

Prosjektskisse

Denne prosjektskissen tegner opp et strukturert, skalerbart rehabiliteringsprogram som søker å redusere symptombelastning og øke funksjonsevne og arbeidsevne hos personer med kronisk utmattelse.

Prosjektskissen begynner med å tegne opp et bilde av dagens situasjon og de utfordringene vi ser i dag rundt dette sykdomsbildet, og går så over i å skissere en alternativ løsning til hvordan vi kan nærme oss et godt og fungerende rehabiliteringstilbud for disse pasientene/brukerne.

I denne prosjektskissen brukes betegnelsen «kronisk utmattelse» som en samlebetegnelse for ulike tilstander med liknende symptombilde, for eksempel ME og Long Covid. Det vil imidlertid være deler av materialet hvor informasjonen omhandler ME eller Long Covid spesifikt, eller hvor det henvises til andre diagnosekoder, og da vil disse ordene brukes.

Dagens situasjon

Sykdomsomfang

Kronisk utmattelsessyndrom/Myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) er en alvorlig og invalidiserende tilstand som rammer millioner verden over. Symptombelastningen kan være høy og funksjonsnivået lavt. Livskvaliteten reduseres i mange tilfeller mer enn ved blant annet kreft, hjertesykdom, slag, kronisk nyresvikt og MS. ¹ Arbeidsdeltakelsen reduseres tilsvarende.

Det er vanskelig å anslå akkurat hvor mange som har sykdommen ME, da de diagnostiske kriteriene fremdeles varierer og ulike diagnosekoder brukes på samme symptombilde. I en gjennomgang av forskning på ME i Europa anslås det imidlertid at det gjelder mellom 0,1 og 2,2 prosent av befolkningen, altså et sted mellom 5627 og 123 803 personer i Norge. ²

I følge en registerstudie fra SINTEF blir 1852 nye personer diagnostisert med ME hvert år, bare i spesialisthelsetjenesten³. I tillegg kommer de som får diagnosen hos fastlegen, privatpraktiserende spesialist eller som blir diagnostisert med andre, lignende diagnoser for den samme tilstanden. ME-foreningen anslår med utgangspunkt i tallene fra SINTEF og egne nettbaserte spørreundersøkelser at det faktiske tallet er 2645 nye diagnosetilfeller av ME per år.

¹ Falk Hvidberg et. al. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4492975/>
Kingdon et. al. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6249197/>

² <https://www.forskning.no/me-sykdommer/hvor-mange-har-me-i-norge/2156081>

³ Hilland, Anthun 2022: <https://nva.sikt.no/registration/0198cc41d94c-b8258814-f91f-4645-be11-4428145c5ccd>

Kostnad for individet, kostnad for samfunnet

Sykdommen ME (og liknende diagnoser) er åpenbart en stor kostnad og belastning for individet, men med tanke på tallene over, så er dette definitivt også en belastning for samfunnet.

I en større FAFO-studie fra 2025⁴ får vi et bilde av sannsynligheten for at personer som har en ME-diagnose vender tilbake til helse og til arbeid. Kun en veldig liten andel av de som hadde lav eller ingen inntekt rundt den perioden de ble diagnostisert hadde en positiv lønnsutvikling i påfølgende år. Av de som ble diagnostisert i 2016 viste 57 prosent ingen positiv utvikling, 38 prosent fikk lavere inntekt og kun 5 prosent opplevde en positiv lønnsutvikling i løpet av tre år. Den positive lønnsutviklingen var også liten for dem det gjaldt. Kun tre av 733 personer som tjente under 100 000 kr i 2016 hadde økt til en gjennomsnittlig inntekt tre år senere.

Man må selvfølgelig påregne (og håpe) at noen av disse deltakerne har klart å komme helt eller delvis tilbake til arbeid etter tre år. Tallene er allikevel relativt dystre. Kun fem prosent av de som blir diagnostisert med ME kommer tilbake i arbeid på deltid i løpet av denne tidsperioden, og kun 0,2 prosent kommer tilbake til fulltidsinntekt.

Så hvis vi optimistisk regner med at ca. 5 prosent av alle som blir diagnostisert med ME i løpet av et år blir helt friske igjen så øker antallet ME-syke i Norge med rundt 2500 personer per år. Vi snakker altså om et stort samfunnsproblem, og samfunnskostnad.

Fravær fra arbeidslivet

NAV's rapport for utviklingen i legemeldt sykefravær for året 2024 viser generelt at sykefraværet i Norge øker og at varigheten på de enkelte sykefraværene blir lengre. Antallet med diagnosen «slapphet/ tretthet» (diagnosekoden som oftest brukes på kronisk utmattelse hos fastlegen) ble doblet fra 2019 til 2023, og fra 2019 til 2024 står denne diagnosen alene for 14 prosent av økningen i sykefraværet.

En registerstudie fra NAV fant også at sykefravær med diagnosen slapphet/trøtthet var vanligere for personer som først var sykmeldt med Covid-19, sammenliknet med personer som først var sykmeldt med andre diagnoser (Moberg & Kabashi, 2023).⁵ Vi har i følge FAFO også en stadig økning i pasienter som diagnostiseres med Long Covid, en diagnose som bærer mange likheter med ME. De samme kroniske symptomene og utfordringene gjør seg altså gjeldende over flere ulike diagnosekoder, og alle virker å være økende.

Fra 2023 til 2024 ble det registrert en økning på 900 personer med diagnosen slapphet/trøtthet som mottok AAP (arbeidsavklaringpenger). Dette er en økning på 12,6 prosent. I 2025 har antall mottakere med denne diagnosen vært så godt som uforandret, på rundt 8 700 personer. Diagnosen inkluderer blant annet kronisk utmattelsessyndrom, postviralt tretthetssyndrom og asteni.

⁴ Kielland, Liu 2025: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590291124004030?via%3Dihub#bib1>

⁵ https://www.nav.no/_/attachment/inline/929bb61f-d99c-4edd-881b-dc2439acabc0:5ba00cbca51fa6ec9cbc5e256a198b5f13aa7fcb/%C3%85rsnotat%20sykefrav%C3%A6r%20%C3%A5ret%202024.pdf

Rapporten fra 2024 viser generelt en økning i personer som kommer tilbake på AAP etter kortvarig opphold fra ytelsen på under ett år, i tillegg til at antall mottakere med lang varighet på AAP øker.⁶

Per desember 2025 var det registrert 374 900 mottakere av uføretrygd i Norge. Det var en økning på 1 900 personer i løpet av 2025. Ved utgangen av 2025 var antallet mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen mellom 18 og 67 år på 10,5 prosent.

Nav har utarbeidet en ny prognose over forventet utvikling i antallet personer med uføretrygd i 2026 og 2027. Nav forventer 380 100 mottakere i desember 2026 (10,6 prosent av befolkningen) og 386 000 mottakere ved utgangen av 2027 (10,7 prosent av befolkningen).

Ved utgangen av 2024 var det 22 400 uføretrygdde i Norge mellom 18 og 29 år. Det utgjorde 2,7 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen. Sammenligner vi med for 10 år siden, har andelen unge uføretrygdde totalt økt med 1,0 prosentpoeng (7 900 personer).⁷ 3,9 prosent av dagens unge uføre har en ME-diagnose, altså 874 personer.⁸

I følge NAV selv var de samlede utbetalingene til uføretrygd, arbeidsavklaringspenger (AAP) og sykepenger på til sammen 256 milliarder kroner i 2025. Det er en økning på 6,6 prosent fra året før.⁹ Med utgangspunkt i slike tall vil bare å gjøre noe for én diagnosegruppe potensielt utgjøre en enorm fremtidig samfunnsøkonomisk besparelse. Bare de 874 unge uføre med ME-diagnose i dag (uten å regne med tilføring av nye personer til statistikken), koster samfunnet 17 millioner kroner per person¹⁰, nesten 15 milliarder til sammen, i et livsløpsperspektiv, hvis de ikke kommer tilbake i arbeid, fullt eller helt.

Eksisterende tiltak

Det norske helsevesenet og NAV baserer seg i sin forståelse og sine anbefalinger for ME-pasienter på en nasjonal veileder fra Helsedirektoratet utgitt i 2014/15¹¹. Anbefalingene fra denne veilederen oppleves for de fleste som har kjennskap til sykdommen som både mangelfulle og utdaterte. Det er fremdeles kognitiv adferdsterapi og gradert fysisk trening som anbefales som behandling for pasientene, noe vi vet at i mange tilfeller fører til forverring av sykdomsbildet. I amerikanske og

⁶ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/arbeidsavklaringspenger/arbeidsavklaringapenger-statistikknnotater>

⁷ Uføretrygd Årsnotat 2025. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/uforetrygd-statistikknnotater>

⁸ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/flere-unge-ufore-med-autisme-ptsd-og-me>

⁹ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/flere-statistikkomrader/utbetalinger-til-personer-i-norge-per-fylke-og-kommune>

¹⁰ <https://www.faktisk.no/artikkel/hva-koster-en-ung-ufor-staten/125051>

¹¹ https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/pasienter-med-cfsme-utredning-diagnostikk-behandling-rehabilitering-pleie-og-omsorg/CFS-ME%20%E2%80%93%20Nasjonal%20veileder%20for%20utredning,%20diagnostikk,%20behandling,%20pleie%20og%20omsorg.pdf/_/attachment/inline/63b695db-59b0-48e9-9da5-f49a4de282ba:35fd11d1509dd099b5bf142021e5813d10070553/CFS-ME%20%E2%80%93%20Nasjonal%20veileder%20for%20utredning,%20diagnostikk,%20behandling,%20pleie%20og%20omsorg.pdf

britiske studier fra [2015](#), [2018](#) og [2021](#) finner man ikke forskningsmessig belegg for disse anbefalingene.

De mye omtalte NICE-retningslinjene fra britiske helsemyndigheter i 2021 tar høyde for dette, og gir mye informasjon om hvordan ME-pasienter bør ivaretas. De gir oss dessverre ikke noe godt alternativ til faktisk fungerende behandling/rehabilitering.¹²

I en survey av ME-pasienter i Norge fra 2023, utført av FAFO,¹³ rapporterer de spurte personene mellom «lav» og «negativ» når de blir spurt om hvor fornøyde de er med nytten av de behandlingstilbudene de får tilbud om. Eksempelvis sier de fleste respondentene seg sterkt uenig i at det å gå til psykolog eller psykoterapeut, til kognitiv atferdsterapi eller å delta på et rehabiliteringsopphold har vært nyttig for dem. Så mye som 94% av de spurte rapporterer at de har blitt sykere etter arbeidsutprøving i AAP-perioden.

I den ovennevnte FAFO-studien fra 2023, hvor de målte inntektsnivåene til ME-pasienter i en periode over tre år, viser det seg at inntektsevnene jevnt over går ned i perioder hvor ME-pasienter er forventet å delta i ulike tiltak og behandlinger. Forskerne i FAFO-studien advarer om at krevende intervensjoner av ovennevnte type kan føre til en forlengelse av sykdomsbildet for pasientene og mindre sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid.

Rehabiliteringsopphold

ME-Foreningen gjennomførte høsten 2017 en undersøkelse blant ME-syke om tilbud og erfaringer ved rehabiliteringsopphold¹⁴.

Nærmere 3 av 4 respondenter var uenige eller svært uenige i at de var friskere ved slutten av oppholdet enn da de ankom, og omtrent den samme andelen er uenig eller svært uenig i at de var friskere en måned etter oppholdet. Mange forteller at de opplevde forverring i løpet av oppholdet, og at forverringen varte i lang tid i etterkant. Så mye som 8% av de spurte ble så mye dårligere at de måtte reise hjem, mens 11% måtte enten redusere deltagelsen i aktiviteter og undervisning eller hadde behov for skjerming fra støy, f.eks. ved å få maten servert på rommet.

Noen forhold som går igjen:

- Reisen i seg selv er en belastning, og det gis ikke nok tid til å komme seg etter ankomst.
- Støyende kantine
- Lange avstander å gå mellom rom, undervisning, trening og mat.
- For høyt aktivitetsnivå, for mange aktiviteter.
- For lite tid til hvile.
- For lite individuell tilpasning av oppholdet, slik at pasienter med ulik grad av ME forventes å delta like mye.
- Hjemreisen er slitsom.

¹² <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206>

¹³ <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053231169191>

¹⁴ <https://www.me-foreningen.no/ressurser/me-foreningens-rapporter/me-pasienters-erfaringer-med-rehabilitering-2018/>

Cirka halvparten av respondentene er enige eller svært enige i at de ansatte hadde god kunnskap om ME og at de lærte mye som de har hatt nytte av senere, men selv de som opplevde at de lærte mye de hadde nytte av, forteller også at det var vanskelig å omsette rådene til praksis og at de savnet oppfølging etter at de kom hjem.

Av de som var fornøyde med oppholdet, er det ofte det sosiale aspektet som trekkes fram, det å møte andre i samme situasjon.

De pasientene som i utgangspunktet er sykest er også de som har minst utbytte av oppholdet. Hele 58 % av de med alvorlig grad av ME rapporterer at de ble sykere av oppholdet. Dette passer godt med det øvrige bildet som tegnes: mange opplever at sentrene legger opp til for stor aktivitet og for mye trening, og dette vil ramme de sykeste hardest. Noen ble betraktelig sykere i lang tid (måneder eller år) etter oppholdet. Noen respondenter rapporterer at de har blitt varig dårligere, og én rapporterer om akutt sykehusinnleggelse under oppholdet.

En annen utfordring som viser seg i materialet er at det er store lokale variasjoner fra et rehabiliteringssenter til et annet. Det rapporterte utbyttet til pasientene varierer sterkt med hvilket senter de har vært på. Det rapporteres også om svært ulike tilnærminger til rehabiliteringen på de ulike sentrene.

Et bærekraftig alternativ?

Behov for en helhetlig tilnærming

I spørreundersøkelsen fra ME-foreningen ser vi et stort sprik i pasientenes erfaring med de ulike rehabiliteringssentrene og også i de ulike sentrenes tilnærming til hvordan ME skal behandles.

Det kommer fram i rapporten at sentrene gjerne følger én av to hovedlinjer: Den biomedisinske linjen: Fokus på å ikke skape symptomforverring ved å utløse PEM (Anstrengelsesutløst symptomforverring) og å lære om energikonvolutt. Dette gjør at pasientene rapporterer en mindre grad av forverring, men metoden stopper gjerne ved å «ikke forverre», og mangler ofte gode verktøy for bedringsprosess.

Den andre linjen som følges er det som ofte kalles en psykososial linje. Her er det gjerne hovedfokus på en form for kognitiv terapi og på aktivitetssopptrapping. Her ser vi at mange opplever forverring, tilsynelatende fordi det mangler rom for individuell tilpasning og en dypere forståelse av de biologiske faktorene ved sykdommen.

Det er behov for en bro mellom disse to hovedlinjene som vi ser i forståelsen av sykdommen i dag; vi må ha en forståelse som både inkluderer den biologiske realiteten av sykdommen, symptombildet og hvordan det bør hensyntas, i tillegg til gode, fleksible og tilpassede verktøy som kan hjelpe tilfriskning.

Det som presenteres her, som et mulig alternativ, er et langsiktig, individtilpasset rehabiliteringsprogram som kombinerer disse to forståelsene basert på nyere nevrovitenskapelig forskning og erfaring fra allerede eksisterende nettbaserte rehabiliteringsprogram med stor grad av rapportert forbedring/tilfriskning.

Struktur

- ❖ **Hverdagsintegreert rehabilitering:** Programmet følges hjemmefra via nett + enkelte lokale fysiske møter eller hjemmebesøk ved behov. Pasientene bruker ikke krefter på å flyttes fysisk, tilpasse seg nye strukturer/rutiner og tas ut av egen hverdag. Problemet oppstår i hverdagen, det er der det må repareres.
- ❖ **Gruppebasert:** Det meste av oppfølgingen vil foregå i grupper, slik at pasientene også kan dele med hverandre og lære av hverandres erfaringer. Dette ser vi er viktig fra det som rapporteres som utbytte fra rehabiliteringsoppholdene.
- ❖ **Eierskap til egen helseprosess:** Hovedfokus vil være på å lære bort metoder som pasientene så tar i bruk selv, sånn at de opplever et eierskap til egen helseprosess.
- ❖ **Langtidsoppfølging/kontinuitet:** Fokus på stabil og tilgjengelig oppfølging over tid. Pasientene/brukerne vil trenge hjelp med implementering av verktøyene og de utfordringene/spørsmålene som dukker opp underveis. Lengden på programmet må derfor kunne være fleksibel, også fordi lengden på oppfølgingsbehov vil variere fra person til person.
- ❖ **Individuell tilpasning:** Programmet vil ha ulike moduler for hvor man skal begynne og hvordan man skal jobbe for ulike grader og faser av sykdommen. Dette er spesielt viktig for de som har en alvorlig grad av ME, og som eksisterende rehabiliteringstilbud ikke ser ut til å treffe.

Moduler

Individuell samtale/oppstartssamtale

Pasientene/brukerne får mulighet til å fortelle sin historie, beskrive sine opplevelser og sitt symptombylde. De trenger å møte noen som tar det de sier på alvor. De trenger å få høre både at det de opplever og det som skjer i kroppen er helt reelt, samtidig som de får høre at det faktisk går an å bli helt frisk igjen. Informasjonen som blir innhentet her vil også være utgangspunktet for å lage en individuell oppfølgingsplan.

Lære hva sykdomsbildet handler om

Undervisning i en nevrobiologisk forståelse av hvordan sykdommen har oppstått, hva som skjer i kroppen og hvordan vi kan jobbe med bedring på en trygg og effektiv måte: Stressresponser, det autonome nervesystemet, hvordan en dysfunksjon i nervesystemet påvirker resten av kroppen og skaper symptomer og hvordan vi kan reversere dette. Snakke om hvordan man kan jobbe for å rekalkibrere nervesystemet.

Lage en langtidsplan sammen med coachen din (og eventuelt legen/fysioterapeuten):

Finne grunnlinjen, energikonvolutten. Lage et program og struktur for aktivitet og hvile. Bygge forståelse av «less is more» i begynnelsen. Å adressere kosthold kan også komme inn her, og eventuelt å gjøre endringer i livssituasjon som er nødvendige for å redusere stressfaktorer i dagliglivet.

Rekalibrering av nervesystemet

Begynne å lære og ta i bruk de ulike brainretraining-verktøyene. Hjelp hjernen/nervesystemet å omprogrammere hva som er reell fare og hva som ikke er det. Lære å lytte og stille spørsmål til deg selv. Bygge trygghet. Jobbe med følelsesmessige og mentale mønstre som hindrer bedring. Det kan være nervebaner/mønstre som har oppstått som et

resultat av sykdommen, og det kan også være mønstre som har oppstått tidligere i livet. Det er viktig at dette adresseres for å få kroppen ut av stressrespons.

Gradvis økning av aktivitet i nært samarbeid med coachen din

Dette vil fungere som en form for eksponeringsterapi. Tøye strikken litt, for så å roe ned. Fokus på å trygge nervesystemet i møte med aktiviteter ved å jobbe med de mind-body teknikkene som har blitt lært bort.

Symptomoppblussing

Lære hvordan du forholder deg til perioder med symptomoppblussing når kroppen justerer seg. Vite at bedring ikke vil skje i en rett linje, hva du skal gjøre når kroppen justerer seg og du merker en økning i symptomer, og hvordan du ender opp med en jevn oppadgående kurve i stedet for en nedadgående (pushing og kræsjing).

Reintegrasjon/tilbake til livet i samarbeid med coach, og eventuelt arbeidslivscoach

Hvordan bygge opp livsdeltakelse på en trygg måte, med de verktøyene du har lært. Hjelp til reorientering om nødvendig (i livet generelt og i arbeidslivet). Jobbe med forståelse av «normal slitenhet» og hverdagsutfordringer/hverdagsstress versus sykdom og symptomforverring.

Mål

Målet for det rehabiliteringsprogrammet som skisseres her er følgende:

- ❖ Økt livsdeltakelse og livskvalitet for de aktuelle individene.
- ❖ Økt arbeidsevne. Bygge opp arbeidslivsdeltakelse på en trygg måte over tid = bærekraft på sikt, hindrer «svingdøreffekt».
- ❖ Redusert sykefravær/personer på AAP/uføre.
- ❖ Lavere trygdeutbetalinger.

Politisk fokus/oppdragsbrev

Helseminister Jan Christian Vestre framhever tre helsevisjoner fram mot år 2030:

1. «I 2030 har vi en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste tilpasset folks hverdag, med korte ventetider, digitale løsninger og mer valgfrihet»
2. «I 2030 har vi en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste der helsepersonellet vårt får bruke mer av tiden sin på pasienter og eldre, og der fagfolk opplever tillit, mestring og eierskap.»
3. «I 2030 har vi en friskere befolkning og bedre beredskap – i Norge og i verden»

Han sier også at regjeringen vil utrede en ordning som sikrer at kunnskap om nye metoder kan fremskaffes mer målrettet, for eksempel ved bruk av følge-med-studier. I tillegg er det ønskelig med flere langsiktige avtaler med ideelle og private aktører slik at den samlede kapasiteten i helsetjenesten kan utnyttes best mulig.¹⁵

¹⁵ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helsetalen-2026/id3146275/>

Det programmet som skisseres her operasjonaliserer flere av gjeldende mål og retningslinjer ved å kombinere tidlig innsats, arbeidsrettet oppfølging og helsemessig regulering i én sammenhengende modell. I tillegg vil det treffe inn i den nye helsesatsingen, både når det gjelder digitalisering av helsetilbud, å bruke flere aktører for å utvide kapasiteten og det å tilby et sammenhengende helsetilbud som er tilpasset folks hverdag.

Koblingen mellom arbeid og helse er i dag et nasjonalt satsingsområde, synliggjort i stortingsmeldingen «NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet» (Meld. St. 33, 2015-2016) og Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratet strategidokument «Strategi for fagfeltet arbeid og helse (2021)» og rapport «Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet» (2019).¹⁶

Arbeidet med å få ned sykefraværet er også et område som skal fortsette å prioriteres. Regjeringen påpeker at sykefraværet i Norge ligger på et betydelig høyere nivå enn før pandemien og at langvarig sykefravær kan føre til frafall fra arbeidslivet og overgang til andre helserelaterte ytelser.

Det er også et ønske at mottakere av arbeidsavklaringspenger skal få avklart sitt bistandsbehov så tidlig som mulig. Her skriver de at det er spesielt viktig at oppfølgingen er arbeidsrettet, og at tiltak og tjenester er rettet mot å styrke den enkeltes muligheter i arbeidsmarkedet. Etaten skal også understøtte at flere som mottar uføretrygd kommer helt eller delvis tilbake i arbeid når det er mulig.

For at personer med behov for flere tjenester eller ulik type bistand skal få et helhetlig og tilpasset arbeidsrettet tilbud, ber regjeringen NAV om å samarbeide med arbeidsgivere, utdanningsmyndigheter, helsetjenester og andre relevante aktører.¹⁷

Regjeringen ønsker at flere med nedsatt arbeidsevne skal kunne komme i jobb. Det er også fremdeles et viktig satsingsområde å få flere unge i arbeid og utdanning. Unge skal prioriteres i særlig grad med tett oppfølging på vei mot arbeid.

Regjeringens Ungdomsløft¹⁸ kunne muligens vært et utgangspunkt for å teste ut et slikt program som skisseres her, ved å utforme et pilotprosjekt for den yngste aldersgruppen i NAV. Her kan man også se for seg å koble på en form for følge-med studie eller en annen måte å evaluere effekten på, før man eventuelt skalerer prosjektet opp til å inkludere flere aldersgrupper og/eller brukergrupper.

Prosjektet kan i første omgang for eksempel stiles mot aldergruppen 18-29 år, uavhengig av ytelse, men med en avklart ME-diagnose (og ferdig med grunnleggende utredninger), for å skape en homogen forsøksgruppe.

Samfunnsøkonomisk gevinst

NAV beregner samfunnsgevinsten av at én person kommer i arbeid framfor å motta uføretrygd til ca. 350 000 kroner i året (Merinntekt av arbeid framfor uføretrygd: 252 000 per år. Arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader: 50 000 kr per år. Reduserte skattevridningskostnader: 56 000 kr per år.)

Den reelle kostnaden er nok betydelig høyere, når man regner med helsetjenester, rehabilitering, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, sykehjemsplasser og pårørende som selv faller ut av arbeidslivet. I følge ME-foreningen sier rundt 60% av deres medlemmer at de stort sett er bundet til hjemmet – det

¹⁶ <https://arbeidoghelse.no/fagveileder/om-arr/arr-i-spesialisthelsetjenesten/nasjonalt-satsningsomrade/>

¹⁷ <https://www.regjeringen.no/contentassets/fc831a3fee5546aca212d6c3b1c9e126/tildelingsbrev-til-arbeids-og-velferdsdirektoratet-for-2026.pdf>

¹⁸ <https://nettsteder.regjeringen.no/ungdomsloftet/hva-er-ungdomsloftet/>

betyr at de trenger hjelp til svært mye. Rundt 15% er sengeliggende, og ca. 2% er fullstendig pleietrengende.

Med utgangspunkt i dette får vi en livsløpsverdi for at én person kommer i arbeid i stedet for å motta uføretrygd på i gjennomsnitt 4,7 millioner kroner per person (øvre estimat), og et justert estimat på 2,9 millioner. Tallet vil åpenbart variere med individets alder og andre faktorer – en ung ufør vil koste samfunnet betydelig mer enn en eldre person.

Hvis det programmet vi skisserer her kan få 10 personer inn i jobb ser vi altså på denne samfunnsøkonomiske gevinsten:

- 10 personer → 3–5 millioner kr × 10
= **30–50 millioner kr i samfunnsgevinst**
- 100 personer →
= **300–500 millioner kr**

Disse tallene baserer seg jo åpenbart på estimer, og det er ikke nødvendigvis alle som vil kunne jobbe fullt. Effekt vil også kunne variere med alder, sykdomsgrad og andre underliggende faktorer. Men selv moderate forbedringer i funksjon og arbeidsevne vil gi en betydelig samfunnsgevinst.

Hvis én person som deltar i programmet for eksempel får 20% økt arbeidsevne, vil det kunne være en samfunnsgevinst på mellom 60 000 og 100 000 kroner per år. Og hvis vi kan hjelpe én person tilbake i full jobb skaper vi altså rundt 350 000 kroner i årlig samfunnsverdi – og flere millioner over tid.

Kostnad

Kostnaden ved å drifte et slikt program som skisseres her vil avhenge av ulike faktorer. Det mest aktuelle vil være å lage et pilotprosjekt med en begrenset gruppe deltakere for å teste ut effekten uten å etablere alt for store kostnader i første omgang. Kostnaden vil også avhenge av hvilke ressurser NAV kan omorganisere internt. Det vil være behov for å ansette en ekstern leder/coach som kan ha hovedansvaret for programmet og oppfølgingen, og eventuelt flere medarbeidere avhengig av størrelsen på programmet. Dette bør være personer som har direkte erfaring med sykdomsbildet og bruk av de aktuelle verktøyene. I tillegg bør en lege kobles på og være en del av både utviklingen og driften av programmet. Spørsmålet er om dette kan være en mulig rolle for en av NAVs leger, eller om denne ressursen også må hentes inn utenfra. Det vil også være andre tilleggskostnader, blant annet kostnader for å etablere en nettplattform for programmet. Hvis programmet settes opp som en del av interndriften i NAV, vil man mest sannsynlig kunne teste ut et pilotprosjekt uten alt for store kostnader. Uansett hvordan man ser for seg å drifte et slikt program vil kostnadene ganske sikkert være betydelig lavere enn den samfunnsøkonomiske gevinsten, hvis det kan hjelpe en andel av deltakerne ut i jobb igjen, helt eller delvis. Brutto samfunnsgevinst vil også øke per år ved et velfungerende program, hvis bedringen til de som har vært gjennom programmet er varig, og man stadig har mulighet til å ta nye pasienter inn.