



Samfunnsøkonomiske drøftinger av Innovasjons- og samskappingsutvalgets tiltak

Bo trygt hjemme, styrke pårørendes permisjonsrettigheter og frigjøre kapasitet i helse- og omsorgssektoren.



Av Kristoffer Midttømme, Ole Magnus Stokke Kjeldsberg, Håvard Johannes Skulstad, Kari Rolfsjord og Caroline Halvorsen

Forord

Innovasjons- og samskapingsutvalget ble oppnevnt av regjeringen i oktober 2024 for å utrede hvordan innovasjon og samskaping kan bidra til mer bærekraftige helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Bakgrunnen er en utvikling med økende etterspørsel etter tjenester samtidig som tilgangen på arbeidskraft blir mer begrenset. På oppdrag for sekretariatet for utvalget har Menon Economics bistått med å synliggjøre samfunnsøkonomiske konsekvenser av ulike tiltaksområder innen helse- og omsorgssektoren som utvalget jobber med.

Ansvarlig for prosjektet hos Menon har vært Kristoffer Midttømme, mens Caroline Halvorsen har vært prosjektleder. Ole Magnus Stokke Kjeldsberg og Håvard Johannes Skulstad har vært prosjektmedarbeidere. Kari Rolfsjord har vært kvalitetssikrer.

Vi takker sekretariatet for Innovasjon- og samskapingsutvalget for et spennende oppdrag. Menon står ansvarlig for alt innhold i rapporten.

april 2026

Kristoffer Midttømme
Prosjektansvarlig
Menon Economics

april 2026

Caroline Halvorsen
Prosjektleder
Menon Economics

Om Menon Economics

Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et konsultentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked.

Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt.

Om Innovasjons- og samskapingsutvalget

Innovasjons- og samskapingsutvalget ble oppnevnt av regjeringen i oktober 2024 for å utrede hvordan innovasjon og samskaping kan bidra til mer bærekraftige helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Bakgrunnen er en utvikling med økende etterspørsel etter tjenester samtidig som tilgangen på arbeidskraft blir mer begrenset.

Utvalget skal gi kunnskapsbaserte innspill til nasjonal politikkutforming, med særlig vekt på tiltak som kan redusere eller utsette behovet for tjenester, styrke pårørendes rolle og frigjøre ressurser i sektoren gjennom nye arbeidsformer, bedre oppgavedeling og bruk av teknologi.

Innhold

Sammendrag	4
1 Innledning	7
1.1 Bakgrunn og formål med prosjektet	7
1.2 Metodisk rammeverk	7
1.3 Konkretisering av oppdraget	8
2 Redusere etterspørsel etter tiltak sent i «bolig- og tjenestetrappen»	9
2.1 Boformer, ressursbruk og barrierer i omsorgstrappen	9
2.2 Eksisterende tiltak og virkemidler for at eldre skal bo hjemme lenger	12
2.3 Overordnede samfunnsøkonomiske virkninger av tiltak for at eldre skal bo hjemme lenger	14
3 Bedre permisjonsrettigheter for pårørende til eldre	21
3.1 Hva er problemet og hva ønsker man å oppnå	21
3.2 Relevante stønads- og permisjonsordninger for pårørende	27
3.3 Ulike former for utvidelse av permisjonsrettighetene	29
3.4 Overordnede samfunnsøkonomiske virkninger av å utvide permisjonsrettighetene til pårørende til eldre	30
3.5 Prinsipielle vurderinger	34
4 Frigjøre ressurser i helse- og omsorgssektoren	36
4.1 Hva er problemet og hva ønsker man å oppnå?	36
4.2 Eksempler på ulike modeller for oppgavedeling som har vært utprøvd	37
Referanseliste	45

Sammendrag

Helse- og omsorgssektoren står overfor et økende gap mellom behovet for tjenester og tilgangen på personell. På oppdrag for Innovasjons- og samskappingsutvalget har Menon Economics drøftet samfunnsøkonomiske virkninger av tre tiltaksområder som kan bidra til mer bærekraftige tjenester: tiltak som gjør det mulig for flere å bo trygt hjemme lenger, tiltak som kan gjøre det lettere å kombinere arbeid og pårørendeansvar for eldre, og tiltak som kan frigjøre ressurser i helse- og omsorgssektoren gjennom bedre oppgavedeling og mobilisering av arbeidskraft. Vår overordnede vurdering er at alle tre tiltaksområdene fremstår relevante og samfunnsøkonomisk velbegrunnede, men at det empiriske grunnlaget for å tallfeste virkningene ofte er begrenset. Rapporten viser derfor først og fremst hvilke mekanismer og avveininger som er viktige når tiltakene skal vurderes, snarere enn å gi et fullstendig og tallfestet beslutningsgrunnlag.

Et økende gap mellom behov og ressurser

Innovasjons- og samskappingsutvalget er oppnevnt for å utrede hvordan innovasjon, samskaping, teknologi og bedre ressursutnyttelse kan bidra til mer bærekraftige helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Bakgrunnen for utvalget er en utvikling der flere eldre vil ha behov for helse- og omsorgstjenester, samtidig som veksten i arbeidsstyrken er lavere. Dette innebærer at sektoren i økende grad må levere gode tjenester med begrensede personellressurser. Rapporten belyser tre tiltaksområder som står sentralt i dette arbeidet: å redusere eller utsette behovet for mer ressurskrevende tjenester, å styrke pårørendes mulighet til å stå i arbeid, og å frigjøre kapasitet i tjenestene gjennom nye måter å organisere arbeidet på.

Bo trygt hjemme: tiltak kan være samfunnsøkonomisk lønnsomme, men effektene er usikre

Et sentralt tema i rapporten er om tiltak som gjør privatboliger mer aldersvennlige, eller som bidrar til at eldre flytter tidligere til mer egnede boformer, kan redusere presset på helse- og omsorgstjenestene. Rapporten viser at slike tiltak i prinsippet kan være samfunnsøkonomisk lønnsomme dersom de bidrar til at flere kan bo trygt hjemme lenger, utsetter overgang til mer ressurskrevende tjenester og reduserer risikoen for fall, skader og andre hendelser som utløser tjenestebehov. Samtidig er det ikke boformen i seg selv som avgjør ressursbruken, men brukerens behov. Tiltakenes verdi avhenger derfor av om de faktisk endrer når og hvordan omsorgsbehov møtes.

Rapporten peker på flere barrierer som kan gjøre at riktig boform ikke velges til riktig tid: husholdninger kan utsette tilpasning eller flytting fordi kostnadene kommer umiddelbart mens gevinstene kommer senere, mange mangler likviditet eller låneevne, og kostnadsansvaret er delt mellom bruker, kommune og stat på måter som ikke alltid gir gode insentiver. I tillegg kan svake boligmarkeder gjøre det vanskelig å finne egnede alternativer. Dette gir et samfunnsøkonomisk rasjonale for tiltak som reduserer beslutningsbarrierer, bedrer finansieringsmuligheter og øker tilbudet av aldersvennlige boliger.

Samtidig er det empiriske kunnskapsgrunnlaget begrenset. Rapporten finner støtte for at boligtilpasning kan bedre trygghet, mestring og enkelte positive helseutfall, men langt svakere dokumentasjon for at slike tiltak faktisk utsetter institusjonsinnflytting, reduserer samlet kommunal ressursbruk eller gir klare netto gevinster for samfunnet. Den overordnede vurderingen er derfor at

behovet for boligsosiale tiltak fremstår godt begrunnet, men at virkningene i praksis er mer usikre enn det den umiddelbare logikken tilsier.

Pårørende er en stor ressurs, men dagens ordninger treffer bare delvis

Pårørende står for en svært stor del av den samlede omsorgsinnsatsen i Norge. Rapporten viser til at pårørende innsatsen har stor verdi for både brukere, familier og samfunnet, men også at den kan medføre betydelige belastninger i form av tapt fritid, redusert livskvalitet, sykefravær og svakere tilknytning til arbeidslivet. Menons tidligere beregninger anslår at de samfunnsøkonomiske kostnadene av pårørende innsats er betydelige, og gjennomgangen i rapporten viser at mange pårørende gjør konkrete arbeidstilpasninger for å håndtere omsorgsansvaret. Særlig ser det ut til at pårønderollen henger sammen med økt sykefravær og redusert stillingsprosent, selv om forskningen er mindre entydig når det gjelder varig utgang fra arbeidslivet.

Rapporten peker samtidig på at dagens permisjons- og stønadsordninger for pårørende til voksne med omsorgsbehov er relativt avgrensede, særlig sammenlignet med ordninger ved omsorg for sykt barn. De fleste ordningene er dessuten utformet for kortvarige eller akutte behov, mens mange pårørendesituasjoner er langvarige. Dette gir et grunnlag for å vurdere utvidelser i hvem som omfattes, hvor lenge en permisjon kan vare, hvilke situasjoner som gir rett til fravær og hvilken økonomisk kompensasjon som følger med. Målet med slike tiltak må være å gjøre det lettere å kombinere arbeid og omsorg over tid, uten at pårørende må redusere arbeidstiden varig eller bære hele belastningen alene.

Samtidig understreker rapporten at bedre permisjonsrettigheter ikke automatisk er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Gode ordninger kan bidra til at pårørende holder seg i arbeid og unngår utmattelse, men ordningene kan også få uønskede virkninger dersom de svekker arbeidstilbudet, fortrenger andre ordninger eller i praksis overfører oppgaver fra det offentlige til familiene uten tilstrekkelig støtte. Rapportens vurdering er derfor at bedre tilrettelegging for pårørende fremstår viktig, men at utformingen av ordningene er avgjørende for om de samlet sett vil være samfunnsøkonomisk lønnsomme.

Det er nødvendig å frigjøre ressurser i helse- og omsorgssektoren, men det kreves tydelige tiltak for å oppnå resultater

Det tredje tiltaksområdet gjelder hvordan sektoren kan frigjøre ressurser gjennom bedre oppgavedeling, rekruttering og mobilisering av supplerende ressurser. Rapporten legger til grunn at dette er et nødvendig innsatsområde fordi store deler av dagens personellmangel ikke kan løses bare gjennom å utdanne flere. En viktig del av løsningen vil derfor være å organisere arbeid og kompetanse på nye måter, slik at personell med høy formell kompetanse i mindre grad bruker tid på oppgaver som andre kan utføre forsvarlig på et lavere kompetansenivå.

For å belyse dette presenterer rapporten tre eksempler: TØRN, som arbeider med oppgavedeling og bedre organisering i kommunale helse- og omsorgstjenester, «Menn i helse», som bidrar til å rekruttere og kvalifisere flere helsefagarbeidere, og «Samarbeid med frivilligheten i helse og omsorg» i Hamar kommune, som viser hvordan frivillige ressurser kan brukes som supplement til kommunale tjenester. Eksempelene illustrerer ulike mekanismer for å møte kapasitetsutfordringene: bedre oppgavedeling, økt tilgang på relevant arbeidskraft og mobilisering av sivilsamfunnet. Samtidig understreker rapporten at dette ikke er en systematisk kartlegging av alle tiltak, men illustrasjoner av ulike strategier.

Rapportens vurdering er at slike tiltak har et reelt potensial, men at gevinstene avhenger av hvordan de gjennomføres i praksis. Oppgaver forsvinner ikke selv om de omfordales, og vellykket oppgavedeling krever derfor tydelige ansvarsavklaringer, kompetanseutvikling, ledelse, aksept i organisasjonen og i noen tilfeller også endringer i regelverk og profesjongrensler. Gevinstene vil dessuten ofte komme

gradvis og være krevende å måle presist. Potensialet er derfor betydelig, men realisering av gevinstene forutsetter systematisk implementering over tid.

Hvilke avveininger står utvalget overfor?

På tvers av de tre tiltaksområdene peker rapporten på en felles utfordring: mange tiltak virker begrunnet i reelle behov og kan ha betydelige gevinster, men kunnskapsgrunnlaget er ofte for svakt til å si sikkert hvor store gevinstene faktisk vil bli, hvem de vil tilfalle, og hvilke kostnader eller ulemper som samtidig oppstår. Det gjelder særlig når tiltakene virker gjennom endret atferd, samspill mellom offentlige og private aktører og forskyvning av oppgaver mellom sektorer og mellom familie og offentlige tjenester.

Det overordnede funnet i rapporten er derfor ikke at ett bestemt tiltak entydig bør prioriteres fremfor et annet, men at utvalget bør være oppmerksomt på hvilke mekanismer som må være til stede for at tiltakene faktisk skal gi samfunnsøkonomiske gevinster. For tiltak som skal bidra til at flere bor hjemme lenger, er det avgjørende at de faktisk endrer boligvalg og tjenestebruk. For tiltak overfor pårørende er det avgjørende at de styrker muligheten til å stå i arbeid uten å skape uheldige vridninger. For tiltak som skal frigjøre ressurser i tjenestene, er det avgjørende at oppgavedeling og rekruttering faktisk lar knapp kompetanse brukes der den gir størst verdi. Rapporten gir dermed et rammeverk for vurderingene, og synliggjør både mulighetene og usikkerheten som bør inngå i videre arbeid med tiltak på området.

1 Innledning

Helse- og omsorgssektoren står overfor et økende gap mellom behov og tilgjengelige ressurser, drevet av demografiske endringer og begrenset tilgang på arbeidskraft. Innovasjons- og samskapingsutvalget er oppnevnt for å utrede hvordan nye samarbeidsformer, teknologi og bedre ressursutnyttelse kan bidra til mer bærekraftige tjenester. Denne rapporten belyser sentrale tiltak og deres potensielle samfunnsøkonomiske virkninger.

1.1 Bakgrunn og formål med prosjektet

Den norske helse-, omsorgs- og velferdssektoren står overfor betydelige utfordringer i årene fremover. Alderssammensetningen i befolkningen endres, med flere eldre per yrkesaktive, noe som øker etterspørselen etter tjenester samtidig som veksten i arbeidsstyrken avtar. Dette innebærer at sektoren i økende grad må levere gode tjenester med mer begrensede personellressurser. Dette aktualiserer behovet for nye måter å organisere og utvikle velferdstjenestene på, der innovasjon, bedre utnyttelse av teknologi og mobilisering av samfunnets samlede ressurser kan være nødvendige tiltak for å skape mer bærekraftige løsninger.

Basert på dette, oppnevnte regjeringen 18. oktober 2024 Innovasjons- og samskapingsutvalget. Utvalget skal utrede hvordan innovasjon og samskaping kan bidra til utviklingen av fremtidens helse-, omsorgs- og velferdstjenester, og gi kunnskapsbaserte innspill til nasjonal politikktutforming. Arbeidet tar utgangspunkt i Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring – Bu trygt heime, og retter særlig oppmerksomhet mot tiltak som kan bidra til å redusere eller utsette behovet for helse- og omsorgstjenester, styrke pårørendes rolle og frigjøre ressurser i tjenestene gjennom alternativ oppgavedeling og økt bruk av teknologi.

Som del av dette arbeidet har sekretariatet for utvalget behov for et kunnskapsgrunnlag som belyser samfunnsøkonomiske perspektiver ved aktuelle tiltak/tiltaksområder. Formålet med oppdraget er derfor å utarbeide kvalifiserte vurderinger av mulige samfunnsøkonomiske virkninger av tiltaksområder utvalget vurderer, basert på tilgjengelig kunnskap og etablert metodikk for samfunnsøkonomisk analyse. Vurderingene skal bidra til å styrke beslutningsgrunnlaget for utvalgets anbefalinger til regjeringen.

1.2 Metodisk rammeverk

Mandatet legger til grunn at utvalgets forslag skal utredes i tråd med prinsippene i utredningsinstruksjonen, som stiller krav til systematiske vurderinger av tiltak som kan ha vesentlige virkninger for samfunnet. Dette innebærer blant annet at det skal redegjøres for hvilke problemer tiltakene er ment å løse, hvilke alternative løsninger som finnes, hvilke aktører som berøres, og hvilke virkninger tiltakene kan forventes å ha. Der det er relevant, skal utvalget også synliggjøre samfunnsøkonomiske konsekvenser av forslagene.

Vi har derfor strukturert våre vurderinger i henhold til utredningsinstruksjonens spørsmålsstilling, der vi tar utgangspunkt i samfunnsproblemet utvalgets arbeid er rettet inn mot. Videre strukturerer vi de samfunnsøkonomiske virkningsmekanismene gjennom bruk av årsaks-virkningsdiagrammer, slik anbefalt i veilederen i samfunnsøkonomiske analyser, utgitt av Direktoratet for Forvaltning og

Økonomistyring (DFØ)¹. Dette er figurer der vi starter med et tiltak som utredes, og sporer virkningene av dette tiltaket gjennom å stille spørsmålet «Hva fører det til?» helt til vi kommer frem til de samfunnsøkonomiske virkningene. Diagrammene strukturerer kjeden som leder fra tiltak til virkning, og tydeliggjør logikken som driver virkningene man ser etter og hvilken empiri man helst skulle hatt for å gjøre en full samfunnsøkonomisk analyse.

Samfunnsøkonomiske virkninger skiller seg fra måloppnåelse og prinsipielle spørsmål ved at de knytter seg til reelle endringer i økonomien. Nyttvirkninger kan for eksempel være bedre helseutfall for noen, økt trygghet og tilfredshet, eller spart tid. Kostnadsvirkninger kan for eksempel være økt ressursbruk i form av investeringer eller arbeidstid.

1.3 Konkretisering av oppdraget

Arbeidet skal særlig belyse tre tiltaksområder.

1. Tiltak som kan bidra til å redusere etterspørselen etter tjenester sent i bolig- og omsorgstrappen, blant annet gjennom løsninger som gjør det mulig for flere å bo hjemme lenger og/eller andre sosiale boformer.
2. Tiltak som kan styrke pårørendes mulighet til å kombinere arbeid og omsorg, herunder utvidelser av permisjonsrettigheter i bred forstand.
3. Tiltak som kan bidra til å frigjøre ressurser i helse- og omsorgssektoren, særlig gjennom alternative modeller for oppgavedeling.

For de to første tiltaksområdene har tilnærmingen i oppdraget vært å strukturere analysen i tråd med sentrale prinsipper i utredningsinstruksen. Dette innebærer først å belyse hva som er det underliggende problemet og hvilke mål tiltakene er ment å oppnå. En slik problemforståelse er nødvendig for å kunne vurdere om tiltakene faktisk adresserer de relevante utfordringene. Videre beskrives hvilke alternative løsninger eller virkemidler som finnes i dag, før de samfunnsøkonomiske avveiningene ved tiltakene vurderes. I denne vurderingen inngår både positive og negative virkninger for ulike berørte aktører. Dette er ikke å anse som en full samfunnsøkonomisk analyse av tiltakene.

For det tredje tiltaksområdet har arbeidet hatt en noe annen innretning. Selv om det ikke foreligger like konkrete tiltak, er dette et område hvor det har vært mange initiativer på kommunalt nivå og i enkelttjenester på kommunalt nivå. Vårt arbeid har derfor i større grad vært rettet mot å tydeliggjøre problemforståelsen og hva man ønsker å oppnå gjennom tiltak som kan frigjøre ressurser i helse- og omsorgssektoren. I tillegg presenteres eksempler på ulike modeller for oppgavedeling og organisering av arbeid, med sikte på å illustrere hvordan slike tilnærminger potensielt kan bidra til mer effektiv ressursutnyttelse. Samtidig diskuteres hvilke forutsetninger som må være til stede for at slike løsninger skal kunne realiseres og spres i større skala.

Kartleggingen som er gjennomført i forbindelse med utvalgsarbeidet, er basert på eksisterende empiri og tilgjengelige kunnskapsgrunnlag. Det er ikke gjennomført ny datainnsamling. Som følge av dette har det i begrenset grad vært forsøkt, eller mulig, å tallfeste de samfunnsøkonomiske virkningene av tiltakene. Formålet har dermed først og fremst vært å synliggjøre hvilke typer virkninger tiltakene kan forventes å ha, og hvordan disse kan påvirke ressursbruk og måloppnåelse i helse- og omsorgssektoren, med utgangspunkt i data og analyser som allerede foreligger.

¹ <https://www.dfo.no/fagomrader/utrede-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser>

2 Redusere etterspørsel etter tiltak sent i «bolig- og tjenestetrappen»

Flere eldre vil framover ha behov for helse- og omsorgstjenester samtidig som tilgangen på arbeidskraft i sektoren blir mer begrenset. Hvordan boligene er utformet og hvor folk bor, får derfor økende betydning for både livskvaliteten til den enkelte og ressursbruken i tjenestene. Boliger som er lite tilpasset alderdommens behov kan skape unødvendige barrierer i hverdagen og bidra til tidligere behov for omfattende tjenester. Samtidig kan tiltak som gjør boliger mer aldersvennlige bidra til at flere kan bo trygt hjemme lenger. Samtidig er det empiriske kunnskapsgrunnlaget for disse virkningene begrenset.

2.1 Boformer, ressursbruk og barrierer i omsorgstrappen

Norge står overfor en demografisk utvikling med sterk vekst i antall eldre, særlig i de eldste aldersgruppene. Dette innebærer økende etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester i årene som kommer. Samtidig gir utviklingen et fall i forholdet mellom antall yrkesaktive og antall eldre, som gjør arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren relativt sett knappere. Resultatet er et økende gap mellom behov og tilgjengelige ressurser.² Utfordringen gjør seg gjeldende i hele landet, men kan bli særlig krevende i spredtbebygde områder med færre i arbeidsfør alder og små lokale arbeidsmarkeder.³

En sentral strategi for å møte denne utviklingen er å legge til rette for at flere kan bo trygt i egen bolig eller i mindre ressurskrevende boformer lengre enn i dag. Hvilke tjenester som er nødvendige, avhenger i utgangspunktet av brukerens behov og hva som er forsvarlig, men boform, boligkvalitet og tilgang på tilrettelegging påvirker hvor og hvordan tjenestene kan gis. For å belyse disse sammenhengene skiller vi i det følgende mellom ulike situasjoner i bolig- og tjenestetrappen, fra å bo hjemme uten tjenester, til å bo hjemme med tjenester, til heldøgns omsorg i omsorgsbolig eller institusjon, og drøfter hvordan ressursbruk og finansiering varierer mellom dem.

2.1.1 Boformer i omsorgstrappen – ressursbruk og finansiering

Det er ikke boformen i seg selv som utløser ressursbruk, men brukerens behov for helse- og omsorgstjenester. Samtidig påvirker boligen, hvordan tjenestene organiseres og hvordan finansieringsansvaret er fordelt, hvor og hvordan tjenestene kan gis. For å belyse disse sammenhengene skiller vi her mellom fire typiske situasjoner i bolig- og tjenestetrappen:

- A. Selvhjulpen i egen bolig**
- B. Egen bolig med hjemmetjenester**
- C. Omsorgsbolig med heldøgns tjenester**
- D. Sykehjem**

Skillet mellom situasjonene handler dermed både om tjenestenivå, organisering og finansiering.

A. Selvhjulpen i egen bolig

For de fleste eldre er det å være selvhjulpen i egen bolig utgangspunktet. Mange boligtiltak er nettopp rettet mot denne gruppen, ved å gjøre boligen mer tilgjengelig og funksjonell før behovet for tjenester oppstår. Tiltak som terskelfri adkomst, bedre belysning, tilpasning av bad eller annen fysisk

² Helsepersonellkommissjonen (2023). [Tid for handling](#). NOU2023: 4

³ Distriktsutvalget (2020). [Det handler om Norge](#). NOU2020: 15

oppgradering kan bidra til økt trygghet, bedre mestring i hverdagen og redusert risiko for fall og andre hendelser som ellers kunne utløst behov for tjenester.

Ressursbruken for kommunen er i denne situasjonen lav eller fraværende, fordi det ikke ytes kommunale omsorgstjenester. Samfunnsøkonomisk er dette likevel et viktig trinn, fordi tiltak i denne fasen kan bidra til å utsette både behovet for hjemmetjenester og overgangen til mer ressurskrevende tilbud senere. Samtidig er det ofte den enkelte husholdning som bærer kostnaden ved tilpasning eller flytting, mens besparelsene ved utsatt tjenestebehov i stor grad kan tilfalle kommunen og andre deler av det offentlige.

B. Egen bolig med hjemmetjenester

Hjemmetjenester omfatter i hovedsak helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Ressursbruken varierer betydelig med funksjonsevne, bosted, organisering og reise-/kjøretid.

Et sentralt poeng i eldreomsorgslitteraturen er at institusjonsopphold gjennomgående er mer ressursintensivt enn hjemmebaserte tjenester, men forskjellen påvirkes både av brukerens behov, hvordan tjenestene er organisert og omfanget av uformell omsorg fra pårørende. For personer som bor hjemme, kan en del av bistandsbehovet fortsatt dekkes av familie og nettverk, mens dette ofte endres når personen flytter i institusjon.

I en undersøkelse fra Trondheim kommune, omtalt i NOU 2011:11, mottok 800 av 1100 tjenestemottakere mindre enn 5 timer hjemmetjenester per uke på tidspunktet de ble innlagt på sykehjem, mens ressursbruken i sykehjem var om lag 30 timer per beboer per uke. Det vil si omtrent seks ganger så høy ressursinnsats på sykehjem sammenlignet med egen bolig med hjemmetjenester.⁴ Samtidig fanger en slik sammenligning ikke opp endringer i uformell omsorg. REDIC-rapporten viser at pårørendetiden før innleggelse i sykehjem i gjennomsnitt var høy, og falt markert etter innleggelse. Det tilsier at noe av spranget mellom hjemmetjenester og sykehjem må forstås i lys av at pårørende ofte yter betydelig omsorg før innleggelse.⁵

Hjemmetjenester er i hovedsak kommunalt finansierte tjenester. Kommunen kan selv fastsette egenandel og betalingssatser til praktisk bistand som ikke gjelder personlig stell og egenomsorg, i tråd med forskrift for egenandel for kommunale tjenester. Med personlig stell og egenomsorg menes hjelp til å stå opp og legge seg, personlig hygiene, toalettbesøk, til å kle av og på seg, hjelp til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov. Praktisk bistand kan eksempelvis være rengjøring, klesvask, matlaging og annet praktisk arbeid i husstanden.⁶ Personen er samtidig hjemmeboende, og legetjenester gis derfor normalt gjennom fastlegeordningen. Legemidler på blå resept og nødvendige hjelpemidler følger i stor grad de statlige ordningene for hjemmeboende. Dette skiller egen bolig med hjemmetjenester fra sykehjem, der kommunen i større grad har det samlede finansieringsansvaret for legetjenester, legemidler og hjelpemidler.

C. Omsorgsbolig med heldøgns tjenester

Omsorgsbolig kan romme alt fra tilrettelagte leiligheter uten fast bemanning til botilbud som i praksis fungerer som et heldøgnsstilbud. Vi legger her til grunn omsorgsboliger og tilsvarende tilrettelagte botilbud der beboeren bor i egen bolig, men mottar tjenester etter behov, eventuelt med tilgang til bemanning eller beredskap hele døgnet. Slike boliger er som hovedregel å betrakte som beboerens private hjem, ikke institusjon.

⁴ Hagen-utvalget (2011). [Innovasjon i omsorg](#) NOU2011: 11

⁵ Vossius et al. (2020): [Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens \(REDIC\)](#)

⁶ [Egenandel for vedtaksbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester | regjeringen.no](#)

Ressursinnsatsen i denne situasjonen varierer sterkt med brukergruppen og organiseringen. For noen vil tilbudet ligge nær hjemmetjenester i ordinær bolig, mens det for andre kan være et omfattende heldøgnsstilbud. Poenget er derfor ikke at omsorgsbolig i seg selv representerer et bestemt ressursnivå, men at boligen og organiseringen kan gjøre det mulig å gi tjenester på en annen måte enn i ordinær bolig eller institusjon.

Finansieringen følger i stor grad logikken for hjemmeboende. Beboeren betaler normalt husleie, boutgifter og kost, og eventuelle egenandeler for praktisk bistand. Kommunen finansierer helse- og omsorgstjenestene som gis etter behov. For helsetjenester i hjemmet kan det ikke kreves egenbetaling. Legetjenester gis som hovedregel gjennom fastlegeordningen, og legemidler og individuelle hjelpemidler dekkes i stor grad gjennom statlige ordninger for hjemmeboende. Kommunale investeringer i omsorgsboliger kan i tillegg støttes gjennom Husbankens investeringstilskudd.

D. Sykehjem

Sykehjem er et institusjonstilbud med heldøgnsopphold. Regelverk og praksis innebærer normalt at oppholdet omfatter pleie- og omsorgstjenester, sykepleie, legetjeneste, fysioterapi og andre nødvendige funksjoner innenfor institusjonen. Sykehjem er dermed ikke bare en boligform, men også en organisasjonsform for tjenester med døgkontinuerlig bemanning.

Ressursbruken i sykehjem er gjennomgående høy, og bestemmes i hovedsak av turnusbemanning, bemanningsnivået og behovet for medisinske og andre støttefunksjoner. I kommunal praksis beskrives bemanningsnivået ofte ved pleiefaktor (pleieårsverk per døgnplass). Pleiefaktoren ligger normalt rundt 0,75–0,80 pleieårsverk per døgnplass. Kostnad per sykehjemsplass ligger rundt 1,2 millioner kroner årlig, men kan variere.⁷

Sykehjem har også ofte høyere investeringskostnader enn omsorgsboliger, blant annet som følge av strengere krav til utforming, bemanning og tekniske løsninger.

Ved opphold i sykehjem er utgangspunktet at kommunen finansierer driften av institusjonen og de tilknyttede tjenestene. Samtidig krever kommunen ved langtidsopphold et inntektsavhengig vederlag fra beboer på 75 prosent av disponibel inntekt inntil folketrygdens grunnbeløp, og inntil 85 prosent av disponibel inntekt over grunnbeløpet.⁸

Overgangen fra å være hjemmeboende til å bo i institusjon innebærer også et skifte i finansieringsansvar for enkelte helserelaterte utgifter. Der hjemmeboende i større grad får dekket legemidler gjennom blåreseptordningen og får hjelpemidler gjennom statlige ordninger, får kommunen i større grad ansvar for slike utgifter som del av institusjonsoppholdet, med unntak av enkelte persontilpassede hjelpemidler.

2.1.2 Barrierer mot riktig boform til riktig tid

LEON-prinsippet innebærer at tjenestene bør gis på laveste effektive omsorgsnivå⁹, gitt behov og forsvarlighet. Som tidligere drøftet, varierer ressursbruk og finansieringsansvar betydelig mellom eget hjem, omsorgsbolig med heldøgns tjenester og institusjon. Disse forskjellene gjør at overgang til «riktig trinn» ikke nødvendigvis skjer i tide. De viktigste barrierene kan struktureres slik:

⁷ Agenda Kaupang (2019). [Enhetskostnad norske kommuner](#) (900 000 kroner i 2017, justert til 2025-kroner med kommunal deflator)

⁸ [Eigenandel for vedtaksbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester | regjeringen.no](#)

⁹ Laveste Effektive Omsorgsnivå (LEON)

- **Informasjon og beslutningsatferd:** Boligtilpasning eller flytting til en mer egnet boform har ofte gevinster som kommer senere, mens kostnader og ulemper kommer umiddelbart. Det kan gi en tendens til utsettelse, særlig når fremtidig funksjonsevne og behov er usikkert. Kombinert med at barrierene for å flytte til en mer egnet boform øker med alder og svekket funksjonsevne, kan dette gi grunnlag for offentlige tiltak som bidrar til at man tilpasser eller flytter tidlig nok.
- **Finansierings- og likviditetsbegrensninger:** Selv når behovet er erkjent, kan tilpasning eller flytting kreve likviditet eller låneevne som mange ikke har. Myndighetene peker eksplisitt på at det finnes grupper som «ikke har midler til å tilpasse sin eksisterende bolig eller flytte til en mer egnet bolig», og at tiltak derfor må ivareta dette.¹⁰ At ikke alle slike samfunnsøkonomisk lønnsomme tiltak enkelt kan finansieres for eksempel gjennom banklån, kjent som imperfekte kapitalmarkeder, er en kjent form for markedssvikt, og kan gi grunnlag for tiltak ut fra hensynet til samfunnsøkonomisk effektiv ressursbruk.
- **Insentiver og samordning:** Det er ikke nødvendigvis sammenfall mellom hvem som bærer kostnadene ved boligtilpasning og hvem som får gevinstene. Tiltak som tilpasning eller flytting finansieres ofte av den enkelte, mens besparelsene i stor grad kan tilfalle det offentlige gjennom utsatt behov for hjemmetjenester, utsatt flytting til institusjon og færre innleggelses. I tillegg varierer finansieringsansvaret mellom kommune og stat avhengig av boform, blant annet for legemidler og hjelpemidler. Slike forhold kan gi insentiver som ikke fullt ut understøtter valg som er samfunnsøkonomisk lønnsomme.
- **Svake boligmarkeder og få alternativer:** I deler av landet er boligmarkedet preget av lav omsetning og få egnede boliger. Selv når behov og betalingsvilje er til stede, kan det derfor være vanskelig å realisere en planlagt flytting. Dette er i mindre grad et spørsmål om feil beslutninger enn om svake markeder. I samfunnsøkonomisk forstand er dette ikke nødvendigvis en markedssvikt, men tiltak kan likevel begrunnes ut fra fordelingshensyn.

Samlet sett tilsier dette at det kan være behov for tiltak som reduserer beslutnings- og finansieringsbarrierer, styrker tilbudet av egnede boliger og bidrar til bedre samordning og mer hensiktsmessige insentiver.

2.2 Eksisterende tiltak og virkemidler for at eldre skal bo hjemme lenger

Utfordringene knyttet til raskt økende ressursbehov får stor politisk oppmerksomhet og har vært gjenstand for en rekke utredninger for mulige løsninger og tiltak. Tiltak og ordninger for å sikre at eldre kan bo hjemme lenger er ett av flere fokusområder. Bo trygt hjemme-reformen består av en bred portefølje med 93 definerte tiltak.¹¹ Her beskriver vi eksisterende tiltak som er særlig relevante for å gjøre det enklere å bo trygt hjemme lenger gjennom bedre boligtilpasning, tidligere boligvalg og et større tilbud av egnede boliger. Dette treffer direkte de barrierene som ble beskrevet i 2.1.2.

Tiltak innenfor innsatsområdet «boligtilpasning og -planlegging» er samlet i et nasjonalt eldreboligprogram i regi av Husbanken. Programmet skal fremme tiltak som gjør det mulig å bo lengst mulig hjemme, stimulere flere til å ta ansvar for egen bosituasjon og samtidig ivareta personer som ikke har midler til å tilpasse boligen eller flytte til en mer egnet bolig.

¹⁰ Helsedirektoratet (2024). [Bo trygt hjemme - årsrapport 2024](#)

¹¹ Helsedirektoratet (2024). [Bo trygt hjemme - årsrapport 2024](#)

2.2.1 Tiltak rettet mot informasjon, planlegging og beslutninger

En gjennomgående utfordring er at mange utsetter å tilpasse boligen eller flytte, selv når det på sikt ville gitt økt trygghet og redusert behov for mer ressurskrevende tjenester. Eksisterende virkemidler på dette området handler i hovedsak om å styrke veiledning, planlegging og innbyggerdialog, både i kommunene og nasjonalt. Eldreboligprogrammet er organisert som 15 tiltak fordelt på tre tiltakspakker, med mål om blant annet å styrke kommunal planlegging og bidra til at enkeltpersoner tar strategiske boligvalg i tide.¹²

2.2.2 Tiltak rettet mot økonomiske og finansielle barrierer

Når behovet er erkjent, kan tilpasning eller flytting likevel hindres av svak økonomi, manglende likviditet eller begrenset låneevne. I praksis er virkemiddelpakken på «hjemme»-sporet i stor grad dominert av økonomiske ordninger (tilskudd/lån), ofte kombinert med kommunal kartlegging og veiledning, og ordningene er i stor grad behovsprøvde.

De mest sentrale ordningene er:

- **Kommunalt tilskudd til tilpasning (Husbanken/kommunen)**¹³
Kommunene kan gi tilskudd til eldre og personer med nedsatt funksjonsevne for å tilpasse boligen, etter økonomisk behovsprøving. Tilskuddet kan gis til alt fra mindre tiltak til større ombygginger, og kan også omfatte tilrettelegging for velferdsteknologi.
- **Startlån til utbedring og tilpasning**¹⁴
Startlån brukes både til varige boligtilpasninger og til kjøp av en mer egnet bolig for husstander som ikke får tilstrekkelig lån i privat bank.¹⁵ Husbanken legger også til grunn at startlån kan brukes aktivt som del av en kommunal strategi for mer tilgjengelig boligmasse, og at startlån kan kombineres med kommunalt tilskudd.
- **Nytt tilskudd til aldersvennlig bolig (under utvikling)**
Husbanken utvikler en ny, statlig tilskuddsordning for privatpersoner som vil oppgradere egen bolig for å gjøre den mer tilgjengelig og funksjonell. Søknad skal etter planen åpne sommeren 2026.¹⁶ Ordningen er omtalt som et tilskudd på inntil 75 000 kroner, som kan dekke inntil 25 prosent av tiltakskostnaden, mens resten må finansieres med egenkapital/lån. Hensikten er å senke terskelen for å gjennomføre fysiske tilpasninger som øker tilgjengelighet og funksjonalitet i hjemmet, slik at flere kan bo trygt hjemme lenger.

2.2.3 Tiltak rettet mot tilgang på egnede boliger: tilbudssiden i boligmarkedet

Barrierer knyttet til få alternativer og svake markeder møtes dels gjennom tiltak i eldreboligprogrammets «flere sosiale boformer»-spor, og dels gjennom finansielle virkemidler for å øke tilfanget av mer tilgjengelige boliger. Følgende tiltak er eksempler på sistnevnte:

- **Husbankens lån til boligkvalitet/livsløpsboliger**
Husbankens lån til boligkvalitet kan gis til enkeltpersoner, foretak, kommuner og fylkeskommuner, og kan brukes til oppføring av blant annet livsløpsboliger.¹⁷ Ved boligbygging for salg kan utbygger søke om tilsagn, og kjøper kan overta lånet. Dette er et sentralt

¹² [Eldreboligprogrammet | Husbanken](#)

¹³ [Rettleiar for tilskot til tilpassing | Husbanken](#)

¹⁴ [Hva kan vi gi startlån til | Husbanken](#)

¹⁵ [Eldreboligprogrammet | Husbanken](#)

¹⁶ [Nytt tilskudd til aldersvennlig oppgradering av egen bolig | Husbanken](#)

¹⁷ [Lån til oppføring av livsløpsboliger | Husbanken](#)

virkemiddel for å øke tilfanget av boliger som er bedre tilpasset livsløpet, som igjen kan redusere presset på mer ressurskrevende boformer.

- **Investeringsstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem**

Investeringsstilskuddet er et virkemiddel for å øke og fornye kapasitet i omsorgsboliger og sykehjem for personer med vedtak om behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet kan også brukes til fellesarealer, tekniske anlegg og velferdsteknologi i eksisterende bygg for å oppnå heldøgnstjenester, samt lokaler for dagaktivitetstilbud og plasser knyttet til øyeblikkelig hjelp.

2.3 Overordnede samfunnsøkonomiske virkninger av tiltak for at eldre skal bo hjemme lenger

Tiltak som legger til rette for at eldre kan bo trygt i egen bolig lenger, kan være samfunnsøkonomisk begrunnet når barrierer i boligmarkedet og/eller i husholdningenes beslutninger gjør at «riktig boform til riktig tid» ikke velges, selv om det samlet sett ville vært lønnsomt.

2.3.1 Teoretiske virkninger og berørte aktører

I en samfunnsøkonomisk analyse er hovedspørsmålet om boligsosiale tiltak faktisk endrer atferd og ressursbruk i omsorgssystemet. For å gjennomgå de samfunnsøkonomiske virkningene, tar vi utgangspunkt i et tenkt eksempel med tilskudd til oppdragering av egen bolig. De samfunnsøkonomiske mekanismene vil være like for en bredere klasse tiltak. Tilskudd til boligtilpasning kan påvirke både funksjonaliteten i boligen, tidspunktet for overgang til mer omsorgsintensive boformer og fordelingen av omsorg mellom husholdninger og offentlige tjenester.

Tiltaket kan gi samfunnsøkonomiske virkninger dersom det:

- **Utløser boligtilpasninger** som ellers ikke ville blitt gjennomført
- **Bidrar til at eldre faktisk blir boende hjemme lenger** før eventuell flytting til institusjon.
- **Påvirker ressursbruken i omsorgssystemet**, herunder mellom hjemmetjenester, institusjon og uformell omsorg.
- **Påvirker trygghet, mestring og helseutfall**, for eksempel gjennom redusert risiko for fall og skader.

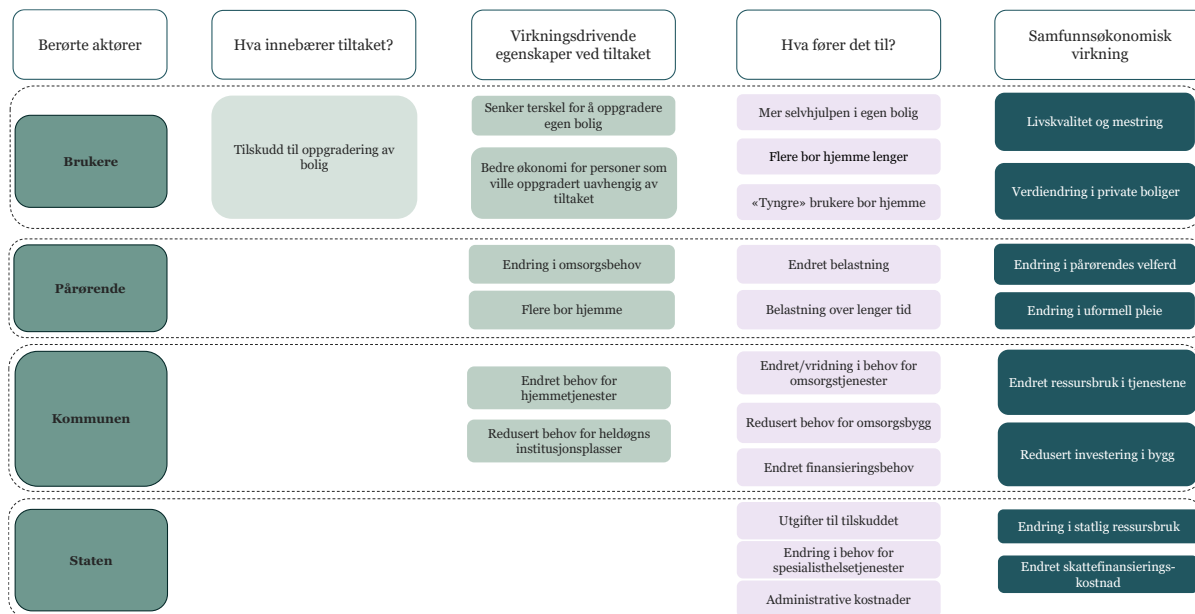
Dersom tilskuddet i stor grad går til husholdninger som uansett ville gjennomført boligtilpasningen, vil virkningen i hovedsak være en overføring fra staten til husholdningene, med begrensede realøkonomiske effekter og dermed også med lav måloppnåelse.

Tiltaket kan samtidig påvirke bistandsbehovet i to retninger:

- **Redusert bistandsbehov per bruker**, fordi bedre tilpassede boliger gjør flere mer selvhjulpne.
- **Økt bistandsbehov per bruker og over lenger tid**, dersom flere eldre med omfattende behov blir boende hjemme lenger før eventuell flytting til institusjon.

Den samlede virkningen avhenger derfor både av om tiltaket endrer beslutninger, og av hvordan dette påvirker ressursbruken i omsorgssystemet. Virkningene vil også fordeles ulikt mellom brukere, pårørende, kommuner og staten, som drøftes nedenfor.

Figur 2-1 Teoretisk årsaks-virkningsdiagram av tilskudd til oppgradering av egen bolig



Kilde: Menon Economics

Brukere

For brukerne er de viktigste virkningene knyttet til trygghet, mestring og livskvalitet. En mer tilgjengelig og funksjonell bolig kan gjøre daglige aktiviteter enklere å mestre og redusere risikoen for ulykker, særlig fall. Tiltaket kan også bidra til at flere kan bli boende i eget hjem og nærmiljø lenger, noe mange opplever som en velferdsgevinst.

Oppsummert er de sentrale teoretiske virkninger for brukeren:

1. **Økt selvstendighet og mestring** gjennom bedre fysisk tilrettelegging av boligen.
2. **Bedre trygghet og helse**, blant annet gjennom redusert risiko for fall og ulykker.
3. **Mulighet til å bli boende i eget hjem og nærmiljø lenger**, dersom boligen fungerer bedre ved redusert funksjonsevne.

Selve tilskuddet representerer i utgangspunktet en overføring fra staten til husholdningen. I samfunnsøkonomisk forstand oppstår gevinsten først dersom tilskuddet faktisk utløser boligtilpasninger som forbedrer funksjon, trygghet eller helse sammenlignet med situasjonen uten tiltaket, gjerne omtalt som addisjonalitet.

Pårørende

Virkningene for pårørende henger tett sammen med hvordan tiltaket påvirker bistandsbehovet til den eldre. En mer funksjonell bolig kan redusere behovet for praktisk hjelp, tilsyn og håndtering av akutte situasjoner. Samtidig kan tiltaket bidra til at den eldre blir boende hjemme lenger, noe som kan innebære at pårørende står i omsorgsrollen over lengre tid med «tyngre» pårørendeansvar, som beskrevet i kapittel 2.1.1.

Oppsummert er de sentrale teoretiske virkningene for pårørende:

- **Redusert praktisk belastning**, dersom boligtilpasning gjør den eldre mer selvhjulpen.
- **Lengre periode med omsorgsansvar**, dersom tiltaket bidrar til at den eldre blir boende hjemme lenger.

- **Endringer i livskvalitet og belastning**, som kan være både positive og negative.

Den samlede virkningen for pårørende avhenger derfor av om tiltaket først og fremst reduserer behovet for hjelp i hverdagen, eller om det i større grad forlenger perioden der hjelp og oppfølging er nødvendig.

Kommunen

For kommunen er virkningene knyttet til om tiltaket bidrar til at flere eldre kan motta tjenester på et lavere og mindre ressurskrevende omsorgsnivå over lengre tid, i tråd med LEON-prinsippet. Som vist i kapittel 2.1 varierer både ressursbruk og finansieringsansvar betydelig mellom hjemmetjenester, omsorgsboliger og sykehjem, og dette er en hovedgrunn til at riktig boform til riktig tid er samfunnsøkonomisk viktig.

Oppsummert er sentrale teoretiske virkninger for kommunen:

- **Endret behov for hjemmetjenester**, som kan gå i begge retninger: bedre boligtilpasning kan gjøre brukere mer selvhjulpne, men dersom flere eldre med omfattende behov blir boende hjemme lenger, kan samlet ressursbruk i hjemmetjenestene øke. Samtidig vil hjemmetjenester for de fleste brukere fortsatt være mindre ressurskrevende enn institusjonsopphold.
- **Redusert behov for institusjonsplasser**, dersom tiltaket bidrar til at flere kan bo forsvarlig hjemme eller i omsorgsbolig lenger før eventuell flytting til sykehjem.
- **Redusert investeringsbehov i omsorgsbygg**, fordi tilrettelegging i egen bolig eller omsorgsbolig normalt er mindre kapitalkrevende enn etablering av nye sykehjemsplasser. Samtidig bidrar statlige støtteordninger til å dempe kommunenes investeringskostnader.

Samlet sett avhenger den kommunale gevinsten av om tiltaket bidrar til at tjenester kan gis på et lavere omsorgsnivå over lengre tid, i tråd med LEON-prinsippet, og om dette gir lavere samlet ressursbruk enn et tidligere behov for institusjonsplass.

Staten og samfunnet for øvrig

For staten består de direkte virkningene først og fremst av kostnader knyttet til tilskuddsordningen og endret behandling i spesialisthelsetjenesten. I en samfunnsøkonomisk analyse inngår også skattefinansieringskostnaden, siden offentlige utgifter må finansieres gjennom skatter som påvirker ressursbruken i økonomien.

Oppsummert er sentrale teoretiske virkninger for staten:

- **Økte offentlige utgifter til tilskudd**, samt administrative kostnader knyttet til ordningen.
- **Endring i behovet for spesialisthelsetjenester**. Bedre boligtilpasning kan redusere fall, skader og andre hendelser som utløser behov for behandling, men dersom flere brukere med omfattende behov blir boende hjemme lenger, kan dette også øke etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Den samlede effekten er derfor et empirisk spørsmål.

2.3.2 Empiriske erfaringer med lignende tiltak

I vurderingen av det empiriske grunnlaget har vi lagt størst vekt på systematiske kunnskapsoppsummeringer og offentlige evalueringer av ordninger som ligger nær tiltaket. Fordi det norske evidensgrunnlaget er begrenset, har vi i tillegg sett på et lite utvalg nyere kvasi-eksperimentelle og longitudinelle studier fra sammenlignbare land som belyser utfall som er særlig relevante i denne sammenhengen, som utsatt institusjonsinnflytting, fallrelaterte innleggelses og utvikling i funksjonsevne. Mindre kvalitative studier og enkle før–etter-studier brukes kun illustrativt og ikke som grunnlag for sterke årsaksslutninger.

Det empiriske evidensgrunnlaget for norske støtteordninger til boligtilpasning er begrenset og ujevnt. Folkehelseinstituttets systematiske kartleggingsoversikt fant bare fem relevante studier/evalueringer og konkluderte med at det finnes svært lite empirisk forskning på slike ordninger. Samtidig er FHI-oversikten avgrenset til støtteordninger, ikke all forskning på boligtilpasning mer generelt. For å få et bredere, men fortsatt nøkternt kunnskapsgrunnlag, supplerer vi derfor med norske/offentlige evalueringer og et lite utvalg bedre internasjonale studier av sammenlignbare tiltak. Det meste av den nordiske litteraturen belyser fortsatt søknadsprosess, organisering og brukeropplevelser, snarere enn målbare effekter på tjenestebruk, institusjonsinnflytting eller samfunnsøkonomisk lønnsomhet.¹⁸

Effekt på boligtilpasninger (addisjonalitet)

Det finnes lite direkte dokumentasjon av om støtteordninger faktisk utløser tilpasninger som ellers ikke ville blitt gjennomført. FHI-oversikten fant i praksis ikke studier som besvarte dette spørsmålet direkte.¹⁹

Norske evalueringer peker riktignok på at selv små tilskudd kan utløse annen finansiering og gjøre en tilpasning mulig, men dette bygger i hovedsak på intervjuer og caseeksempler, ikke på kontrafaktiske analyser.²⁰

Europeisk surveyforskning trekker i samme retning ved å vise at boligtilpasninger ofte skjer sent og som en «siste utvei», noe som underbygger at terskler og barrierer faktisk finnes, men ikke at tilskudd i seg selv er dokumentert å fjerne dem.²¹

Nyere svensk forskning peker også på at selve innretningen av støtteordningene kan skape nye barrierer og ulik tilgang mellom ulike boligformer og grupper.²²

Effekt på utsatt innleggelse på institusjon

Også her er det nordiske evidensgrunnlaget svakt. Norske evalueringer viser til eksempler på at tilpasning kan gjøre det mulig å bli boende hjemme, flytte hjem fra institusjon eller utsette flytting til sykehjem, men uten robuste estimater for hvor ofte dette skjer eller hvor lenge effekten varer.²³

En kvantitativ studie fra Wales fant redusert risiko for flytting til omsorgsbolig for moderat og alvorlig skrøpelige eldre som mottok boligtilpasning og rådgivning, men ikke for mindre skrøpelige grupper.²⁴ Det tyder på at effekten kan være reell, men også at den trolig er målgruppeavhengig og ikke generell.

For norske forhold er det derfor mer presist å si at utsatt institusjonsinnflytting er en plausibel virkning, men foreløpig svakt dokumentert.

Konsekvenser for kommunal ressursbruk og pårørendeinnsats

Her er kunnskapsgrunnlaget særlig tynt. Den norske Proba-evalueringen understreker at eventuelle gevinster for kommunen avhenger av behovet for kommunale tjenester med og uten tilpasning, og av hvor lenge brukeren blir boende hjemme.²⁵

¹⁸ FHI (2018). [Støtteordninger til boligtilpasninger for eldre og voksne med nedsatt funksjonsevne](#)

¹⁹ FHI (2018). [Støtteordninger til boligtilpasninger for eldre og voksne med nedsatt funksjonsevne](#)

²⁰ Proba (2014). [Evaluering av tilskudd til tilpasning](#)

²¹ Wu, Fu & Yang (2022). [Housing condition, health status, and age-friendly housing modification in Europe: The last resort?](#)

²² Hyeong (2025). [Housing adaptation policy for older adults: the role of real estate and municipal actors in Sweden](#)

²³ Proba (2014). [Evaluering av tilskudd til tilpasning](#)

²⁴ Hollinghurst et al. (2020). [Do home modifications reduce care home admissions for older people? A matched control evaluation of the Care & Repair Cymru service in Wales](#)

²⁵ Proba (2014). [Evaluering av tilskudd til tilpasning](#)

For pårørende peker evalueringen på at tiltaket kan slå begge veier: bedre tilrettelegging kan redusere byrden, men lengre botid hjemme kan også innebære økt omsorgsansvar og i noen tilfeller mindre deltakelse i lønnet arbeid.²⁶

Utenfor Norden finnes enkelte studier som tyder på at boligtilpasning kan redusere både uformell og formell hjelp i hjemmet, men disse bygger ofte på enkle før–etter-design og er derfor ikke tilstrekkelige til å trekke sikre slutninger om nettoeffekten for kommune og pårørende i en norsk kontekst.²⁷ Empirien støtter derfor at slike virkninger er mulige, men ikke at de er robust dokumentert.

Konsekvenser for trygghet, mestring og helseutfall

Det er på dette området empirien er sterkest. Svensk forskning finner at boligtilpasning kan redusere opplevd vanskelighetsgrad i daglige aktiviteter og øke opplevd trygghet/sikkerhet i hjemmet, særlig i konkrete aktiviteter som det å komme inn og ut av boligen, bruke bad og gjennomføre daglige gjøremål.²⁸ Samtidig fant den samme studien ikke signifikant effekt på mer overordnet funksjonell uavhengighet.

En annen svensk studie fant heller ikke klare og varige effekter på faktiske fall, og konkluderte med at boligtilpasning alene neppe er nok dersom målet er å redusere fall; tiltaket bør da kombineres med andre fallforebyggende grep.²⁹

Utenfor Norden finnes noe sterkere støtte for helsegevinster: en stor walisisk registerstudie fant reduserte risiko for fallrelaterte akuttinnleggelses etter boligtilpasning³⁰, og en nyere engelsk longitudinell studie fant at boligtilpasninger var forbundet med langsommere utvikling i ADL-/IADL-begrensninger og lavere predikert fallrisiko i utsatte grupper.³¹ Samlet sett er det derfor rimelig å si at empirien gir best støtte til virkninger på trygghet, mestring og enkelte helseutfall, mens evidensen er svakere for de mer indirekte og samfunnsøkonomisk tyngre virkningene.

2.3.3 Vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet av boligosiale tiltak

Kapittel 2 peker samlet sett på et reelt behov for tiltak som faktisk bidrar til at eldre bor trygt hjemme lenger. Den demografiske utviklingen innebærer økende etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester samtidig som arbeidskraften blir relativt knappere, og dette gjør det samfunnsøkonomisk attraktivt å finne løsninger som kan redusere behovet for personellintensive tjenester uten å svekke kvalitet og trygghet. Samtidig viser gjennomgangen i 2.1 at det ikke er gitt at husholdninger velger riktig boform til riktig tid, selv når det ville vært lønnsomt samlet sett. Årsakene kan være utsatt beslutning, svak likviditet eller låneevne, manglende samordning av insentiver mellom aktørene og få reelle alternativer i boligmarkedet.

Utgangspunktet er samtidig at kommunen skal sørge for nødvendige og forsvarlige tjenester ut fra den enkeltes behov. Den samfunnsøkonomiske gevinsten ved boligtiltak oppstår derfor ikke ved at behov bortfaller, men dersom bolig og omgivelser gjør det mulig å møte behovet på et lavere og mindre personellintensivt omsorgsnivå over lengre tid, i tråd med LEON-prinsippet.

²⁶ Proba (2014). [Evaluering av tilskudd til tilpasning](#)

²⁷ Carnemolla & Bridge (2019). [Housing Design and Community Care: How Home Modifications Reduce Care Needs of Older People and People with Disability](#)

²⁸ Petersson et al. (2008). [Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities](#)

²⁹ Carlsson et al. (2017). [Falls and Fear of Falling among Persons Who Receive Housing Adaptations—Results from a Quasi-Experimental Study in Sweden](#)

³⁰ Hollinghurst et al. (2022). [Do home adaptation interventions help to reduce emergency fall admissions? A national longitudinal data-linkage study of 657,536 older adults living in Wales \(UK\) between 2010 and 2017](#)

³¹ Wu & Grundy (2025). [Housing adaptations and older adults' health trajectories by level of initial health: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing](#)

Teoretisk tilsier dette at boligsosiale tiltak kan ha betydelige gevinster. Dersom tiltak faktisk utløser boligtilpasninger som ellers ikke ville blitt gjennomført, kan de bidra til økt trygghet, mestring og livskvalitet for brukerne, og i noen tilfeller også til at behovet for mer ressurskrevende boformer og tjenester utsettes. Samtidig er virkningsbildet ikke entydig. De samme tiltakene kan også gi uønskede eller motstridende virkninger, blant annet dersom flere eldre med omfattende behov blir boende hjemme lenger og dermed øker presset på hjemmetjenestene og pårørende. I tillegg kan en del av støtten bli en ren overføring til husholdninger som uansett ville oppgradert egen bolig.

Det empiriske grunnlaget er samtidig for svakt til å slå sikkert fast hvor store eller hvor robuste disse virkningene faktisk er. Den empiriske forskningslitteraturen gir noe støtte til positive virkninger for trygghet, mestring og enkelte helseutfall, men det finnes langt svakere dokumentasjon på addisjonalitet, utsatt flytting til institusjon og netto konsekvenser for kommunal ressursbruk og pårørendeinnsats. Den overordnede vurderingen blir derfor at behovet for boligtilpasning og mer aldersvennlige boliger fremstår som godt begrunnet, men at det finnes svak empirisk dokumentasjon på hvorvidt boligsosiale tiltak faktisk har den ønskede effekten.

Boks 2-1 Eksempelberegning på mulig frigjort kommunal ressursbruk

Illustrative eksempelberegninger av mulig frigjort kommunal ressursbruk

For å illustrere størrelsesorden på mulige gevinster kan vi likevel sette opp to enkle eksempelberegninger. De ser bort fra usikkerheten knyttet til om tiltaket faktisk virker, og viser kun mulig brutto frigjort kommunal ressursbruk dersom tiltaket utsetter et mer ressurskrevende tjenestebehov med ett år. I beregningene legger vi til grunn avrundede illustrasjonstall på 0,3 mill. kroner for ett år med hjemmetjenester og 1,2 mill. kroner for ett år i sykehjem. Dette ligger i tråd med at sykehjems plasser er vesentlig mer ressurskrevende enn hjemmebaserte tjenester.

Eksempel 1: Ett ekstra år som selvhjulpen før hjemmetjenester

Dersom et boligtiltak gjør at en eldre klarer seg uten kommunale omsorgstjenester i ett ekstra år, utsettes ett år med hjemmetjenester. Den illustrerte gevinsten er da om lag 0,3 mill. kroner per person. Gevinsten oppstår i form av utsatte hjemmebesøk, mindre behov for oppfølging og mindre bruk av personell i hjemmetjenesten.

Eksempel 2: Ett ekstra år hjemme med hjemmetjenester før sykehjem

Dersom et boligtiltak gjør at en eldre med hjemmetjenester kan bo hjemme ett ekstra år før flytting til sykehjem, erstattes ett år på institusjonsnivå med ett år på hjemmetjenestenivå. Den illustrerte gevinsten er da om lag 0,9 mill. kroner per person. Gevinsten oppstår fordi ett år med døgnkontinuerlig institusjonsdrift, med høyere bemanning og mer støttefunksjoner, utsettes.

Kilde: Menon Economics

Illustrativ beregning av bredere samfunnsvirkninger av boligtiltak

Vi antar at **100 husholdninger** mottar et tilskudd på **75 000 kroner**, tilsvarende en samlet statlig utgift på **7,5 mill. kroner**. Dersom **80 prosent** av tiltakene ville blitt gjennomført uansett, vil om lag **6,0 mill. kroner** i hovedsak være en overføring til husholdningene uten realøkonomisk effekt, mens **1,5 mill. kroner** går til tiltak som faktisk er addisjonelle.

Dersom vi videre antar at disse 20 addisjonelle tiltakene faktisk gir effekt og utsetter et mer ressurskrevende tjenestebehov med ett år, kan man illustrere tre typer bredere virkninger:

Virkning for kommunen

Hvis alle de 20 tilfellene tilsvarende *ett ekstra år som selvhjulpen for hjemmetjenester*, tilsvarende dette om lag 6,0 mill. kroner i mulig frigjort kommunal ressursbruk (20 × 0,3 mill. kroner). Hvis alle i stedet tilsvarende *ett ekstra år hjemme med hjemmetjenester for sykehjem*, tilsvarende dette om lag 18,0 mill. kroner (20 × 0,9 mill. kroner). De kommunale regnestykkene viser dermed at selv med relativt lav addisjonalitet kan gevinstene bli betydelige dersom tiltakene faktisk virker.

Virkning for pårørende

Pårørende bruker i dag betydelig tid i hverdagen: kvinner i gjennomsnitt 12,5 timer per uke og menn 9,4 timer per uke. Hvis ett ekstra år hjemme fører til at omsorgsbyrden for én pårørende endres med 20 prosent rundt dette nivået, tilsvarende det om lag 98–130 timer per år per berørt husholdning. For 20 husholdninger tilsvarende dette en samlet endring på om lag 2 000–2 600 timer per år. Virkningen kan være positiv dersom bedre bolig reduserer behovet for praktisk hjelp og tilsyn, men negativ dersom utsatt tjenestebruk i større grad kompenseres med mer innsats fra familie og nettverk. Det er også viktig å se dette i lys av at den ulønnede pårørendeinnsatsen samlet er anslått til 136 000 årsverk.

Virkning for spesialisthelsetjenesten

Virkningen på spesialisthelsetjenesten er mer usikker, men kan være viktig. Fall er den hyppigste årsaken til ulykkesskader som behandles i helsevesenet. I 2017 ble det behandlet rundt 150 000 fallskader i spesialisthelsetjenesten, og fall sto for 4,6 prosent av samlede helseutgifter, tilsvarende om lag 14,5 milliarder kroner i 2019. Av dette var 51,7 prosent knyttet til sykehusinnleggelser. Tallene illustrerer at selv små endringer i fall og skader kan ha betydning for ressursbruken. Samtidig er retningen usikker: bedre belysning, færre barrierer og tryggere tilgjengelighet kan redusere fallrisikoen, mens flere eldre med omfattende behov som bor hjemme lenger også kan gi flere hendelser som utløser behandling.

Kilde: Menon Economics, King et al. (2023): [Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study](#) og [Den nasjonale pårørendeundersøkelsen \(2023\)](#)

3 Bedre permisjonsrettigheter for pårørende til eldre

Pårørende utgjør en stor og samfunnskritisk ressurs i omsorgsarbeidet, men rollen kan også innebære betydelige belastninger for den enkelte. I årene fremover vil flere få omsorgsansvar for eldre familiemedlemmer, samtidig som behovet for helse- og omsorgstjenester øker og tilgangen på arbeidskraft blir mer begrenset. Hvordan samfunnet legger til rette for at pårørende kan kombinere omsorgsansvar med yrkesdeltakelse, får derfor økende betydning både for livskvaliteten til den enkelte og for den samlede ressursbruken i velferdstjenestene.

Dagens ordninger for pårørende er i stor grad tilpasset kortvarige eller akutte behov, mens mange pårørendesituasjoner er langvarige og krevende. Tiltak som gir pårørende bedre muligheter til å stå i arbeid over tid kan derfor ha stor verdi. Det empiriske kunnskapsgrunnet for virkningene av slike ordninger synes imidlertid å være begrenset.

Pårørende utgjør en viktig ressurs både for den enkelte bruker og pasient, samt for samfunnet som helhet. Det finnes flere måter å avgrense og beregne antall pårørende i befolkningen, og ulike definisjoner av pårørendebegrepet gir derfor ulike anslag.

Ifølge Pårørendealliansen er om lag 800 000 personer over 18 år i Norge pårørende. Dette anslaget bygger på forutsetningen om én pårørende per pasient eller bruker, og at den pårørende over tid bistår med oppgaver som ellers måtte vært utført av andre. Anslaget omfatter blant annet pårørende til personer med kroniske lidelser, psykiske lidelser, alvorlig rusmisbruk eller andre omfattende hjelpebehov, og vurderes av Pårørendealliansen som konservativt³².

Helsedirektoratet legger i den nasjonale pårørendeundersøkelsen fra 2021 til grunn en videre forståelse av hvem som regnes som pårørende. Med denne definisjonen anslås det at om lag 1,5 millioner voksne i Norge er pårørende³³. Pårørende som aktivt gir støtte, hjelp og pleie til én eller flere personer (på grunn av fysisk eller psykisk sykdom, nedsatt funksjonsevne, rusavhengighet eller alderssvkkelse) utgjør 58 prosent av de pårørende, tilsvarende om lag 900 000 personer. Som følge av usikkerheten legger Menon Economics (2025) til grunn tre scenarier for omfanget av voksne pårørende, lik 600 000, 800 000 og 1 000 000 pårørende.

3.1 Hva er problemet og hva ønsker man å oppnå

Mennesker kan ha mange ulike pårørenderoller gjennom livet, for eksempel som partner, barn, forelder eller søsken. Ifølge helsepersonellkommissjonen, NOU 2023:4 *Tid for handling*, forventes antallet personer over 80 år i Norge å øke fra om lag 230 000 i 2020 til over 480 000 i 2040. Denne utviklingen innebærer at flere mennesker vil få pårørenderoller knyttet til eldre familiemedlemmer, særlig som voksne barn til foreldre i høy alder. Når de eldste aldersgruppene vokser raskt, vil behovet for helse- og omsorgstjenester øke betydelig. Den forventede demografiske utviklingen fører til endringen i

³² (Samfunnsøkonomiske kostnader av pårørendeinnsats i Norge, 2025), tilgjengelig [her](#)

³³ (Nasjonal pårørendeundersøkelse, 2021), tilgjengelig [her](#)

forholdet mellom antall eldre og personer i yrkesaktiv alder, øker forsørgerbyrden og kan bidra til at pårørende i større grad forventes å ta del i omsorg og støtte til eldre familiemedlemmer.

Samtidig viser Menons kunnskapsoppsummering fra 2023 om pårørendeforskningen i Norge, at mange pårørende opplever betydelige belastninger, og at flere i liten grad føler seg sett eller hørt.³⁴ I 2020 la Solberg-regjeringen frem en pårørendestrategi som skulle bidra til at pårørende ble anerkjent som en ressurs og gitt bedre muligheter til å leve gode liv³⁵. Pårørendestrategien har utløpt, men tallene og budskapet står seg. I strategien vises det til at den ulønnede innsatsen fra pårørende er beregnet til å utgjøre 136 000 årsverk. Til sammenligning utgjør de kommunale omsorgstjenestene om lag 142 000 årsverk. Dette illustrerer hvor omfattende og samfunnskritisk pårørendes innsats er.

Pårørendeinnsatsen innebærer også en betydelig tidsbelastning i hverdagen. Tall fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen for 2021³⁶ og videre bearbeidet av Menon Economics³⁷ viser at pårørende kvinner i gjennomsnitt bruker 12,5 timer per uke på pårørendeoppgaver, mens pårørende menn bruker 9,4 timer. Pårørende til skrøpelige eldre bruker i gjennomsnitt 7 timer per uke. Dette understreker at rollen som pårørende ofte innebærer et omfattende ansvar som kan påvirke både arbeidshverdag, fritid og livskvalitet.

Det er verken ønskelig eller realistisk med et samfunn uten pårørende som yter omsorg. Pårørendeinnsats kan omfatte sosial støtte og tilstedeværelse, samt praktisk bistand i hverdagen. For mange kan det å bidra i omsorgen for en nærstående oppleves som meningsfullt og være en naturlig del av livet. På samme tid kan pårønderollen innebære betydelige belastninger, særlig når omsorgsoppgavene er omfattende eller varer over lang tid, og kan påvirke både helse, livskvalitet og muligheten til å delta i arbeid og andre aktiviteter i hverdagen. Regjeringens pårørendestrategi fra 2021 understreker at det er et mål at alle pårørende skal kunne leve gode liv til tross for sin pårørendesituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Menon Economics utarbeidet i 2025 et pårørenderegnskap på oppdrag fra Pårørendealliansen, hvor de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til pårørendeinnsats i Norge ble beregnet. Analysen bygger primært på data fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen, gjennomført i Norstats befolkningspanel på vegne av Helsedirektoratet. Undersøkelsen gir et datagrunnlag som er representativt for den norske befolkningen og danner et solid empirisk grunnlag for å anslå kostnader, samt konsekvenser knyttet til pårørendeinnsats. Rapporten anslår at den samfunnsøkonomiske kostnaden av pårørendeinnsats for personer over 18 år, utgjør mellom 29,3 og 123,8 milliarder i 2024. I vårt midtpunktscenario finner vi at denne kostnaden utgjorde 63,4 milliarder kroner, se Figur **3-1**, hvorav 13,2 milliarder skyldes redusert arbeidstilbud. Om lag 2,2 milliarder er knyttet til redusert arbeidstilbud for pårørende til skrøpelige eldre.

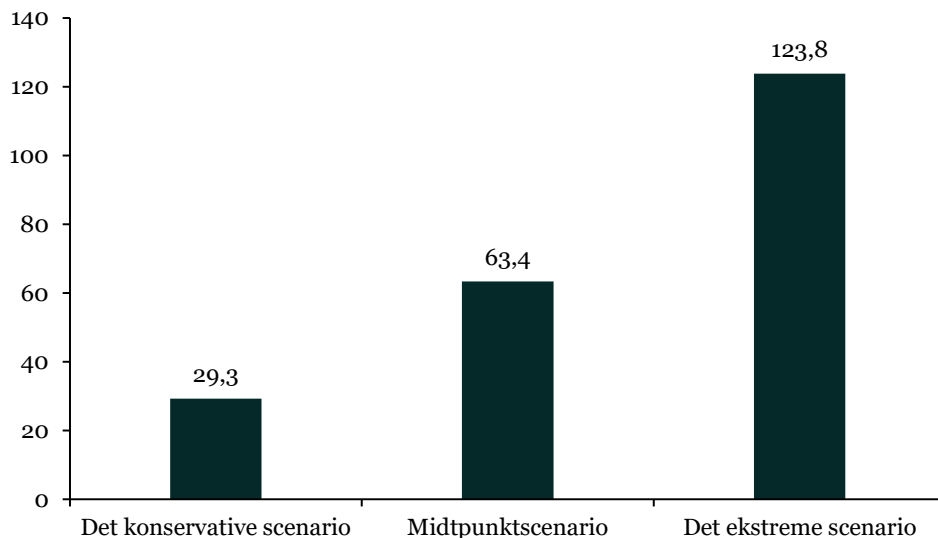
³⁴ (Kunnskapsoppsummering om pårørende i Norge, 2023), tilgjengelig [her](#)

³⁵ (Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan, 2020), tilgjengelig [her](#)

³⁶ (Nasjonal pårørendeundersøkelse, 2021)

³⁷ (Samfunnsøkonomiske kostnader av pårørendeinnsats i Norge, 2025)

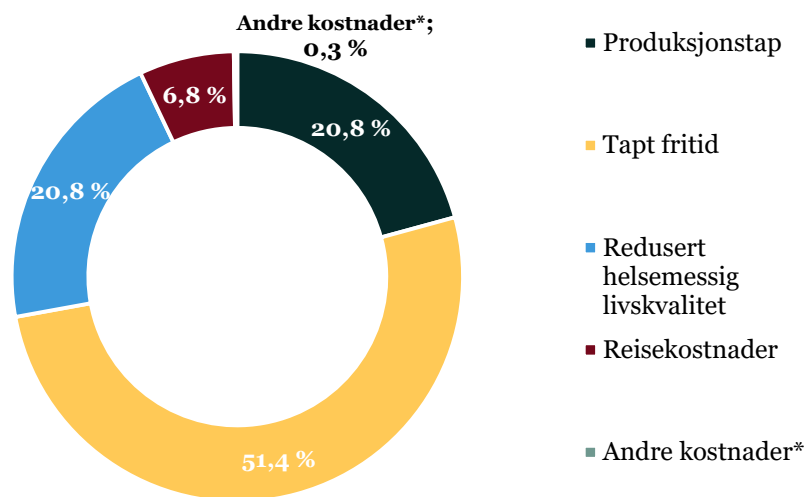
Figur 3-1 Totale samfunnskostnader av pårørende innsats for voksne i 2024



Kilde: Menon Economics

Menons vurdering bygger på en beregning av seks samfunnsøkonomiske virkninger av pårørendesituasjonen. Figur 3-2 viser fordelingen av kostnadene i midtpunktscenarioet. I rapporten fremkommer det at kostnaden av tapt fritid for pårørende er virkningen som er av størst betydning, og står for 51,4 prosent av de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene. Deretter følger redusert helserelatert livskvalitet og produksjonstap (arbeidsfravær), der hver virkning utgjorde 20,8 prosent av de samlede kostnadene i 2024.

Figur 3-2 Fordeling av samlede samfunnsøkonomiske kostnader av pårørende innsats for voksne i midtpunktscenarioet i 2024, i prosent



Kilde: Menon Economics. *Omfatter helsetjenestekostnader og skattefinansieringskostnader.

3.1.1 Tilknytning til arbeidslivet og bruk av sykefravær

Det er særlig relevant å se på forskning som viser hvordan pårønderollens belastning medfører endring i arbeidstilbud og tilknytning til arbeidslivet.

I 2010 fant Gautun og Hagen³⁸ at mange pårørende for eldre foreldre i 2007 gjorde konkrete arbeidstilpasninger for å håndtere pårørendeansvaret. Blant personer i alderen 45-65 med pårørendeoppgaver for eldre rapporterte 12 prosent at de hadde brukt feriedager, 15 prosent at de hadde endret arbeidstid eller tatt mer enn 3 dager fravær fra jobb. I tillegg hadde 4 prosent fått betalt fravær av arbeidsgiver, 3 prosent brukt sykefravær, 2 prosent brukt ubetalt fravær, og 2 prosent redusert sin arbeidstid.

I nyere forskning fant Gautun og Bratt i 2024³⁹ at bildet fortsatt står seg. De finner at for 11,6 prosent av deltidsarbeidere har det å yte pårørendeomsorg for foreldre vært en av grunnene til redusert arbeidsmengde, og 2,6 prosent oppga at det var hovedgrunnen. I tillegg har 4,5 prosent fått betalt fravær av arbeidsgiver, 2,3 prosent brukt sykefravær og 3,2 prosent brukt ubetalt fravær.

Samtidig konkluderer studien med at det å ha omsorgsansvar for eldre foreldre ikke har noen betydning for deltakelse i arbeidslivet. Arbeidstakere reduserer stillingsprosenten sin for å yte pårørendeomsorg for foreldre, men faller ikke ut av arbeidslivet. At arbeidstakere ikke faller ut av arbeidslivet som følge av pårønderollen skiller seg fra europeiske funn, og artikkelen viser forskning på at dette kan være fordi det i Norge er bedre ordninger for å ta vare på eldre. Studien anslår at det for de rundt 1,3 millioner etniske nordmenn mellom 35 og 67 år med minst én levende forelder fører til rundt 624 000 fraværsdager fra arbeidslivet. 182 000 av disse er fraværsdager betalt av arbeidsgiver, 203 000 ubetalte fraværsdager, og 239 000 dager betalt av sykepengen. 38 prosent av fraværet fra jobb tas altså ut gjennom sykefravær.

Funnet om at arbeidstakere ikke faller ut av arbeidslivet, avviker også fra resultatene i Helsedirektoratets pårørendeundersøkelse⁴⁰. Det er imidlertid verdt å merke seg at pårørendeundersøkelsen er bredere enn studien til Gautun og Bratt⁴¹, ettersom den også inkluderer pårørende til andre enn eldre. Funnene er derfor ikke nødvendigvis motstridende. Det kan for det første være at det primært er pårørende til andre enn eldre som faller ut av arbeidslivet. For det andre kan forskjeller i hvem som har svart på de to undersøkelsene, og dermed ulikheter i utvalgene, bidra til å forklare de ulike resultatene.

På bakgrunn av grunnlagstall fra pårørendeundersøkelsen la Menon Economics til grunn at 0,3 prosent av pårørende til skrapelige eldre hadde sluttet i jobben som følge av pårørendesituasjonen, mens 5,7 prosent hadde redusert stillingsprosenten sin av samme årsak.

I pårørendeundersøkelsen oppgir 1,3 prosent av de pårørende at de har måttet slutte å arbeide, mens 9,9 prosent oppgir at de har redusert sin stilling/arbeidstid. Menon har på bakgrunn av dette estimert at antallet som har sluttet å jobbe fordi de er pårørende til å være mellom 6 200 og 10 400 personer i 2024, og at mellom 46 100 og 76 800 personer har redusert sin stilling⁴².

Samtidig tyder den samme pårørendeundersøkelsen på at pårørendesituasjonen bidrar til økt sykefravær.⁴³ På bakgrunn av dette anslår Menon at antall pårørende over 18 år som benytter

³⁸ (Gautun & Hagen, How do middle-aged employees combine work with caring for elderly parents?, 2010)

³⁹ (Gautun & Bratt, Caring for older parents in Norway - How does it affect labor market participation and absence from work?)

⁴⁰ (Opinion, 2021)

⁴¹ Gautun og Bratt har også et noe skjevt utvalg der 86 prosent av befolkningen er norskfødte med minst én norskfødt forelder.

⁴² (Samfunnsøkonomiske kostnader av pårørendeinnsats i Norge, 2025)

⁴³ (Utfordringer ved sykemeldte pårørende i Norge, 2021), tilgjengelig [her](#)

egenmelding som følge av pårønderollen ligger mellom 19 500 og 78 000 personer per år. For legemeldt sykefravær på 16 dager eller mindre anslås antallet til mellom 12 000 og 47 000 personer, og for sykefravær på 17 dager eller mer mellom 7 500 og 30 000 personer. Tallene er anslått merbruk blant pårørende utover et referansealternativ der pårørende ikke bruker sykemelding i større grad enn øvrig befolkning. Sykefravær gir også kostnader for arbeidsgivere. Arbeidsgiver dekker kostnader ved egenmelding og sykefravær opp til og med 16 dager, mens staten finansierer sykepengene utover dette. Ekstrakostnader for arbeidsgivere anslås til mellom 180 og 700 millioner kroner per år, og statens budsjettkostnader til mellom 210 og 830 millioner kroner (2020). Utover de økonomiske kostnadene svekkes kvaliteten på sykefraværstatistikken, noe som kan føre til at virkemidler ikke innrettes på en hensiktsmessig måte. For den enkelte ansatte kan bruken av sykemeldingsordningen dessuten få alvorlige langsiktige konsekvenser: en psykiatrisk diagnose kan påvirke muligheten til å tegne helseforsikring, oppnå sikkerhetsklarering og forfølge visse karriereveier. Det oppstår også et moralsk dilemma for både den pårørende og den som vurderer sykemelding, ettersom mangel på andre støtteordninger kan presse partene til å benytte en ordning som i utgangspunktet ikke er ment for denne situasjonen. Endelig er det verdt å merke seg at disse belastningene i større grad rammer kvinner enn menn, noe som forsterker eksisterende ulikheter i arbeidslivet.

At Gautun og Bratt ikke finner samme effekt på tilknytning til arbeidslivet som pårørendeundersøkelsen viser at det kan være usikkerhet om hvilken effekt pårønderollen har for tilknytningen til arbeidslivet, men vi understreker at undersøkelsene har noe forskjellig utvalg og at Gautun og Bratt ser spesifikt på pårørende til eldre. Samtidig finner begge undersøkelsene effekter på økt sykefravær og reduksjon i stillingsprosent.

Det er flere forhold som kan forklare hvorfor pårørendebyrden kan ha mindre innvirkning på frafall fra arbeidslivet for pårørende til eldre sammenlignet med andre pårørendegrupper. For det første kan eldre i gjennomsnitt ha flere pårørende enn det som er typisk for andre grupper, slik at omsorgsbelastningen kan fordeles på flere personer. For det andre kan urbanisering over tid ha bidratt til at pårørende (og da særlig voksne barn) i større grad er bosatt langt fra den skrøpelige eldre, noe som kan redusere omfanget av den praktiske innsatsen som ytes. For det tredje kan en betydelig andel av de nærmeste pårørende til eldre, som ektefelle eller søsken, selv være pensjonert. Dette innebærer at andelen pårørende som faktisk er i arbeidsstyrken, kan være lavere for denne gruppen enn for pårørende til yngre omsorgsmottakere. For det fjerde kan pårørende til skrøpelige eldre i større grad selv være i en skrøpelig helsetilstand, noe som begrenser deres evne og kapasitet til å bidra med omsorgsinnsats eller være i arbeidsmarkedet.

Boks 3-1 Eksempelberegning på kostnader for arbeidsgiver, arbeidstaker og folketrygden ved fraværsdager for å yte pårørendeinnsats for eldre foreldre

Gautun og Bratt (2024) anslår at for rundt 1,3 millioner etniske nordmenn i alderen mellom 35 og 67 går det tapt rundt 624 000 fraværsdager fra arbeidslivet, hvorav 182 000 er betalt av arbeidsgiver, 203 000 er ubetalt og 239 000 er betalt gjennom sykelønnsordningen. Dette er ikke en komplett beregning av kostnader ved reduserte arbeidsdager, da det ikke innebærer mennesker utenfor 35 og 67 år som er i arbeid, ikke inkluderer mennesker med en annen etnisitet, og ikke inkluderer endring fra heltid til deltid. Vi kan likevel ta utgangspunkt i disse anslagene for å gi et overordnet eksempel på noen av kostnadene pårønderollen har for arbeidsgivere, arbeidstakere og til en viss grad staten.

Gjennomsnittlig månedslønn for fulltidsansatte var i 2025 på 51 320 kr ifølge SSB, noe som gir en dagslønn på rundt 2 360 kroner. Dette gir et regneeksempel der kostnader ved fraværsdager i arbeidslivet som følge av pårørendeoppgaver for foreldre beløper seg på rundt 1 470 millioner kroner, hvorav rundt 430 millioner er fravær betalt av arbeidsgiver, rundt 480 millioner er tapt lønn for arbeidstaker før skatt for ubetalt fravær og rundt 560 millioner er lønn dekket av sykefraværsordningen enten fra arbeidsgiver eller folketrygden. I og med at det sannsynligvis er kortsiktige egenmeldinger som blir benyttet, vil kostnadene til sykefravær i stor grad dekkes av arbeidsgiver fremfor folketrygden.

Kilde: Menon Economics, Gautun og Bratt (2024)⁴⁴ og SSB⁴⁵

3.1.2 Betydning av funnene

I lys av utviklingstrekkene og innsikten om hvilken belastning og samfunnsøkonomiske kostnader pårønderollen medfører, er det nærliggende å vurdere hvordan pårørende som ressurs kan anvendes mer effektivt og på en måte som avlaster tjenestene, samtidig som innsatsen ikke medfører en uforholdsmessig belastning for den enkelte.

I slike vurderinger er det viktig å skille mellom pårørendeinnsats som utføres som et supplement til offentlige helse- og omsorgstjenester, dvs. omsorg som det offentlige ellers ikke ville utført, og innsats som i praksis avlaster oppgaver som ligger innenfor det offentliges ansvarsområde. Et slikt skille er sentralt for å tydeliggjøre hva som er pårørendes frivillige bidrag til omsorgen, og hva som er oppgaver det offentlige har ansvar for å ivareta.

Samtidig er det ikke ønskelig å utforme ordninger som kan bidra til vridninger i arbeidsmarkedet, der pårørende insentiveres til å redusere eller trekke seg ut av yrkesaktivitet, særlig i sektorer der det allerede er knapphet på kompetanse og personell. Det samme gjelder for endringer der pårørende i praksis kun flyttes fra en ordning til en annen, for eksempel fra egenmelding over til pårørender permisjon. Målet må derfor være å utvikle ordninger som både støtter pårørende i deres omsorgsrolle på en slik måte at de ikke selv eventuelt trenger helse- og omsorgstjenester og bidrar til en mest mulig samfunnsøkonomisk lønnsom utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

På bakgrunn av dette bør det vurderes tiltak som i større grad legger til rette for at pårørende kan opprettholde tilknytningen til arbeidslivet over tid. Dagens permisjons- og fraværsordninger er i stor

⁴⁴ (Gautun & Bratt, Caring for older parents in Norway - How does it affect labor market participation and absence from work?)

⁴⁵ SSBs statistikkbank om lønn, tilgjengelig [her](#)

grad utformet for kortvarige eller akutte omsorgsbehov, mens mange pårørendesituasjoner er langvarige og kjennetegnes av et vedvarende omsorgsansvar. For personer som over flere år kombinerer arbeid med omfattende omsorgsoppgaver, kan mangelen på fleksible og varige ordninger gjøre det vanskelig å opprettholde stabil yrkesdeltakelse. Menon Economics fant for eksempel i 2022 at selv om 40 prosent av alle pårørende har behov for tilrettelegging på arbeidsplassen, hadde kun én av fire virksomheter rutiner for å ivareta ansatte i en pårørendesituasjon (Menon Economics, 2022). Dette kan bidra til redusert arbeidstid, hyppigere fravær eller i noen tilfeller at personer trekker seg helt ut av arbeidslivet. Tiltak som gjør det lettere å kombinere arbeid og pårørendeansvar over lengre perioder kan derfor være viktige både for den enkelte pårørende og for samfunnet, ved å redusere belastningen på pårørende samtidig som tilknytningen til arbeidslivet opprettholdes.

Denne rapporten er avgrenset til å se på hvordan endringer av stønads- og permisjonsrettigheter kan positivt påvirke hverdagen til pårørende til eldre.. Dette er imidlertid ikke det eneste tiltaksområdet som kan ha en positiv påvirkning for pårørende. For eksempel finner Menons kunnskapsoppsummering om pårørende i Norge at pårørende opplever at informasjonen, veiledningen og oppfølgingen fra helse- og omsorgstjenesten er mangelfull og utilstrekkelig.⁴⁶ Spesielt oppleves informasjonen om hvordan håndtere hverdagen sammen med en person som er psykisk syk som utilstrekkelig. Den samme rapporten viser også til at flere studier peker på viktigheten av et godt samarbeid mellom pårørende og helsepersonell. Dette illustrerer eksempelvis at tiltak innen informasjon, veiledning og oppfølging kan avlaste pårørende. Andre mulige tiltak kan også være å fokusere på bevisstgjøring av arbeidsgiver på arbeidstakers behov for tilrettelegging i pårørendesituasjoner.

3.2 Relevante stønads- og permisjonsordninger for pårørende

Det finnes flere stønads- og permisjonsordninger som er relevante for pårørende. De fleste av disse er ikke særskilt utformet for pårørende, men brukes likevel av mange for å kunne håndtere omsorgsoppgaver og samtidig opprettholde tilknytningen til arbeidslivet.

For pårørende til voksne med omsorgsbehov er dagens rettigheter gjennomgående mer avgrensede enn ordningene som gjelder ved omsorg for sykt barn. Arbeidsmiljøloven⁴⁷ gir arbeidstakere rett til ulønnet permisjon i inntil ti dager per kalenderår for å yte nødvendig omsorg til foreldre, ektefelle, samboer eller registrert partner. I tillegg gir loven rett til permisjon i inntil 60 dager ved pleie av nærstående i livets slutfase.

På ytelsessiden er det særlig pleiepenger, omsorgsstønad og hjelpestønad som er relevante. Pleiepenger kan erstatte arbeidsinntekt når en person pleier en nærstående i livets slutfase. Etter folketrygdloven⁴⁸ kan det gis pleiepenger i opptil 60 dager per pasient, og dagene kan deles mellom flere pårørende. Det kan også ytes pleiepenger til inntil to personer samtidig for pleie av samme person. Ytelsen skal kompensere for bortfall av arbeidsinntekt opp til 6 g (780 960 kr), og avkortes dersom den pårørende kombinerer pleie med arbeid eller mottar andre relevante ytelser. Det utbetales ikke pleiepenger for dager der fraværet fra arbeid er under 20 prosent.

Omsorgsstønad⁴⁹ kan gis av kommunen til personer som utfører særlig tyngende omsorgsarbeid, og som gjør oppgaver som ellers måtte vært utført av kommunen. Ordningen finnes i alle kommuner, men det foreligger ingen lovfestet individuell rett til å motta ytelsen. Det er opp til den enkelte kommune å

⁴⁶ (Kunnskapsoppsummering om pårørende i Norge, 2023), tilgjengelig [her](#)

⁴⁷ (Arbeidsmiljøloven), tilgjengelig [her](#)

⁴⁸ (Folketrygdloven), tilgjengelig [her](#)

⁴⁹ (Helsenorge om omsorgsstønad), tilgjengelig [her](#)

vurdere både behovet og om omsorgsstønad er den mest hensiktsmessige måten å yte tjenester på. Satsene varierer derfor også mellom kommuner.

Hjelpestønad⁵⁰ er en statlig ytelse som kan gis ved behov for langvarig privat pleie og tilsyn som skyldes sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse. Ordningen gjelder både barn og voksne, men forutsetter at hjelpebehovet er varig eller langvarig. Maksimal utbetaling for 2026 er 16 152 kroner⁵¹. Også her gjelder det samordningsregler, slik at andre ytelser kan bli avkortet dersom mottakeren samtidig får hjelpestønad.

For noen pårørende blir belastningen så stor at det over tid blir vanskelig å opprettholde en stabil tilknytning til arbeidslivet. Selv om flere av ordningene i arbeidslivet og velferdssystemet ikke er utformet med tanke på pårørende, kan de i praksis bli brukt som løsninger når den samlede belastningen på helse og arbeidsevne blir for stor. I slike tilfeller kan enkelte falle ut av arbeid helt eller delvis, og motta ytelser som sikrer inntekt i en periode.

Med utgangspunkt i den nasjonale pårørendeundersøkelsen anslo Menon Economics⁵² at pårørendesituasjonen årlig førte til at:

- mellom 19 500 og 78 000 personer benyttet egenmelding
- mellom 12 000 og 47 000 personer hadde sykefravær på 16 dager eller mindre
- mellom 7 500 og 30 000 personer hadde legemeldt sykefravær på 17 dager eller mer

Menon-rapporten peker også på flere utfordringer ved at pårørende benytter sykefraværsordninger som følge av omsorgsbelastning. Dette kan medføre kostnader for både arbeidsgivere og staten, bidra til et misvisende bilde av sykefraværet og skape vanskelige gråsoner der ordningene brukes for å håndtere omsorgsbelastning snarere enn egen sykdom. Det kan også få negative konsekvenser for den enkelte pårørendes framtidige rettigheter, forsikringsmuligheter og tilknytning til arbeidslivet. Funnene tyder dessuten på at kvinner i større grad enn menn bærer belastningene knyttet til pårørendeansvar og sykefravær.

I kortere perioder kan ulike ordninger i arbeidslivet fungere som tilpasningsmekanismer når omsorgsoppgaver oppstår akutt eller varer over tid. Dette gjelder blant annet velferdspolisjon, omsorgsdager og andre former for fravær eller tilrettelegging. Selv om disse ordningene ikke er etablert for å ivareta pårørenderollen, kan de i praksis være viktige for å få arbeid og omsorgsansvar til å gå sammen.

At arbeidslivsordninger benyttes på måter de ikke er tiltenkt, er i seg selv problematisk. Når ordningene brukes utenfor sitt opprinnelige formål, kan både ordningens legitimitet og treffsikkerheten i velferdssystemet som helhet svekkes. Arbeidsgivere og staten påføres kostnader uten at det finnes en klar politisk eller faglig begrunnelse for at de skal finansiere denne byrden. Samtidig kan det være stigmatiserende for den enkelte pårørende å motta diagnoser eller vedtak som ikke gjenspeiler eller anerkjenner den reelle situasjonen pårørende står i.

⁵⁰ (Nav om hjelpestønad), tilgjengelig [her](#)

⁵¹ Folketrygdloven, tilgjengelig [her](#)

⁵² (Utfordringer ved sykemeldte pårørende i Norge, 2021)

3.3 Ulike former for utvidelse av permisjonsrettighetene

Tiltakene som vurderes i dette kapittelet, retter seg særlig mot utvidelse av permisjonsrettighetene for pårørende til voksne med omfattende omsorgsbehov. Formålet er å gjøre det lettere å kombinere yrkesdeltakelse med omsorgsansvar over lengre perioder, uten at den enkelte blir syk eller sykemeldt, må gå varig ned i arbeidstid, si opp stillingen eller bære den økonomiske belastningen alene. Samtidig er det viktig å understreke at permisjonsrettigheter bare er ett av flere mulige tiltaksområder for å bedre pårørendes situasjon.

En utvidelse av permisjonsrettighetene kan utformes på ulike måter, og virkningene vil avhenge av hvordan ordningene konkret innrettes. Likevel er det mulig å peke på tre overordnede former for utvidelse som danner grunnlag for vurderingene i dette kapittelet:

1. **Utvide hvem som har rett på og hvor lenge permisjonen varer.** Folketrygdloven gir nærstående for personer i livets slutfase rett på 60 dager betalt permisjon⁵³. Nærstående for slik permisjon er i folketrygdloven vidt definert som familiemedlem, venn nabo eller andre som står personen nær. I tillegg gir arbeidsmiljøloven rett til 10 dagers permisjon per år for å yte nødvendig omsorg for eldre. I arbeidsmiljøloven er det definert at den pårørende må være barn av personen, ektefelle, samboer eller registrert partner.
2. **Utvide hvilke situasjoner og omsorgsoppgaver som gir rett på permisjon.** I dag har man kun rett på permisjon til å pleie nærstående i livets slutfase, og nødvendig omsorg til forelder, ektefelle, samboer eller registrert partner. Vurdering av hva som er nødvendig omsorg er ikke tydelig definert, men innebærer at personen som trenger omsorg ikke klarer seg selv i den aktuelle situasjonen.⁵⁴
3. **Utvide den økonomiske kompensasjonen som følger permisjonsrettighetene.** Utbetalingen for omsorg av eldre dersom personen er i livets slutfase gjelder kun opp til 6G⁵⁵. En utvidelse av økonomisk kompensasjon kan både ta form som økt utbetaling for å gjøre dagens oppgaver, og en utvidelse av ordningen til også å omfatte andre omsorgsoppgaver.

Hvordan tiltakene utformes er førende for hvor samfunnsøkonomisk lønnsomme tiltakene vil være. Under fremmer vi tre faktorer som spesielt vil påvirke lønnsomheten:

Kostnader for arbeidsgiver ved økt tilrettelegging: Dersom tilrettelegging generelt er lite kostbart og enkelt å gjennomføre for de fleste arbeidsgivere, vil flere arbeidstakere ha mulighet til å benytte seg av ordningene. Dette vil øke omfanget av avlastning av pårørende og pårørendebistand som ytes, samt redusere kostnadene som bæres av arbeidsgiverne. Dersom tilrettelegging derimot er kostbart eller vanskelig å gjennomføre for store deler av arbeidslivet, vil arbeidstakere i mindre grad benytte seg av ordningene, i tillegg til at kostnadene for arbeidsgiver ved bruk av ordningen blir høyere.

Ineffektiv lønnskompensasjon: Dersom den enkeltes lønnsnivå er førende for hvor som utbetales i pleiepenge, kan man risikere at lavtlønnede yter mindre støtte enn det som er effektivt, og at høytlønnede yter mer støtte enn det som er effektivt. Dette er fordi alternativkostnaden ved at lavtlønnede pleier er lavere enn for høytlønnede.

Mulig overforbruk av pleie: Det kan være krevende for en overordnet ordning å differensiere stønader og permisjon basert på hvor stort pleiebehov den enkelte bruker har. Det kan for eksempel føre til at en som ikke egentlig har et stort pleiebehov, vil motta pårørendebistand til en kostnad som

⁵³ (Folketrygdloven), tilgjengelig [her](#)

⁵⁴ (Arbeidstilsynet om permisjon for å gi pleie og omsorg til nærstående), tilgjengelig [her](#)

⁵⁵ (Folketrygdloven), tilgjengelig [her](#)

overstiger nytten. Merkostnaden i slike tilfeller bæres da av samfunnet som helhet og ikke av den pårørende eller den som mottar pårørendebistand. Samtidig må ordningen være generøs nok til at den gir pårørendebistand til dem med et stort behov.

3.4 Overordnede samfunnsøkonomiske virkninger av å utvide permisjonsrettighetene til pårørende til eldre

Litteraturen gir begrenset kunnskap om effekter av økonomisk støtte til pårørende. Menons kunnskapsoppsummering fra 2023 av hva som finnes av pårørendeforskning viser at det forskes lite på dette området⁵⁶. Av 112 norske studier om pårørende ble det ikke identifisert studier som analyserer økonomisk støtte til pårørende. Kun én studie så på effekter på arbeidsinnsats og lønn av å være pårørende.

Vi kan likevel si fra forskningen at det er et stort rom for å øke velferden til pårørende. Det er tydelig at pårørenderollen ofte er belastende og kan gi redusert livskvalitet. Studier peker på at pårørende i større grad opplever bekymring og engstelse og rapporterer lavere livskvalitet, men litteraturen belyser i liten grad hvor store disse utslagene er. Samtidig er det grunn til å understreke at pårørenderollen også kan ha positive sider, for eksempel opplevd mening og glede ved å kunne hjelpe, men dette er i liten grad dokumentert i forskningen. I tillegg kan noen pårørende med handlingsrom frivillig velge å redusere arbeidstid eller tre ut av arbeidslivet for å få mer tid med den de gir omsorg til. I slike tilfeller er det rimelig å anta at den opplevde nytten for den enkelte av redusert arbeid minst tilsvarende den private kostnaden, gitt ved tapt lønn etter skatt. Det innebærer at brutto produksjonstap ved lavere yrkesdeltakelse ikke uten videre kan tolkes som et tilsvarende netto samfunnsøkonomisk tap.

Vi kan også si at pårørendeinnsatsen utgjør en svært stor ressurs i omsorgssektoren. Ifølge Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan⁵⁷ anslås uformell omsorg, ulønnet hjelp og tilsyn til 136 000 årsverk per år, som er nær nivået med årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette innebærer at pårørende står for en betydelig del av samfunnets samlede omsorgsressurser. Det er også dokumenterte kjønnsforskjeller i belastningen. Menon-rapporten fra 2021 om utfordringer ved sykemeldte pårørende i Norge⁵⁸ finner at kvinner står for 61 prosent av årsverkene som går tapt ved at pårørende slutter i jobb eller reduserer stilling, noe som peker i retning av at kvinner i større grad bærer konsekvensene i arbeidslivet.

Samlet sett tilsier litteraturen og tilgjengelige anslag at en utvidelse av permisjonsrettighetene kan ha positive virkninger gjennom bedre avlastning, og gjennomgangen i 3.1.1 tilsier mulig redusert sykefravær og potensielt bedre langsiktig tilknytning til arbeidslivet. Samtidig vil en utvidelse kunne ha negative virkninger gjennom økte utgifter i ordninger som kompenserer for fravær og gjennom mulige effekter på arbeidsdeltakelse, særlig i grupper som allerede bærer en stor del av omsorgsansvaret.

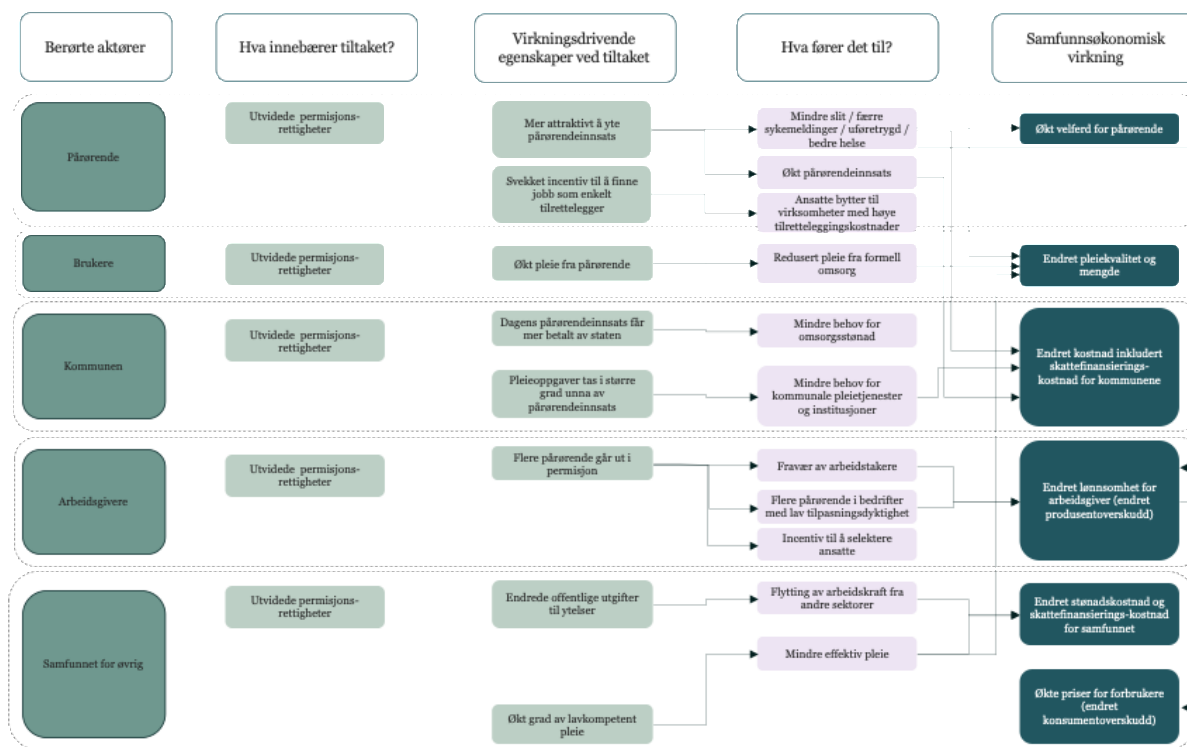
Vi har oppsummert de samfunnsøkonomiske virkningene av mulige utvidelser av permisjonsordninger for pårørende i årsaks-virkningsdiagrammet under. I og med at forskningen på faktiske konsekvenser av endringer i ordningen er svært begrenset, er virkningene i stor grad teoretiske og ikke empirisk begrunnet. Virkningene er heller ikke vurdert ut fra konkrete utvidelser av ordningene, og det medfører at størrelsene på virkningene vil avhenge av hvor store de eventuelle utvidelsene av ordningene er. Konkrete forklaringer på virkningene og hvem som blir berørt er beskrevet under figuren.

⁵⁶ (Kunnskapsoppsummering om pårørende i Norge, 2023)

⁵⁷ (Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan, 2020), tilgjengelig [her](#)

⁵⁸ (Utfordringer ved sykemeldte pårørende i Norge, 2021), tilgjengelig [her](#)

Figur 3-3 Teoretisk årsaks-virkningsdiagram av å utvide permisjonsrettighetene for pårørende



Kilde: Menon Economics

Pårørende

Utvidede permisjonsrettigheter vil gi økt velferd ved å avlaste pårørende som synes det er krevende å stå fullt i arbeidslivet og samtidig yte pårørendeinnsats. Noen personer jobber i virksomheter der det er relativt lett å tilrettelegge i form av hjemmekontor og fleksibel arbeidstid, mens andre jobber i virksomheter der dette er krevende eller ikke mulig. Det kan skisseres et scenario der en står både i fullt arbeid samtidig som man yter pårørendeinnsats (noe som kan oppleves svært krevende), eller at en må tre ut av arbeidslivet for å yte pårørendeinnsats. Et annet scenario er at pårørende avstår fra å yte pårørendeinnsats fordi det er for krevende å kombinere med jobb, eller å ta ut sykemelding.

I hvilken grad økte permisjonsrettigheter vil avlaste pårørende, avhenger av både den konkrete innretningen og hvor mange av dagens pårørende som ville benyttet seg av en utvidelse. Dersom man utvider hvem som har rett på og hvor lenge permisjonen varer, vil det først og fremst avlaste pårørende som i dag ikke sees på som nærstående i lovverket (eksempelvis venner og slektninger), eller de som yter pårørendeinnsats over lengre tid. Dersom man utvider hvilke situasjoner og omsorgsoppgaver som gir rett på permisjon, vil det avlaste pårørende som i dag gjør pårørendeinnsats som ikke anses som «viktig nok» til å gi permisjon. Dersom man utvider den økonomiske kompensasjonen som følger permisjonsrettighetene, vil man i større grad kunne være pårørende for en innsats som i dag ikke gir utbetalinger fra folketrygden. I tillegg vil økte utbetalinger føre til at også høyere lønnede arbeidstakere avlastes i større grad, da dagens utbetalinger av pleiepenger kun utbetales som erstatning for lønn opp til 6G.

Uavhengig av hvilken form utvidelsen tar, er den sentrale velferdsgevinsten for pårørende at de får en bedre hverdag. For pårørende som i dag opplever kombinasjonen av fullt arbeid og omsorgsansvar som svært slitsomt, gir utvidede rettigheter et økt handlingsrom til å håndtere begge roller på en måte som

fungerer bedre for arbeidstaker. En mulig reduksjon i frafall fra arbeidslivet vil sannsynligvis også føre til økt livskvalitet over tid. For pårørende som i dag avstår fra å yte omsorg fordi det er for krevende å kombinere med arbeid, gir utvidede rettigheter bedre mulighet til å bidra overfor nærstående. En annen mulig kilde til velferdsgevinst er at utvidede rettigheter gir pårørende en anerkjent og legitim måte å håndtere omsorgsansvaret på. Eventuell redusert belastning av få føle seg stigmatisert og ved å benytte ordninger man egentlig ikke har rett på kan også gi en velferdsgevinst for pårørende.

Brukere (personer som mottar pårørendebistand)

Tiltak som gjør det mer attraktivt å yte omsorg for pleietrengende vil trolig kunne føre til at flere pårørende yter omsorg. Dette vil føre til større grad av pleie for brukeren, men noe av denne økningen kan bli motvirket av redusert formell pleie fra kommunene. Samtidig vil trolig pleien være av en annen kvalitet enn formell pleie. Kvaliteten av uformell pleie påvirkes av særlig to forhold. For det første vil trolig pleie fra nærstående oppleves mer trygt og persontilpasset sammenlignet med å pleies av helsepersonell, og taler for høyere kvalitet. Samtidig vil den nærstående mest sannsynlig ikke ha samme formelle kompetanse som helsepersonell, som taler for lavere kvalitet. En utvidelse av ordningen vil dermed også kunne medføre endret kvalitet i omsorgsarbeidet, uten at man ved dagens innsikt kan konkludere med hvorvidt kvaliteten blir bedre eller dårligere for brukeren.

De relative størrelsene knyttet til endret pleiemengde og endret kvalitet på pleien avhenger av hvordan tiltaket er utformet, jf. Kapittel 3.3. En mulig utforming kan være å utvide hvor lenge man kan ha permisjon, noe som vil gjøre det mulig å motta bistand av pårørende over lengre tid. En annen utforming er å utvide hvilke situasjoner og omsorgsoppgaver som gir rett på permisjon. En tredje er å utvide den økonomiske kompensasjonen som følger permisjonsrettighetene. Felles for alle disse utformingene er at de vil øke mengden uformell pleie og stønadsutbetalinger. En viktig forskjell er at en utvidelse av hvilke situasjoner og oppgaver kan medføre at man i større grad får bistand også for «mindre viktige» behov, noe som gjør at den marginale nytten for økt pleie vil være mindre for dette tiltaket enn ved de andre tiltakene.

Kommunen

Uformell og formell pleie er til en viss grad substitutter. Det vil si at dersom det blir mer av den ene kan det til en viss grad være behov for mindre av den andre. Formell pleie finansieres i dag i stor grad av kommunene. I tillegg betales det i dag omsorgsstønad i enkelte tilfeller, som ved utvidede permisjonsordninger dels kan falle bort. Det betyr at tiltak som øker uformell pleie fra pårørende, medfører et lavere behov for formell pleie fra kommunene. Reduksjonen i budsjettkostnader og skattefinansieringskostnad er rene overføringer av kostnad fra kommune til stat. Det vil si at selv om mer av omsorgsarbeidet utføres av pårørende som gir lavere kostnader for kommunene, utgjør det ikke i seg selv en samfunnsøkonomisk virkning.

Graden av reduserte kostnader for kommunene avhenger av hvor mye behovet for formell pleie avlastes, som igjen vil være avhengig av hvordan tiltaket utformes med tanke på hvem som har rett på permisjon, hvor lenge man har rett på permisjon, hva man kan motta permisjon for, og hvor mye man får utbetalt i permisjon. Vi kan ikke si hvilken av disse utformingene som vil påvirke mest.

En annen mulig effekt kan være dersom pårørende i dag selv har behov for helse- og omsorgstjenester som følge av belastningen de lider som følge av å yte pårørendeinnsats. På den ene siden kan mer fleksible ordninger redusere slik belastning og dermed redusere behovet for slike tjenester. På den andre siden kan stimulering til økt pårørendeinnsats ha motsatt effekt ved at flere ukvalifiserte yter bistand, med fare for økt belastning, og dermed øke gruppens behov for tjenester.

Arbeidsgivere

Økte pårønderettigheter vil i hovedsak påvirke bedriftene på to måter. For det første vil ansatte som før brukte sykemeldinger for å bistå nærstående i større grad kunne ta ut permisjon. Forskjellen er at folketrygden bærer hele pleiepengekostnaden, mens arbeidsgiver må betale for de første 2 ukene med sykepenger. Dermed vil dette gjøre det mindre kostbart for arbeidsgiver ved at sykefraværet reduseres. Samtidig blir reduksjonen i utbetaling av sykepenger for bedriftene kompensert med høyere utbetaling av pleiepenger og virkningen vil sånn sett kun være en overføring av byrden fra næringslivet til staten og ikke en samfunnsøkonomisk virkning.

For det andre vil økningen i pårønderes innsats medføre større fravær fra jobb enn før. Dette vil føre til at arbeidstakere i mindre grad kan ivareta arbeidsoppgavene sine på lik linje som før, og arbeidsgivere må tilpasse arbeidsprosesser ved å for eksempel rigge produksjonsprosessene mer fleksibelt eller ha dedikerte vikarer eller andre arbeidskraftsreserver. For noen bedrifter vil dette være relativt enkelt, slik som kontorvirksomheter som har mulighet for fleksibel arbeidstid og hjemmekontor. Samtidig vil disse virksomhetene i større grad ha mulighet til å tilrettelegge for pårørende også uten tiltaket. Bedriftene som blir påvirket mest er de der det er krevende å gjøre tilpasninger til plutselig frafall og der man eksempelvis ikke kan tilby hjemmekontor. For slike bedrifter kan kostnadene ved utvidede rettigheter bli store i forhold til bedrifter med stor tilpasningsmulighet.

Samfunnet for øvrig

En utvidelse av ordningen som øker utbetalingene av pleiepenger eller lignende, vil innebære både merutgifter og innsparingseffekter for folketrygden. Den delen av statens merutgifter som motsvares av redusert behov for kommunal omsorgsstonad, er å forstå som en ren overføring av finansieringsansvar fra kommune til stat, og representerer ikke en samfunnsøkonomisk gevinst i seg selv.

Utover slike overføringer kan ordningen gi reelle merutgifter for folketrygden dersom den utløser pleiepenger i situasjoner der det ellers ikke ville vært en tilsvarende offentlig finansiert ytelse eller tjeneste. Samtidig kan ordningen redusere utbetalinger til sykepenger og uføretrygd. Dersom sykepenger og uføretrygd i praksis har vært brukt som inntektssikring for pårørende mens de yter omsorg, vil lavere bruk av disse ytelsene i hovedsak innebære at utgifter flyttes til pleiepenger, uten en selvstendig samfunnsøkonomisk virkning. Derimot vil reduksjoner i sykefravær og uførhet som skyldes varige helsevirkninger av pårønderbelastning (for eksempel utbrenthet) og som vedvarer etter at pårønderrollen opphører, innebære reelle samfunnsøkonomiske gevinster gjennom høyere arbeidsevne og lavere trygdeutgifter over tid.

Endringer i offentlige nettoutgifter endrer hvor mye som må finansieres med skatter (alt annet likt). En økning i skattefinansieringen påfører samfunnet en skattefinansieringskostnad, forstått som effektivitetstapet som oppstår når skatlegging påvirker økonomiske aktiviteter bedrifter og innbyggere velger å utføre. Skattefinansieringskostnaden er dermed et tillegg til selve budsjettutgiften, og vil øke når finansieringsbehovet øker og avta når finansieringsbehovet reduseres.

En annen årsak til endret velferd for samfunnet kommer av reduksjonen i bedrifters lønnsomhet. Når det blir dyrere for næringslivet å produsere varer og tjenester, resulterer dette i samfunnsøkonomiske kostnader både for produsent (redusert produsentoverskudd) og konsument (redusert konsumentoverskudd). Kostnadene for bedrifter er vurdert som en virkning for næringslivet. I tillegg vil konsumenter få mindre nytte fordi produsenter ikke kan produsere til like lav pris som før. Dette vil slå ut i at konsumenter ikke har råd til like mange varer og tjenester som før, og dermed blir fattigere.

Virkningene over tid

Vi forventer at alle disse virkningene vil øke i styrke over tid, både fordi det blir flere pårørende og fordi det blir lettere å tilpasse seg tiltakene når det går mer tid, herunder det å finne seg jobb i et annet yrke enn man ville valgt i fravær av tiltakene.

3.5 Prinsipielle vurderinger

Tiltakene beskrevet i dette kapittelet vil utover samfunnsøkonomiske virkninger ha virkninger som reiser prinsipielle spørsmål. Vi redegjør for noen av disse under.

Fare for økt diskriminering av pårørende i arbeidslivet

Det er stor variasjon mellom arbeidsgivere med hensyn til hvor kostnadskrevende det er å legge til rette for ansatte med pårørendeansvar. Dersom ansatte som er pårørende i større grad tar ut permisjon på måter som er kostbart for bedriftene, vil disse ansatte bli mindre lønnsomme å ansette enn andre ansatte. Dette gir bedriftene insentiver til å diskriminere ansatte på bakgrunn av pårørendegrad og pårørendeinnsats, på samme måte som bedrifter har insentiver til ikke å ansette mennesker som vil utgjøre kostnader for bedrifter grunnet høyt sykefravær eller graviditet.

Menon Economics⁵⁹ fant at arbeidsgivers tilrettelegging av arbeidssituasjonen for ansatte som er pårørende avhenger av sykdomstype. Sannsynligheten for å få god tilrettelegging på arbeidsplassen var større hvis man var pårørende for en kreftsyk person enn for en rusavhengig person. I tillegg avhang graden av tilrettelegging av alderen på personen den ansatte var pårørende for. Hvis man var pårørende for barnet sitt på 19 år, var det større sannsynlighet for å få tilrettelagt sin arbeidshverdag enn hvis man var pårørende for en forelder. Pårørendesituasjonen den ansatte var i var altså avgjørende for i hvilken grad arbeidsgiver tilrettela (Menon Economics, 2022).

Fare for at alder, snarere enn behov, blir styrende for rettigheter

Utredningen i dette kapittelet er avgrenset til permisjonsrettigheter for pårørende til eldre. En slik avgrensning kan være hensiktsmessig av analytiske og praktiske grunner, men reiser samtidig et prinsipielt spørsmål om hvorvidt alderen på personen med omsorgsbehov bør være avgjørende for hvilke rettigheter den pårørende har. Det kan fremstå som lite prinsipielt begrunnet at rettigheter knyttes til mottakerens alder, dersom omsorgsbelastningen for den pårørende i realiteten følger av støtte- og omsorgsbehovets omfang og varighet, snarere enn alder i seg selv.

Fare for ulike behandlingstilbud for ulike mennesker

Økt uformell omsorg fra pårørende kan føre til ulike behandlingstilbud for eldre fordi slik omsorg er betinget av at brukeren har pårørende som kan og vil yte innsats. Tilgang på slik omsorg kan blant annet variere basert på familiesituasjon, reiseavstand til brukeren, pårørendes helse og sosiale nettverk. Dersom utvidede permisjonsrettigheter utløser mer uformell omsorg, kan dette for eksempel øke omsorgskapasiteten og tryggheten for brukere med tilgjengelige pårørende, uten at det tilsvarende styrker tilbudet til brukere som står uten pårørende som kan yte innsats.

Fare for skjevete kjønnsbalanse i arbeidslivet

Menons kunnskapsoppsummering tyder på at pårørendeansvar allerede i dag i større grad bæres av kvinner enn av menn.⁶⁰ Dette reflekteres både i tidsbruken på pårørendeoppgaver og i arbeidsmarkedsutfall, der kvinner står for en uforholdsmessig stor andel av årsverkene som går tapt

⁵⁹ (Norske virksomheters holdninger til ansatte i en pårørendesituasjon, 2022)

⁶⁰ (Kunnskapsoppsummering om pårørende i Norge, 2023), tilgjengelig [her](#)

når pårørende reduserer stilling eller forlater arbeidslivet. Utvidede permisjonsrettigheter kan i utgangspunktet redusere behovet for at pårørende må slutte eller gå varig ned i stilling, og dermed bidra til å dempe kjønnsforskjeller i arbeidslivet dersom ordningene først og fremst virke som avlastning og inntektssikring i en krevende periode. Samtidig kan ordningene også ha en motsatt effekt dersom de i praksis senker terskelen for å ta på seg mer omsorgsansvar, og det er de samme gruppene som i størst grad responderer på de utvidede rettighetene. I en slik situasjon kan tiltaket bidra til at mer av den samlede omsorgsbyrden kanaliseres til kvinner, med økt fravær, svakere karriereutvikling og lavere yrkesdeltakelse som mulig konsekvens.

4 Frigjøre ressurser i helse- og omsorgssektoren

I tråd med utvalgets føringer tar dette kapittelet først for seg en beskrivelse av problemet og hvilke mål man ønsker å oppnå. Deretter presenteres eksempler på modeller og initiativer som har vært utprøvd for å organisere oppgaver og mobilisere arbeidskraft på nye måter. Eksempelene illustrerer ulike tilnærminger til oppgavedeling og ressursmobilisering i sektoren, og gir et grunnlag for å diskutere hvilke mekanismer som kan bidra til bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

4.1 Hva er problemet og hva ønsker man å oppnå?

Den demografiske utviklingen med færre yrkesaktive per eldre person, innebærer at tilgangen på arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren blir relativt sett knappere, samtidig som etterspørselen etter tjenester øker. Dette gir et gap mellom behov og tilgjengelige ressurser og kan også omtales som et produktivitets- og kapasitetsproblem.

Samtidig vet vi at det finnes en rekke modeller og prosjekter for å utforske alternative former for oppgavedeling, gjennom bruk av blant annet frivillighet, mobilisering av ufaglært arbeidskraft og integrering av personer som står utenfor arbeidsmarkedet. Å ta i bruk slike grupper kan bidra til ulike former for oppgaveglidning og kobler ledig arbeidskraft med konkrete oppgaver. Problemet virker imidlertid ikke å være mangel på ideer som kan sikre slike gevinster, men manglende spredning og varig implementering av slike modeller.

Basert på tidligere arbeid og evalueringer av ulike modeller er det flere forhold som er med på å forklare hvorfor det er vanskelig å få til spredning og varig implementering av slike modeller.

1. **Insentivstrukturen i kommunen legger ikke til rette for å ta inn personer som står utenfor arbeid.** Selv om kommunene allerede benytter en betydelig andel ufaglært arbeidskraft i tjenestene, vil tiltak som innebærer å inkludere personer med svak tilknytning til arbeidslivet ofte kreve mer opplæring og tilrettelegging enn det som er vanlig i dagens drift. Dette kan medføre økte kortsiktige kostnader og ressursbruk for kommunen. Samtidig kan en vesentlig del av gevinstene, som redusert utenforskap og økt arbeidsdeltakelse, i stor grad tilfalle staten eller samfunnet som helhet, og i mindre grad den enkelte kommune sitt budsjett. Dette kan svekke kommunenes insentiver til å initiere og skalere slike tiltak, selv om de samlet sett kan være samfunnsøkonomisk lønnsomme.
2. **Det kan være store investeringskostnader og en økonomisk risiko for kommunen.** Kommunene bærer kostnadene og risikoen ved omstilling, mens gevinster kan være usikre, langsiktige eller tilfalle andre aktører (stat, Nav, pårørende, samfunnet generelt).
3. **Manglende grad av standardisering.** Mange løsninger er utviklet lokalt og er ikke tilstrekkelig generaliserbare eller standardiserte til å kunne spres effektivt.
4. **Mulig produktivitetsutfordring.** Dersom oppgavedeling innebærer substitusjon fra høyt kvalifisert til lavere kvalifisert arbeidskraft uten tilstrekkelig endring i arbeidsprosesser eller teknologi, kan samlet produktivitet falle. Oppgaveglidning kan da bli en forskyvning av knapphet snarere enn en reell effektivisering. Det er derfor viktig å ta innover seg at enkelte former for oppgavedeling, særlig økt bruk av ufaglært arbeidskraft, kan fremstå som en løsning

på bemanningsutfordringen, men samtidig innebære lavere gjennomsnittlig produktivitet dersom arbeidsprosessene ikke samtidig endres.

Slik vi ser det kan målsettingen presiseres langs tre dimensjoner.

1. **Økt kvalitet og/eller produktivitet i helse- og omsorgssektoren**, definert som mer (eller bedre) tjenesteproduksjon per innsatsfaktor.
2. **Bedre mobilisering av samfunnets samlede arbeidskraft**, herunder inkludering og sysselsetting av frivillige, unge, pensjonister og personer utenfor arbeidslivet.
3. **Bedre samsvar mellom samfunnsøkonomisk og kommunal lønnsomhet**, slik at tiltak som er lønnsomme for samfunnet også fremstår som rasjonelle valg for den enkelte kommune.

Vi vurderer at målet med slike modeller ikke kun handler om å få til oppgavedeling isolert sett, men om å utvikle institusjonelle og økonomiske rammer som gjør det rasjonelt og mulig å skalere løsninger som faktisk øker samlet verdiskaping og bærekraft, gitt de demografiske utfordringene vi står overfor.

4.2 Eksempler på ulike modeller for oppgavedeling som har vært utprøvd

Det finnes en rekke initiativer som på ulike måter forsøker å møte utfordringer knyttet til arbeidskraft, organisering og ressursbruk i helse- og omsorgssektoren. Slike initiativer spenner fra nasjonale programmer initiert av statlige myndigheter eller KS, til lokale utviklingsprosjekter i enkeltkommuner og samarbeidsmodeller med frivillig sektor. Felles for mange av disse er at de søker å mobilisere nye ressurser eller organisere tjenestene på mer effektive måter, problemstillinger som også står sentralt i Innovasjons- og samskapingsutvalgets arbeid.

Det er ikke gjort en systematisk kartlegging av alle relevante prosjekter. I stedet presenteres tre utvalgte eksempler som belyser ulike tilnærminger til oppgavedeling og ressursmobilisering. Prosjektene er valgt fordi de illustrerer mekanismer som er relevante for utvalgets problemstillinger, samtidig som det foreligger en form for dokumentasjon eller evaluering.

De tre prosjektene representerer ulike strategier. TØRN er et nasjonalt utviklingsprogram som arbeider med oppgavedeling og bedre utnyttelse av kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester. «Menn i helse» er et rekrutterings- og kvalifiseringstiltak som bidrar til økt tilgang på helsefagarbeidere. Prosjektet «Samarbeid med frivilligheten i helse og omsorg» i Hamar kommune illustrerer hvordan frivillige ressurser kan mobiliseres som supplement til kommunale tjenester. Samlet sett gir disse eksemplene et illustrativt bilde av ulike tilnærminger til å møte sektorens kapasitetsutfordringer.

TØRN – Oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren⁶¹

TØRN er et landsomfattende utviklingsprogram initiert av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Helsedirektoratets Kompetanseløft 2025 og drevet av KS. Programmet ble etablert i 2021 for å bistå kommunene i møte med bemanningsutfordringer, høy deltidsandel, rekrutteringsproblemer og presset kommuneøkonomi. Formålet var å fremme bedre organisering av arbeidsoppgaver, arbeidstid og

⁶¹ Fafo (2024): Ny tørn for effektive helse- og omsorgstjenester

personalressurser i helse- og omsorgstjenestene, hvorav oppgavedeling var ett av tre hovedtema i programmet.

TØRN er særlig relevant i en diskusjon om oppgavedeling fordi programmet systematiserer kartlegging av oppgaver og vurderer hvilke arbeidsoppgaver som kan overføres fra høyskoleutdannet helsepersonell til helsefagarbeidere, assistenter og ufaglærte.

Underveisevalueringen fra Fafo dokumenterer flere konkrete former for oppgavedeling:

- 1. Tydeligere arbeidsdeling mellom yrkesgrupper.** Flere kommuner rapporterer om mer presis avgrensning av oppgaver mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Det fremgår eksplisitt at «assistenter/ufaglærte mfl. kan gjera flere oppgaver»
- 2. Frigjøring av helsepersonell fra ikke-helsefaglige oppgaver.** Kommuner oppgir at helsepersonell i større grad frigjøres fra oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse, og at ikke-helsepersonell planlegges brukt i større grad. Det vises også til at andre yrkesgrupper, som renholder og vaktmester, trekkes inn i oppgaveløsningen.
- 3. Etablering av egne funksjoner for ufaglærte.** En kommune beskriver at man har «rendyrka mer oppgaver for ufaglærte, gjennom å ha fått flere bo-assistenter».
- 4. Gradvis endring i kompetansesammensetning.** I enkelte kommuner rapporteres det om en bevisst dreining mot flere helsefagarbeidere og assistenter og relativt færre sykepleiere. Det påpekes at i hjemmetjenesten finnes oppgaver som assistenter kan utføre med opplæring og veiledning. Samtidig understrekes det i rapporten at de faktiske endringene i kompetansesammensetning så langt har vært beskjedne

Fafo dokumenterer at 25 av 54 kommuner oppgir at TØRN har ført til endringer i kompetansesammensetningen. Flere kommuner rapporterer også økning i gjennomsnittlig stillingsstørrelse og heltidsandel.

Samtidig fremgår det at endringene i kompetansesammensetningen foreløpig er moderate. Informantene i prosjektet oppgir også at arbeidet med oppgavedeling har vært tidkrevende, og enkelte tjenestesteder har få konkrete effekter å vise til så langt.

Evalueringen peker også på barrierer som:

- Uenighet om ny oppgavedeling og turnusordninger
- Endringsmotstand blant ledere og ansatte
- Behov for sterk, men samtidig balansert ledelsesforankring

Samlet fremstår TØRN som et program som har bidratt til organisatorisk læring og bevisstgjøring om kompetansebruk, men hvor gevinstrealiseringen er gradvis og fortsatt under utvikling. Effektene er foreløpig moderate og implementeringskrevende, men illustrerer et tydelig samfunnsøkonomisk rasjonale: bedre utnyttelse av knapp kompetanse og mer bærekraftig organisering av arbeidskraft i møte med økende etterspørsel etter tjenester.

TØRN illustrerer også mange samfunnsøkonomisk relevante mekanismer. For det første kan frigjøring av sykepleiere fra oppgaver som ikke krever deres kompetanse bidra til bedre utnyttelse av knapp høyskolekompetanse. I en situasjon med vedvarende rekrutteringsutfordringer kan dette ha betydelig verdi. For det andre kan en gradvis dreining mot flere helsefagarbeidere og assistenter redusere kostnad per utført oppgave, gitt at kvalitet og pasientsikkerhet opprettholdes. Videre kan systematisk motivasjon av ufaglærte til fagutdanning styrke den langsiktige arbeidskrafttilgangen.

Samtidig kan oppgavedeling være forbundet med implementeringskostnader i form av ledelse, opplæring og organisasjonsutvikling. Gevinstene realiseres ikke automatisk, og endringsmotstand og reguleringsmessige rammer kan begrense effekten. Foreløpig dokumenterer evalueringen hovedsakelig organisatoriske endringer og prosessforbedringer, snarere enn dokumenterte netto kostnadsbesparelser.

Boks 4-1 Eksempelberegning på potensielle frigjorte årsverk, som følge av TØRN

Evalueringen viser at minst 25 av de 50 TØRN-kommunene har oppnådd moderate endringer i kompetansesammensetningen, blant annet gjennom bedre arbeidsdeling mellom yrkesgrupper og ved å flytte ikke-helserelaterte oppgaver bort fra helsepersonell.

Vi kjenner ikke omfanget i den enkelte kommune, men kan illustrere potensialet gjennom et stilisert regneeksempel med følgende antakelser:

- Hver kommune har 50 sykepleiere.
- 10 prosent av deres arbeidstid går til oppgaver som kan utføres av yrkesgrupper med lavere formelle kompetansekrav, og dermed lavere lønn.
- Lønnskostnaden for disse oppgavene kan halveres ved å overføre dem.

Med disse antakelsene frigjøres 5 sykepleierårsverk per kommune.* Oppgavene forsvinner imidlertid ikke — de må utføres av noen. Dersom de overtas av personell med halvparten så høy lønn, blir nettogevinsten 2,5 årsverk med høyere formell kompetanse per kommune.

For 25 kommuner tilsvarer dette en samlet frigjøring av 62,5 slike årsverk.

Kilde: Menon Economics

Det er viktig å understreke at Boks 4-1 kun er en illustrasjon av en potensiell gevinst. Vi har ikke grunnlag for å verken konkludere med hvor mange sykepleiere per kommune som ville vært berørt, hvor stor andel av stillingsprosenten som brukes på oppgaver andre med lavere kompetansegrunnlag kunne utført, eller hvor mye lavere kompetanse disse oppgavene kunne blitt utført med.

Eksempelen forutsetter videre at oppgaver fullt ut kan omfordes i praksis, og at redusert tidsbruk gir en tilsvarende reduksjon i behovet for årsverk. I praksis kan organisatoriske, faglige og turnusmessige forhold begrense hvor store gevinster som kan realiseres, og frigjort kapasitet kan også tas ut i form av økt kvalitet eller bedre tjenestedeckning snarere enn redusert bemanning.

Beregningen inkluderer heller ikke kostnader knyttet til implementering, opplæring, koordinering og oppfølging, eller eventuelle kvalitetsmessige konsekvenser av endret oppgavedeling. Samtidig er det heller ikke tatt hensyn til potensielle tilleggseffekter, som bedre utnyttelse av kompetanse, redusert belastning på ansatte eller økt kapasitet i tjenestene.

Menn i helse – Rekrutteringstiltak rettet mot menn som trenger bistand fra Nav for å komme inn i arbeidslivet⁶²

Menn i helse er et rekrutteringstiltak rettet mot menn som trenger bistand fra Nav for å komme i arbeid og som ønsker å bli helsefagarbeidere. Tiltaket kombinerer utdanning og arbeidspraksis i kommunehelsetjenesten, med mål om fagbrev og overgang til ordinært arbeid

Tiltaket startet i Trondheim i 2010 og ble nasjonalt forankret gjennom KS fra 2014. Antall deltakende kommuner har økt betydelig over tid. Rapporten fremhever at tiltaket svarer på dokumentert mangel på helse- og sosialfaglig kompetanse

Tiltaket er relevant for oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren fordi det øker tilgangen på helsefagarbeidere, en yrkesgruppe som i praksis overtar og utfører oppgaver som ellers kunne falt på sykepleiere. I tillegg bidrar det til å styrke bemanningen i en sektor med dokumentert arbeidskraftmangel. Tiltaket handler altså ikke om bruk av ufaglærte, men om å kvalifisere arbeidsledige menn til faglært helsepersonell.

Analysen viser at Menn i helse i stor grad lykkes med sitt hovedmål, nemlig å bringe deltakerne over i stabil arbeidsdeltakelse med fagbrev som helsefagarbeider. Utviklingen i inntekt viser et tydelig mønster. Deltakernes arbeidsinntekt faller frem mot oppstart av utdanningsløpet og er på sitt laveste ved registreringstidspunktet, med en gjennomsnittlig årlig inntekt på om lag 103 000 kroner. Deretter øker inntekten markant. Allerede det første året etter oppstart stiger inntekten betydelig, og tre år etter oppstart ligger gjennomsnittlig årlig arbeidsinntekt på rundt 440 000 kroner.

Parallelt reduseres mottak av trygdeytelser betydelig. Før oppstart mottar deltakerne i gjennomsnitt betydelige beløp i dagpenger og arbeidsavklaringspenger (AAP). Etter gjennomført program faller utbetalingene kraftig. Tre år etter oppstart er gjennomsnittlig mottak av AAP redusert til et relativt lavt nivå, og samlet mottak av dagpenger og tiltakspenger er også markant redusert. Få deltakere går over på uføretrygd.

For å vurdere om denne utviklingen faktisk kan tilskrives tiltaket, gjennomføres en effektanalyse hvor deltakerne sammenlignes med en kontrollgruppe bestående av personer registrert hos Nav, men som ikke deltar i arbeidsmarkedstiltak på oppstartstidspunktet. Etter statistisk matching, viser analysen at deltakerne i Menn i helse oppnår en betydelig merinntekt sammenlignet med kontrollgruppen. Tre år etter oppstart har deltakerne om lag 209 000 kroner høyere årlig arbeidsinntekt enn kontrollgruppen.

Også når det gjelder trygdebruk, finner analysen en betydelig forskjell mellom deltakerne og kontrollgruppen. Deltakerne mottar vesentlig mindre i AAP og dagpenger i årene etter oppstart enn sammenlignbare personer som ikke deltok i tiltaket. Reduksjonen holder seg relativt stabil over tid.

Samtidig understrekes det i rapporten at estimatene bygger på observasjonsdata. Selv om det benyttes avanserte metoder for å gjøre deltaker- og kontrollgruppe mest mulig sammenlignbare, kan man ikke fullt ut kontrollere for uobserverte faktorer som motivasjon, helse eller andre individuelle egenskaper. Det er derfor en risiko for at effekten overvurderes dersom deltakerne i utgangspunktet hadde bedre forutsetninger enn kontrollgruppen.

Den samfunnsøkonomiske analysen viser at hovedgevinsten ved Menn i helse er økt arbeidsinntekt blant deltakerne. Sammenlignet med kontrollgruppen oppnår deltakerne en betydelig og vedvarende

⁶² Lamøy (2025): Hva er samfunnets gevinst av arbeidsmarkedstiltaket menn i helse?

merinntekt. I beregningen forutsettes at denne effekten varer i syv år. I tillegg kommer redusert trygdebruk, hvor gevinsten samfunnsøkonomisk knytter seg til redusert skattefinansieringskostnad.

Kostnadene består primært av undervisning, lærlingtilskudd og ytelser under utdanningsløpet, samt skattefinansieringskostnader.

Med de forutsetningene som legges til grunn anslås netto samfunnsøkonomisk gevinst til om lag 1,1 millioner kroner per deltaker over en periode på syv år, og tiltaket beregnes å være lønnsomt etter rundt tre år.

Boks 4-2 Oppsummering av den forenkla samfunnsøkonomiske analysen av Menn i helse, samt eksempelberegning dersom man hadde fått til en skalering av tiltaket

Menn i helse er et arbeidsmarkedstiltak der målet er å rekruttere personer med svak tilknytning til arbeidslivet til helsefagarbeiderutdanning og arbeid i helse- og omsorgssektoren. Tiltaket kombinerer opplæring, praksis og tett oppfølging.

En analyse av tiltaket, basert på 527 deltakere fra fire fylker i perioden 2014–2021, viser at deltakerne i stor grad kommer i arbeid etter fullført program. Den gjennomsnittlige arbeidsinntekten øker fra om lag 103 000 kroner ved oppstart til rundt 440 000 kroner tre år senere. Samtidig reduseres mottak av trygdeytelser betydelig.

Sammenlignet med en kontrollgruppe har deltakerne om lag 209 000 kroner høyere årlig arbeidsinntekt tre år etter oppstart. Basert på disse effektene anslås en **netto samfunnsøkonomisk gevinst på om lag 1,1 millioner kroner per deltaker over en periode på syv år**. Tiltaket fremstår som samfunnsøkonomisk lønnsomt etter om lag tre år.

Dersom man legger til grunn samme gjennomsnittlige gevinst per deltaker, kan man illustrere hvilken størrelsesorden tiltaket kan ha ved bredere innføring. For eksempel vil 1000 deltakere samlet kunne gi en samfunnsøkonomisk gevinst på om lag 1,1 milliarder kroner over syv år. Tilsvarende vil 5000 deltakere kunne gi en gevinst på om lag 5,5 milliarder kroner. Dette illustrerer at selv moderate effekter per deltaker kan gi betydelige samlede gevinster dersom tiltaket gjennomføres i større skala.

Kilde: Menon Economics

Det er viktig å understreke at beregningene over er basert på en forenklet samfunnsøkonomisk analyse, og at resultatene må tolkes med varsomhet. Effektestimatene bygger på sammenligning med en kontrollgruppe, men metoden kan ikke fullt ut kontrollere for uobserverte forskjeller mellom deltakerne og kontrollgruppen, for eksempel knyttet til motivasjon eller helse.

Videre er resultatene følsomme for sentrale forutsetninger, særlig knyttet til størrelsen på inntektseffekten og hvor lenge den varer. I analysen legges det til grunn en effektperiode på syv år, men det er usikkerhet knyttet til både varighet og utvikling over tid.

Analysen inkluderer kun prissatte virkninger. Ikke-prissatte effekter, som bedre helse, økt livskvalitet, bedre arbeidsmiljø og økt mangfold i tjenestene, er ikke verdsatt.

Illustrasjonen av en eventuell skalering forutsetter at effekten per deltaker er den samme ved oppskalering i andre fylker. Ved bred implementering kan deltakersammensetning, gjennomføringsgrad, kapasitet i utdannings- og tjenestesystemet og etterspørselen etter arbeidskraft påvirke både kostnader og gevinster. Eventuelle fortrenningseffekter i arbeidsmarkedet er heller ikke hensyntatt.

«Samarbeid med frivilligheten i helse og omsorg» - i Hamar kommune⁶³

Delprosjektet «Samarbeid med frivilligheten i helse og omsorg» er en del av Hamar kommunes arbeid med handlingsplanen Leve hele livet. Prosjektets hovedmål har vært å utvikle en modell for å styrke samhandlingen mellom frivillig innsats og ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

Bakgrunnen for prosjektet er et tydelig beskrevet utfordringsbilde med økende andel eldre, knapphet på helsepersonell og et behov for å bruke samfunnets samlede ressurser bedre. Frivilligheten skal ikke overta kommunens lovpålagte oppgaver, men fungere som et supplement, særlig innenfor områder som sosial støtte, aktivitet, inkludering og forebygging.

Prosjektet er avgrenset til eldre hjemmeboende som mottar helse- og omsorgstjenester. Hensikten er å utvikle en mer systematisk og koordinert samhandling som kan bidra til bedre livskvalitet for brukerne, forebygge ensomhet, utsette behovet for mer omfattende helsehjelp og stimulere til økt bruk av pensjonister og andre frivillige som ressurs.

Tiltaket er i hovedsak et utviklingsprosjekt for å etablere en modell for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivillig sektor. Arbeidet bygger på innspill fra frivillige organisasjoner, dialogmøter og intervjuer med ansatte og ledere i hjemmetjenesten. Et sentralt funn er at det finnes mange frivillige tilbud, men at det er et tydelig gap mellom hva som eksisterer og hva ansatte har oversikt over og benytter. Samtidig opplever både frivilligheten og kommunen behov for tydeligere struktur, koordinering og kontaktpunkter.

Oppgavene som identifiseres som aktuelle for frivillige er først og fremst knyttet til sosial støtte og praktisk bistand i hverdagen, som turfølge, besøksvenn, følgetjeneste til avtaler og enklere praktiske gjøremål i hjemmet. Dette er oppgaver som ligger utenfor kjernehelsefaglige funksjoner og som kan bidra til mestring, trygghet og sosial deltakelse. Den foreslåtte modellen legger opp til en tydelig organisering med koordinatorfunksjoner, bedre kommunikasjon gjennom digitale verktøy, kompetanseheving både for frivillige og ansatte, samt faste møtepunkter for samskaping

Rapporten som Hamar kommune har utviklet fremstår primært som en utviklings- og anbefalingsrapport, ikke som en effekt- eller resultatmåling. Det presenteres ikke kvantitative evalueringer av effekter på kostnader, tjenestebehov eller brukerutfall.

Det som derimot dokumenteres er et tydelig engasjement både fra frivillig sektor og ansatte, bred enighet om at styrket samarbeid er ønskelig, og identifiserte barrierer, særlig knyttet til koordinering, informasjon og juridiske avklaringer.

Det fremgår også at få brukere faktisk benytter eksisterende frivillige tilbud, at ansatte opplever manglende oversikt og at frivilligheten etterspør tydeligere struktur og kontaktpunkter. Tiltaket kan dermed beskrives som et forprosjekt.

⁶³ Hamar kommune (2024): Delprosjekt «Samarbeid med frivilligheten i helse og omsorg»

Potensielle samfunnsøkonomiske virkninger

En sentral mekanisme i prosjektet er at frivillig innsats kan bidra til å styrke brukernes sosiale nettverk og forebygge ensomhet. Rapporten peker på at frivillige kan bidra med sosial kontakt, besøksvennordninger, følge til aktiviteter og praktisk støtte i hverdagen. I samfunnsøkonomisk forstand kan dette tolkes som en forebyggingsmekanisme. Bedre sosial støtte kan redusere risiko for forverret psykisk og somatisk helse, og dermed potensielt utsette eller redusere behovet for mer ressurskrevende tjenester.

En annen mekanisme er knyttet til mestring av hverdagsliv. Frivillige kan bistå med oppgaver som turfølge, smårydding, organisering i hjemmet og følgetjenester. Dersom slik støtte bidrar til at eldre kan bo trygt hjemme lenger, kan det i et langsiktig perspektiv innebære redusert press på institusjonsplasser og mer omfattende hjemmetjenester. Dette representerer en potensiell substitusjon mellom lavkostressurser (ulønnet innsats) og høyere kostnadsnivå i formelle tjenester.

Rapporten beskriver også at mange brukere i økende grad mangler pårørende eller nært nettverk. Frivilligheten kan dermed delvis kompensere for svekkede uformelle omsorgsressurser i befolkningen. Samfunnsøkonomisk innebærer dette en mobilisering av sivilsamfunnets arbeidskraft som alternativ til offentlig finansiert arbeidskraft, innenfor oppgaver som ikke er lovpålagte. Videre fremheves at frivillig innsats i seg selv kan være helsefremmende for den frivillige, særlig for pensjonister og personer utenfor arbeidslivet

Tiltaket kan altså både styrke mottakers livskvalitet og bidra til økt sosial deltakelse og mening for den som yter innsatsen. I et bredt samfunnsøkonomisk perspektiv kan dette ha betydning for inkludering, psykisk helse og redusert utenforskap, selv om slike virkninger ikke er kvantifisert.

Prosjektet virker også å legge betydelig vekt på organisering, koordinering og digitale verktøy for bedre ressurskobling. En viktig mekanisme her er reduksjon av transaksjonskostnader. Dersom det blir enklere å matche behov og frivillige ressurser, kan eksisterende kapasitet i sivilsamfunnet utnyttes mer effektivt. Dette er i så fall en produktivitetsmekanisme snarere enn en direkte innsparing.

Samtidig innebærer modellen nye koordinatorfunksjoner og kompetansetiltak. Samfunnsøkonomisk representerer dette en investering i organisasjonskapital og samhandlingskompetanse. Nettoeffekten vil avhenge av om de mobiliserte frivillige ressursene faktisk overstiger kostnadene ved administrasjon og oppfølging.

Boks 4-3 Illustrasjon av mulig størrelsesorden av frivillighet i Hamar kommune, gitt forenklete forutsetninger.

Selv om vi ikke vet i hvilken størrelsesorden et slik tiltak som er igangsatt i Hamar kommune vil kunne utløse, illustrerer vi likevel her et eksempel på hvordan det kunne sett ut dersom man visste hvor mye tid frivillige frigjorde fra hjemmetjenesten, som følge av redusert ensomhet og som igjen muligens kan føre til et lavere behov for hjemmetjenester.

Dersom vi antar at en frivillig klarer å frigjøre en time i uken per bruker, tilsvarer det 52 timer frigjort kapasitet årlig som kan gå til andre brukere som trenger det mer. Hvis vi videre antar at det er 50 frivillige i Hamar kommune som får til dette, **tilsvarer dette 1,5 frigjorte årsverk i kommunen som kan brukes på andre brukere.***

**1 time x 52 uker i året x 50 frivillige / 1750 timer i ett årsverk = 1,5 årsverk*

Kilde: Menon Economics

Det er viktig å understreke at eksempelet over er en illustrasjon og må ikke tolkes som et estimat på faktisk effekt av tiltaket. Beregningen bygger på en rekke forenklete forutsetninger, blant annet at frivillig innsats direkte erstatter én time hjemmetjenester per bruker per uke. I praksis vil sammenhengen mellom frivillig innsats, redusert ensomhet og endret tjenestebehov være usikkert og variere betydelig mellom brukere.

Videre forutsettes det at frigjort tid i hjemmetjenesten kan omdisponeres fullt ut til andre brukere, og dermed realisere en faktisk kapasitetsgevinst. I praksis vil dette avhenge av organisering, turnus, geografiske forhold og hvordan tjenestene planlegges, og det er ikke gitt at redusert tidsbruk gir en tilsvarende reduksjon i bemanningsbehov.

Eksempelet forutsetter også at frivillig innsats kan mobiliseres og opprettholdes over tid, og at kvalitet, stabilitet og kontinuitet i tilbudet er tilstrekkelig til å gi reelle effekter for brukerne. Eventuelle kostnader knyttet til koordinering, opplæring og oppfølging av frivillige er ikke inkludert i illustrasjonen.

Samlet sett innebærer dette at beregningen først og fremst illustrerer en mulig størrelsesorden på potensielle gevinster, gitt relativt sterke forutsetninger, og ikke en forventet eller dokumentert effekt av tiltaket.

Referanseliste

- Agenda Kaupang. (2019). Enhetskostnad norske kommuner.
- Arbeidstilsynet. (u.d.). Arbeidstilsynet om permisjon for å gi pleie og omsorg til nærstående.
- Carlsson, G., Nilsson, M., Ekstam, L., Chiatti, C., & Fänge, A. (2017). Falls and Fear of Falling among Persons Who Receive Housing Adaptations—Results from a Quasi-Experimental Study in Sweden.
- Carnemolla, P., & Bridge, C. (2019). Housing Design and Community Care: How Home Modifications Reduce Care Needs of Older People and People with Disability.
- FAFO. (2024). *Ny torn for effektive helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://www.faf.no/publikasjoner/faf-rapporter/ny-torn-for-effektive-helse-og-omsorgstjenester>
- FHI. (2018). Støtteordninger til boligtilpasninger for eldre og voksne med nedsatt funksjonsevne.
- Gautun, H., & Bratt, C. (u.d.). Caring for older parents in Norway - How does it affect labor market participation and absence from work? *Social Science & Medicine*.
- Gautun, H., & Hagen, K. (2010). How do middle-aged employees combine work with caring for elderly parents? *Community, Work & Family*, 393-409.
- Hamar kommune. (2024). *Delprosjekt «Samarbeid med frivilligheten i helse og omsorg»*. Hentet fra <https://www.hamar.kommune.no/getfile.php/1385554-1716881138/Hamar%20kommune/Kategorier/Helse%2C%20sosial%20og%20familie/Endelig%20rapport%20samarbeid%20med%20frivilligheten%20oper%20mai%202024.pdf>
- Helsedirektoratet. (2024). Bo trygt hjemme.
- Helsenorge. (u.d.). Helsenorge om omsorgstønad.
- Helsepersonellkommissjonen . (2023). Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.
- Hollinghurst, J., Daniels, H., Fry, R., Akbari, A., Rodgers, S., Watkins, A., . . . Clegg, A. (2022). Do home adaptation interventions help to reduce emergency fall admissions? A national longitudinal data-linkage study of 657,536 older adults living in Wales (UK) between 2010 and 2017.
- Hollinghurst, J., Fry, R., Akbari, A., Watkins, A., Williams, N., Hillcoat-Nallétamby, S., . . . Rodgers, S. (2020). Do home modifications reduce care home admissions for older people? A matched control evaluation of the Care & Repair Cymru service in Wales.
- Hyeong, J. (2025). Housing adaptation policy for older adults: the role of real estate and municipal actors in Sweden.
- Kinge, J. M., Dieleman, J. L., Karlstad, Ø., Knudsen, A. K., Klitkou, S. T., Hay, S. I., . . . Vollset, S. E. (2023). Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. *BMC Medicine* 21:201, 1-14.

- Lamøy, E. (2025). *HVA ER SAMFUNNETS GEVINST AV*. Hentet fra https://arbeidogvelferd.nav.no/asset/issue/2025/02/08-0225_Arbeid_og_velferd-Hva%20er%20samfunnets%20gevinst%20av%20arbeidsmarkedstiltaket%20menn%20i%20helse.pdf
- Lovdata. (u.d.). *Arbeidsmiljøloven*.
- Lovdata. (u.d.). *Arbeidsmiljøloven*.
- Lovdata. (u.d.). *Folketrygdloven*.
- Menon Economics. (2021). *Utfordringer ved sykemeldte pårørende i Norge*.
- Menon Economics. (2022). *Norske virksomheters holdninger til ansatte i en pårørendesituasjon*.
- Menon Economics. (2023). *Kunnskapsoppsummering om pårørende i Norge*.
- Menon Economics. (2025). *Samfunnsøkonomiske kostnader av pårørendeinnsats i Norge*.
- Nav. (u.d.). *Nav om hjelpestønad*.
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*.
- NOU 2020: 15. (2020). *Det handler om Norge*.
- Nyby. (2025). *Skap mer velferd med ressursene dere allerede har*. Hentet fra <https://nyby.no/>
- Opinion. (2021). *Nasjonal pårørendeundersøkelse*.
- Petersson, I., Lilja, M., Hammel, J., & Kottorp, A. (2008). *Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities*.
- Proba. (2014). *Evaluering av tilskudd til tilpasning*.
- Regjeringen. (2020). *Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*.
- Vossius, C., Selbæk, G., Benth, J., & Bergh, S. (2020). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)*.
- Wu, J., & Grundy, E. (2025). *Housing adaptations and older adults' health trajectories by level of initial health: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing*.
- Wu, S., Fu, Y., & Yang, Z. (2022). *Housing condition, health status, and age-friendly housing modification in Europe: The last resort? *Building and Environment**.



Menon
Economics

Menon Economics

Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo

+47 909 90 102

post@menon.no

menon.no