

# UNØDVENDIGE SYKEMELDINGER OG HENVISNINGER KOSTER MILLIARDER

Tekst: Jørgen Jevne, fysioterapeut, kiropraktor og fagrådgiver i Norsk Kiropraktorforening

JANUAR 2026

**Til tross for at Norge har en effektiv førstelinjetjeneste der mange pasienter håndteres godt, er det fortsatt svært mange som får feil behandling og dermed havner i en allerede presset spesialisthelsetjeneste. Konsekvensen av disse unødvendige henvisningene er ikke bare feilbehandling, men en regning i milliardklassen – og pasienter som i verste fall bare blir verre.**

De fleste pasienter med muskelskjelettplager håndteres i førstelinjen i Norge. Majoriteten oppsøker fastlege eller kiropraktor, hvor de blir undersøkt og behandlet, og dette er tilstrekkelig. Norsk forskning fra Amundsen og kolleger viser at de aller fleste pasientene klarer seg med én, eller noen få, konsultasjoner [1]. Dette er en billig og effektiv modell som er i tråd med internasjonale retningslinjer. Ser man samlet på besøk hos kiropraktor, fastlege og fysioterapeut, viser tallene fra Amundsen at 90 % av pasientene ferdigbehandles i førstelinjen.

Vi kan derfor slå fast at den norske førstelinjemodellen i all hovedsak er velfungerende.

Likevel er muskelskjelettregnskapet blodrød lesning: Det anslås at muskelskjelettplager koster 250 milliarder kroner årlig – hvordan er det mulig når majoriteten håndteres godt [2]?

## **Sykefravær er dyrt – og ofte undøvendig**

Sykefravær grunnet muskelskjelettplager har vært stabilt høyt de siste tyve årene. Over 30% av sykefraværet er grunnet smerter i kroppen, og verst er det i fysisk tunge yrker (bygg og anlegg). Stubhaug og kolleger ved Oslo universitets-sykehus viste at langvarige smerter koster Norge 128 milliarder kroner årlig, hvor nesten 80 prosent er tapt arbeidskraft (sykefravær, uførhet, redusert produktivitet). Av disse anslås 80-100 milliarder å være grunnet muskelskjelettplager [3].

Nasjonale og internasjonale

**35% av pasientene som er langtidssykemeldt er ikke tilbake i jobb 3 mnd. etter endt sykemelding**

retningslinjer viser tydelig at sykmelding som et tiltak for å håndtere muskelskjelettplager i de fleste tilfeller er feil [4.5.6]. Kortvarige avbrekk fra en fysisk eller psykisk krevende jobb kan være nødvendig. Men uten å iverksette riktige tiltak parallelt, – som ergonomiske tilpasninger, trivsel, variasjon i arbeidsform, og hjelp-til-selvhjelps tiltak, kan ofte en sykmelding være starten på et liv med utenforskap, ensomhet og isolasjon. Alle faktorer som er forbundet med en økning av plager for individet, og økte kostnader for samfunnet. 35% av pasienter som er langtidssykemeldt er ikke tilbake i jobb 3 måneder etter endt sykemelding.

**Nesten 90 % av alle MSK-pasientene ferdigbehandles i primærhelsetjenesten**

**12 % av pasientene står for en uproporsjonal andel av kostnadene**

Av pasienter som er sykmeldt mer enn 12 uker, er det i snitt 14% som ikke er tilbake i jobb ett år senere [7]. Tiltak rettet mot å holde folk i arbeid er både samfunnsøkonomisk fornuftig og best for individet med plager.

### **Få pasienter står for mesteparten av kostnadene**

Amundsen har avdekket at omtrent 12 % av pasientene står for en uproporsjonal andel av kostnadene. Det er flere årsaker til dette. Kombinasjoner av ulike helsetjenester er et fordyrende element; gruppen pasienter som karakteriseres av høy bruk av både fastlege og fysioterapi koster omtrent 20 ganger mer for samfunnet, enn gruppen som kun benytter kiropraktor. I tillegg er sannsynligheten for at pasienten henvises til enda dyrere spesialisthelsetjeneste omtrent seksdoblet hvis pasienten bruker fastlege og fysioterapeut samtidig sammenlignet med pasientene som kun går til kiropraktor [1, 8].

Ser man på de 5% pasientene som står for de største offentlige kostnadene (høykostpasienter) skyldes dette oftest henvisninger til

spesialisthelsetjenesten med påfølgende dyre innleggelser og kostbare operasjoner. Overraskende mange av disse henvisningene er antageligvis helt unødvendige. Norske registerdata viser at bare 30–50 % hadde fått adekvat førstelinjebehandling før de ble innlagt og operert [1, 8] Disse tallene er i seg selv urovekkende.

Nasjonale og internasjonale retningslinjer er entydige i sitt budskap hva gjelder håndtering av ikke-traumatiske muskelskjelettplager: Pasientene skal gjennomgå konservativ behandling over tid før en henvisning til spesialisthelsetjenesten overhodet vurderes [9]. Unntak fra denne regelen finnes, for eksempel raskt progredierende skiveprolaps med uttalte nevrologiske utfall, men disse tilhører en ubetydelig minoritet i den store sammenhengen.

Selv i svært komplekse tilfeller av muskelskjelettplager viser nå ny forskning at disse bør håndteres i spesialiserte sentre i førstelinjen. God behandling for denne gruppen innebærer en helhetlig, biopsykososial tilnærming etter

**Bare 30–50 % av pasientene hadde fått adekvat førstelinjebehandling før de ble innlagt og operert**

modell fra kognitiv funksjonell terapi (og lignende), som nylig har vist gode langtidsresultater ved ryggplager [10, 11].

Det fremstår derfor åpenbart at mange pasienter i dag kunne unngått både sykmeldinger og henvisninger til en kostnadsdrivende spesialisthelsetjeneste som i praksis ikke har et fullgodt tilbud til denne gruppen. Resultatet ville vært store samfunnsbesparelser – og pasienter som unngikk unødvendig venting, lidelse og kronifisering.

### **Arbeidslinja har aldri vært viktigere**

Det norske arbeidslivet står foran en varslet krise. I 2025 står 700 000 nordmenn i arbeidsfôr alder utenfor arbeidslivet. Det tilsvarer 20,5 % av den potensielle arbeidsstyrken, og trenden har dessverre vært økende [12]. Muskelskjelettplager er én av de viktigste årsakene til legemeldt sykefravær, og uspesifikke smerter er også en hyppig årsak til uførhet på landsbasis. Å ivareta og behandle den gjenværende arbeidsstyrken har derfor aldri vært viktigere.

Forskning viser at behandling av de hardest rammede pasientene er utfordrende uavhengig av nivå i helsetjenesten [13, 14].



**5% av pasientene står for 60% av kostnadene**

Dette er komplekse pasienter som krever omfattende, langvarig og kostbar behandling [11] i spesialiserte settinger. I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det derfor langt viktigere å satse hardere på arbeidslinjen for å hindre at utenforskapet øker ytterligere. Å redusere antall høykostpasienter fra 5% til 4% ville medført besparelse i milliardklassen, men har vist seg notorisk vanskelig i både forskning og praksis. Å fokusere på å forhindre at antallet utenfor arbeidslivet stiger fra 20.5% til 25 % er sannsynligvis en langt bedre samfunnsøkonomisk investering enn å bruke hoveddelen av ressursene på pasienter med lavere sannsynlighet for tilbakeføring til arbeid. I dag brukes det dessverre mye ressurser på kostnadsdrivende behandling som i liten grad gir avkastning i form av økt arbeidskapasitet og redusert sykefravær.

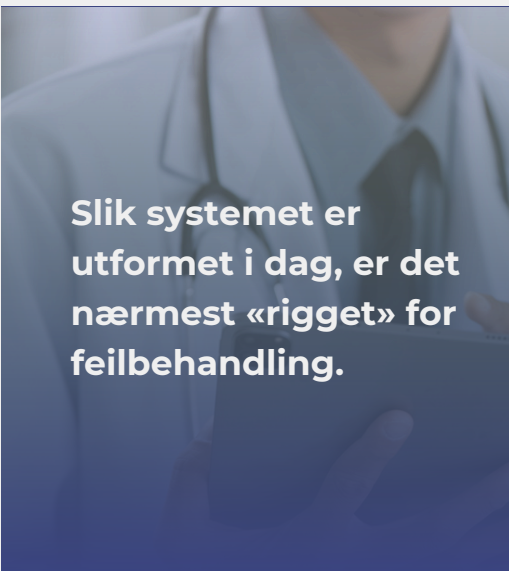
### **Systemet er rigget for fordyrende feilbehandling**

Basert på tilgjengelig forskning, og hvordan kunnskapsgrunnlaget har utviklet seg de siste 20 årene, er det åpenbart at en trygg, god og effektiv førstelinje er avgjørende.

Kostnadene blir først uhåndterbare når pasienter over- eller feilbehandles. Riktig og effektiv håndtering tidlig gir kortvarige forløp som holder pasientene i arbeid og kostnadene nede. Hvorfor henvises da så mange til spesialisthelsetjenesten uten at anbefalt behandling er prøvd først?

Svaret er sammensatt, men en kombinasjon av uvitenhet, manglende kunnskap, ressurspress og krevende pasientforløp er sannsynlige faktorer. Bedre samhandling mellom aktørene i førstelinjen bør være et satsingsområde, og en tydeligere ansvarsfordeling mellom fastleger, kiropraktorer og fysioterapeuter er nødvendig.

Slik systemet er utformet i dag, er det nærmest «rigget» for feilbehandling. For en fastlege i en travel praksis er det enklere å møte en kompleks ryggpasient med sykmelding, medikamenter og henvisning til bildediagnostikk da dette både er tidsbesparende og gir i mange tilfeller tilfredse pasienter [15]. Paradoksalt er alle tiltakene i direkte konflikt med internasjonale anbefalinger.



**Slik systemet er utformet i dag, er det nærmest «rigget» for feilbehandling.**

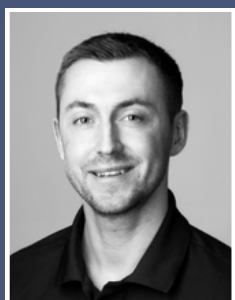
Å bruke tid på pasienten med god samtale, kognitiv atferdsterapi, grundig klinisk undersøkelse og delt beslutningstaking er retningslinjeforankrede tiltak [4,5,16], men som er åpenbart mer krevende for både kliniker og pasient. Systemet premierer derfor ubevisst feilaktige henvisninger og sykmeldinger, som både er kostnadsdrivende og i strid med retningslinjene for god behandling.

Det kreves derfor en omfattende reform av refusjonssystemene som i større grad ivaretar pasienters behov for god helsehjelp i primærlinjen, i stedet for at helsepersonellet premieres for å rekvirere pasienter til unødvendige undersøkelser, sykmeldinger og operasjoner. Dette krever et stort tverrpolitisk og tverrfaglig samarbeid hvor forskningen i mye større grad må forankre avgjørelsene. Forskningen er tilgjengelig og svarene ligger på bordet.

**Nå må vi handle.**

## **Olav Amundsen**

Doctoral Research Fellow -  
[Department of Public Health and Interdisciplinary Health Sciences](#)



- Bachelor of Physiotherapy, Høgskolen i Oslo og Akershus, 2011-2014
- Master of Clinical Physiotherapy, Curtin University, 2017
- Manual therapist, 2018
- Doctoral Research Fellow, Department for Interdisciplinary Health Sciences, 2021-2024

**[Patient characteristics and healthcare use for high-cost patients with musculoskeletal disorders in Norway.](#)**

# Kilder:

1. Amundsen O, et al. Combination of health care service use and the relation to demographic and socioeconomic factors for patients with musculoskeletal disorders: a descriptive cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):858.
2. Skogli E, et al. Samfunnskostnader knyttet til muskel- og skjelettsykdom i Norge i dag. Rammer flest – koster mest. Oslo: MENON Economics AS; . 2019.
3. Stubhaug A, et al. The costs of chronic pain—Long-term estimates. *European Journal of Pain.* 2024.
4. Hartvigsen J, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet.* 2018.
5. Foster NE, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet.* 2018.
6. Munk R, et al. Mens vi venter på nye retningslinjer for behandling av korsryggsmerter. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2020;140(8).
7. Kvile J. Kommer langtidssykemeldte seg tilbake i jobb? Oslo: Statistisk sentralbyrå; . 2024 Jul 08.
8. Amundsen O, et al. Patient characteristics and healthcare use for high-cost patients with musculoskeletal disorders in Norway: a cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):1583.
9. WHO. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva: World Health Organization. . ISBN: 978-92-4-008178-9. 2023.
10. Kent P, et al. Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial. *The Lancet.* 2023.
11. Hancock M, et al. Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): 3-year follow-up of a randomised, controlled trial. *Lancet Rheumatol.* 2025;7(11):e789-e98.
12. NAV. 700 000 står utenfor arbeidslivet i Norge. Pressemelding; 8. august 2025.
13. Schwarz T, et al. Barriers to accessing health care for people with chronic conditions: a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1037.
14. Risberg M. Pakkeforløp for pasienter med muskel- og skjelettplager? . *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2018;138(10) 2018.
15. Arnbak BA, et al. Usual care for low back pain and barriers to best practice: A cross-sectional study in Danish general practice. *Musculoskeletal Care.* 2024;22(2):e1911.
16. Lewis J, O'Sullivan P. Is it time to reframe how we care for people with non-traumatic musculoskeletal pain? *Br J Sports Med.* 2018.