv dekker kostnader til blant annet nye sko og brodder.

Redusert risiko for hoftebrudd i null- og tiltaksalternativet

I nullalternativet legger vi til grunn at Karis funksjon og aktivitetsnivå utvikler seg uten målrettet fallforebyggende oppfølging. Vi antar at hun gradvis reduserer aktivitetsnivået, og at dette over tid svekker styrke, balanse og utholdenhet, øker fallfrykten og gjør trappene til en stadig større barriere. På denne bakgrunn legger vi til grunn at Kari har høyere forventet risiko for fall, fallskader og videre funksjonsfall i nullalternativet enn i tiltaksalternativet. Dette innebærer ikke at Kari med sikkerhet vil falle eller pådra seg et brudd.

Helsedirektoratet (2025) har estimert ettårlig sannsynlighet for fall-relatert hoftebrudd for kvinner i Norge. Vi bruker sannsynligheten for inaktive kvinner som utgangspunkt for Karis risiko for hoftebrudd i nullalternativet, jf. tabellen under.

I tiltaksalternativet legger vi til grunn at Kari blir fysisk aktiv, og bruker derfor sannsynligheten for fysisk aktive kvinner som hovedanslag. Som et lavt anslag på effekten av tiltaket legger vi til grunn at Kari blir delvis fysisk aktiv.

Tabell 4.5 Årlig sannsynlighet for fallrelatert hoftebrudd blant kvinner, etter alder og fysisk aktivitetsnivå

	Sannsynlighet per 10 000		
Alder	Fysisk inaktive	Delvis fysisk aktiv	Fysisk aktive
75-79 år	124	103	96
80-84 år	231	192	178
85-89 år	395	329	306

Kilde: Helsedirektoratet (2025), Vedlegg tabell v28a.

4.2.3 Prissatte virkninger

Kostnader til fysioterapeutisk og tverrfaglig oppfølging

I hovedberegningen anslår vi at den samlede kostnaden til fysioterapeutisk oppfølging, gruppetrening og ergoterapeutisk oppfølging det første året utgjør om lag 2 500 kroner for Kari og 5 000 kroner for det offentlige.

I de påfølgende årene anslår vi en årlig kostnad på om lag 200 kroner for Kari og 300 kroner for det offentlige. Sistnevnte omfatter blant annet kostnader knyttet til opplæring av frivillige instruktører og faglig oppfølging av gruppetreningen. Sistnevnte omfatter blant annet kostnader knyttet til opplæring av frivillige instruktører og faglig oppfølging av gruppetreningen.

Tabell 4.6 Anslåtte kostnader til oppstartsforløp og vedlikeholdstrening, etter betaler og beregningsalternativ

År	Kostnadspost	Hovedanslag	Lavt anslag	Høyt anslag
0	Fysioterapeutisk og tverrfaglig oppstartsforløp, offentlig	5 000	4 000	7 322
0	Oppstartsforløp, Karis egenandel	2 500	1 500	3 678
1 til 14	Vedlikeholdstrening / Sterk og stødig, offentlig	300	200	400
1 til 14	Vedlikeholdstrening / Sterk og stødig, Kari	200	0	400

* I det høye anslaget for år 0 legger vi til grunn at Kari vil oppnå frikortgrensen på 3278 kr og betaler 400 kr i tillegg for vedlikeholdstrening gjennom Sterk og stødig.

Kostnader til hjelpemidler og miljøtiltak

Med utgangspunkt i tiltakene og finansieringsforutsetningene beskrevet i kapittel 4.2.2 anslår vi den offentlige kostnaden til hjelpemidler og tilrettelegging i boligen til 7 500 kroner. Karis private kostnader til blant annet nye sko og brodder anslås til 2 000 kroner.

Kostnader til treningsutstyr

Vi anslår en samlet innkjøpskostnad på 2 000 kroner det første året. Deretter legger vi til grunn en årlig kostnad på 1 000 kroner for å erstatte utslitt utstyr. Dette gjelder særlig joggesko, som har relativt kort levetid ved regelmessig bruk. Vi legger til grunn at disse kostnadene dekkes av Kari selv.

Reduserte kostnader som følge av færre hoftebrudd

Med utgangspunkt i Hektoen (2014), oppdatert med nyere kostnadsdata, anslår vi kostnadene det første året etter et hoftebrudd i 2025-priser til i gjennomsnitt 443 043 kroner for pasienter som reiser direkte hjem etter sykehusoppholdet, 692 407 kroner for pasienter som mottar rehabilitering før de vender hjem, og 1 503 656 kroner for pasienter som får permanent sykehjemsplass. Ressursbruken og inndelingen i pasientforløp er holdt uendret fra Hektoen (2014).

Blant pasienter som reiser direkte hjem eller mottar rehabilitering før hjemkomst, består egenbetalingen av kommunale hjemmetjenester, som praktisk bistand, trygghetsalarm og middagsombringning, samt egenandeler for fastlege, fysioterapi og poliklinikk (med frikortbegrensning). I tillegg kommer betaling for korttids- og rehabiliteringsopphold for rehabiliteringsgruppen. Vi anslår egenbetaling til 7 700 kroner for de som reiser hjem direkte og 18 400 kroner for de som får rehabilitering.

For pasienter som får permanent sykehjemsplass, består egenbetalingen hovedsakelig av inntektsavhengig betaling for langtidsopphold, i tillegg til enkelte korttidsopphold og øvrige kommunale og helserelaterede tjenester. Samlet egenbetaling anslås til 107 600 kroner det første året.

Med samme fordeling mellom de tre pasientforløpene som i Hektoen (2014) tilsvarer dette en vektet gjennomsnittlig kostnad på om lag 848 452 kroner og en vektet gjennomsnittlig egenbetaling på 37 902 kroner per person med hoftebrudd det første året.

Tabell 4.7 Anslåtte kostnader det første året etter hoftebrudd, etter pasientforløp og finansieringskilde

Kostnadspost	Direkte hjem	Rehabilitering før hjemreise	Permanent sykehjem	Vektet gjennomsnitt
Egenbetaling	7 700	18 400	107 600	37 902
Offentlig finansiert	435 343	674 007	1 396 056	810 550
Totalkostnad	443 043	692 407	1 503 656	848 452

Kostnadsanslagene omfatter bare det første året etter hoftebruddet for alle de tre pasientforløpene. Personer som reiser direkte hjem, mottar rehabilitering før hjemreise eller får permanent sykehjemsplass, kan også i senere år forventes å ha høyere bruk av helse- og omsorgstjenester enn sammenlignbare personer uten hoftebrudd. Disse merkostnadene er ikke inkludert i analysen. Den beregnede reduksjonen i kostnader som følge av færre hoftebrudd er derfor trolig undervurdert..

Det ville imidlertid ikke vært metodisk riktig å videreføre kostnadene fra det første året uendret gjennom resten av analyseperioden. En slik beregning ville krevd årlige anslag på tjenestebruk og overlevelse for personer med og uten hoftebrudd, fordelt på de ulike pasientforløpene. Slike data har vi ikke tilgjengelig. Vi kan derfor ikke tallfeste hvor stor undervurderingen er.

Den prissatte kostnadsreduksjonen ved færre hoftebrudd er på denne bakgrunn avgrenset til kostnadene det første året. Dette trekker isolert sett i retning av at de forventede reduserte helse- og omsorgskostnadene er

undervurdert, men det er ikke grunnlag for å tallfeste hvor stor undervurderingen er.

Helserelatert økning i livskvalitet som følge av færre hoftebrudd

Bedre balanse, styrke, gangfunksjon og utholdenhet kan gjøre Kari tryggere ved forflytning, i trapper og på ujevnt underlag. Bedre fysisk funksjon og mindre fallfrykt kan gjøre det lettere å opprettholde fysisk aktivitet, gjennomføre daglige gjøremål og delta i aktiviteter utenfor hjemmet. Slike virkninger kan påvirke helserelatert livskvalitet, men er ikke tallfestet i beregningen nedenfor.

Et hoftebrudd er forbundet med et betydelig og langvarig tap av helserelatert livskvalitet. Basert på EQ-5D-data fra den internasjonale ICUROS-studien finner Svedbom mfl. (2018) en betydelig reduksjon i livskvalitet etter hoftebrudd. Davis mfl. (2020) viser at dette tilsvarer et QALY-tap på om lag 0,35 det første året og 0,11 per år i påfølgende år.

I den samfunnsøkonomiske analysen verdsettes dette QALY-tapet ved hjelp av VSLY. Med en VSLY uten produksjonsvirkninger på 1,34 millioner kroner tilsvarer QALY-tapet en verdi på om lag 464 000 kroner det første året og 144 000 kroner per påfølgende år.

Den forventede helsegevinsten beregnes med utgangspunkt i forskjellen i sannsynligheten for hoftebrudd mellom null- og tiltaksalternativet og QALY-tapet som unngås når et hoftebrudd forebygges.

Denne prissatte beregningen av helsegevinst er begrenset til redusert risiko for hoftebrudd som inngår. Andre mulige helse- og livskvalitetsgevinster av bedre fysisk funksjon og økt aktivitet er ikke inkludert i QALY-estimatet. Den beregnede helsegevinsten må derfor betraktes som et konservativt anslag på tiltakets samlede virkning på helse og livskvalitet.

4.2.4 Samfunnsøkonomisk vurdering av caset

Analysen beregner merkostnadene og den utløste nytten av at Kari fanges opp gjennom den forebyggende helsetjenesten og mottar et avgrenset fysioterapeutisk og tverrfaglig forløp, sammenlignet med nullalternativet der hun ikke mottar denne målrettede fallforebyggende oppfølgingen. Tiltaket omfatter fysioterapi, ergoterapeutisk oppfølging, hjelpemidler og miljøtiltak, etterfulgt av vedlikeholdstrening gjennom Sterk og stødig. Beregningene belyser derfor den samfunnsøkonomiske lønnsomheten av den samlede tiltakspakken, men gjør det ikke mulig å isolere bidraget fra fysioterapien

Tabell 4.2 viser at kostnadene ved tiltaket i hovedsak kommer tidlig, mens nytten bygges opp over tid. Det første året er de samlede kostnadene 21 500 kroner, mens den beregnede nytten er 6 630 kroner. Kostnadene overstiger derfor nytten med om lag 14 900 kroner dette året. Etter hvert som tiltaket reduserer risikoen for hoftebrudd også i de påfølgende årene, øker den forventede nytten. Etter fire år har den akkumulerte nytten blitt større enn de akkumulerte kostnadene.

Over hele analyseperioden utgjør de samlede kostnadene om lag 27 700 kroner, mens den beregnede nytten er om lag 147 400 kroner. Dette gir en beregnet netto nytte på om lag 119 800 kroner. Den største prissatte virkningen er verdien av unngått tap av livskvalitet, som utgjør om lag 84 400 kroner. I tillegg kommer om lag 52 900 kroner i reduserte helse- og

omsorgskostnader ved hoftebrudd og om lag 10 100 kroner i reduserte skattefinansieringskostnader.

Over analyseperioden reduseres den beregnede sannsynligheten for hoftebrudd med drøye 6 prosentpoeng. Det innebærer at dersom 100 personer som Kari gjennomfører tiltaket og går fra å være fysisk inaktive til fysisk aktive, kan det forventes at drøye seks hoftebrudd unngås. Omregnet tilsvarer dette at om lag 16 personer må gjennomføre tiltaket og bli fysisk aktive for at ett hoftebrudd skal unngås. Dette er et forventet gjennomsnitt, og innebærer ikke at nøyaktig ett hoftebrudd unngås for hver gruppe på 16 personer. Tiltaket for de om lag 16 personene som i gjennomsnitt må bli aktive for å unngå ett hoftebrudd, koster samlet om lag 443 000 kroner.

Til sammenligning er den gjennomsnittlige kostnaden det første året etter et hoftebrudd beregnet til om lag 848 500 kroner. Uttrykt på en annen måte tilsvarer kostnaden ved ett hoftebrudd kostnaden ved å gjennomføre tiltaket for om lag 31 personer. Verdien av det unngåtte tapet av livskvalitet kommer i tillegg.

Disse resultatet bygger på en forutsetning om at oppfølgingen gjør Kari fysisk aktiv, og at hun opprettholder aktiviteten gjennom Sterk og stødig. Det er usikkert hvor stor og varig denne virkningen vil være for den enkelte. Samtidig er den prissatte nytten avgrenset til redusert risiko for hoftebrudd. De reduserte helse- og omsorgskostnadene omfatter bare kostnader det første året etter et hoftebrudd. Mulige kostnader ved permanent sykehjemsopphold i senere år er ikke inkludert. Mulige gevinster i form av færre andre fallskader, bedre fysisk funksjon, mindre fallfrykt, økt selvstendighet og sosial deltakelse er ikke verdsatt. Isolert sett trekker dette i retning av at den samlede nytten kan være undervurdert.

Tabell 4.8 Merkostnader og utløst nytte ved behandling i case 2 sammenlignet med nullalternativet. Kroner.

Effekt	Første år	Totalt for perioden
Behandlingskostnad	7 500	12 720
Tilpasningskostnad	11 500	11 810
Økt skattekostnad	2 500	3 130
Totalt økte kostnader	21 500	27 660
Redusert kostnad ved hoftebrudd	2 380	52 900
Redusert skattekostnad	450	10 110
Unngått tap av livskvalitet	3 800	84 400
Totalt økt nytte	6 630	147 410
Netto nytte	-14 870	119 750

4.2.5 Følsomhetsanalyser og usikkerhet

Beregningene for Kari bygger på flere usikre forutsetninger. Det gjelder særlig hvor mye tiltaket reduserer risikoen for hoftebrudd, kostnaden ved tiltaket og kostnadene som følger av et hoftebrudd. Vi har gjennomført følsomhetsanalyser for å undersøke hvor stor betydning disse forutsetningene har for den beregnede nettonytten.

Redusert risiko for hoftebrudd

I hovedberegningen legger vi til grunn at Kari går fra å være fysisk inaktiv til fysisk aktiv. Basert på de aldersspesifikke sannsynlighetene som brukes i analysen, tilsvarer dette at den årlige risikoen for hoftebrudd reduseres med om lag 23 prosent.

Dersom Kari bare går fra å være fysisk inaktiv til delvis fysisk aktiv, reduseres risikoen for hoftebrudd fortsatt med om lag 17 prosent. Den beregnede nettoytten blir da om lag 39 300 kroner lavere enn i hovedberegningen, men er fortsatt positiv.

For å undersøke hvor stor risikoreduksjonen minst må være for at tiltaket fortsatt skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt, har vi beregnet et grenseestimat der risikoen for hoftebrudd reduseres med 5 prosent. Den beregnede nettoytten blir da 4 280 kroner. Med de øvrige forutsetningene uendret viser beregningen at en risikoreduksjon på minst om lag 5 prosent er tilstrekkelig til at tiltaket har positiv nettoytte.

Tiltakskostnad

I hovedberegningen er tiltakskostnaden det første året 7 500 kroner per deltaker. I følsomhetsanalysene bruker vi 5 000 kroner som et lavt anslag og 12 000 kroner som et høyt anslag. Kostnaden kan variere mellom kommuner som følge av blant annet gruppestørrelse, tilgang til avtalefysioterapeut, ergoterapeutisk kapasitet og om Sterk og stødig allerede finnes lokalt.

Med den lavere tiltakskostnaden øker den beregnede nettoytten til 122 770 kroner. Selv om tiltakskostnaden økes fra 5 000 til 12 000 kroner, er forskjellen i beregnet nettoytte mellom det lave og det høye anslaget bare 8 400 kroner. Den begrensede betydningen skyldes at tiltakskostnaden er liten sammenlignet med den potensielle nytten. Kostnadene ved den påfølgende treningen gjennom Sterk og stødig er også lave, blant annet fordi de lokale treningsgruppene ledes av frivillige seniorinstruktører. Resultatet er derfor lite følsomt for variasjoner i tiltakskostnaden innenfor intervallet som er undersøkt.

Kostnad per hoftebrudd

Hovedberegningen bruker en vektet gjennomsnittlig kostnad på 848 452 kroner det første året etter et hoftebrudd. Gjennomsnittet bygger på fordelingen mellom personer som reiser direkte hjem etter sykehusoppholdet, personer som mottar rehabilitering før hjemreise, og personer som får permanent sykehjemsplass.

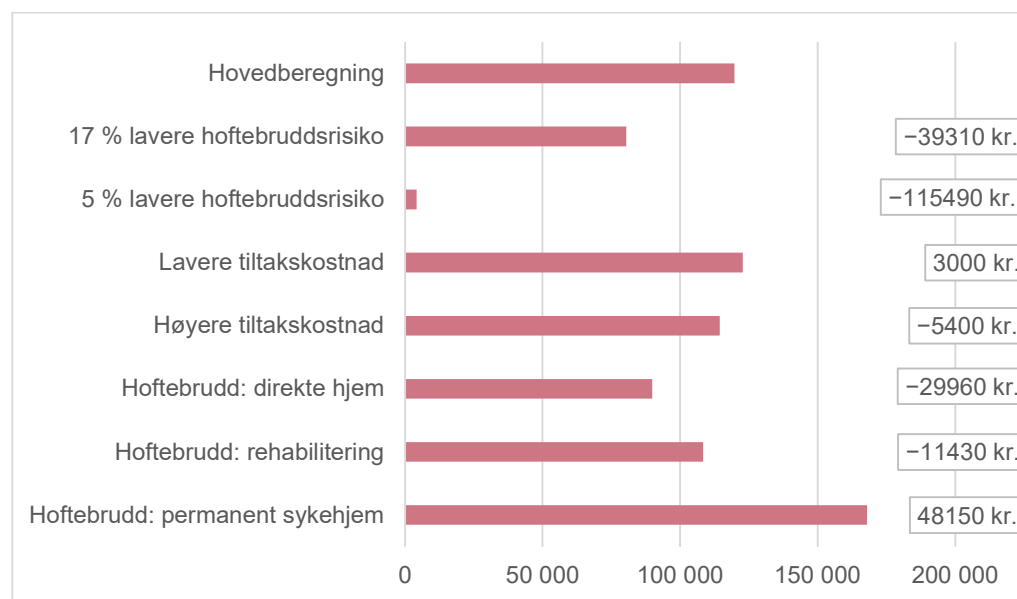
Kostnaden ved et hoftebrudd avhenger i stor grad av hvilket behov for helse- og omsorgstjenester personen får etter bruddet. Dersom Kari reiser direkte hjem, blir den beregnede nettoytten 89 810 kroner, om lag 30 000 kroner lavere enn i hovedberegningen. Dersom hun mottar rehabilitering før hjemreise, blir nettoytten 108 340 kroner, om lag 11 400 kroner lavere enn i hovedberegningen. Dersom hoftebruddet fører til permanent sykehjemsplass, øker nettoytten til 167 920 kroner, om lag 48 200 kroner mer enn i hovedberegningen. Resultatet er positivt for alle tre pasientforløpene, men den beregnede nytten av å forebygge et hoftebrudd øker med omfanget av tjenestene som kan unngås.

For alle de tre pasientforløpene omfatter kostnadsanslagene bare det første året etter hoftebruddet. Personer som får et hoftebrudd, kan også i senere år ha økt bruk av blant annet sykehustjenester, rehabilitering, hjemmetjenester og sykehjem. Disse kostnadene er ikke inkludert fordi vi mangler årlige anslag

på tjenestebruk og overlevelse for personer med og uten hoftebrudd. Den beregnede nytten av å forebygge hoftebrudd kan derfor være undervurdert, men vi kan ikke tallfeste hvor mye.

Figur 4.2 sammenstiller resultatene fra de kvantitative følsomhetsanalysene og viser hvordan alternative forutsetninger om redusert hoftebruddsrisiko, tiltakskostnad og kostnaden ved et hoftebrudd påvirker den beregnede nettoytten. Analysene endrer én forutsetning om gangen og skal ikke tolkes som alternative utfall med samme sannsynlighet.

Figur 4.2 Beregnet netto nytte i hovedberegningen og følsomhetsanalysene. 2025-kroner.



Note: Stolpene viser beregnet netto nytte i millioner 2025-kroner. Tallene i boksene viser endringen i netto nytte sammenlignet med hovedberegningen, målt i 2025-kroner. Negative tall innebærer lavere netto nytte, mens positive tall innebærer høyere netto nytte.

Andre virkninger som ikke er prissatt

Økt fysisk aktivitet kan gi helsegevinster utover redusert risiko for hoftebrudd, blant annet gjennom bedre hjerte- og karhelse, mindre muskel- og skjelettplager, bedre psykisk helse og bedre generell helse. Bedre styrke og balanse kan også redusere risikoen for andre fallrelaterte skader enn hoftebrudd. Bedre funksjon kan samtidig gjøre Kari mer selvstendig og bidra til at hun klarer seg lenger uten hjemmetjenester, praktisk bistand, omsorgsbolig eller sykehjem. Beregningene inkluderer noe bruk av helse- og omsorgstjenester det første året etter et hoftebrudd, men ikke redusert tjenestebehov som følge av bedre helse og funksjon mer generelt, eller unngåtte kostnader og tap av livskvalitet ved andre fallskader.

Gruppetreningen kan også gi sosial kontakt, mestring og tilhørighet, og bidra til redusert ensomhet og økt sosial deltakelse. Bedre funksjon og økt selvstendighet kan også redusere behovet for hjelp og oppfølging fra Kari's barn og andre pårørende. Dette kan frigjøre tid og redusere omsorgsbelastning og bekymring, men disse virkningene er ikke verdsatt. Samlet trekker disse virkningene i retning av at nytten kan være undervurdert.

Den fysioterapeutiske oppfølgingen har samtidig kostnader for Kari utover egenandelene og utstyret som inngår i beregningene. Konsultasjoner, gruppetrening og egentrening bruker tid som ellers kunne vært brukt til andre

aktiviteter eller fritid. Det kan også påløpe reiseutgifter og reisetid. Vi har lagt til grunn at behandlingen og gruppetreningen foregår relativt nær Karis hjem, og har ikke verdsatt hennes tidsbruk. Dette trekker i retning av at kostnadene kan være noe undervurdert.

Ikke alle virkningene som er identifisert, har vært mulige å tallfeste og verdsette. Tabell 4.9 oppsummerer disse virkningene og viser hvilken retning de isolert sett antas å trekke den beregnede nettonytten. Retningen sier ikke noe om størrelsen på virkningene eller hvor sannsynlige de er.

Tabell 4.9 Virkninger som ikke er prissatt, og antatt retning på nettonytten

Virkning	Antatt retning på nettonytten
Reduserte helse- og omsorgskostnader etter det første året som følge av færre hoftebrudd (gjelder direkte hjem, rehabilitering før hjemreise og permanent sykehjemsplass)	Positiv
Andre helsegevinster av økt fysisk aktivitet	Positiv
Færre andre fallrelaterte skader enn hoftebrudd	Positiv
Økt selvstendighet og utsatt behov for helse- og omsorgstjenester	Positiv
Sosial kontakt, mestring og tilhørighet gjennom gruppetreningen	Positiv
Redusert behov for hjelp og oppfølging fra pårørende	Positiv
Karis tids- og reisekostnader	Negativ

Samlet vurdering av usikkerheten

Hovedberegningen er basert på at Kari går fra å være fysisk inaktiv til fysisk aktiv, noe som reduserer risikoen for hoftebrudd med om lag 23 prosent. Analysen der Kari bare blir delvis fysisk aktiv, og risikoreduksjonen er 17 prosent, utgjør et nærliggende lavere anslag. I dette scenarioet er den beregnede nettonytten fortsatt om lag 80 500 kroner.

Grenseberegningen viser at tiltaket fortsatt har positiv nettonytte dersom risikoen for hoftebrudd reduseres med minst om lag 5 prosent, forutsatt at de øvrige forutsetningene holdes uendret. Beregningen uttrykker ikke et like sannsynlig alternativ til hovedberegningen, men viser hvor liten risikoreduksjonen kan være før den prissatte nytten ikke lenger dekker kostnadene.

Tiltakskostnaden har relativt liten betydning for resultatet innenfor intervallet som er undersøkt. Dette skyldes at kostnaden er begrenset sammenlignet med den potensielle nytten, og at vedlikeholdstreningen gjennom Sterk og stadig kan gjennomføres med lave kostnader, blant annet ved bruk av frivillige seniorinstruktører. Selv med det høye kostnadsanslaget er den beregnede nettonytten om lag 114 400 kroner.

Hovedberegningen av kostnaden ved hoftebrudd er basert på den observerte fordelingen mellom de tre pasientforløpene og er derfor mer relevant enn beregningene for hvert enkelt forløp. Dersom kostnaden settes lik forløpet med direkte hjemreise, reduseres nettonytten med om lag 30 000 kroner.

Dersom kostnaden settes lik rehabilitering før hjemreise, reduseres den med om lag 11 400 kroner, mens den øker med om lag 48 200 kroner dersom kostnaden settes lik permanent sykehjemsplass. At resultatet er positivt også med kostnaden for direkte hjemreise, viser at konklusjonen ikke er avhengig av at hoftebruddet medfører omfattende bruk av helse- og omsorgstjenester det første året.

Flere av avgrensningene trekker i retning av at nytten kan være undervurdert. Beregningene inkluderer bare helse- og omsorgskostnader det første året etter et hoftebrudd, selv om alle de tre pasientforløpene kan medføre økt tjenestebruk også i senere år. Andre helsegevinster av fysisk aktivitet, færre andre fallskader, økt selvstendighet, sosial deltakelse og redusert belastning for pårørende er heller ikke verdsatt. Karis tidsbruk, reisetid og eventuelle reisekostnader trekker i motsatt retning, men størrelsen på disse virkningene er ikke beregnet.

Samlet gir analysen støtte for at tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Den viktigste usikkerheten er om oppfølgingen faktisk gjør Kari mer fysisk aktiv, og om hun opprettholder aktiviteten over tid. Dersom hun blir delvis fysisk aktiv, er den beregnede gevinsten fortsatt betydelig. Grenseestimatet på 5 prosent er særlig relevant dersom oppfølgingen ikke fører til en tydelig økning i Karis aktivitetsnivå, eller dersom aktivitetsøkningen ikke opprettholdes over tid. I et slikt tilfelle kan reduksjonen i hoftebruddsrisiko bli så liten at tiltaket ikke lenger gir en klar samfunnsøkonomisk gevinst. Samtidig trekker flere av virkningene som ikke er prissatt, i retning av at hovedberegningen kan være forsiktig.

4.3 Case 3: Nevrologisk habilitering for barn med varig eller langvarig funksjonsnedsettelse

Dette caset er særlig relevant for å belyse hvordan fysioterapeutisk oppfølging, kan påvirke kroppsfunksjon, aktivitet og deltakelse og familiens trygghet gjennom et langsiktig habiliteringsforløp. Den ordinære fysioterapien utgjør det kontinuerlige grunnlaget i forløpet og bidrar til å utvikle og vedlikeholde funksjon over tid. Mye av habiliteringen skjer gjennom det som gjøres hver dag hjemme, på skolen og på andre arenaer i barnets liv. Fysioterapeuten bidrar til å tilpasse aktivitetene og gjøre treningen til en del av hverdagen. For barn som mottar intensive treningsperioder, kan disse tilføre en større og mer konsentrert treningsdose som supplerer den kontinuerlige oppfølgingen. Ikke alle barn mottar slike perioder, og for mange foregår habiliteringen mer kontinuerlig gjennom hele året.

Fysioterapeutisk oppfølging kan bidra til å forebygge stivhet og feilstillinger og øke selvstendigheten i konkrete hverdagsaktiviteter. Fysioterapeutens rolle er samtidig bredere enn å bidra til bedre funksjon. Oppfølgingen kan også omfatte veiledning og emosjonell støtte til foreldre som er usikre på barnets forventede utvikling, opplæring av lærere og andre samarbeidspartnere og hjelp til familien med å forstå og orientere seg i tjenestesystemet. Fysioterapeuten kan ha en særlig viktig rolle i overganger mellom barnehage og skole og mellom ulike skolenivåer.

I programlogikken kan oppfølgingen videre påvirke behovet for praktisk hjelp, foreldrenes omsorgsbelastning og arbeidskapasitet, bruk av kommunale tjenester og muligheten for deltakelse i skole og fritid. Caset illustrerer samtidig at virkningene oppstår gjennom et samspill mellom fysioterapi,

ergoterapi, spesialisthelsetjenesten, skole, hjelpemidler, miljøtilpasninger og familiens egen innsats, med fysioterapeutisk oppfølging som en gjennomgående del av forløpet. Siden kunnskapsgrunnlaget først og fremst gjør det mulig å tallfeste virkningen av en økt treningsdose, konsentreres beregningene i caset om intensive treningsperioder som et tillegg til denne bredere og kontinuerlige oppfølgingen.

4.3.1 Beskrivelse av caset

Caset beskriver Noah, en fiktiv gutt på 6 år med spastisk bilateral cerebral parese (CP), klassifisert som GMFCS-nivå III. Han går på barneskole og SFO og bor sammen med to yrkesaktive foreldre. Den ene forelderen arbeider fulltid, mens den andre har redusert stillingen sin til 50 prosent fordi Noah trenger mye oppfølging i hverdagen. Familien bor i en mellomstor norsk kommune med et fungerende, men kapasitetsbegrenset, tilbud til barn med nevrologiske funksjonsnedsettelse. Noah har fått oppfølging gjennom kommunen siden spedbarnsalderen.

GMFCS-nivå III innebærer at Noah kan gå med rullator eller krykker på korte avstander, men bruker rullestol, ofte elektrisk rullestol, på lengre strekninger, ved transport mellom arenaer og i situasjoner der det ellers ville kreve for mye energi å gå.

Noah har økt muskelspenning i beina, redusert selektiv motorisk kontroll, nedsatt balanse, redusert styrke og begrenset utholdenhet. Det er energikrevende for ham å gå, og han trenger ekstra tid og støtte ved forflytning og overganger mellom aktiviteter. I caset legger vi også til grunn at han trenger hjelp med enkelte daglige aktiviteter, blant annet av- og påkledning, toalettbesøk og forflytting. I skolehverdagen har han behov for hjelpemidler og tilrettelegging iblant annet garderoben, på toalettet, i kroppsøving, i friminuttene og på turdager.

Noah mottar forhøyet hjelpestønad etter sats 2. Dette gjenspeiler at han har et klart og varig behov for mer omsorg og tilsyn enn andre barn på samme alder. Behovet er blant annet knyttet til forflytning, toalettbesøk, av- og påkledning, bruk av hjelpemidler, hjemmetrening, transport og koordinering av oppfølgingen.

I tiltaksalternativet videreføres Noahs ordinære kommunale fysioterapi og øvrige habiliteringsoppfølging. Den ordinære oppfølgingen foregår gjennom hele året og skal bidra til at trening og aktivitet tilpasses og integreres i Noahs hverdag hjemme, på skolen og i fritiden. Fysioterapeuten følger utviklingen hans over tid, veileder foreldrene om forventet utvikling og samarbeider med skolen og andre tjenester. I tillegg mottar han gjentatte perioder med intensiv fysioterapeutisk habilitering, som i beregningen er organisert som habiliteringsopphold. Under oppholdene får Noah tett tverrfaglig oppfølging, og omfanget av den fysioterapeutiske treningen økes vesentlig i en avgrenset periode. Treningen tilpasses hans funksjonsnivå og skal bidra til å utvikle og vedlikeholde styrke, bevegelighet, balanse, utholdenhet og motoriske ferdigheter, samt gjøre ham mer selvstendig i forflytning og daglige aktiviteter. Foreldrene deltar i oppfølgingen og får opplæring i hvordan treningen kan videreføres hjemme mellom oppholdene. Den ordinære fysioterapien mellom oppholdene bidrar til kontinuitet og til at ferdighetene kan brukes og videreutvikles i Noahs hverdag.

Nullalternativet er ikke et forløp uten tjenester. Noah får ordinær kommunal fysioterapi, nødvendige hjelpemidler, tilrettelegging på skolen og kontakt med

habiliteringstjenesten ved behov. Den ordinære fysioterapien bidrar til å utvikle og vedlikeholde funksjon, forebygge stivhet og støtte Noahs deltakelse i hverdagen. Oppfølgingen omfatter også veiledning av foreldrene, samarbeid med skolen og andre tjenester, opplæring av lærere og støtte i overganger. Det er samarbeid mellom tjenestene, skolen og foreldrene, men oppfølgingen inneholder ikke de ekstra periodene med en vesentlig høyere og mer konsentrert treningsdose som inngår i tiltaksalternativet. De samfunnsøkonomiske virkningene beregnes derfor som tilleggsvirkningene av intensiv fysioterapeutisk habilitering, sammenlignet med ordinær fysioterapeutisk oppfølging alene. Den kontinuerlige behandlingen gjennom året og fysioterapeutens bredere rolle inngår i begge alternativene. Verdien av disse delene av oppfølgingen blir derfor ikke tallfestet i dette caset.

4.3.2 Beregninger og forutsetninger

Tiltaket

I beregningene brukes betegnelsen «tiltaket» om de intensive treningsperiodene som kommer i tillegg til Noahs ordinære oppfølging, ikke om hele habiliteringsforløpet. Den kontinuerlige oppfølgingen og arbeidet som gjøres hjemme og på skolen, inngår i både tiltaksalternativet og nullalternativet.

Intensiv fysioterapeutisk habilitering er et tillegg til den ordinære og kontinuerlige fysioterapeutiske oppfølgingen. Tiltaket består av tidsavgrensede treningsperioder der barnet får flere timer med trening hver dag. Fysioterapien omfatter intensiv og individuelt tilpasset trening for å utvikle og vedlikeholde styrke, bevegelighet, balanse, utholdenhet og motoriske ferdigheter. Det trenes også på gange, forflytning og bruk av hjelpemidler, med mål om at barnet skal kunne delta mer og klare flere aktiviteter selv. Fysioterapien kan inngå i et tverrfaglig tilbud sammen med blant annet ergoterapi, tilpasset fysisk aktivitet og medisinsk og pedagogisk oppfølging. Et sentralt formål er at ferdighetene og aktivitetene fra de intensive periodene skal kunne videreføres og brukes i barnets hverdag.

Intensiv fysioterapeutisk habilitering kan organiseres på ulike måter. Tiltaket kan gjennomføres som døgnopphold ved et habiliteringssenter, dagtilbud uten overnatting, intensive polikliniske treningsperioder i spesialisthelsetjenesten eller avgrensede perioder med forsterket oppfølging i kommunen. Treningen kan foregå på en institusjon, i kommunale lokaler, på skolen og/eller hjemme. Felles for tilbudene er at den ordinære fysioterapeutiske oppfølgingen i en periode suppleres med en vesentlig høyere og mer konsentrert treningsdose.

I beregningen modelleres den økte treningsdosen som opphold ved et habiliteringssenter. I Norge finnes det flere sentre som tilbyr slike opphold for barn med cerebral parese, blant annet Stiftelsen Barnas Fysioterapisenter i Bergen, Beitostølen Helsesportsenter og Valnesfjord Helsesportsenter. Tiltaket i caset er ikke avgrenset til tilbudet ved ett bestemt senter.

Når den intensive fysioterapeutiske habiliteringen organiseres som opphold, varer periodene ofte i to til tre uker og kan, i tillegg til fysioterapien, omfatte ergoterapi, tilpasset fysisk aktivitet og medisinsk og pedagogisk oppfølging fra et tverrfaglig team. I disse ukene deltar gjerne en av foreldrene aktivt i oppfølgingen av barnet. Under oppholdene blir Noahs skoleoppfølging ivaretatt på senteret. Forelderer får også opplæring og veiledning i hvordan tiltakene kan videreføres etter hjemkomst.

I beregningen antar vi at Noah deltar i perioder med intensiv fysioterapeutisk rehabilitering med varierende intervaller gjennom hele analyseperioden. Vi legger til grunn at det i gjennomsnitt går 12 måneder fra starten av ett opphold til starten av det neste.

Med en varighet på tre uker per opphold, fem behandlingsdager per uke og fem behandlingstimer per behandlingsdag tilsvarer dette 15 behandlingsdager og 75 behandlingstimer per år. Dette er en forenklet modellforutsetning, og hyppigheten og varigheten av oppholdene kan i realiteten variere.

Vi legger til grunn en kostnad på om lag 8 300 kroner per behandlingsdag. Kostnadsanslaget bygger på den kunngjorte avtalen mellom Helse Vest RHF og Stiftelsen Barnas Fysioterapisenter samt opplysninger om det årlige aktivitetsvolumet fordelt på behandlingstimer og behandlingsdager. Avtalen brukes som beregningsgrunnlag for kostnaden ved den utvidede fysioterapeutiske treningsoppfølgingen, selv om tiltaket ikke er avgrenset til dette senteret. Kostnaden er justert til 2025-priser med deflatoren fra statsbudsjettet.

Vi legger videre til grunn at Noah og én av foreldrene kjører til behandlingssenteret og mottar reisestøtte gjennom pasientreiseordningen. Støtten beregnes med utgangspunkt i standardsatsen for 2025, som er 3,10 kroner per kilometer. Avstanden til behandlingssenteret settes til et høyt anslag på 300 kilometer én vei, og det legges til grunn én tur-retur-reise per år. Vi antar at reisestøtten dekker de faktiske reisekostnadene, slik at familien ikke har noen kostnader knyttet til reisen utover det kompenserte beløpet. Utbetalingen medfører derfor en skattefinansieringskostnad på 20 prosent.

Den offentlige finansieringen tillegges en skattefinansieringskostnad på 20 prosent. Siden Noah er under 18 år, legger vi til grunn at familien ikke betaler egenandel for selve behandlingen.

Vi legger videre til grunn at forelderen som følger Noah, arbeider i 50 prosent stilling og har en medianlønn på 669 600 kroner per heltidsekvivalent i 2025. Med et påslag for arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader på 32,1 prosent anslås den årlige arbeidskraftkostnaden for en heltidsstilling til 884 542 kroner.

Forelderen forutsettes å være borte fra arbeidet i 15 behandlingsdager. For en forelder i 50 prosent stilling tilsvarer dette i gjennomsnitt 7,5 heltidsjusterte tapte dagsverk per år. Beregningen tar utgangspunkt i 252,8 arbeidsdager per år.

Forelderen kan ha rett til opplæringspenger fra NAV dersom opplæringen og de øvrige vilkårene for ytelsen er oppfylt. Opplæringspengene beregnes på grunnlag av forelderens faktiske tap av arbeidsinntekt. Med 669 600 i heltidsekvivalent årslønn i 50 prosent stilling og fravær på i gjennomsnitt 7,5 dager anslås denne kostnad til 19 315 kroner. Utbetalingen tillegges en skattefinansieringskostnad på 20 prosent.

Økt livskvalitet

Forskningen tyder på at fysioterapi og treningsbaserte tiltak kan påvirke den helserelaterte livskvaliteten og gi QALY-gevinster for personer med cerebral parese. Gevinstene kan blant annet følge av bedre motorisk funksjon, økt selvstendighet, større mulighet til å delta i daglige aktiviteter og redusert smerte eller ubehag (Nova-Díaz, Aguilera-Albesa, & Sánchez-Iriso, 2026; Slaman, et al., 2015)

Nova-Díaz mfl. (2026) er den mest relevante studien for Noah-caset, både når det gjelder målgruppe og behandlingsomfang. Studien omfattet barn og unge i alderen 3 til 18 år, hvorav 29 var på GMFCS-nivå III. Studien anslo at intensiv fysioterapi i tillegg til ordinær behandling ga en gevinst på 0,216 QALY det første året. I en langsiktig modell ble gevinsten beregnet til 4,92 QALY over 30 år, basert på forutsetninger om fortsatt behandling og vedvarende effekt.

Effektanslaget er usikkert fordi studien var observasjonell, behandlingen ikke ble tilfeldig fordelt, og QALY-gevinsten ble beregnet samlet for barn på ulike GMFCS-nivåer, ikke spesifikt for barn på GMFCS-nivå III, slik som Noah. I hovedberegningen legger vi til grunn en gevinst på 0,216 QALY det første året, etterfulgt av en årlig avtrapping på 3 prosent gjennom analyseperioden, i tråd med Nova-Díaz mfl. (2026). På grunn av usikkerheten gjennomfører vi også følsomhetsanalyser med lavere QALY-gevinster.

Økt arbeidskapasitet for foresatte

Forskningen viser at barnets funksjonsnivå og behov for hjelp i daglige aktiviteter har betydning for foreldrenes omsorgsbelastning og arbeidsmarkedsdeltakelse (Wondemu, Joranger, Hermansen, & Brekke., 2022; Michelsen, Flachs, Madsen, & Uldall., 2015; Sawyer, et al., 2011). Studier av habilitering for barn med cerebral parese viser samtidig at forbedret funksjon kan redusere behovet for hjelp fra omsorgspersonene (Opheim, et al., 2025; Sakzewski, et al., 2025; Brandão, Ebner-Karestinos, Mailleux, Gordon, & Bleyenheuft, 2020; Saquette, et al., 2018; Bleyenheuft, et al., 2017). Det er derfor rimelig å anta at tiltak som gir forbedringer i Noahs selvstendighet, kan frigjøre tid for foreldrene og dermed gjøre det lettere å opprettholde eller øke arbeidsdeltakelsen. Størrelsen på en slik effekt på arbeidstid er imidlertid ikke direkte dokumentert. Derfor vil vi være forsiktige i disse estimatene.

For å illustrere den mulige betydningen av frigjort tid for foreldrenes arbeidsdeltakelse legger vi i en tilleggsberegning til grunn at tillegget av intensiv fysioterapeutisk habilitering øker arbeidskapasiteten tilsvarende 2 prosent av en fulltidsstilling for én av foreldrene. Anslaget er ikke direkte hentet fra forskningen, men er satt konservativt i lys av at studiene viser at barnets funksjonsnivå og hjelpebehov kan ha betydelig innvirkning på foreldrenes tidsbruk og arbeidsdeltakelse, samtidig som habilitering kan bidra til økt selvstendighet og redusert hjelpebehov.

Det er usikkert hvor stor del av frigjort omsorgstid som faktisk vil kunne benyttes til lønnet arbeid. Vi legger derfor til grunn en relativt liten effekt sammenlignet med forskjellene i omsorgsbelastning og arbeidsdeltakelse som observeres i forskningen. En økning på 2 prosent av en fulltidsstilling tilsvarer om lag 35 arbeidstimer per år.

4.3.3 Prissatte virkninger

Kostnader tilknyttet tiltaket

Med 15 behandlingsdager og en anslått kostnad på 8 300 kroner per behandlingsdag blir den årlige offentlige behandlingskostnaden 124 500 kroner. Dette medfører i tillegg en skattefinansieringskostnad på omtrent 24 900 kroner per år.

Den årlige reisekostnaden anslås til 1 860 kroner. Siden kostnaden dekkes av det offentlige, medfører den også en skattefinansieringskostnad på 372 kroner.

Når 7,5 heltidsjusterte tapte dagsverk verdsettes med utgangspunkt i en årlig arbeidskraftkostnad på 884 542 kroner og 252,8 arbeidsdager per år, blir det årlige produksjonstapet om lag 26 242 kroner.

Opplæringspengene er en overføring og utgjør derfor ikke i seg selv en samfunnsøkonomisk kostnad. Utbetalingen på 26 487 kroner medfører likevel en skattefinansieringskostnad på 3 863 kroner.

De samlede årlige kostnadene ved tiltaket er beregnet til 181 737 kroner.

Tabell 4.10 Beregnede årlige kostnader ved det intensive habiliteringstiltaket

Kostnadspost	Kroner (2025)
Behandlingskostnad	124 500
Reisekostnad, offentlig	1 860
Reisekostnad, skattekostnad	372
Skattefinansieringskostnad	24 900
Permisjon, produksjonsbortfall	26 242
Skattefinansieringskostnad av opplæringspenger	3 863
Total	181 737

Prissetting av økt helserelatert livskvalitet

I hovedberegningen legger vi til grunn en gevinst på 0,216 QALY det første året, etterfulgt av en årlig avtrapping på 3 prosent gjennom analyseperioden, i tråd med Nova-Díaz mfl. (2026). Med denne avtrappingen reduseres den årlige gevinsten til om lag 0,164 QALY i år 10.

Ved prissettingen legger vi til grunn at verdien av et statistisk leveår er 1,34 millioner kroner. I likhet med i de øvrige casene er produksjonsbidraget trukket fra, ettersom Noah ikke er i yrkesaktiv alder. En livskvalitetsgevinst på 0,216 QALY tilsvarer da en prissatt gevinst på 289 440 kroner det første året.

Økt arbeidskapasitet for foresatte

I den grad Noahs økte selvstendighet og reduserte hjelpebehov frigjør tid for foreldrene og gir økt arbeidskapasitet, verdsetter vi denne med utgangspunkt i en medianlønn på 669 600 kroner per heltidsekvivalent i 2025. Med et påslag på 32,1 prosent for arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader blir produksjonsverdien per heltidsekvivalent 884 542 kroner per år.

I hovedberegningen antar vi at arbeidskapasiteten til én av foreldrene øker med to prosentpoeng av en heltidsstilling, tilsvarende 35 arbeidstimer per år. Det første året utgjør verdien av denne økte arbeidskapasiteten 17 691 kroner.

4.3.4 Samfunnsøkonomisk vurdering av caset

Analysen beregner merkostnadene og den utløste nytten av å gi Noah intensiv fysioterapeutisk habilitering i tillegg til den ordinære oppfølgingen. Virkningene av kommunal fysioterapi, hjelpemidler, tilrettelegging i skole og SFO og øvrig habilitering inngår i begge alternativer og verdsettes derfor ikke separat. Beregningene gjør det mulig å vurdere om den intensive oppfølgingen er samfunnsøkonomisk lønnsom sammenlignet med

nullalternativet, men belyser ikke den samlede verdien av all fysioterapeutisk oppfølging Noah mottar.

Tabell 4.11 viser at den intensive oppfølgingen gir en beregnet nettonytte på om lag 885 000 kroner gjennom analyseperioden. Økt livskvalitet for Noah er den klart viktigste nyttevirkingen. Tiltaket kan også øke foreldrenes arbeidskapasitet og dermed produktiviteten, men denne virkningen er ikke avgjørende for resultatet. Selv uten den beregnede produktivetsgevinsten ville tiltaket hatt en positiv nettonytte på om lag 682 000 kroner.

Resultatet avhenger særlig av den forutsatte økningen i Noahs livskvalitet. I hovedberegningen er det lagt til grunn en økning på 0,216 QALY det første året, som deretter reduseres med 3 prosent årlig. Effektanslaget og varigheten av virkningen er usikre, og resultatene må derfor ses i sammenheng med følsomhetsanalysene. Hovedberegningen indikerer likevel at verdien av den økte livskvaliteten kan overstige kostnadene ved den intensive oppfølgingen.

Tabell 4.11 Merkostnader og utløst nytte ved behandling i case 3 sammenlignet med nullalternativet. Kroner.

Effekt	Første år	Totalt for perioden
Behandling, offentlig	124 500	1 425 256
Behandling, skattekostnad	24 900	285 051
Reisekostnad, offentlig	1 860	21 293
Reisekostnad, skattekostnad	372	4 259
Permisjon, produksjonsbortfall	26 242	300 418
Opplæringspenger, skattekostnad	3 863	44 224
Total kostnad	181 737	2 080 501
Økt QALY (0,216 1. år, 3% red følgende år)	289 440	2 762 819
Økt arbeidsevne (2 prosent)	17 691	202 522
Total nytte	307 131	2 965 341
Netto nytte	125 393	884 840

4.3.5 Følsomhetsanalyser og usikkerhet

Beregningene for Noah bygger på flere forutsetninger som ikke kan observeres direkte for den konkrete casepersonen. Det gjelder særlig omfanget og kostnaden ved den intensive oppfølgingen, størrelsen, varigheten og verdsettingen av helsegevinsten og virkningen på foreldrenes arbeid. Følsomhetsanalyser er derfor avgjørende for å vise hvor robust den samfunnsøkonomiske vurderingen er.

Omfang og intensitet i den intensive oppfølgingen

Den oppfølgingen som er lagt til grunn i casen, er basert på tilbudet ved Barnas Fysioterapisenter i Bergen, der det normalt går 12 måneder mellom behandlingsoppholdene. Studier av intensiv rehabilitering har benyttet kortere

intervaller. Dette gjelder blant annet Opheim mfl. (2025) , som gjennomførte sin studie ved Barnas Fysioterapisenter med i gjennomsnitt sju måneder mellom behandlingsoppholdene, men med noe lavere behandlingsintensitet under det enkelte opphold. Dersom behandlingsfrekvensen økes til nivået i Opheim mfl. (2025), anslås kostnadene å øke med 605 000 kroner og den samfunnsøkonomiske lønnsomheten å bli redusert tilsvarende. Alle kostnadspostene øker proporsjonalt med behandlingsfrekvensen, men økningen er størst i absolutte kroner for selve behandlingen.

Effekt på livskvalitet

Den viktigste driveren for tiltakets samfunnsøkonomiske lønnsomhet er størrelsen på QALY-gevinsten. I hovedberegningen har vi brukt effektanslaget fra Nova-Díaz mfl. (2026), men flere forhold ved studien gjør anslaget usikkert. Vi har derfor beregnet hvor stor QALY-gevinsten minst må være for at den prissatte nytten skal være like stor som kostnadene ved tiltaket.

Dersom livskvalitetsgevinsten er tiltakets eneste nyttevirkning, må gevinsten være rett i overkant av 0,16 QALY det første året, med samme årlige avtrapping på 3 prosent som i hovedberegningen. Dersom behandlingen også øker de foresattes arbeidskapasitet som forutsatt i hovedberegningen, reduseres den nødvendige gevinsten til 0,15 QALY det første året.

Finansdepartementets rundskriv R-109/2021 åpner for å benytte dobbel VSL i en tilleggsanalyse av tiltak som er spesielt rettet mot barns sikkerhet. Det intensive habiliteringstiltaket skal redusere risikoen for framtidig tap av funksjon og livskvalitet for Noah. Dersom QALY-gevinsten verdsettes med dobbel VSLY, tilsvarende 2,68 millioner kroner. Med en QALY-gevinst på 0,216 det første året øker den prissatte nytten med 2,76 millioner kroner over analyseperioden. Rundskrivet omtaler ikke tiltak rettet mot habilitering av barn direkte, og beregningen må derfor forstås som en utvidelse av prinsippet som gjelder for barns sikkerhet.

Effekt på foreldrenes arbeid

Det er usikkert hvor stor del av foreldrenes omsorgsbelastning som kan reduseres gjennom fysioterapi. Forskningen dokumenterer forskjeller i arbeidsdeltakelse og inntekt mellom foreldre til barn med og uten funksjonsnedsettelse, men ikke hvor mye fysioterapeutisk oppfølging påvirker foreldrenes arbeid. Bedre funksjon og økt selvstendighet som følge av den intensive oppfølgingen kan redusere tiden foreldrene bruker på å hjelpe Noah. Samtidig kan videreføringen av treningen hjemme kreve mer tid fra foreldrene. Nettoeffekten på foreldrenes tilgjengelige tid og arbeidsdeltakelse er derfor usikker.

Dersom vi ikke legger til grunn at tiltaket øker foreldrenes arbeidstid, vil tiltaket fortsatt være samfunnsøkonomisk lønnsomt, gitt at de øvrige forutsetningene i hovedberegningen holder. Den beregnede nettoytten blir da bare 202 522 kroner lavere.

Effekt på foreldrenes livskvalitet

Den intensive oppfølgingen kan også redusere foreldrenes praktiske og emosjonelle belastning dersom Noah mestrer flere aktiviteter selv. Familien kan få en mer forutsigbar hverdag og større mulighet til å delta i fritidsaktiviteter og familieliv. Disse virkningene fanges ikke opp av beregningen av foreldrenes arbeidsdeltakelse eller av Noahs QALY-gevinst. Vi har ikke funnet dokumentasjon som gir grunnlag for å tallfeste dem, og de omtales derfor kun kvalitativt.

Redusert behov for andre helsetjenester

Den intensive oppfølgingen kan bidra til bedre funksjon, mindre stivhet og økt bevegelighet. Den kan også bidra til at annen behandling, for eksempel botulinumtoksinbehandling, utnyttes bedre. Over tid kan oppfølgingen dessuten redusere eller utsette behovet for annen medisinsk oppfølging, blant annet behandling av smerter og kontrakturer eller ortopediske inngrep. Slike tjenester og behandlinger kan medføre betydelig ressursbruk i enkelte år. Det er usikkert hvordan intensiv rehabilitering påvirker behovet for disse tjenestene og sannsynligheten for at de mer omfattende behandlingene blir nødvendige. Vi har ikke funnet dokumentasjon som gir grunnlag for å anslå hvor mye bruken av andre helsetjenester kan reduseres. Eventuelle kostnadsbesparelser er derfor ikke tatt med i beregningene.

Bistand i skole og SFO

Bedre funksjon og økt selvstendighet kan redusere Noahs behov for praktisk bistand i skolen og SFO, blant annet ved forflytning, toalettbesøk og av- og påkledning. Tiltaket kan også bidra til å begrense en økning i hjelpebehovet etter hvert som kravene til selvstendighet blir større. Selv en mindre reduksjon i behovet for assistent kan gi besparelser for kommunen. Vi har ikke funnet dokumentasjon som viser hvor mye intensiv rehabilitering påvirker behovet for bistand i skole og SFO. Virkningen er derfor ikke tallfestet.

Hjelpestønad, omsorgsstønad og pleiepenger

Dersom den intensive oppfølgingen reduserer Noahs behov for privat pleie og tilsyn, kan den også påvirke familiens behov for hjelpestønad og eventuell kommunal omsorgsstønad. For Noah kan dette for eksempel innebære at en framtidig økning i den forhøyede hjelpestønaden fra sats 2 til sats 3 unngås.

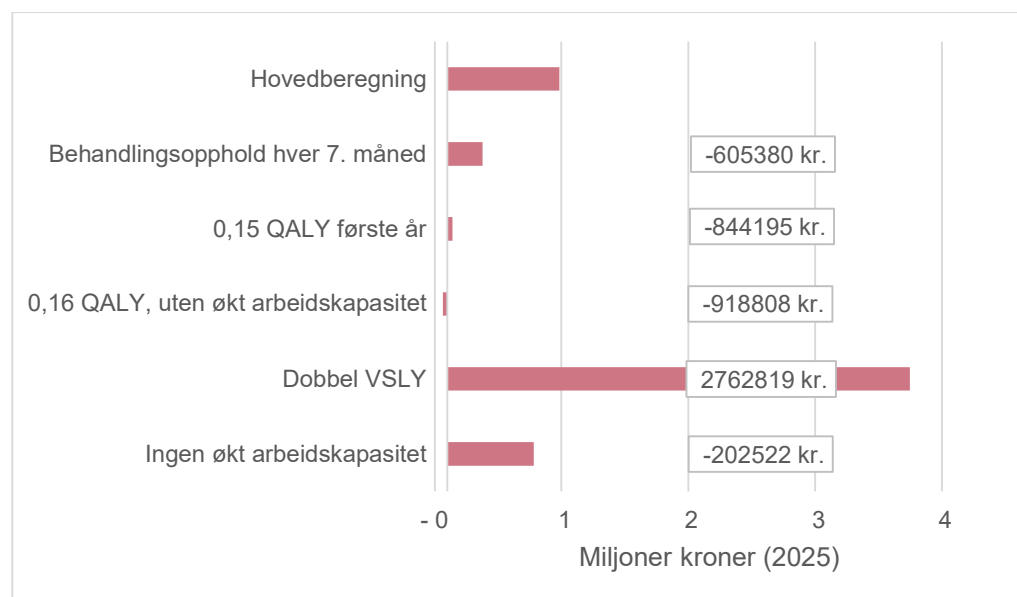
Bedre funksjon og mindre behov for medisinsk oppfølging kan også redusere perioder der en av foreldrene må være borte fra arbeidet for å pleie Noah. Dette kan redusere behovet for pleiepenger. Færre fraværsdager fra skole og SFO gir ikke i seg selv lavere bruk av pleiepenger. Det avgjørende er om Noahs behov for kontinuerlig pleie og tilsyn reduseres, og om foreldrene derfor får mindre fravær fra arbeidet.

Vi har ikke funnet dokumentasjon som gir grunnlag for å anslå hvordan tiltaket påvirker disse ytelsene. Virkningene er derfor ikke tatt med i beregningene. En eventuell reduksjon i ytelsene ville redusere det offentlige finansieringsbehov og gi en lavere skattefinansieringskostnad.

Samlet vurdering av usikkerheten

Resultatet er usikkert fordi det avhenger av størrelsen og varigheten på Noahs livskvalitetsgevinst. Følsomhetsanalysene viser samtidig at tiltaket fortsatt har positiv netto nytte dersom virkningen på foreldrenes arbeidskapasitet utelates, eller dersom behandlingsfrekvensen økes til nivået i Opheim mfl. (2025). QALY-gevinsten må reduseres fra 0,216 til 0,15 det første året før den prissatte nytten tilsvarende kostnadene, gitt den beregnede produktivitetsgevinsten. Uten produktivitetsgevinsten fra foreldrenes økte arbeidskapasitet er den tilsvarende grenseverdien rett i overkant av 0,16 QALY. Dette tyder på at hovedresultatet er relativt robust for endringer i enkeltforutsetninger.

Figur 4.3 Beregnet nettonytte i hovedberegningen og følsomhetsanalysene. Millioner 2025-kroner.



Note: Stolpene viser beregnet nettonytte i millioner 2025-kroner. Tallene i boksene viser endringen i nettonytte sammenlignet med hovedberegningen, målt i 2025-kroner. Negative tall innebærer lavere nettonytte, mens positive tall innebærer høyere nettonytte.

I tillegg kan tiltaket ha flere virkninger som ikke er tallfestet. Tabell 4.12 viser at de fleste av disse antas å trekke nettonytten opp, mens økt tidsbruk for foreldrene til trening hjemme trekker i motsatt retning. Selv om det ikke er grunnlag for å anslå størrelsen på virkningene, er det samlet sett mer sannsynlig at de ikke-prissatte virkningene øker enn reduserer tiltakets nettonytte. Den beregnede nettonytten kan derfor undervurdere tiltakets samlede samfunnsøkonomiske nytte.

Tabell 4.12 Virkninger som ikke er prissatt, og antatt retning på nettonytten

Virkning	Antatt retning på nettonytten
Redusert belastning for foreldrene	Positiv
Redusert eller utsatt behov for andre helsetjenester	Positiv
Redusert behov for bistand i skole og SFO	Positiv
Redusert behov for hjelpestønad, omsorgsstønad og pleiepenger	Positiv
Økt tidsbruk for foreldrene til trening hjemme	Negativ

Analysen fanger heller ikke opp virkninger som oppstår etter analyseperioden. Bedre funksjon, økt selvstendighet og større deltakelse i skoletiden kan gi Noah bedre forutsetninger for å fullføre utdanning og delta i arbeidslivet som voksen. Disse mulige langsiktige virkningene inngår verken i beregningene eller i oversikten over ikke-prissatte virkninger innenfor analyseperioden. De kan likevel innebære at tiltakets samlede nytte over Noahs livsløp er høyere enn analysen viser.

5 Overordnede samfunnsøkonomiske vurderinger

De tre casene viser at fysioterapi kan skape samfunnsøkonomisk verdi på svært forskjellige måter gjennom livsløpet. For personer i arbeidsfør alder kan verdien oppstå gjennom økt arbeidsdeltakelse, for eldre gjennom forebygging av skader og funksjonsfall, og for barn gjennom bedre funksjon, selvstendighet og livskvalitet. I dette kapitlet sammenstiller vi resultatene, vurderer hvor robuste de er, og drøfter hva casene samlet sier, og ikke sier, om verdien av fysioterapi for samfunnet.

5.1 Hva analysen viser og hva den måler

Formålet med denne rapporten har vært å beskrive og, så langt det er faglig forsvarlig, tallfeste verdien av fysioterapi for samfunnet. Analysen er gjennomført som en forenklet samfunnsøkonomisk analyse etter DFØs rammeverk, der tre case vurderes mot realistiske nullalternativer med prissatte og ikke-prissatte virkninger, neddiskontering, skattefinansieringskostnad og følsomhetsanalyser.

Resultatene må tolkes i lys av hva som sammenlignes i hvert case. I case 1 og 3 måler analysen tilleggsverdien av henholdsvis utvidet arbeidsrettet fysioterapeutisk behandling og intensiv fysioterapeutisk habilitering, mens den ordinære fysioterapeutiske behandlingen inngår i både nullalternativet og tiltaksalternativet. I case 2 måles verdien av at Kari fanges opp av et forebyggende tilbud hun ellers ikke ville mottatt. Casene belyser med andre ord både verdien av å styrke en eksisterende behandling og verdien av at tjenesten når personer som har behov for den, og som ellers ikke ville fått et tilsvarende tilbud.

Denne avgrensningen er både en begrensning og en styrke. Analysen tallfester ikke hva samfunnet ville tapt dersom den ordinære fysioterapitjenesten falt bort, men den unngår samtidig å sammenligne med et lite realistisk alternativ uten fysioterapi. Beregningene bygger i stedet på effektestimater fra empirisk forskning som sammenligner konkrete

behandlingsforløp. Det gir smalere, men bedre empirisk forankrede anslag på verdien som kan utløses gjennom endringer i behandlingen.

I alle tre casene er den beregnede nytten større enn kostnadene. For Silje er merkostnaden ved den utvidede arbeidsrettede behandlingen beregnet til om lag 48 000 kroner, mens nytten gjennom analyseperioden er om lag 1,36 millioner kroner. Dette gir en beregnet nettonytte på om lag 1,32 millioner kroner. I fjerde kvartal 2025 summerte antallet sykmeldte i fem vanlige nakke- og ryggdiagnoser seg til nær 46 000 (NAV, 2026). Dersom 1 000 av disse oppnår samme nettonytte som beregnet for Silje, tilsvarer det en samlet nettonytte på i overkant av 1,3 milliarder kroner over analyseperioden.

For Kari er kostnaden om lag 28 000 kroner og nytten om lag 147 000 kroner, noe som gir en nettonytte på nær 120 000 kroner. Per desember 2025 deltok mer enn 10 000 personer ukentlig i «Sterk og stødig» (Aldring og helse - Nasjonalt senter, 2026). Dersom hver av disse oppnår samme nettonytte som beregnet for Kari, tilsvarer det samlet mer enn 1,2 milliarder kroner.

For Noah er kostnaden ved den intensive behandlingen beregnet til om lag 2,08 millioner kroner, mens nytten er om lag 2,97 millioner kroner. Den beregnede nettonytten er om lag 885 000 kroner. Ved utgangen av 2024 var det anslagsvis 75 barn i alderen 6 til 15 år med cerebral parese på GMFCS-nivå III i Norge⁶. Dersom disse oppnår samme nettonytte som beregnet i Noah-caset, tilsvarer det en samlet nettonytte på om lag 70 millioner kroner over analyseperioden.

5.2 Verdien oppstår gjennom ulike kanaler for ulike grupper

Sammenstilt bekrefter casene programlogikkens hovedpoeng: Fysioterapiens verdi kan ikke reduseres til én enkelt virkning. For Silje dominerer arbeidsmarkedsgevinstene. Økt arbeidsproduksjon som følge av redusert sykefravær utgjør om lag 783 000 kroner, mens bedre helserelatert livskvalitet utgjør om lag 430 000 kroner. For Kari oppstår den prissatte verdien gjennom forebygging av hoftebrudd. Det unngåtte tapet av livskvalitet er her større enn de reduserte helse- og omsorgskostnadene. For Noah er bedre livskvalitet den klart største nyttevirkingen og utgjør om lag 2,76 millioner kroner av en samlet beregnet nytte på om lag 2,97 millioner kroner.

Helse- og livskvalitetsgevinster inngår vesentlig i alle tre casene. Det understreker et poeng fra kapittel 3 som lett forsvinner i diskusjoner om sykefravær og tjenestekostnader: Mindre smerte, bedre funksjon og økt mestring har selvstendig samfunnsøkonomisk verdi, uavhengig av om de gir utslag i arbeid eller tjenestebruk.

Casene viser samtidig at kostnader og nytte oppstår på ulike tidspunkter. Dette kommer tydeligst frem i case 2. Det fallforebyggende forløpet har en beregnet kostnad som er om lag 15 000 kroner større enn nytten det første året. Først etter fire år er den akkumulerte nytten større enn kostnadene. Dersom tiltaket bare vurderes innenfor ett kommunalt budsjettår, vil

⁶ Ved utgangen av 2024 var 1 211 barn født i perioden 2009 til 2018 registrert med CP i NorCP. Disse var da mellom 6 og 15 år. Ifølge NorCP var 6 prosent av barna klassifisert på GMFCS-nivå III, tilsvarende om lag 73 registrerte barn. Registerets dekningsgrad for årskullene 2011 til 2018 var om lag 95 prosent. Med samme dekningsgrad lagt til grunn for hele aldersgruppen tilsvarer dette om lag 75 barn nasjonalt. (Hollung & Andersen, 2025)

investeringen derfor kunne fremstå som ulønnsom, selv om den gir en klar samfunnsøkonomisk gevinst over analyseperioden. Også i de andre casene påløper kostnadene tidlig, mens verdien av bedre helse, høyere arbeidsdeltakelse og bevart funksjon bygges opp over tid.

De som finansierer behandlingen, er heller ikke nødvendigvis de samme som mottar gevinstene. Kostnadene bæres i stor grad av kommunene, staten og pasientene, mens nytten kan tilfalle pasienten, familien, arbeidsgiveren, NAV og ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Behandlingen kan derfor være samfunnsøkonomisk lønnsom uten å gi en tilsvarende besparelse på budsjettet til aktøren som må finansiere den. Denne fordelingen kan gjøre lønnsomme tiltak vanskeligere å prioritere, særlig når gevinstene kommer senere eller tilfaller en annen sektor.

5.3 Resultatene er robuste, men ikke like sikre

Følsomhetsanalysene viser at nytten er større enn kostnadene i alle enkeltanalysene som er gjennomført. Det betyr ikke at hovedanslagene er presise, eller at alle tenkelige kombinasjoner av forutsetninger gir et positivt resultat. Beregningene bygger på effektestimater fra forskningslitteraturen og forutsetninger om hvordan disse kan overføres til de konkrete caseforløpene. Mange av studiene er gjennomført i Norge eller andre skandinaviske land, men ikke alle. Den viktigste usikkerheten på tvers av casene gjelder derfor hvor godt effektanslagene er overførbare til norske forhold, og hvor lenge virkningene varer. Analysene viser flere sentrale forutsetninger resultatene bygger på, og hvor mye disse kan endres før konklusjonen snur.

Resultatet for Silje fremstår som det mest robuste. Selv i et samlet konservativt scenario, der virkningene på sykefravær og livskvalitet avtar over tid og virkningen på uførhet tas helt ut, er den beregnede nettoytten om lag 224 000 kroner. Dersom virkningene på livskvalitet og uførhet holdes utenfor, er en varig reduksjon i sykefraværet på mindre enn ett prosentpoeng, tilsvarende om lag to arbeidsdager per år, tilstrekkelig til at nytten dekker kostnadene. Resultatet avhenger derfor ikke av at den beregnede reduksjonen på sju prosentpoeng realiseres fullt ut. Den viktigste usikkerheten er hvor lenge virkningen på sykefraværet varer.

For Kari er det avgjørende at behandlingen faktisk fører til økt og vedvarende fysisk aktivitet. Dersom hun bare går fra å være fysisk inaktiv til delvis fysisk aktiv, er den beregnede nettoytten fortsatt om lag 80 500 kroner. Grenseberegningen viser at en reduksjon i hoftebruddsrisikoen på om lag fem prosent er tilstrekkelig til å dekke kostnadene, sammenlignet med 23 prosent i hovedberegningen. Resultatet er relativt lite følsomt for tiltakskostnaden, men mer følsomt for om Kari fortsetter å trene og opprettholder aktivitetsnivået over tid.

Resultatet for Noah er mer usikkert. Den beregnede nytten er fortsatt større enn kostnadene dersom virkningen på foreldrenes arbeidskapasitet utelates, eller dersom behandlingsfrekvensen økes til nivået som er undersøkt i følsomhetsanalysen. Samtidig er hovedresultatet avhengig av den forutsatte livskvalitetsgevinsten. Med produktivitetsgevinsten for foreldrene må gevinsten være minst om lag 0,15 QALY det første året for at nytten skal dekke kostnadene. Uten denne produktivitetsgevinsten er grenseverdien rett i overkant av 0,16 QALY, sammenlignet med 0,216 QALY i hovedberegningen. Effektanslaget bygger på en observasjonell studie som omfatter barn på flere

GMFCS-nivåer, og overførbarheten til Noah og til det modellerte norske forløpet er derfor mer usikker enn tallfestingen alene kan gi inntrykk av.

På tvers av casene er det særlig tre forhold som avgjør hvor mye verdi som realiseres: om behandlingen når personer som kan ha nytte av den, om behandlingen gjennomføres på en måte som faktisk påvirker funksjon, deltakelse og aktivitet, og om virkningen opprettholdes over tid. Resultatene avhenger i mindre grad av det nøyaktige antallet konsultasjoner enn av kvaliteten, innretningen og kontinuiteten i behandlingen.

5.4 Verdien som ikke er tallfestet

De prissatte resultatene fanger bare en avgrenset del av verdien som beskrives i programlogikken. Flere potensielt viktige nyttevirksomheter er identifisert, men ikke prissatt. Det gjelder blant annet redusert bruk av andre helse- og omsorgstjenester, bedre funksjon og selvstendighet, redusert belastning for pårørende og mulige virkninger på utdanning og arbeidsdeltakelse. Det finnes samtidig utelatte kostnader, blant annet pasientenes tids- og reisekostnader og foreldrenes tidsbruk til trening hjemme. Beregningene kan derfor ikke uten videre forstås som absolutte minimumsanslag. De er avgrensede anslag på de virkningene som har kunnet tallfestes på en faglig forsvarlig måte. Samtidig er det grunn til å anta at den reelle virkningen og den samfunnsøkonomiske gevinsten kan være større enn beregningene viser, fordi flere positive virkninger ikke er prissatt.

For det første er verdien av den ordinære fysioterapien ikke verdsatt. I case 1 og 3 mottar casepersonene ordinær fysioterapeutisk behandling i både null- og tiltaksalternativet. Den løpende behandlingen som utvikler og vedlikeholder funksjon, forebygger komplikasjoner og støtter deltakelse, inngår derfor ikke i beregningene. De 8,1 millioner pasientkontaktene som er omtalt i kapittel 2, gjelder bare den takstfinansierte delen av tjenesten. Behandling i blant annet kommuner og sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og privat praksis uten driftsavtale er ikke fullt ut fanget opp i disse tallene. At forskningslitteraturen er innrettet mot effekten av *forsterket* behandling, betyr ikke at den ordinære behandlingen er uten verdi; det betyr at dens verdi ikke lar seg tallfeste med tilgjengelige effektanslag.

For det andre er flere sannsynlige virkninger i de analyserte forløpene ikke prissatt. I case 1 gjelder dette blant annet redusert bruk av andre helsetjenester og arbeidsavklaringspenger, men også Siljes tidsbruk og reisekostnader. I case 2 er bredere helsegevinster av fysisk aktivitet, andre unngåtte fallskader, redusert ensomhet, økt selvstendighet, utsatt behov for helse- og omsorgstjenester og redusert belastning for pårørende holdt utenfor. I case 3 gjelder det blant annet foreldrenes livskvalitet, redusert behov for andre helsetjenester og bistand i skole og SFO samt mulige virkninger på Noahs utdanning og arbeidsdeltakelse senere i livet. Samlet sett er det identifisert flere ikke-prissatte virkninger som kan øke nytten, men det er ikke grunnlag for å tallfeste den samlede virkningen av disse.

For det tredje dekker casene bare enkelte pasientgrupper og deler av de seks verdikanalene. Fysioterapiens bidrag innen blant annet psykisk helse, hjerte- og lungesykdommer, nevrologisk rehabilitering og vedlikehold av funksjon ved kroniske tilstander er ikke tallfestet. Casene belyser også bare i begrenset grad hvordan fysioterapi kan redusere eller utsette behovet for andre helse- og omsorgstjenester. Det gjelder blant annet hjemmetjenester, omsorgsbolig

og institusjonsopphold. Rapporten gir derfor ikke grunnlag for å anslå den samlede verdien av fysioterapitjenesten eller for å rangere de ulike delene av feltet etter samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

5.5 Fra case til felt

Casene kan ikke summeres eller skaleres opp til en samlet verdi av fysioterapi, og rapporten beregner bevisst ingen netto nåverdi for feltet som helhet. De illustrerende oppskaleringene viser likevel hvor stor samfunnsøkonomisk verdi behandlingen kan skape dersom flere personer mottar tilsvarende behandling og oppnår samme gjennomsnittlige nettonytte som i casene. Sammenholdes casene med tjenestebeskrivelsen i kapittel 2, gir de likevel grunnlag for én overordnet observasjon: I alle tre casene er den beregnede nytten større enn kostnadene. I case 1 og 2 utgjør tilleggskostnadene en liten del av de beregnede gevinstene, mens også det mer ressurskrevende tiltaket i case 3 gir positiv beregnet nettonytte. Pasientgruppene casene representerer, sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser, hjemmeboende eldre med fallrisiko og barn med varige funksjonsnedsettelse, omfatter samlet store pasientgrupper. Det tilsier at det samfunnsøkonomiske potensialet i godt innrettede fysioterapeutisk behandling er betydelig, uten at rapporten tallfester hvor stort.

5.6 Avsluttende vurdering

Utgangspunktet for rapporten var at verdien av fysioterapi er vanskelig å se fordi kostnadene er synlige og samlede, mens gevinstene er spredt mellom pasienter, familier, arbeidsgivere og ulike deler av offentlig sektor. Mange av gevinstene består dessuten i hendelser eller utviklingsforløp som ikke inntreffer: et sykefravær som forkortes, et hoftebrudd som unngås, eller et funksjonsfall og hjelpebehov som reduseres eller utsettes.

Analysen gjør deler av denne verdien synlig gjennom tre case som dekker ulike livsfaser, formål og verdikanaler. I alle tre casene er den beregnede nytten større enn kostnadene, også når sentrale forutsetninger varieres enkeltvis. Resultatet er mest robust for den arbeidsrettede behandlingen av Silje og det fallforebyggende forløpet for Kari. Noah-caset viser også positiv nettonytte, men resultatet er mer avhengig av størrelsen og varigheten på den beregnede livskvalitetsgevinsten. Hovedanslagene må derfor forstås som illustrasjoner av størrelsesorden og hvilke forhold som driver resultatene, ikke som presise prognoser for den enkelte pasient.

Den overordnede samfunnsøkonomiske konklusjonen er ikke at enhver økning i fysioterapeutisk aktivitet vil være lønnsom. Casene viser at fysioterapeutisk behandling kan utløse gevinster som er klart større enn kostnadene, både når tjenesten når personer som ellers ikke ville mottatt et tilsvarende tilbud, og når behandlingen styrkes innenfor et eksisterende tilbud. At fysioterapeutisk behandling i alle tre casene er samfunnsøkonomisk lønnsom med nøkterne forutsetninger, sier noe vesentlig om fysioterapiens verdi for samfunnet. Samtidig holdes verdien av den ordinære fysioterapeutiske behandlingen og flere andre virkninger utenfor beregningene. Casene belyser derfor bare en del av fysioterapiens samlede verdi.

Fysioterapiens samfunnsøkonomiske verdi ligger ikke bare i behandlingen som gjennomføres, men også i sykefraværet, fallene, funksjonstapet og hjelpebehovet som kan forebygges, reduseres eller utsettes.

6 Referanser

- Aldring og helse - Nasjonalt senter. (2026). *Sterk og stødig - Treningsgrupper tilpasset for seniorer*. Hentet fra www.aldringoghelse.no: <https://www.aldringoghelse.no/fysisk-helse/sterk-og-stodig/>
- Bleyenheuft, Y., Ebner-Karestinos, D., Surana, B., Paradis, J., Sidiropoulos, A., Renders, A., . . . Gordon, A. M. (2017). Intensive upper- and lower-extremity training for children with bilateral cerebral palsy: a quasi-randomized trial. *Developmental Medicine & Child Neurology*. doi:10.1111/dmcn.13379
- Brandão, M. d., Ebner-Karestinos, D., Mailleux, V., Gordon, A. M., & Bleyenheuft, Y. (2020). Hand-arm bimanual intensive therapy and daily functioning of children with bilateral cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Developmental Medicine & Child Neurology*. doi:10.1111/dmcn.14615
- Davis, S., Simpson, E., Hamilton, J., James, M. M.-S., Rawdin, A., Wong, R., . . . Selby, P. (2020). Denosumab, raloxifene, romosozumab and teriparatide to prevent osteoporotic fragility fractures: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*. doi:10.3310/hta24290
- DFØ. (2024). *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*.
- Evensen, M., Dale-Olsen, H., Hardoy, I., & Wentzel, M. (2024). *Registerdataanalyse: sykefravær, inkludering og frafall fra arbeidslivet - Delrapport 2*.
- Hagen, E. M., Grasdal, A., & Eriksen, H. R. (2003). Does Early Intervention with a Light Mobilization Program Reduce Long-Term Sick Leave for Low Back Pain: A 3-Year Follow-Up Study. *Spine*.
- Hektoen, L. F. (2014). *Kostnader ved hoftebrudd hos eldre*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Prop. 1 S (2024 –2025) - Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*.
- Helsedirektoratet. (2024). Vedlegg 2: Utdypende tekst med vurderinger som ligger til grunn for anbefalingene om økonomisk verdi på helseenheter. I *Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – temaveileder til utredningsinstruksen*.
- Helsedirektoratet. (2024). Vedlegg 3: Vurderinger knyttet til økonomisk verdsetting av DALY. I *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2019-2021*.
- Helsedirektoratet. (2025). *Vunne leveår og helsetapsjusterte leveår (DALYs) ved fysisk aktivitet*.

- Hollung, S. J., & Andersen, G. L. (2025). *Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP) - Årsrapport for 2024*.
- Kamaleri, Y., Natvig, B., Ihlebæk, C. M., & Bruusgaard, D. (2009, April). Does the number of musculoskeletal pain sites predict work disability? A 14-year prospective study. *European Journal of Pain*, ss. 426-430.
- Køber, T., & Lien, H. (2025). *Sykefraværet i Norge øker mer enn i nabolandene*. SSB.
- Lambeek, L. C., Mechelen, W. v., Knol, D. L., Loisel, P., & Anema, J. R. (2010). Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*.
- Lindström, I., Öhlund, C., Eek, C., Wallin, L., Peterson, L.-E., Fordyce, W. E., & Nachemson, A. L. (1992). The Effect of Graded Activity on Patients with Subacute Low Back Pain: A Randomized Prospective Clinical Study with an Operant-Conditioning Behavioral Approach. *Physical Therapy*.
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., . . . Lemaire, J. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*.
- Lovdata. (2015). *Forskrift om arbeidsmarkedstiltak (tiltaksforskriften)*.
- Marcuzzi, A., Mork, P., Aasdahl, L., Skarpsno, E., Moe, K., & Lund Nielsen, T. I. (2024). Incidence of sick leave and disability pension in adults with musculoskeletal pain and co-occurring long-term conditions: data from the Norwegian HUNT study and national registries. *BMC Musculoskeletal Discord*.
- Michelsen, S. I., Flachs, E. M., Madsen, M., & Uldall, P. (2015). Parental social consequences of having a child with cerebral palsy in Denmark. *Developmental Medicine & Child Neurology*. doi:10.1111/dmcn.12719
- Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. (2024). *Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*.
- NAV. (2022). *Legemeldt sykefravær før og under koronapandemien – hva driver utviklingen?* Hentet fra <https://arbeidogvelferd.nav.no/article/2022/12/Legemeldt-sykefrav%C3%A6r-f%C3%B8r-og-under-koronapandemien-Hva-driver-utviklingen>
- NAV. (2026). Arkiv - Sykefraværstatistikk per 4.kvartal 2010 - 2025. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/relatert-informasjon/arkiv-sykefravaersstatistikk-per-4.kvartal-2010-2025>
- NAV. (2026). *Sykefraværstatistikk – sykefravær etter diagnose og varighet, 1. kvartal 2026*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>
- NAV. (2026). *Sykepengen*. Hentet fra NAV.no: <https://www.nav.no/sykepenger>

NAV. (2026). *Utviklingen i legemeldt sykefravær Året 2025. Statistikknotat*.

Nova-Díaz, D. M., Aguilera-Albesa, S., & Sánchez-Iriso, E. (2026). Cost-effectiveness analysis of intensive and emerging rehabilitation therapies in children with cerebral palsy: An observational cohort study using real-world evidence and microsimulation modelling. *Health Economics Review*. doi:10.1186/s13561-026-00768-2

Opheim, V., Skagen, C., Tveten, K. M., Lydersen, S., Størvold, G. V., & Sæther, R. (2025). Changes in gross motor function in children with cerebral palsy following repeated intensive rehabilitation periods: a longitudinal study. *Frontiers in Pediatrics*. doi:10.3389/fped.2025.1636955

Oslo Economics. (2021). *Behandlingsforløp og kostnader ved behandling innenfor fysioterapiområdet*.

Pocovi, N. C., Lin, C.-W. C., French, S. D., Graham, P. L., Dongen, J. M., Latimer, J., . . . Hancock, M. J. (2024). *Effectiveness and cost-effectiveness of an individualised, progressive walking and education intervention for the prevention of low back pain recurrence in Australia (WalkBack): a randomised controlled trial*. The Lancet. Hentet fra <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2824%2900755-4/fulltext>

Sakzewski, L., Bleyenheuft, Y., Novak, I., Elliott, C., Reedman, S., Morgan, C., . . . Boyd, R. N. (2025). A Multisite Randomized Controlled Trial of Hand Arm Bimanual Intensive Training Including Lower Extremity for Children with Bilateral Cerebral Palsy. *The Journal of Pediatrics*. doi:10.1016/j.jpeds.2025.114666

Saquetto, M. B., Bispo, A. d., Barreto, C. d., Gonçalves, K. A., Queiroz, R. S., Silva, C. M., & Neto, M. G. (2018). Addition of an educational programme for primary caregivers to rehabilitation improves self-care and mobility in children with cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. doi:10.1177/0269215518757051

Sawyer, M. G., Bittman, M., Greca, A. M., Crettenden, A. D., Borojevic, N., Raghavendra, P., & Russo, R. (2011). Time demands of caring for children with cerebral palsy: what are the implications for maternal mental health? *Developmental Medicine & Child Neurology*. doi:10.1111/j.1469-8749.2010.03848.x

Skatteetaten. (2026). *Arbeidsgiveravgift*. Hentet fra Skatteetaten.no: <https://www.skatteetaten.no/satser/arbeidsgiveravgift/>

Slaman, J., van den Berg-Emons, R., Tan, S. S., Russchen, H., van Meeteren, J., Stam, H., & Roebroek, M. (2015). Cost-utility of a lifestyle intervention in adolescents and young adults with spastic cerebral palsy. *Journal of Rehabilitation Medicine*. doi:10.2340/16501977-1929

Stortinget. (2025–2026). *Representantforslag 30 S med svar og vedlegg*.

Staal, J. B., Hlobil, H., Twisk, J. W., Smid, T., Köke, A. J., & Mechelen, W. v. (2004). Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*.

Svedbom, A., Borgström, F., Hernlund, E., Ström, O., Alekna, V., Bianchi, M. L., . . . Kanis, J. A. (2018). Quality of life for up to 18 months after low-energy hip, vertebral, and distal forearm fractures—results from the ICUROS. *Osteoporosis International*. doi:10.1007/s00198-017-4317-4

Tønsberg kommune. (2025). *Fysioterapitjenesten 2026*.

WHO. (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health - ICF*. Geneva: WHO.

Wondemu, M. Y., Joranger, P., Hermansen, Å., & Brekke, I. (2022). Impact of child disability on parental employment and labour income: a quasi-experimental study of parents of children with disabilities in Norway. *BMC Public Health*. doi:10.1186/s12889-022-14195-5

Øiestad, B. E., Maas, E., Aanesen, F., Tingulstad, A., Rysstad, T., van Tulder, M., . . . Storh, K. (2025). Effectiveness of Two Vocational Interventions on Sickness Absence and Costs for People with Musculoskeletal Disorders: 12 Months Results from the MI-NAV Multi-Arm Randomized Trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*.

