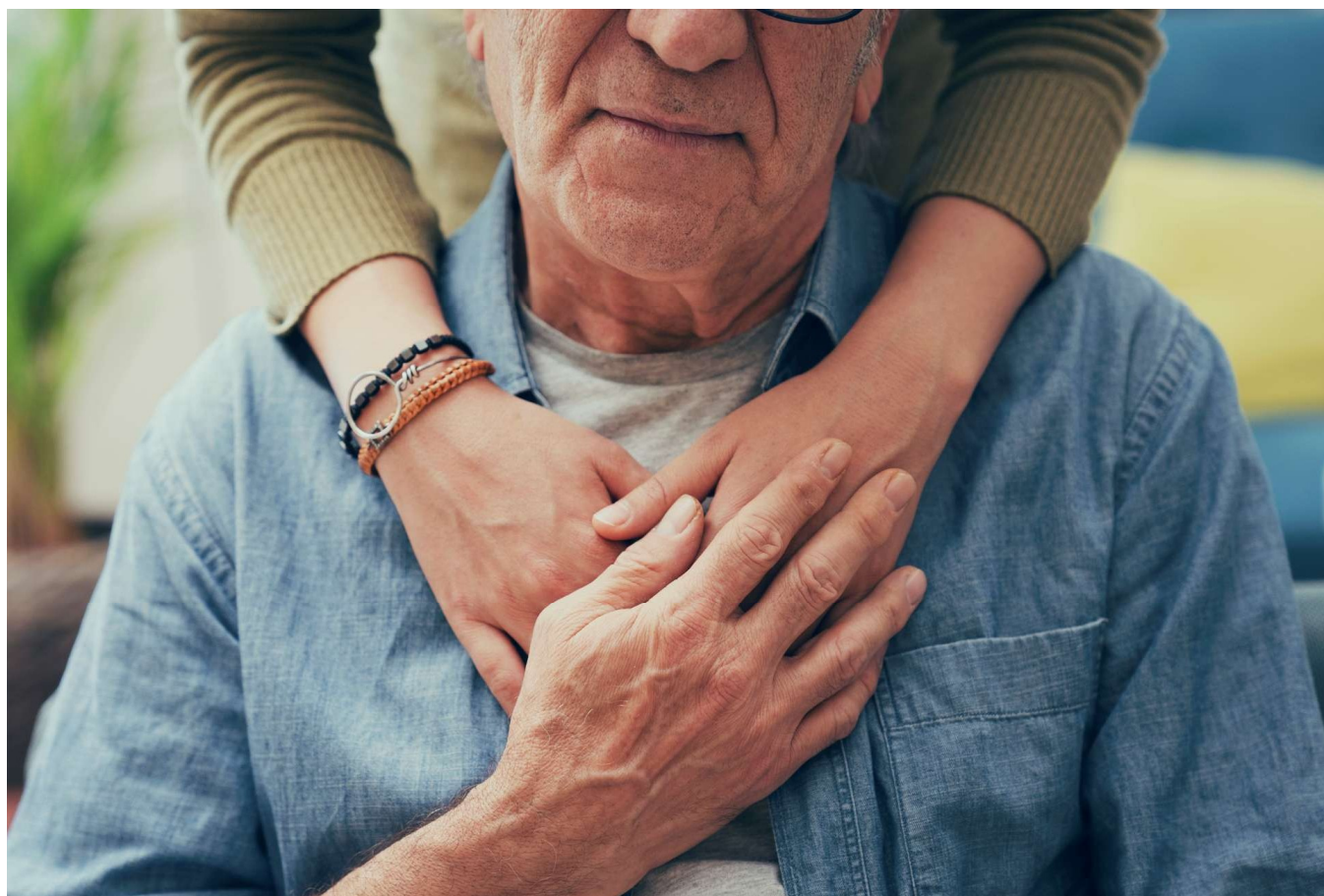




RAPPORT

Samfunnsøkonomiske kostnader av pårørendeinnsats i Norge



Seb_ra/istock

Av Simen Pedersen, Kari Rolfsjord, Caroline Vinter, Caroline N. Halvorsen og Emira Sopi

Menon-publikasjon Nr: 64

2025

Forord

På oppdrag for Pårørendealliansen har Menon Economics anslått de samfunnsøkonomiske kostnadene av pårørendeinnsats i Norge.

Simen Pedersen har vært ansvarlig for prosjektet. Operativ prosjektleder har vært Kari Rolfsjord, med Caroline Vinter og Emira Sopi som prosjektmedarbeidere. Iselin Kjelsaas har fungert som aktiv kvalitetssikrer. Arbeidet er gjennomført i perioden fra september 2024 til mars 2025.

Våre kontaktpersoner hos Pårørendealliansen har vært Anita Vatland og Anne-Grethe Terjesen.

Vi takker Pårørendealliansen for et spennende oppdrag. Vi takker også alle som har stilt opp til intervju for gode innspill underveis i prosessen.

April 2025

Simen Pedersen
Prosjektansvarlig
Menon Economics

April 2025

Kari Rolfsjord
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.

Les mer om vårt arbeid på menon.no.

Om Pårørendealliansen

Pårørendealliansen er en frittstående paraplyorganisasjon som skal synliggjøre pårørende og familieomsorgens utfordringer, uavhengig av hvem man er pårørende til. Organisasjonen er en aktiv pådriver i utformingen av pårørendepolitikk i Norge på vegne av alle pårørendegrupper.

Les mer om Pårørendealliansen og deres arbeid på parorendealliansen.no

Innhold

Sammendrag	5
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Problemstillinger	9
1.3 Avgrensinger	10
1.4 Metodisk tilnærming	10
1.5 Leserveiledning	11
2 Hva er en pårørende?	13
2.1 Rollen som pårørende varierer	13
2.2 Det finnes ulike definisjoner av pårørende	13
2.3 Definisjon av pårørende lagt til grunn i analysen	13
2.4 Hva kjennetegner pårørende i Norge?	14
3 Pårørende i tall	18
3.1 Antall pårørende	18
3.2 Pårørendes alders- og kjønnsfordeling	19
3.3 Antall personer man er pårørende for	20
3.4 Pasientens behov for pårørendeinnsats	21
3.5 Pårørendeinnsats per pårørende	21
3.6 Avstand mellom pårørende og pasient/bruker sitt bosted	22
4 Rammeverk for pårørenderegnskapet	24
4.1 Rammeverk og beskrivelse av prissatte virkninger	24
4.2 Usikkerhet	25
5 Samfunnsøkonomiske kostnader ved pårørendeinnsats for pårørende over 18 år	28
5.1 Totale samfunnskostnader	28
5.2 Vurderinger av pårørenderegnskapet i lys av øvrig forskning på temaet	29
6 Tapt tid	31
6.1 Hva er tapt tid i en pårørendesituasjon?	31
6.2 Antall pårørende som <i>kan</i> ha fått påvirket arbeids- eller studiesituasjon	33
6.3 Antall pårørende som jobber mindre fordi de er pårørende	33
6.4 Antall tapte årsverk	34
6.5 Samlet produksjonstap i 2024	37
6.6 Påvirkning på pårørendes fritid	40
7 Redusert helsemessig livskvalitet	43
7.1 Hva er helsemessig livskvalitet?	43
7.2 Hvordan vurderer pårørende sin helse?	43
7.3 Forutsetninger for beregning av kostnader	48
7.4 Tap i kvalitetsjusterte leveår	50
7.5 Totale kostnader av tapt helsemessig livskvalitet	52
8 Offentlig og privat ressursbruk	55
8.1 Hva inngår i offentlig og privat ressursbruk?	55
8.2 Stønadsordninger relevante for pårørende	55
8.3 Fordelingsvirkninger knyttet til stønadsordningene	57
8.4 Helsetjenestekostnader	66

8.5	Reisekostnader	68
9	Skattefinansieringskostnad	71
10	Samfunnsøkonomiske kostnader ved barn som pårørende	72
10.1	Forskning på barn som pårørende	72
10.2	Antall pårørende barn	74
10.3	Andel pårørende barn som havner i varig utenforskap	75
10.4	Samfunnsøkonomiske kostnader av varig utenforskap per person	76
10.5	Resultater	78
11	Oppsummering og diskusjon	79
11.1	Pårørenderegnskapet finner store kostnader forbundet med pårørendeinnsats i Norge	79
11.2	Tapt fritid, redusert helsemessig livskvalitet og produksjonstap utgjør de største kostnadene ved pårørendeinnsats	80
11.3	Det er store kostnader forbundet med det å være pårørende til barn og unge	80
11.4	Kvinner bærer en større kostnad enn menn i pårørenderollen	81
11.5	Det er store kostnader forbundet med utenforskap som følge av barn som pårørende	81
11.6	Pårørenderegnskapet viser at pårørendestrategien stadig er relevant	82
	Referanseliste	83
	Vedlegg A: Beregninger av pårørendetallet	88
	Vedlegg B: Om pårørendeundersøkelsen	90

Sammendrag

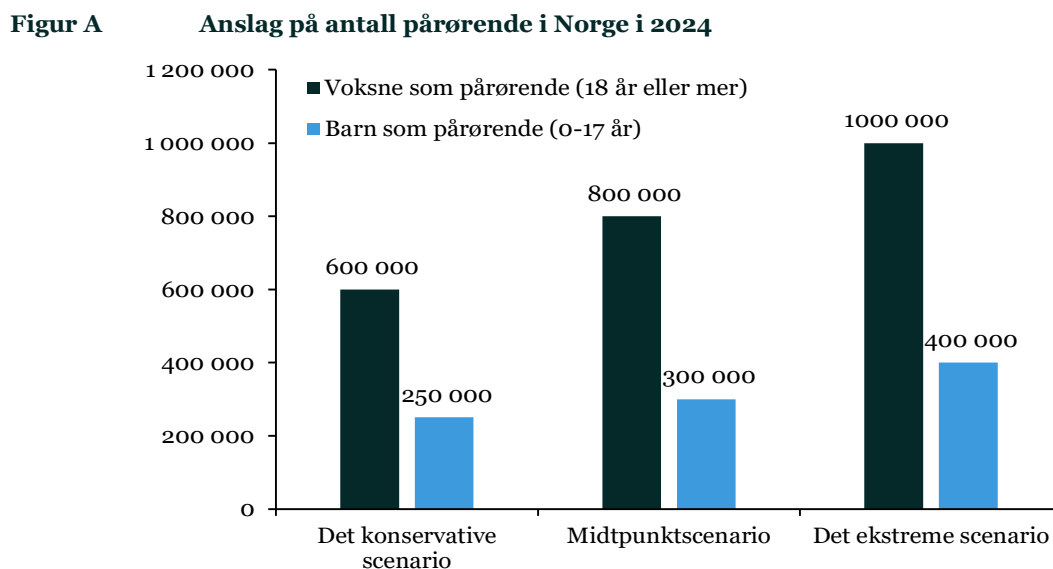
På oppdrag fra Pårørendealliansen har Menon Economics anslått de samfunnsøkonomiske kostnadene av pårørendeinnsats i Norge. Formålet med prosjektet har vært å tallfeste hva pårørendefenomenet koster samfunnet, sammenlignet med en hypotetisk situasjon uten pårørendeinnsats. Det er verken ønskelig eller realistisk med et samfunn uten pårørende som yter omsorg. Det er imidlertid et mål at alle pårørende skal leve gode liv til tross for sin pårørendesituasjon, i tråd med regjeringens pårørendestrategi fra 2021 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Pårørenderegnskapet som presenteres i denne rapporten, viser at pårørendeinnsats for mange resulterer i redusert arbeidstid, tapt fritid og dårligere helse og at pårørendestrategiens målsetninger stadig er relevante.

Å være pårørende for noen man er glad i innebærer ofte et økt ansvar. Det økte ansvaret kan utløse følelser som bekymring, stress, dårlig samvittighet, skam og skyldfølelse, som man i fravær av pårørendesituasjonen ikke ville hatt. Disse følelsene og selve pårørendeinnsatsen som ytes i form av tid til omsorg kan resultere i at den pårørende får en dårlig balanse mellom jobb og fritid, blir syk, må redusere sin arbeidstid eller faller utenfor arbeidsmarkedet. Vi anslår at de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene av pårørendeinnsats for personer i Norge over 18 år utgjorde mellom 29,3 og 123,8 milliarder kroner i 2024.

Barn kan i likhet med voksne være pårørende. Med bakgrunn i at barn er mer sårbare, viser tidligere forskning at pårørendesituasjonen for noen kan resultere i varig utenforskap, særlig for de barna som er pårørende til foreldre med psykiske og rusrelaterte utfordringer. Utenforskap er et uttrykk som gjerne brukes om manglende sosial tilknytning til samfunnet rundt. Vi anslår den samfunnsøkonomiske kostnaden av varig utenforskap som skyldes at barn er pårørende til mellom 11,0 og 52,7 milliarder kroner i 2024. Vi anslår at samlede kostnader av ulike pårørendesituasjoner tilsvarer 2,2 prosent av fastlands-BNP i Norge i 2024.

Det er mellom 850 000 og 1 400 000 pårørende i Norge

Basert på Pårørendealliansens tall og egne vurderinger anslår vi at det var mellom 850 000 og 1 400 000 pårørende i Norge i 2024. Som vi ser fra Figur A, har vi presentert pårørendetall for tre scenarier som er lagt til grunn for analysen. Om lag tre av ti pårørende er barn.

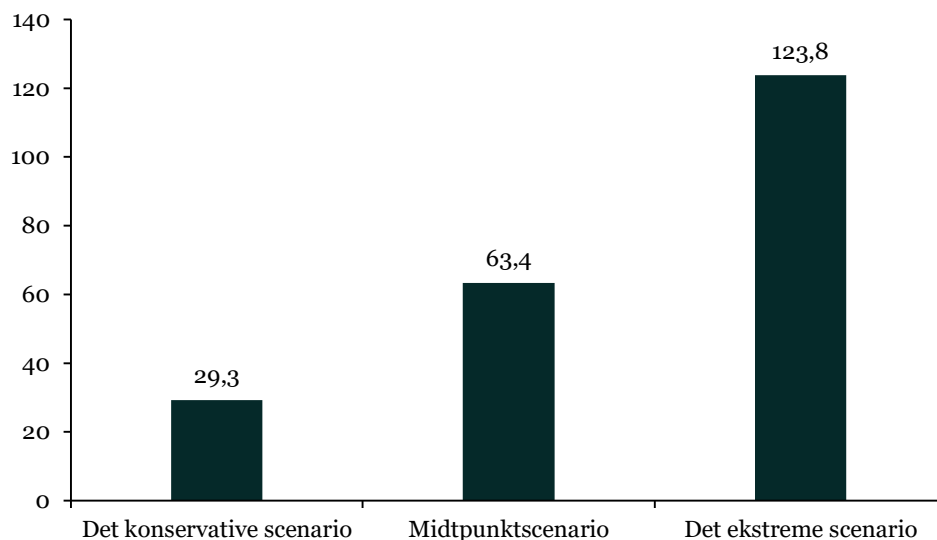


Kilde: Menon Economics

Kostnadene av pårørendeinnsats blant voksne er beregnet til 29,3–123,8 milliarder kroner i 2024

Basert på intervjuer med pårørende i ulike situasjoner, Pårørendeundersøkelsen 2021 fra Helse-
direktoratet, gjennomgang av relevant litteratur og egne vurderinger, anslår vi at den samfunns-
økonomiske 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 B.

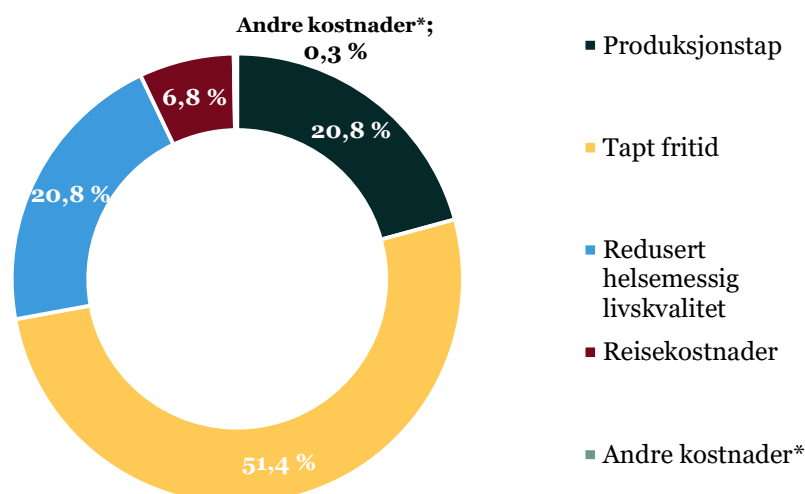
Figur B Totale samfunnskostnader av pårørendeinnsats for voksne i 2024



Kilde: Menon Economics

Vår vurdering bygger på en beregning av seks samfunnsøkonomiske virkninger av pårørende-
situasjonen. Figur C viser fordelingen av kostnadene i midtpunktscenarioet. Vi finner 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 helsemessig livskvalitet og produksjonstap
(arbeidsfravær), der hver virkning utgjorde 20,8 prosent av de samlede kostnadene i 2024.

Figur C Fordeling av samlede samfunnsøkonomiske kostnader av pårørendeinnsats for voksne i midtpunktscenario i 2024, i prosent



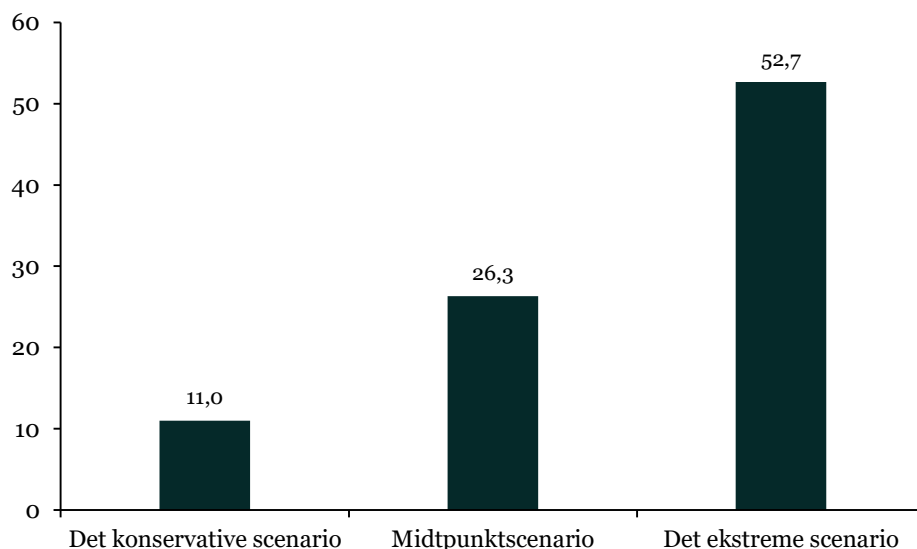
*Omfatter helsetjenestekostnader og skattefinansieringskostnader. Kilde: Menon Economics

Kostnadsanslagene omfatter ikke kostnader forbundet med pårørendes lavere produktivitet på jobb, pårørendes utgifter utover tapt tid og kjøretøykostnader, eller kostnader forbundet med tap av livskvalitet utover helsemessig livskvalitet. Pårørendesituasjonen kan også utløse nyttevirkninger for den pårørende i form av mestringsfølelse og glede over å gjøre noe som oppleves som meningsfylt. Slike gevinster er ikke beregnet i analysen.

Kostnader av varig utenforskap er beregnet til 11,0–52,7 milliarder kroner

I likhet med voksne, kan barn være pårørende. Barn er sårbare, og det er sannsynlig at pårørendesituasjonen for enkelte kan resultere i varig utenforskap. I beregningene forutsetter vi at 10 prosent av barn som er pårørende ender opp i varig utenforskap, som følge av deres pårørendesituasjon. Basert på forutsetningen om at mellom 12 500 og 60 000 barn havner i varig utenforskap som følge av pårørendesituasjonen de var i 2024, anslår vi at de samfunnsøkonomiske kostnadene av varig utenforskap for barn tilsvarende mellom 11,0 og 52,7 milliarder kroner i 2024. I midtpunktscenarioet finner vi at 30 000 barn ender opp i varig utenforskap og at den samfunnsøkonomiske kostnaden utgjør 26,3 milliarder kroner, se figur D. Disse tallene representerer anslag på dagens verdi av fremtidige kostnader over barna sitt livsløp og omfatter ikke barn som kun taper livskvalitet i barndommen og i overgangen til voksenlivet. Til sammenligning finner en svensk studie at kostnaden av varig utenforskap for barn som er pårørende utgjør 37,3 milliarder norske 2024-kroner når vi kontrollerer for forskjeller i barnebefolkningen mellom Norge og Sverige. De svenske tallene ligger midt mellom vårt midtpunktscenario og det ekstreme scenario.

Figur D Den årlige samfunnsøkonomiske kostnaden av varig utenforskap for barn som kan tilskrives deres pårørendesituasjon i 2024, i milliarder kroner



Kilde: Menon Economics

Pårørendestrategiens tre målsetninger er stadig relevante

Pårørenderegnskapet viser at pårørendestrategiens tre målsetninger stadig er relevante. Pårørende bør anerkjennes som ressurs på bakgrunn av innsatsen som er presentert i pårørenderegnskapet. Vår systematiske gjennomgang av samfunnsøkonomiske kostnader av ulike pårørendesituasjoner blant voksne og barn forteller oss at pårørenderollen i Norge koster samfunnet mye. Økt andel eldre, synkende fødselsrate og knapphet på helsepersonell, gir en forventning om at den samlede pårørenderbyrden også vil øke i fremtiden.

Regnskapet viser også at det er et særlig behov for å sikre en helhetlig ivaretagelse av den pårørende og at pårønderollen ikke i for stor grad går ut over arbeid, fritid og studier. Selv om det å være pårørende kan utløse mestringsfølelse og kan oppleves meningsfylt, viser våre beregninger at pårørende selv bærer en stor kostnad knyttet til pårønderollen og at pårørendefenomenet reduserer norsk verdiskaping og følgelig verdiene som er til fordeling. Vi finner at pårørende til barn og unge bærer en større kostnad sammenlignet med andre grupper pårørende i form av redusert arbeidstid, tapt fritid og redusert helsemessig livskvalitet. Vi finner også at det er flest kvinner som er pårørende og at kvinner bruker mer tid på pårørendeinnsats, sammenlignet med menn.

Regnskapet viser også at det er store kostnader forbundet med barn som pårørende, som følge av at barn vokser opp i pårørendesituasjoner. Våre resultater indikerer at innsatsen for å ivareta barn som pårørende bør forbedres gjennom bedre oppfølging og tilrettelegging av helsetjenesten og barnevernet.

På bakgrunn av dette kan man stille spørsmål om pårørendesituasjonen, som alle trolig vil oppleve i løpet av livet, i større grad bør anerkjennes som en situasjon som kan være svært krevende og at det er behov for en generell holdningsendring i befolkningen knyttet til pårønderollen. Ved siden av dette kan en også spørre seg om norske velferdsordninger og arbeidsliv i større grad bør tilpasses pårørendesituasjonen den enkelte står i, slik at konsekvensene for den pårørende og samfunnet ikke er unødvendig store. Pårørendeperspektivet bør stå sentralt i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene, slik at pårørende inkluderes på en god og forsvarlig måte. På den måten kan de være en verdifull ressurs både for den som trenger støtte og for tjenestene – samtidig som de får ivaretatt sin egen livskvalitet.

1 Innledning

Det er viktig med kunnskap om pårørendes bidrag for å forstå hvilken ressurs denne gruppen utgjør for samfunnet. Menon har fått i oppdrag av Pårørendealliansen å sette opp et samfunnsregnskap for den samlede pårørendeinnsatsen i Norge. Formålet med regnskapet er å sikre en helhetlig forståelse for samlede kostnader av pårørendeinnsats. Funnene vil også vurderes opp mot målsetningene i regjeringens pårørendestrategi «Vi - de pårørende» som strekker seg fra 2021 til 2025.

1.1 Bakgrunn

Pårørende er en viktig ressurs, både for bruker, pasient og for samfunnet. Ifølge Pårørendealliansen er om lag 800 000 mennesker i Norge over 18 år pårørende (se vedlegg A). I tillegg er det sannsynlig at om lag 300 000 barn er pårørende (se kapittel 10). Pårørende har lenge blitt sett på som en forlengelse av den familiebaserte omsorgsytingen, men har særlig de siste femten årene fått en tydeligere rolle. Pårørendeinnsats ble for alvor satt på dagsorden gjennom de offentlige utvalgene fra 2011 «Innovasjon i omsorg» og «Når sant skal sies om pårørendeomsorg». Helsedirektoratet lanserte også en Pårørendeveileder i 2017 som beskriver pårørendes ulike rettigheter og plikter. Regjeringen la i 2021 frem en pårørendestrategi som strekker seg til 2025, «Vi – de pårørende». Formålet med pårørendestrategien var å bidra til at pårørende i større grad blir anerkjent som en ressurs og at de skulle ha anledning til å leve gode liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Pårørendestrategien understreker samtidig at mange har store belastninger, og flere opplever at de i liten grad blir sett eller hørt, samt mottar for lite støtte og avlastning.

Til tross for at betydningen av pårørendes innsats har fått mer oppmerksomhet de siste femten årene, eksisterer det ikke en samlet oversikt over de samlede kostnadene forbundet med denne innsatsen i Norge. I pårørendestrategien vises det til at ulønnet innsats fra pårørende er beregnet til å utgjøre 136 000 årsverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Dette er nesten like mange årsverk som de kommunale omsorgstjenestene, som utgjør om lag 142 000 årsverk (Hjemås, Holmøy, & Haugstveit, 2019). Denne rapporten har derfor som formål å synliggjøre alle samfunnskostnader som er forbundet med pårørendeinnsats i Norge. Dette innebærer å beregne kostnader som ikke ville ha eksistert i et hypotetisk scenario uten pårørendeinnsats. Det er viktig å understreke at det hverken er ønskelig eller realistisk med et samfunn uten pårørendeinnsats. Likevel er det viktig å synliggjøre hvilke faktiske kostnader som er forbundet med pårørendeinnsats. Ved å gjøre dette kan vi se hvordan kostnadene fordeler seg og deretter vurdere deres forholdsmessighet.

1.2 Problemstillinger

På bakgrunn av dette har Menon Economics fått i oppdrag av Pårørendealliansen å sette opp et samfunnsregnskap for pårørende i Norge. Samfunnsregnskapet skal bidra til å få frem

- hvilke kostnader pårørendeinnsats medfører for den enkelte pårørende (tapt arbeidsinntekt, tapte helsemessige livskvalitet, tapte fritid og samlede helsetjenestekostnader)
- hvilke samfunnskostnader som er forbundet med pårørendeinnsats (helsebudsjett-kostnader, offentlige ytelser, skattekostnader)

- hvilke samfunnskostnader som er forbundet med barn som pårørende som følge av varig utenforskap

1.3 Avgrensinger

Pårørenderegnskapet tar utgangspunkt i pårørendekostnader for et enkelt år, med unntak av barn som pårørende. For denne pårørendegruppen regner vi på pårørendekostnader som kan tilskrives at barnet var pårørende ett av barndomsårene (0-17 år).

Vårt regnskap er ikke en fullstendig gjennomgang av samfunnsøkonomiske kostnader som er utløst av ulike pårørendesituasjoner. Årsaken til det er at vi ikke har hatt empirisk grunnlag for å kostnadsfeste alle virkninger. De viktigste samfunnsøkonomiske virkningene som ikke inngår i vår rapport er pårørendesituasjonen sin innvirkning på:

- Voksne pårørende sitt tap av livskvalitet, utover helsemessig livskvalitet.
- Voksne pårørende sine utgifter av å være i en pårørendesituasjon, utover kjøretøykostnader.
- Produksjonstap knyttet til voksne pårørende *utover* det som knytter seg til dem som faller helt eller delvis ut av arbeidslivet. For eksempel voksne pårørende som er mindre produktive på jobb som følge av pårørendesituasjonen.

Når det gjelder barn som pårørende, har vi inkludert de samfunnsøkonomiske kostnadene av varig utenforskap, herav produksjonstap, redusert helsemessig livskvalitet og lavere levealder. Det betyr at våre tall ikke omfatter barn sin tapte livskvalitet utover helsemessig livskvalitet.

Pårørendesituasjoner den enkelte står i kan også skape en opplevd glede og nytte ved at den pårørende opplever å utgjøre en viktig forskjell og ha en mer meningsfull hverdag. Slike nyttegevinster er ikke inkludert i beregningene, og en kostnadsvirkning vi ser bort fra i utredningen.

1.4 Metodisk tilnærming

Vår metodiske tilnærming består av to hovedaktiviteter: kostnadsberegninger og intervju av pårørende. I det følgende beskrives disse aktivitetene.

Kostnadsberegninger. For å svare på problemstillingene har vi tatt utgangspunkt i den nasjonale pårørendeundersøkelsen fra 2020/2021, som ble gjennomført av Opinion på vegne av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2021). Denne undersøkelsen, samt den nasjonale pårørendeundersøkelsen fra 2021/2022, ble gjennomført for å gi mer kunnskap om pårørendes situasjon og omsorgen de yter i forbindelse med utarbeidelse av pårørendestrategi og handlingsplan (Helsedirektoratet, 2022). Menon har fått tilgang til rådataene fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen fra 2020/2021.¹ Undersøkelsen gir innsikt i hvor stor andel av befolkningen som eksempelvis er pårørende for skrøpelige eldre eller for personer med kroniske lidelser. Data fra undersøkelsen gir også innsikt i momenter som hvordan pårørenderollen har påvirket pårørendes arbeidssituasjon, hvordan de vurderer egen helse og hvilke stønader de har benyttet seg av som følge av pårørenderollen.

¹ Dette er den første nasjonale pårørendeundersøkelsen. Grunnen til at vi benytter data fra denne og ikke den andre nasjonale pårørendeundersøkelsen er på grunn av informasjonen de har hentet inn i undersøkelsene. Den første undersøkelsen tar for seg pårørendes rolle, erfaringer og situasjon som er relevant for beregning av samfunnsregnskap.

Spørreundersøkelsen er sendt ut til et tilfeldig utvalg i et større befolkningspanel og er en landsrepresentativ undersøkelse. Vi antar i analysen at gruppen pårørende ikke har endret seg vesentlig siden undersøkelsen ble gjennomført i slutten av 2020. En svakhet ved en slik spørreundersøkelse kan være at personer som har stått i mindre omfattende eller krevende pårørendesituasjoner har valgt å ikke svare på undersøkelsen og at personer i mer krevende pårørendesituasjoner kan være overrepresentert. Vedlegg B gir en mer utfyllende beskrivelse av pårørendeundersøkelsen.

Pårørendeundersøkelsen fra 2020/2021 er utelukkende sendt til personer over 18 år og gir derfor ikke innsikt i barn og unge som pårørende. Vi har derfor lagt til grunn en annen metodisk tilnærming for å beregne samfunnskostnader forbundet med denne gruppen. For barn og unge som pårørende legges det til grunn en antakelse om at det å være pårørende i ung alder kan bidra til varig utenforskap. Utenforskap er et uttrykk som gjerne brukes om manglende sosial tilknytning til samfunnet rundt. Personer eller grupper kan stå utenfor samfunnet for eksempel fordi de ikke deltar i arbeidslivet, tar utdanning, eller fordi de mangler språklig eller kulturell tilknytning til samfunnet (Tjora, 2024). Utenforskap benyttes gjerne om strukturelle utfordringer med manglende inkludering i samfunnet for grupper som i mindre grad deltar i samfunnet enn øvrig befolkning.

Intervju av pårørende. Ved siden av en kvantitativ analyse basert på spørreundersøkelsene som er beskrevet over, er det gjennomført kvalitative intervjuer for å få dypere innsikt i hva som kjennetegner ulike pårørendesituasjoner. I intervjuene har vi vært særlig interessert i dimensjoner som

- alder på den pårørende og den man er pårørende til
- type sykdom og lengde
- type arbeid den pårørende har
- geografisk avstand mellom den pårørende og den syke
- helsetjenestens oppfølging

I intervjuene har det vært sentralt å avdekke hvilken situasjon pårørende står i og hvilke konsekvenser pårørenderollen får, for eksempel gjennom tapt lønn og pensjon og konsekvenser for livskvalitet. Rekruttering av intervjuobjekter har skjedd gjennom Pårørendealliansens hjemmesider. Det har vært ønskelig å intervjuer pårørende som i ulik grad har blitt preget av sin rolle som pårørende for å sikre bredde fra mindre til mer krevende pårørendesituasjoner. Fortellingene fra flere av de vi har intervjuet er gjengitt som case-beskrivelser gjennom rapporten. Samtlige beskrivelser er gjengitt med tillatelse fra de som er intervjuet.

1.5 Leserveiledning

I kapittel 2 presenteres ulike definisjoner av pårørendebegrepet, etterfulgt av en beskrivelse av hva som kjennetegner pårørendegruppen i Norge i kapittel 3. I kapittel 4 beskrives rammeverket som er lagt til grunn for pårørenderegnskapet. Problemstillingene besvares fra kapittel 5 til 10, og i kapittel 11 diskuteres problemstillingene i lys av rapportens funn.

Case: Pårørende til en med kronisk lidelse

Mette sin rolle som pårørende har hatt store konsekvenser for hennes livskvalitet, både fysisk og psykisk. Den kontinuerlige beredskapen og belastningen har ført til at hun er delvis uføretrygdet og at hun opplever redusert overskudd i hverdagen. Selv om hun finner glede i enkelte aktiviteter, preges livet av ansvar og bekymringer for både datteren og foreldrene.

Mette har vært en sentral støttespiller for sin datter, som fikk MS-diagnose etter å ha hatt symptomer siden tenårene. I tillegg ble datteren senere diagnostisert med en alvorlig kreftdiagnose. Gjentatte sykehusinnleggelse, behov for praktisk og emosjonell støtte, samt usikkerheten rundt sykdomsforløpet, har gjort at Mette har levd i konstant beredskap. Hun sover med telefonen ved sengen, reagerer på den minste lyd og har hatt perioder hvor belastningen har vært så stor at hun har trengt hjelp for å fungere i hverdagen.

— *«Pårørendeoppgaver har tidvis vært så krevende for meg at jeg ikke har visst hvordan jeg skulle klare å stå opp om morgenen»*

Samtidig har foreldrenes helsesituasjon medført ytterligere ansvar. Moren har Alzheimers og en skade på frontallappen, noe som gjorde at hun til slutt ble flyttet til sykehjem. Faren, som nylig flyttet til omsorgsbolig, sliter med flere helseutfordringer. Mette har vært hovedansvarlig for å koordinere hans helsehjelp, følge ham til lege og håndtere det praktiske. Selv etter at han flyttet til en mer tilpasset avdeling, kjenner hun på et vedvarende ansvar.

Til tross for de store belastningene, finner Mette glede i å være en aktiv pårørende. Hun prioriterer å gi foreldrene gode opplevelser og har blant annet tatt dem med på konserter og idrettsarrangementer. Likevel opplever hun lite egentid, selv om hun spiller i to korps som fungerer som et fristed. Musikkøvelsene gir henne energi, men noen ganger er det krevende å mobilisere overskudd til å delta.

Etter hvert som mer av ansvaret er blitt overtatt av helsevesenet, har Mette fått mulighet til å sove bedre og kjenne på en viss lettelse. Likevel er påkjenningene store, og hun merker fortsatt hvor utmattende det er å alltid være på vakt. Pårørenderollen er ikke bare en byrde, men også en kilde til mening, hvor hun finner trøst i å vite at hun har gjort sitt beste for dem hun er glad i.

Pårørendesituasjonen er beskrevet i intervju med Menon Economics og gjengitt med tillatelse. Navnet er fiktivt.

2 Hva er en pårørende?

Hva det innebærer å være pårørende varierer mellom personer og situasjoner. For noen kan det å være pårørende innebære blant annet å bistå med praktiske gjøremål, mens det for andre kan omfatte et stort omsorgsansvar og være en stor påkjenning. I dette kapitlet beskrives hvilken definisjon av pårørende som er lagt til grunn for pårørenderegnskapet, og det gis en kort beskrivelse av hva som kjennetegner pårørende i Norge.

2.1 Rollen som pårørende varierer

Hva det innebærer å være pårørende, herunder omfang av bistand og hvor givende eller belastende det er, varierer mellom personer og situasjoner. For noen innebærer det å være pårørende blant annet å bistå med praktiske gjøremål, mens for andre omfatter rollen et stort omsorgsansvar som kan være en stor påkjenning. Behovet for hjelp og støtte avhenger blant annet av pasient/bruker sin situasjon og hjelpebehov, hva slags hjelp personen ellers får og den pårørendes situasjon. Noen pårørende har store behov over tid, mens andre i liten eller ingen grad har behov for hjelp og støtte.

En pasient eller bruker kan ha flere pårørende, og en pårørende kan ha flere roller. Lovverket skiller mellom pårørende, nærmeste pårørende og pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid – som gir ulike rettigheter og plikter. Tid brukt på uformell hjelp deles vanligvis inn i tre kategorier: hjelp med henholdsvis personlige og instrumentelle aktiviteter i dagliglivet og tilsyn for å overvåke atferdsforstyrrelser eller forhindre farlige situasjoner. Helsedirektoratets pårørendeveileder (2017) beskriver noen tilstander som kan medføre særlig behov for støtte til pårørende, slik som livstruende sykdom og langvarige sykdommer eller tilstander som demens, hjerneslag m.m. Situasjonen til den pårørende har også betydning, for eksempel hvorvidt den pårørende er eldre med egne helseproblemer.

2.2 Det finnes ulike definisjoner av pårørende

Det eksisterer ikke en enhetlig definisjon av *pårørende*, og hva som legges i begrepet varierer gitt konteksten der begrepet brukes. Pårørende kan for eksempel brukes som et juridisk begrep knyttet til bestemte rettigheter som tilgang til en pasients helseopplysninger eller i forbindelse med arverett. Dette pårørenderegnskapet bygger på en bredere forståelse av pårørendebegrepet. Ifølge pårørendeveilederen fra Helsedirektoratet er pårørende «nærstående personer i livet til pasienten eller brukeren; nærmeste familie, besteforeldre, barnebarn, tanter, onkler, venner, m.fl.» (Helsedirektoratet, 2017). Pårørendestrategien definerer pårørende som nærstående i livet til mennesker som er syke, har funksjonsnedsettelse eller rusproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Pårørendealliansen har definert pårørende som én eller flere som deler på å bistå pasient/bruker med oppgaver som andre (eksempelvis offentlig omsorgstilbud) ellers måtte utført fordi vedkommende ikke er i stand til det selv, og over tid. Dette kan for eksempel omfatte pårørende til personer med tilstander som demens eller alvorlig rusmisbruk over tid.

2.3 Definisjon av pårørende lagt til grunn i analysen

Hvordan vi definerer begrepet *pårørende* har betydning for analysen og resultatene for det totale samfunnsregnskapet. Når vi skal beregne samfunnsregnskapet for alt pårørendearbeid i Norge, er det relevant å legge til grunn en bred definisjon av pårørendebegrepet. Vi har valgt å ta utgangspunkt i definisjonen av pårørende i pårørendeundersøkelsen fra 2020/2021 der pårørende er definert som «en

som støtter, hjelper eller pleier en nærstående som følge av fysisk eller psykisk sykdom, alderssvækkelse, funksjonsnedsettelse eller rusavhengighet» (Helsedirektoratet, 2021).

Samtidig er det stor variasjon i konsekvenser forbundet med det å være pårørende. Blant annet vil relasjonen mellom den pårørende og pasient/bruker og grad av hjelpebehov spille inn. Pårørendeundersøkelsen fra 2021/2022 (Helsedirektoratet, 2022) tok utgangspunkt i pårørende til pasientgrupper som ble beskrevet som særlig sårbare i nasjonal helse- og sykehusplan og i pårørendestrategien. Disse gruppene er pårørende til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, personer med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre. I samråd med Pårørendealliansen har vi tatt utgangspunkt i denne grupperingen, samt inkludert pårørende til personer med øvrige lidelser. Analysen vår baserer seg derfor på følgende fem grupper av pårørende:

1. Pårørende til barn/unge
2. Pårørende til skrøpelige eldre
3. Pårørende til personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet
4. Pårørende til personer med kroniske lidelser og langvarig sykdom
5. Personer med øvrige lidelser

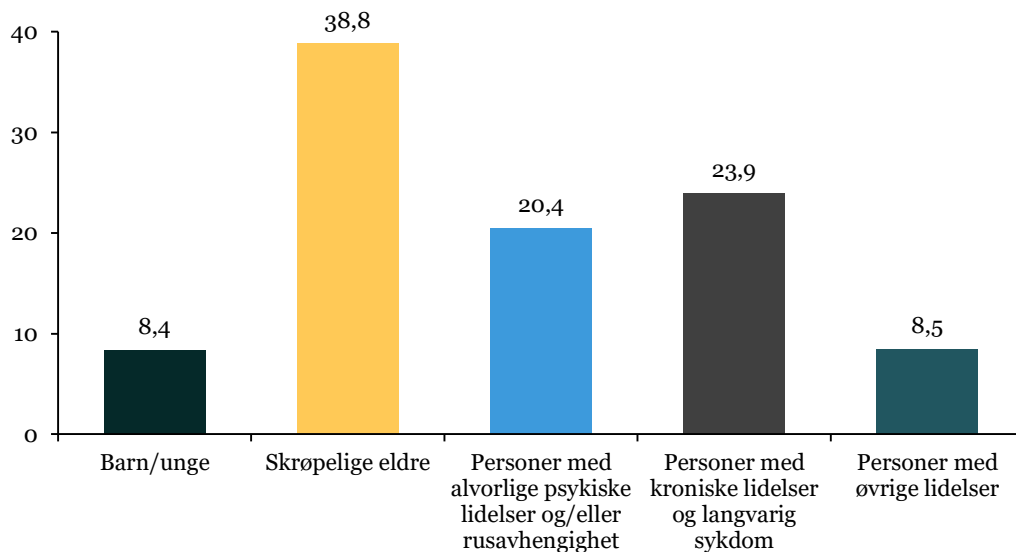
De som i undersøkelsen ikke har oppgitt å være pårørende til barn/unge eller eldre, har vi kategorisert med utgangspunkt i spørsmålet «Hva er/var årsaken til at personen du er/var pårørende til har/hadde et hjelpebehov?». Det var mulig å oppgi flere svar, med utgangspunkt i svarkategoriene «Svekkelse som følge av alder», «Demens», «Psykisk utviklingshemming», «Psykisk sykdom», «Fysisk sykdom», «Rusavhengighet», «Nedsatt funksjonsevne», «Uavklart (med usikker prognose)», «Annet», «Vet ikke» og «Vil ikke svare». Vi har benyttet dette spørsmålet for å gjøre utvalg basert på den nasjonale pårørendeundersøkelsen. Se vedlegg B for nærmere beskrivelse av hvordan dataen er gruppert.

Slik Pårørendeundersøkelsen er utformet representerer pårørende til barn og unge i dette regnskapet kun pårørende til barn og unge under 18 år. I praksis vet vi at foreldre påtar seg store ansvarsoppgaver for sine barn, også etter det juridiske omsorgsansvaret faller bort når barnet fyller 18 år. Vi forventer at slik pårørendeinnsats er reflektert gjennom andre pårørendegrupper.

2.4 Hva kjennetegner pårørende i Norge?

Figur 2-1 Figur 2-1 viser fordelingen av de ulike pårørendegruppene vi tar utgangspunkt i. Det er en overvekt av pårørende til skrøpelige eldre (39 prosent) etterfulgt av pårørende til personer med kroniske lidelser og langvarig sykdom (24 prosent). Datagrunnlaget viser videre at 8,5 prosent er pårørende til barn og unge.

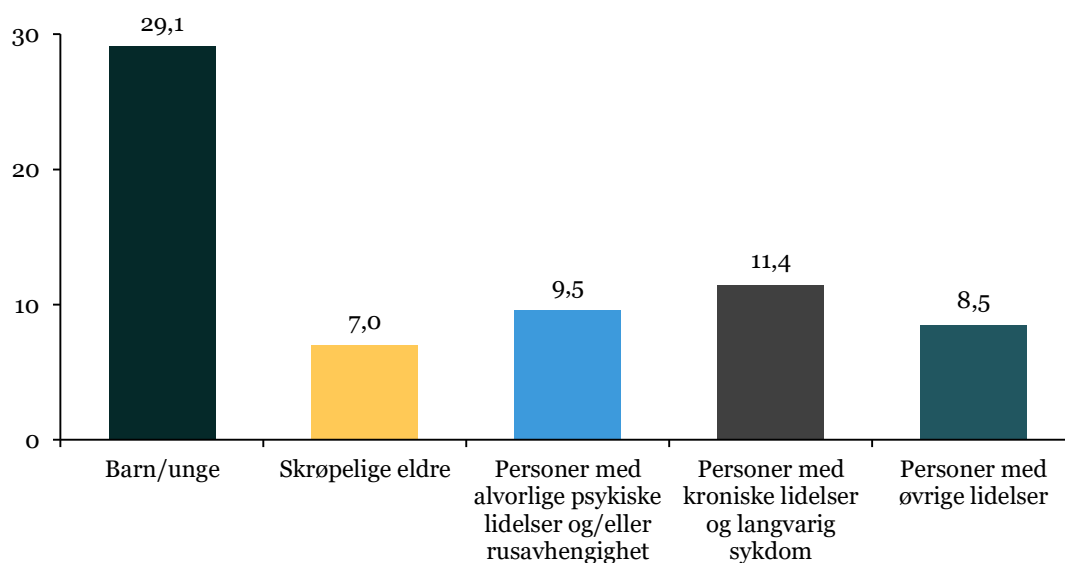
Figur 2-1 Fordeling av hvem de pårørende er pårørende for, i prosent



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 927

Selv om de færreste pårørende er pårørende til barn og unge, er det disse pårørende som oppgir at de i gjennomsnitt bruker flest timer på pårørendeinnsats per uke, med om lag 29 timer (se Figur 2-2). Samtidig viser undersøkelsen at pårørende til skjøpelige eldre i gjennomsnitt bruker minst tid på pårørendeinnsats sammenlignet med de øvrige gruppene av pårørende.

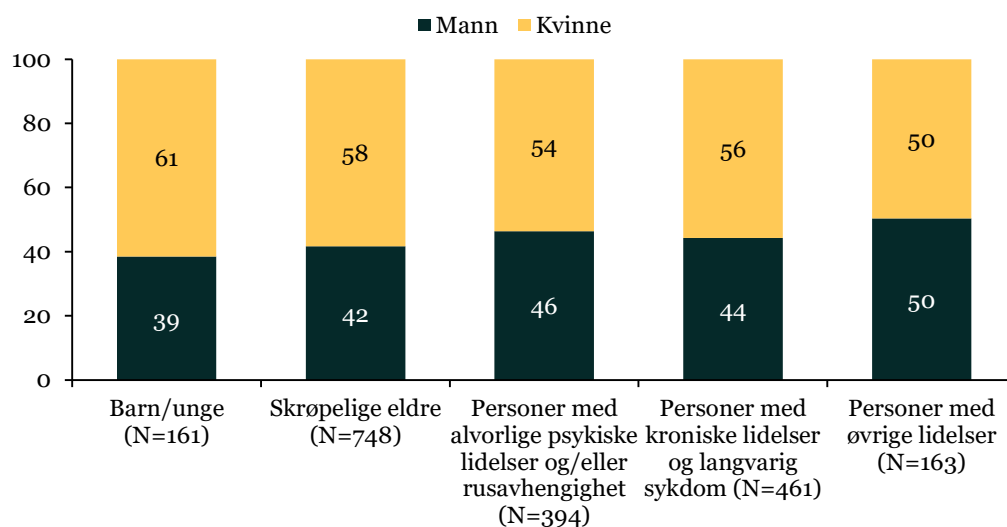
Figur 2-2 Gjennomsnittlig antall timer pårørendeinnsats per uke, per gruppe



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 732

Figur 2-3 viser andelen menn og kvinner innenfor de ulike pårørendegruppene basert på svarene fra nasjonal pårørendeundersøkelse. Generelt er det flere kvinner enn menn som rapporterer at de er pårørende, med unntak av pårørende til personer med øvrige lidelser. Det er også en noe høyere andel kvinner som rapporterer å være pårørende for barn og unge, sammenlignet med de øvrige gruppene.

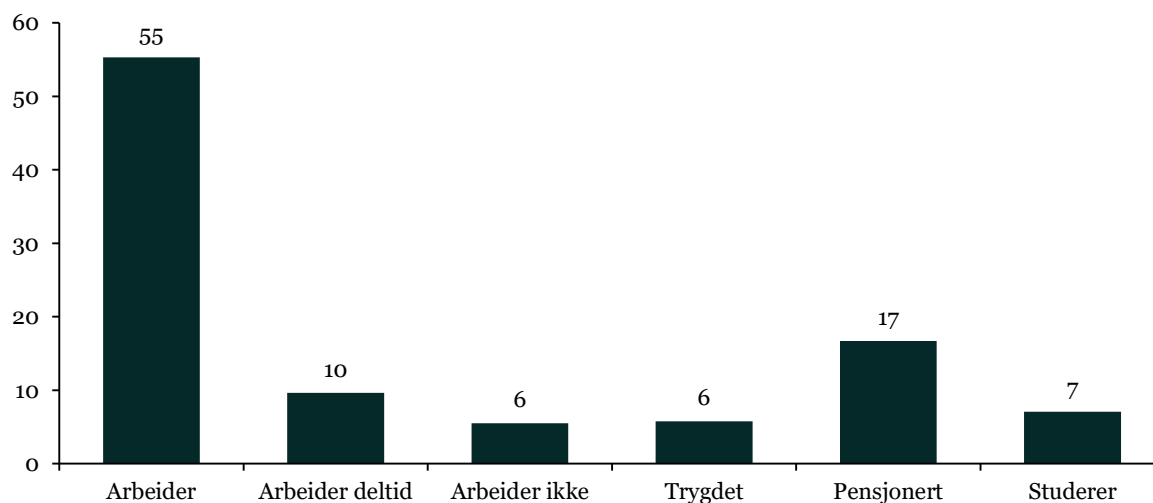
Figur 2-3 Kjønnssfordelingen til de pårørende i de ulike gruppene, i prosent



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 927

Figur 2-4 **Error! Reference source not found.** viser at flertallet av pårørende, 65 prosent, oppgir at de er i arbeid. 5,5 prosent av de pårørende oppgir at de ikke arbeider. Blant disse inkluderes arbeidssøkere, personer i fødselspermisjon, hjemmeværende, og de som er permittert. Videre viser undersøkelsen at 6 prosent er trygdet, 17 prosent har gått av med pensjon og 7 prosent oppgir at de studerer.

Figur 2-4 Arbeidssituasjonen til de pårørende, i prosent



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 927

Case: Pårørende til en med psykisk utviklingshemming og barneautisme

Da Nils fikk sitt femte barn – en gutt – var sønnen krevende, og foreldrene forstod ikke årsaken. Foreldrene oppsøkte et rehabiliteringssenter, hvor han ble diagnostisert med alvorlig psykisk utviklingshemming, årsak ukjent. Da var han tre år. Endelig diagnose kom da han var åtte år; barneautist med alvorlig utviklingshemming. Nå er sønnen 25 år gammel, men har en mental alder på 3-4 år. Han kommuniserer mest gjennom kroppsspråk og lyder som foreldrene har lært seg å forstå. I tillegg har sønnen barneautisme og en mild form for epilepsi.

Sønnen har brukerstyrt personlig assistanse (BPA) med to ansatte rundt seg til enhver tid, men slik har det ikke alltid vært. Familien fikk først innvilget BPA da han ble 17 år, etter flere runder i retten mot kommunen. Inntil da hadde foreldrene hatt avlastning fra private når gutten var i barnehagealder, økende til annenhver uke fra 13-årsalder. Hjemme var foreldrene alene om å gi omsorg og pleie til sønnen, og etter deres beregninger tilsvarte det 130 prosent stilling for både Nils og kona. I tillegg hadde de oppfølging av de fire eldre barna. Dette betydde at da Nils jobbet 100 prosent, måtte han arbeide flere timer i uken for å ta igjen det tapte. Samtidig som kona jobbet deltid i mange år, opplevde Nils også perioder der han ble sykemeldt. Nils har opplevd at arbeids-situasjonen hans har blitt påvirket av kapasitetsutfordringer og mental belastning som følge av ansvaret han har stått i som pårørende. Likevel uttrykker Nils at situasjonen har vært håndterbar, siden de har vært to foreldre som har delt på ansvaret. På grunn av egen helse jobber Nils i dag 40 prosent.

Da sønnen var yngre, mottok de også omsorgsstønad fra kommunen. Etter å ha trukket fra utgifter til SFO og avlastningstimer, endte utbetalingen på 207 kroner i måneden, noe Nils opplevde som utilstrekkelig. Likevel påpeker han at de har hatt en god økonomi etter hvert. Den stabile økonomien har også gjort det mulig for sønnen å overta barndomshuset etter at de fikk BPA, mens Nils og kona flyttet ut. Dette var å foretrekke fremfor kommunens forslag om en kommunal leilighet på 30 kvm. Familien valgte også en alternativ løsning for sønnens dagtilbud. Etter videregående skole hadde sønnen krav på et dagtilbud, men Nils brukte hele to år på å finne ut hva kommunen kunne tilby. Det viste seg at det eneste kommunen kunne tilby var en enkelt dag med korpset i løpet av året. Derfor tok Nils initiativ til å ordne et dagtilbud med en lokal bonde, hvor sønnen kan jobbe på gården to ganger i uken. Han har også to dager på en annen aktivitetsgård, og «årshjul-aktiviteter» den siste arbeidsdagen.

Nils opplever at rollen som pårørende har vært belastende og at den har påvirket egen helse. Tankene hans går alltid til sønnen, og de siste 25 årene har han aldri vært borte fra sønnen i mer enn tre uker. Deres sosiale liv har vært svært begrenset, og utenom arbeid har all tid blitt prioritert til barna. Etter at barna har flyttet ut og etablert seg, har Nils og kona fått et godt sosialt liv, noe som har ført til at de har kunnet gjenoppta gamle vennskap. Til tross for belastningene, uttrykker Nils at forholdet mellom ham og kona har blitt sterkere ved at de har delt både opp- og nedturer. I tillegg har de kommet i kontakt med mange som har stått i lignende situasjoner, og de har lært mye i slike nettverk. Selv om pårørendesituasjonen har krevd og krever mye, har pårørendesituasjon gitt mye verdi på et menneskelig plan. Nils beskriver at til tross for de mange utfordringene, kunne han ikke sett for seg et annet liv enn det han lever nå.

Pårørendesituasjonen er beskrevet i intervju med Menon Economics og gjengitt med tillatelse. Navnet er fiktivt.

3 Pårørende i tall

Pårørendealliansen har anslått at det er minst 800 000 voksne pårørende i Norge i dag. I tillegg er det flere hundre tusen barn og unge som er pårørende. De fleste pårørende er mellom 40 og 59 år, er kvinner og pårørende for én person. Om lag 1 av 5 voksne pårørende oppgir at behovet til den de er pårørende for er svært omfattende, og cirka 1 av 5 voksne pårørende bor mer enn fem mil unna den de er pårørende for. I gjennomsnitt bruker en kvinnelig pårørende 11,9 timer per uke til støtte, hjelp og pleie. Det tilsvarende tallet for mannlige pårørende er 9 timer per uke.

3.1 Antall pårørende

Pårørendealliansen har anslått at minst 800 000 voksne personer i Norge er i en pårørendesituasjon til enhver tid. Dette forutsetter én pårørende per pasient/bruker og at den eller de pårørende bistår med oppgaver som andre ellers måtte utført fordi vedkommende ikke er i stand til det selv, og over tid. Anslaget tar utgangspunkt i antall personer i ulike behandlingsforløp i spesialisthelsetjeneste og kommunal helsetjeneste av moderat til alvorlig grad. Det omfatter blant annet kroniske lidelser, psykiske lidelser og alvorlig rusmisbruk eller avhengighetssituasjoner, jf. Tabell 3-1. Pårørendealliansen anser anslaget som konservativt. I tillegg er det flere hundre tusen barn og unge som er pårørende.

Tabell 3-1 Begrunnelse for Pårørendealliansen sitt anslag på at det er minst 800 000 pårørende over 18 år*

Antall til grunn for beregning	Forklaring
80 000	101 000 personer har demens, beregnet 10 000 nye tilfeller hvert år. 350 000 er pårørende til personer med demens, via Nasjonalforeningen.
150 000	Eldre med ulike og sammensatte kroniske sykdommer.
15 000	35 000 personer får kreft hvert år. Rundt 15 000 er av alvorlig karakter og i behandling.
5 000	138 000 skades på ulikt vis i ulykker hvert år (arbeid, fritid, trafikk mm). Vi beregner 3 prosent alvorlig skadet.
70 000	Personer som har hatt hjerneslag som medfører mén. 10-11 000 nye tilfeller hvert år LHL Hjerneslag. De regner med 3 pårørende pr hjerneslagrammet.
50 000	200 000 med hjertekarsykdommer, 50 000 lever med alvorlig grad.
40 000	200 000 med lungesykdommer, 40 000 med alvorlig grad.
30 000	200 000 med reumatiske lidelser, 30 000 alvorlig grad.
100 000	Personer behandles årlig for moderate eller dype/multipsykiske lidelser.
60 000	Personer med psykisk utviklingshemming hvorav 14 000 med det som betegnes som moderat eller dyp utviklingshemming.
50 000	Personer nedsatt funksjonsevne i moderat til alvorlig grad Norsk Handikapforbund.
120 000	Lever med en middels eller alvorlig grad av kronisk og somatisk lidelse (endokrin, nevrologisk, muskulær, motorisk eller kombinasjon m.m.).
30 000	Man antar at fra 30 000 til 100 000 har en sjeldendiagnose i Norge.
50 000	Personer i alvorlig rusmisbruk eller i en avhengighetssituasjon.
800 000*	Totalt minst 800 000

*Summen av de ulike komponentene utgjør mer enn 800 000, årsaken er at antallet med ulike sykdomsbilder delvis er overlappende. For flere detaljer, se Vedlegg A. Kilde: Pårørendealliansen, juli 2021.

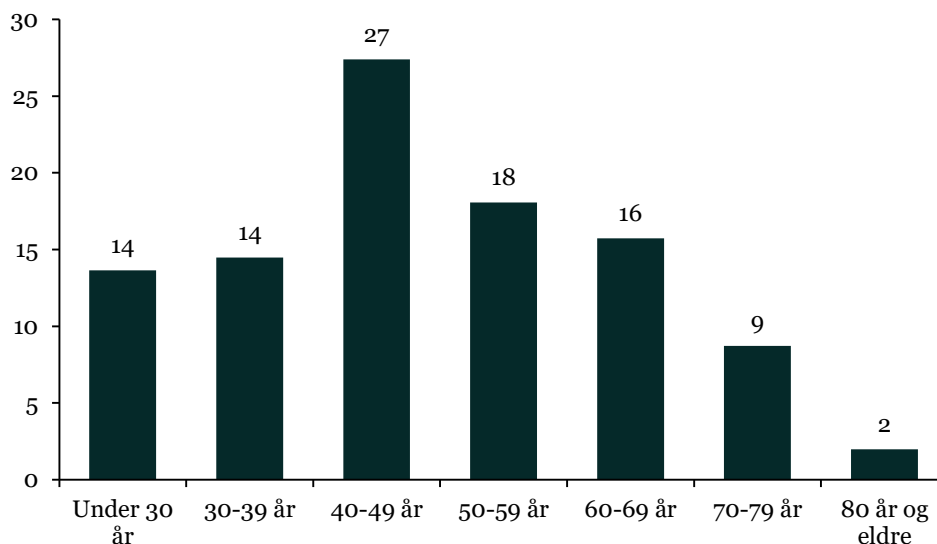
I nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021) er det benyttet en bredere forståelse av begrepet pårørende, som omtalt i kapittel 2. Med utgangspunkt i deres definisjon av pårørende, er om lag 1,5 millioner mennesker over 18 år pårørende. Den nasjonale pårørendeundersøkelsen deler imidlertid inn pårørende i tre grupper. Den største gruppen er de som i dag gir støtte, hjelp og pleie til én eller flere personer på grunn av fysisk eller psykisk sykdom, nedsatt funksjonsevne, rusavhengighet eller alderssvekkelse. Den nasjonale pårørendeundersøkelsen finner at denne gruppen utgjør 58 prosent av de pårørende, som tilsvarer 893 000 personer (Helsedirektoratet, 2021). Dette anslaget utgjør 93 000 flere pårørende enn Pårørendealliansens estimat. Vi har ikke faglig grunnlag for å konkludere med hva som forklarer denne differansen.

I det følgende presenterer vi hva som kjennetegner de pårørende i Norge, basert på respondentenes svar i den nasjonale pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021). I undersøkelsen kunne respondenter svare om de hadde vært pårørende i løpet av de siste to årene. Siden vi ønsker å beregne kostnader forbundet med pårørendeinnsats for ett enkelt år, har vi kun inkludert svar fra respondenter som oppgir at de har vært pårørende i løpet av det siste året. Dette resulterer i et noe annerledes datagrunnlag enn det som presenteres i rapporten om den nasjonale pårørendeundersøkelsen. Følgelig kan resultatene vi presenterer her avvike noe fra de opprinnelige funnene.

3.2 Pårørendes alders- og kjønnsfordeling

Det er flest pårørende i aldersgruppene 40–49 år og 50–59 år, se Figur 3-1. Disse aldersgruppene står for 45 prosent av alle pårørende. At det er flest pårørende i denne aldersgruppen, skyldes antakelig at mange i denne aldersgruppen er pårørende for foreldre. Som figuren illustrerer, er det også en betydelig andel personer under 30 år som er pårørende. Det er imidlertid viktig å påpeke at undersøkelsen kun er sendt til personer over 18 år, og personer under 18 år er derfor ikke inkludert i aldersgruppen «Under 30 år». Vi vet samtidig at det er en betydelig andel barn og unge under 18 år som er pårørende, men som ikke fanges opp av figuren.

Figur 3-1 Pårørende over 18 år sin aldersfordeling, i prosent



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 927

Den nasjonale pårørendeundersøkelsen viser også at det er flest kvinner som tar et pårørendeansvar (jf. Figur 3-2). Undersøkelsen viser at 56 prosent av alle pårørende som har besvart undersøkelsen er kvinner, mens 44 prosent er menn.

Figur 3-2 Pårørende over 18 år sin kjønnsfordeling

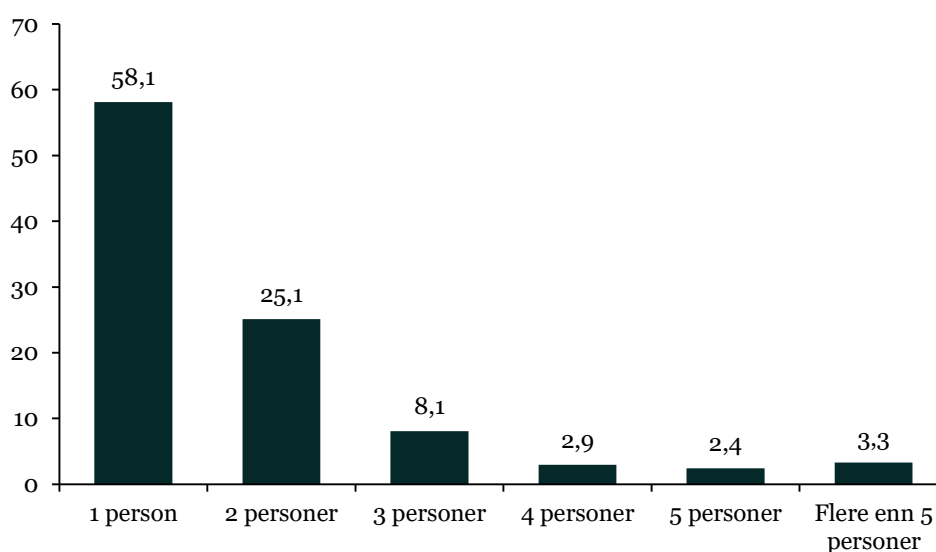


Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 927

3.3 Antall personer man er pårørende for

I underkant av 60 prosent av de pårørende oppgir i den nasjonale pårørendeundersøkelsen at de er pårørende for én person (jf. Figur 3-3). Dette betyr at om lag 40 prosent av de pårørende er pårørende for flere personer. 25 prosent av de pårørende oppgir at de er pårørende for to personer, mens om lag 17 prosent oppgir at de er pårørende til tre eller flere personer.

Figur 3-3 Antall personer den pårørende gir støtte, hjelp eller pleie til, i prosent

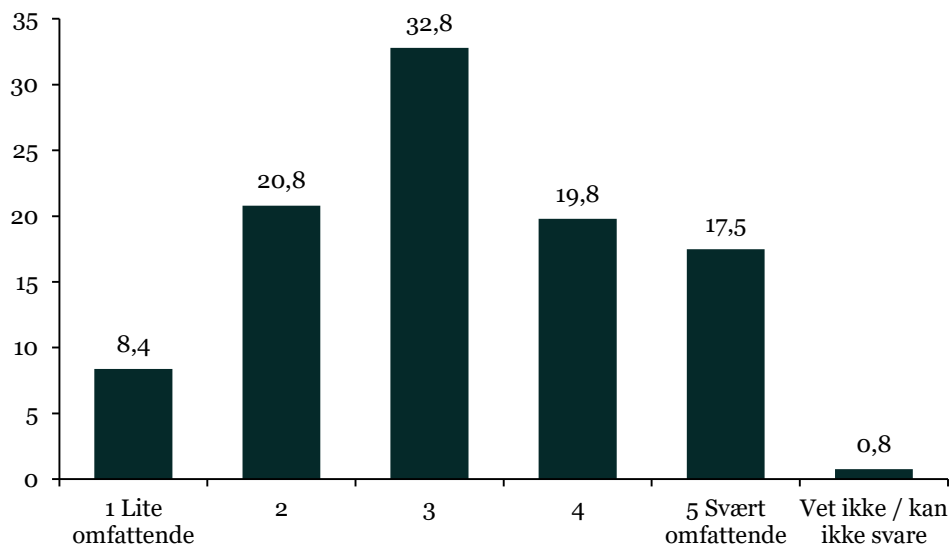


Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 732

3.4 Pasientens behov for pårørendeinnsats

Den nasjonale pårørendeundersøkelsen har også kartlagt hvor omfattende behovet er for støtte, hjelp og/eller pleie fra den pårørende. Undersøkelsen finner at om lag én av fem av de som har besvart undersøkelsen er pårørende for personer med svært omfattende behov for støtte, hjelp og/eller pleie (jf. Figur 3-4). Under 10 prosent av de pårørende opplever at pasientens behov for støtte, hjelp og/eller pleie er lite omfattende.

Figur 3-4 Pasientens behov for støtte, hjelp og pleie fra pårørende på en skala fra 1-5, i prosent

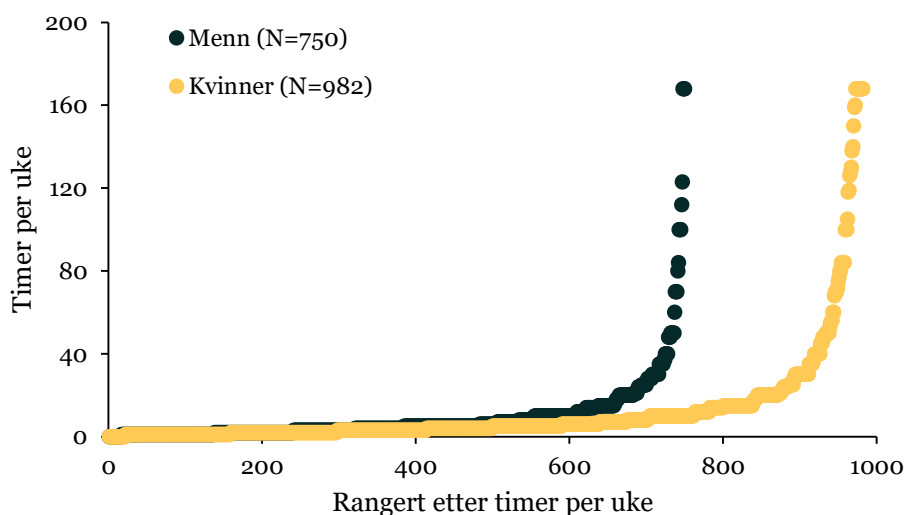


Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 732

3.5 Pårørendeinnsats per pårørende

Pårørendeinnsatsen i form av tidsbruk brukt på hjelp, pleie og støtte per uke, varierer mye mellom de pårørende. Enkelte oppgir å ikke bruke noe tid på pårørendeinnsats i løpet av en uke, mens andre oppgir å bruke alle timer i døgnet i løpet av en uke (168 timer), se Figur 3-5. Samtidig viser pårørendeundersøkelsen at kvinner bruker mer tid på pårørendeinnsats per pårørende sammenlignet med menn. Blant samtlige pårørende som er kvinner oppgir 6,6 prosent at de bruker mer enn ett normalt ukesverk (37,5 timer) på pårørendeinnsats per uke. Blant menn som er pårørende er det til sammenligning 3,7 prosent som oppgir at de bruker like mye tid på pårørendeinnsats.

Figur 3-5 Rangering av pårørendeinnnsats per pårørende, målt i timer per uke



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics.

I gjennomsnitt bruker kvinner og menn henholdsvis 11,9 timer og 9 timer per uke på pårørendeinnnsats (jf. Tabell 3-2). Ser vi imidlertid på mediantiden pårørende bruker på pårørendeinnnsats, er timer per uke mindre. Dette indikerer at det er enkelte pårørende som bruker mye tid i løpet av en uke på pårørendeinnnsats og som bidrar til å dra gjennomsnittstiden brukt på pårørendeinnnsats opp.

Tabell 3-2 Summarisk statistikk for pårørendeinnnsats per pårørende, målt i timer per uke

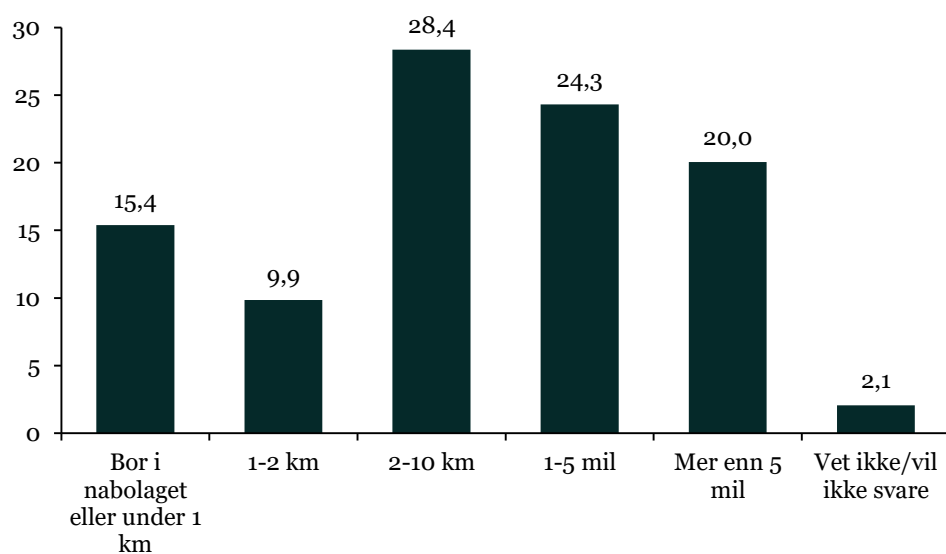
	Gjennomsnitt	Median	Minimum	Maksimum	Antall observasjoner
Kvinner	11,9	4,0	0,0	168,0	982
Menn	9,0	4,0	0,0	168,0	750

Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021)

3.6 Avstand mellom pårørende og pasient/bruker sitt bosted

Over halvparten av de pårørende bor ti kilometer eller mindre fra den som har behov for pårørendeinnnsats (jf. Figur 3-6). Samtidig bor 20 prosent av de pårørende mer enn fem mil unna den som har behov for pårørendeinnnsats.

Figur 3-6 **Avstand mellom den pårørende og den som har behov for pårørendeinnsats, i prosent**



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 502

4 Rammeverk for pårørenderegnskapet

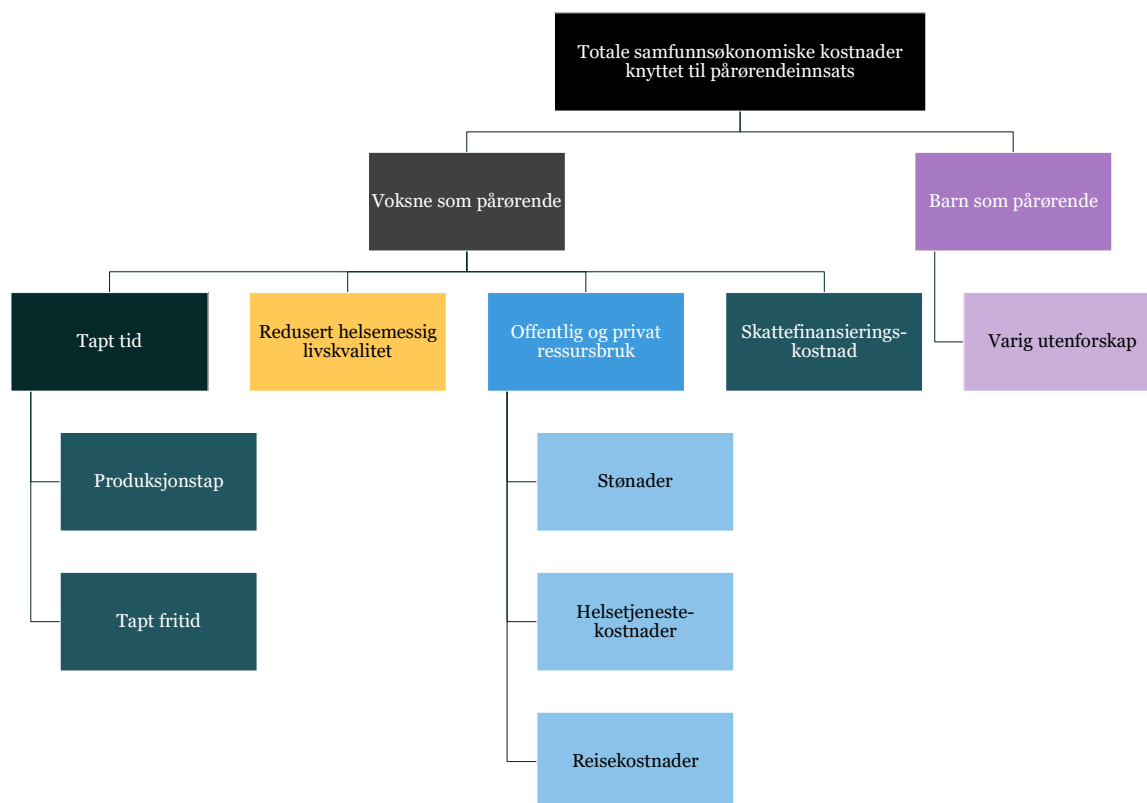
Et samlet regnskap for all pårørendeinnssats i Norge består av mange ulike kostnadskategorier. Hvilke kategorier som er inkludert og tilhørende forutsetninger, har store utslag i totalregnskapet. For forutsetningene som er særlig usikre og som påvirker pårørenderegnskapet mye har vi valgt å etablere tre scenarier: et konservativt scenario, et midtpunktscenario og et ekstremt scenario.

4.1 Rammeverk og beskrivelse av prissatte virkninger

Beregningene av samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til pårørende er gjennomført innenfor et metodisk rammeverk for å systematisere ulike kostnadskategorier. Dette sikrer at vi dekker et helhetlig bilde, uten overlapp i kostnader, og at funnene er konsistente og sammenlignbare med samfunnsøkonomiske kostnader på andre samfunnsområder.

Figur 4-1 gir en oversikt over kostnadskategoriene som er forbundet med pårørendeinnssats. Under figuren gir vi en kort beskrivelse av hva vi legger i de forskjellige kategoriene.

Figur 4-1 **Rammeverk for beregning av samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til pårørende**



Tapt tid. I kostnadskategorien tapt tid inngår både produksjonstap og tap av fritid som de pårørende opplever som følge av deres omsorgsrolle. Ifølge Rundskriv R-109/2021 *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*, skal verdien av tid som et minimum deles inn i to hovedkategorier: arbeidstid og fritid (Finansdepartementet, 2021). Produksjonstapet oppstår når pårørende helt eller delvis faller ut av arbeidslivet. I denne sammenhengen representerer produksjons-

tapet verdien av arbeidstimer som ikke blir realisert i lønnet arbeid, men som ville ha blitt realisert hvis de pårørende ikke var pårørende. Fritid i denne konteksten refererer til tiden som den pårørende bruker på omsorgsoppgaver, men som de kunne ønsket å bruke på andre aktiviteter.

Redusert helsemessig livskvalitet. I denne kostnadskategorien inngår kostnader knyttet til helsetap. Det legges til grunn at denne kostnaden består utelukkende av ikke-dødelig helsetap, det vil si at sykdomsbyrden ikke bidrar til å redusere forventet levealder. I denne kostnadskategorien vurderes kun helsemessig tap i livskvalitet. I praksis kan pårørendesituasjoner også føre til begrensninger og endringer i levevaner, som kan medføre andre former for tap i livskvalitet som ikke nødvendigvis fanges opp i denne beregningen.

Offentlig og privat ressursbruk. Offentlig og privat ressursbruk refererer til den totale ressursbruken som følger av konsekvensene når individer befinner seg i en pårørendesituasjon. I denne kostnadskategorien inkluderes alle kostnader som oppstår som et resultat av at personer er i en pårørenderolle, og som belaster både offentlig og privat ressursbruk utover hva som er fanget opp gjennom tapt tid og redusert helsemessig livskvalitet.

Skattefinansieringskostnad. Ifølge Finansdepartementet (2021) vil skatter i sin alminnelighet føre til at innbyggerne blir stilt overfor andre priser enn de ville stått overfor i en situasjon uten skatter. Slike skattekiller vil vri produksjons- og konsumentbeslutninger slik at økonomien påføres et effektivitetstap. Sagt med andre ord bidrar pårørendesituasjonen isolert sett til høyere skattenivå og et effektivitetstap i økonomien. Finansdepartementet (2021) legger til grunn at skattekostnaden beregnes på følgende måte: *Skattekostnaden settes til 20 øre per krone. Denne skal benyttes av alle sektorer. Grunnlaget for beregning av skattekostnaden vil være tiltakets nettovirkning for offentlige budsjetter, dvs. det offentlige finansierungsbehovet.*

Barn som pårørende. I likhet med voksne kan barn også være pårørende. Med bakgrunn i at barn er mer sårbare er det en sannsynlighet for at pårørendesituasjonen resulterer i varig utenforskap, særlig for barn som vokser opp med psykiske og rusrelaterte utfordringer hos foreldrene. En utrygg barndom som følge av pårørendesituasjonen barn kan være i kan resultere i ensomhet, psykisk og somatisk sykdom og redusert arbeidsevne i voksenlivet. Vi omtaler dette som varig utenforskap som er utløst av pårørendesituasjonen barnet er i. Varig utenforskap har virkninger langt frem i tid, og skiller seg således prinsipielt fra de andre virkningene vi har kostnadsfestet i utredningen.

4.2 Usikkerhet

Pårørenderegnskapet består av en rekke usikre forutsetninger. Noen forutsetninger påvirker de samfunnsøkonomiske kostnadene mye, mens andre har mindre innvirkning. For å sikre at usikkerheten rundt anslagene er godt ivaretatt, har vi valgt å etablere tre scenarier for et sett av forutsetningene som tilfredsstiller følgende to kriterier:

- Forutsetningen er spesielt usikker.
- Forutsetningen har stor innvirkning på de samfunnsøkonomiske kostnadene av pårørende-innsats.

I prosjektet har vi identifisert fire forutsetninger som oppfyller begge kriterier. Disse fire forutsetningene legger grunnlaget for etableringen av tre scenarier: det konservative scenario (scenario 1), midtpunktscenario (scenario 2) og det ekstreme scenario (scenario 3). De fire forutsetningene er fastsatt med scenarioidéene som et utgangspunkt, og er vist i Tabell 4-1. Under tabellen gjennomgår vi begrunnelsen for fastsettelsen av lav, middels og høyt anslag for de fire forutsetningene. Usikkerheten for barn som pårørende er omtalt i kapittel 10.

Tabell 4-1 Forutsetninger som ligger til grunn for de tre scenarier for sett av forutsetninger

Forutsetning	Det konservative scenario	Midtpunktscenario	Det ekstreme scenario
1 - Antall pårørende 18 år eller mer	600 000 personer	800 000 personer	1 000 000 personer
2 – Varighet på stillingsreduksjon	En tredjedel av året	Halve året	To tredjedeler av året
3 - Antall timer som klassifiseres som «tapt fritid»	0–30 prosent av tiden som benyttes på pårørendesorg, avhengig av hvor belastende de opplever at oppgavene er	10–50 prosent av tiden som benyttes på pårørendesorg, avhengig av hvor belastende de opplever at oppgavene er	30–70 prosent av tiden som benyttes på pårørendesorg, avhengig av hvor belastende de opplever at oppgavene er
4 - Livskvalitet – andeler som får tildelt ulike helsetapsvekter	Personer som oppgir at de i «i noen grad» er påvirket av pårørendesituasjonen er tildelt helsetapsvekt tilsvarende «mild angstlidelse». Personer som oppgir at de er påvirket «i svært stor grad» er tildelt helsetap tilsvarende «moderat angstlidelse».	Personer som oppgir at de «verken eller» og «i noen grad» er påvirket av pårørendesituasjonen er tildelt helsetapsvekt tilsvarende «mild angstlidelse». Personer som oppgir at de er påvirket «i svært stor grad» er tildelt helsetap tilsvarende «moderat angstlidelse».	Personer som oppgir at de «verken eller» og «i noen grad» er påvirket av pårørendesituasjonen er tildelt helsetapsvekt tilsvarende «mild angstlidelse». Personer som oppgir at de «verken eller» og «i noen grad» er påvirket er tildelt helsetapsvekt tilsvarende «mild angstlidelse». 95 prosent av personene som oppgir at de er påvirket «i svært stor grad» er tildelt helsetap tilsvarende «moderat angstlidelse». Fem prosent av de som er påvirket «i svært stor grad» er tildelt helsetapsvekt som tilsvarer «alvorlig angstlidelse».

Antall pårørende 18 år eller mer. I samfunnsregnskapet for pårørendeinnsats legger vi til grunn for midtpunktscenarioet at det eksisterer 800 000 pårørende i Norge. Tallet er basert på anslag fra Pårørendealliansen, og er nærmere beskrevet i vedlegg A. Antall pårørende gir store utslag på kostnadsberegningene. Det er derfor lagt til grunn et konservativt og ekstremt scenario knyttet til antall pårørende, på henholdsvis 600 000 og 1 000 000 pårørende.

Varighet på stillingsreduksjon. For pårørende som må redusere sin stillingsprosent på grunn av omsorgsansvaret, er varigheten av denne tilpasningen ukjent. Flere faktorer kan påvirke dette utfallet. På den ene siden kan noen pårørende oppleve redusert arbeidstid som en midlertidig løsning for å takle en spesielt krevende periode med omsorgsansvar. På den andre siden kan det være de som må foreta lengre eller mer permanente tilpasninger i arbeidslivet hvis omsorgsbehovene vedvarer eller intensiveres over tid. Dette er nærmere drøftet i kapittel 6.4. I vårt midtpunktscenario har vi antatt at nedgangen i stillingsprosent i gjennomsnitt varer for halve året. I det konservative scenarioet har vi

lagt til grunn at dette gjelder en tredjedel av året, mens i det ekstreme scenarioet gjelder det to tredjedeler av året.

Antall timer som klassifiseres som tapt fritid. Det er utfordrende å anslå hvor mange timer de pårørende bruker på omsorgsoppgaver som de heller ville brukt på andre aktiviteter. Vi antar at de som opplever omsorgsoppgavene som særlig belastende, også vil se på en betydelig del av denne tiden som «tapt» fritid. Forskjellen mellom midtpunktscenariet og det konservative og ekstreme scenariet er symmetrisk, med en justering på 20 prosent opp og 20 prosent ned. Forutsetningene for disse anslagene er nærmere beskrevet i kapittel 6.6.

Livskvalitet. Pårørendeundersøkelsen gir innsikt i hvor stor grad pårørende opplever/opplevde tilstandene stress, bekymring, dårlig samvittighet, skam og skyldfølelse knyttet til rollen som pårørende. Det er utfordrende å si noe eksakt om hvordan en følelsesmessig belastning gir utslag i helsetap. I de tre scenarioene er svar fra undersøkelsen knyttet til ulik grad av sykdomsbyrde med utgangspunkt i helsetap forbundet med ulike alvorlighetsgrader av angstlidelser.

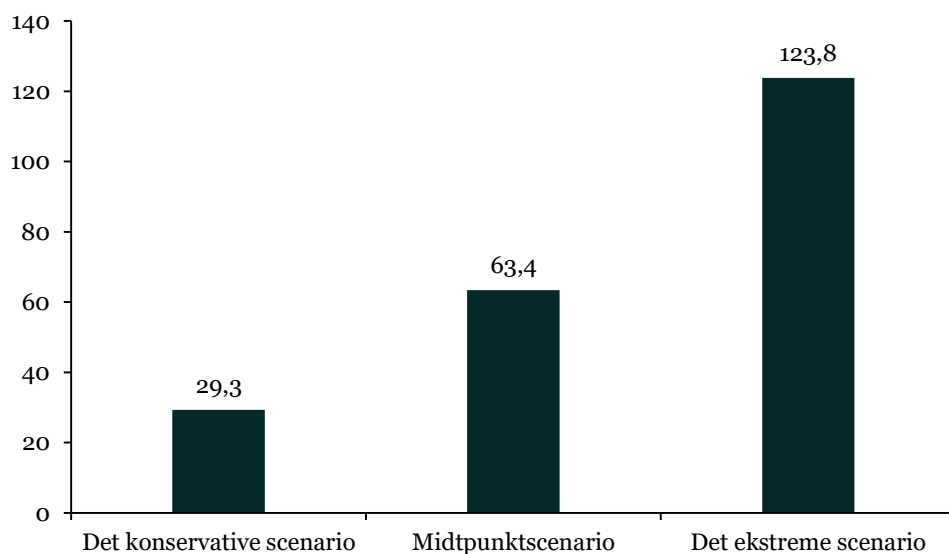
5 Samfunnsøkonomiske kostnader ved pårørendeinnsats for pårørende over 18 år

Samlet beregner vi de totale samfunnskostnadene knyttet til pårørendeinnsats for pårørende over 18 år til mellom 29,3 og 123,8 milliarder kroner i 2024, med et midtpunktscenario på 63,4 milliarder kroner. Det er de pårørende selv om bærer den største andelen av kostnadene, gjennom tapt fritid og redusert helsemessig livskvalitet. Produksjonstap er også blant de største kostnadsdriverne. Funnene i pårørenderegnskapet er sammenlignbare med analyser gjort i sammenlignbare land.

5.1 Totale samfunnskostnader

Vi har beregnet de totale samfunnskostnadene knyttet til pårørendeinnsats for pårørende over 18 år til å ligge mellom 29,3 og 123,8 milliarder kroner i 2024 (se Figur 5-1). I vårt midtpunktscenario anslås kostnadene til 63,4 milliarder kroner. For å sette dette i perspektiv, har vi tidligere estimert at vold i nære relasjoner påførte det norske samfunnet et forventet samfunnsøkonomisk tap på 92,7 milliarder kroner i 2021.

Figur 5-1 Totale samfunnskostnader knyttet til pårørendeinnsats i 2024



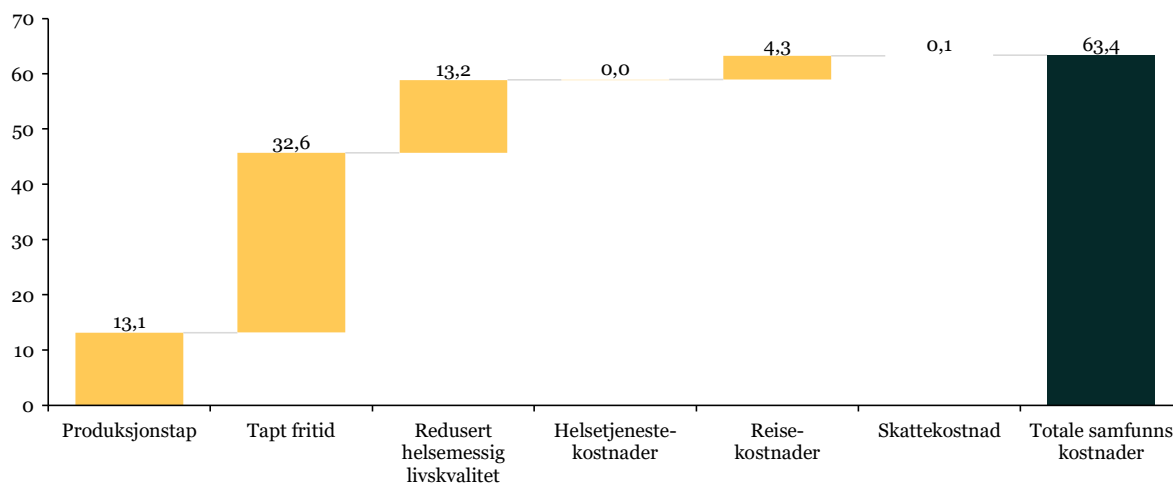
Kilde: Menon Economics

Forutsetningene som ligger bak de tre scenariene, er oppsummert i Tabell 4-1 i kapittel 4. Som resultatene for de totale samfunnskostnadene knyttet til pårørendeinnsats viser, påvirker forutsetningene som ligger til grunn resultatene i stor grad. Det er viktig å presisere at resultatene for både det konservative og det ekstreme scenarioet gjenspeiler ytterpunktene i forutsetningene som er lagt til grunn for de ulike kostnadskategoriene.

Figur 5-2 viser hvordan de totale samfunnskostnadene knyttet til pårørendeinnsats fordeler seg mellom kostnadskategoriene i midtpunktscenarioet. Kostnadene knyttet til tapt fritid for de pårørende utgjør den største andelen, med 51 prosent av de totale samfunnskostnadene. Videre står kostnadene

knyttet til redusert helsemessig livskvalitet for omtrent 21 prosent. Begge disse kostnadskategoriene bæres av de pårørende selv og utgjør samlet 72 prosent av de totale samfunnskostnadene. Produksjonskostnader, dvs. tapt arbeidstid, utgjør 21 prosent av de samlede kostnadene. Kostnadene knyttet til offentlig og privat ressursbruk, som inkluderer helsetjeneste- og reisekostnader, representerer kun 7 prosent av de totale kostnadene. Siden den offentlige ressursbruken knyttet til pårørende er relativt lav, er også skattekostnaden tilsvarende lav.

Figur 5-2 Totale samfunnskostnader knyttet til pårørendeinnsats for midtpunktscenario, fordelt på kostnadskategorier, i milliarder kroner, i 2024



Kilde: Menon Economics

5.2 Vurderinger av pårørenderegnskapet i lys av øvrig forskning på temaet

Det har ikke tidligere blitt utarbeidet et tilsvarende regnskap for pårørendeinnsats i Norge. For å vurdere våre funn, ønsker vi derfor å sammenligne vårt regnskap med studier som omhandler pårørendeinnsats fra andre land. I det følgende oppsummerer vi og sammenligner de studiene vi anser som mest relevante fra nyere tid.

Totale kostnader av uformell pleie i Sverige (Ekman, McKee, Vicente, Magnusson, & Hanson, 2021). En svensk studie fra 2021 har undersøkt de totale kostnadene ved uformell pleie i Sverige. Studien beregnet at omtrent 15 prosent av den voksne befolkningen i Sverige utfører uformell pleie i større eller mindre grad. Ser vi det opp mot antallet pårørende i Norge, som vi i vårt hovedscenario har vurdert til 800 000 personer, er andelen pårørende i Sverige og Norge relativt lik.²

Samfunnskostnadene i Sverige knyttet til uformell pleie ble anslått til 152 milliarder svenske kroner, hvorav over halvparten (55 prosent) knytter seg til produksjonstap. Det er verdt å merke seg at den svenske studien også inkluderte kostnader relatert til redusert produktivitet på jobb som følge av omsorgsrollen (anslått til 20 milliarder kroner). Disse kostnadene har vi ikke inkludert i vårt pårørenderegnskap, hvor vi kun har med kostnader forbundet med at pårørende helt eller delvis faller ut av arbeid. Studien beregnet imidlertid produksjonstapet som følge av at pårørende helt eller delvis

² Dette følger av følgende regnestykke: 800 000 pårørende / 5,52 millioner mennesker = 14,5 prosent

faller ut av arbeid til 43 milliarder kroner, mens vi beregner dette til litt over 13 milliarder kroner. Selv om Sverige har dobbelt så mange innbyggere, er deres beregninger for produksjonstap høyere enn våre.

Videre anslår den svenske studien at tiden brukt av pårørende på uformell pleie tilsvarer 41 milliarder kroner årlig, mens våre beregninger tilsvarer 33 milliarder kroner. Sammenlignet med befolkningsstørrelsen, har vi beregnet tapt fritid for pårørende i Norge som høyere enn i Sverige.

Det er viktig å merke seg at de totale samfunnskostnadene i den svenske studien og vår analyse ikke er helt sammenlignbare. Dette skyldes ulikheter i kostnadskomponentene; den svenske studien har for eksempel ikke med kostnadene knyttet til redusert helsemessig livskvalitet, men inkluderer kostnader som følge av mistet søvn hos pårørende. I tillegg inkluderer den svenske studien flere privatøkonomiske kostnader, der vi kun inkluderer pårørende sine utgifter knyttet til kjøretøykostnader. Funnene fra den svenske studien er likevel interessant å se opp mot hva vi finner i vårt samfunnsregnskap.

Totale økonomiske kostnader av uformell pleie i Nederland (Elayan, Angelini, Buskens, & Boer, 2024). Studien har beregnet de totale kostnadene knyttet til tid brukt på uformell pleie, privatøkonomiske kostnader og produksjonstap som følge av uformell pleie i Nederland i 2019. Kostnadene er estimert til mellom 17,5 milliarder og 30,1 milliarder euro, avhengig av den anvendte metoden. Med en eurokurs på 11,5 kroner, tilsvarer dette mellom 201 milliarder og 346 milliarder kroner. Nederland har omtrent 17,5 millioner innbyggere, altså i overkant av tre ganger så mange som Norge. Hvis vi multipliserer våre beregnede totale samfunnskostnader for pårørendeinnsats i Norge med tre, oppnår vi et resultat som tilsvarer det nedre anslaget i studien. Det er viktig å presisere at denne studien ikke er helt sammenlignbar med vår, da den inkluderer privatøkonomiske kostnader for de pårørende. På den annen side inkluderer ikke studien kostnader knyttet til redusert helsemessig livskvalitet, som vi tar med i vårt pårørenderegnskap.

Det er likevel relevante funn fra studien i Nederland som kan sammenlignes med våre. Hoveddriveren av kostnadene i den nederlandske studien er tiden brukt på uformell pleie, det vi definerer som tapt fritid. Videre er kostnadene knyttet til at pårørende helt eller delvis faller ut av arbeid lavere enn kostnadene for tapt fritid, noe som samsvarer med forholdet vi har anslått mellom disse to størrelsene.

Ingen av de ovennevnte studiene sier noe om redusert helsemessig livskvalitet. Vi finner at det generelt er gjort lite forskning knyttet til den helsemessige livskvalitetstapet knyttet til pårørendearbeid, selv om det er gjort enkeltstudier knyttet til bestemte sykdommer som demens (Angeles mfl., 2021). Vi finner noen få studier som omtaler dette, men få beregner samlede kostnader slik som i dette pårørenderegnskapet:

I en svensk makrostudie fra 2022 undersøkte de hvordan pårørende sin livskvalitet ble endret av å være pårørende (Sacco mfl., 2022). Forskningen fant en sammenheng mellom grad av redusert livskvalitet og omfanget av den uformelle pleien. Denne undersøkelsen finner også at de som ytet 50 timer eller mer pårørendeinnsats i løpet av en uke hadde laveste score knyttet til livskvalitet. En tidligere makrostudie fra 2015 fant en signifikant sammenheng mellom det å være pårørende og redusert livskvalitet, i form av redusert fysisk og psykisk helse (Berglund, Lytsy, & Westerling mfl., 2015). Denne studien antyder at pårørende har dårligere oppfatninger om egen helse og psykisk velvære sammenlignet med de som ikke er pårørende, noe som tyder på at rollen som pårørende er negativt knyttet til helse.

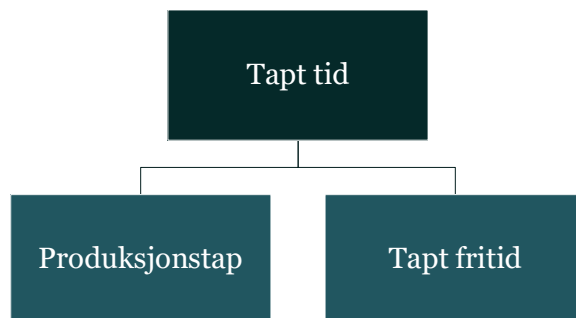
6 Tapt tid

Tapt tid refererer til tapt arbeidstid, kjent som produksjonstap, og tapt fritid som følge av at pårørende yter omsorg. Vi har i midtpunktscenariet beregnet at 15 800 årsverk gikk tapt i 2024 fordi pårørende helt eller delvis falt ut av arbeidslivet. Basert på våre forutsetninger, anslår vi at produksjonstapet knyttet til pårørende innsats i 2024 utgjør 8,1 milliarder kroner i det konservative scenarioet, 13,2 milliarder kroner i midtpunktscenarioet, og 19,4 milliarder kroner i det ekstreme scenarioet. Produksjonstapet er størst for pårørende til barn og unge. Videre anslår vi at tapt fritid som følge av pårørende innsats utgjør 9,8 milliarder kroner i det konservative scenarioet, 32,6 milliarder kroner i midtpunktscenarioet, og 67,9 milliarder kroner i det ekstreme scenarioet.

6.1 Hva er tapt tid i en pårørendesituasjon?

Å være pårørende kan påvirke både arbeidssituasjonen og fritiden til den pårørende. Belastningen forbundet med pårørende innsats kan i noen tilfeller føre til at den pårørende enten avslutter sitt arbeidsforhold eller reduserer sin arbeidsstilling. Det kan også føre til at pårørende blir mindre produktive i jobben sin, unngår å jobbe overtidstimer som de ellers ville ha gjort, eller lar potensielle karrieremuligheter gå tapt. Dette resulterer i det vi kaller *produksjonstap*. I denne sammenhengen representerer produksjonstapet verdien av arbeidstimer som ikke blir realisert i lønnet arbeid, men som ville blitt realisert hvis de pårørende ikke var pårørende. I tillegg kan pårørende innsatsen gå ut over de pårørendes *fritid*. Med fritid i denne konteksten refererer vi til tid som den pårørende bruker på pårørende innsats, men der den pårørende heller hadde ønsket å bruke tiden på andre ting eller aktiviteter.

Figur 6-1 Illustrasjon av hva vi legger i tapt tid knyttet til pårørende innsats



Det kan være flere årsaker til at en pårørende helt eller delvis er borte fra arbeidslivet. I vurderingen av produksjonstap har vi avgrenset oss til å si noe om gruppen som helt eller delvis faller utenfor arbeidslivet fordi belastningen av å være pårørende har vært for stor – slik at den eneste måten å få endene til å møtes er å gå ned i stillingsprosent eller å si opp jobben. Vi ser altså bort i fra andre former for produksjonstap, som for eksempel når pårørende opplever å være mindre produktive i jobben.

Det er viktig å presisere at når vi vurderer produksjonstap, tar vi ikke med de som er borte fra arbeidslivet grunnet egen sykdom som ikke er relatert til deres pårørenderolle, eller de som av personlig preferanse har valgt å ikke delta i arbeidsmarkedet. Det kan imidlertid være utfordrende å skille klart mellom de som forlater arbeidslivet helt eller delvis som følge av sitt pårørendeansvar, og de som gjør

det av andre årsaker. Blant annet vil det variere hvorvidt man som pårørende kan stå uten lønnet arbeid fordi man har økonomiske muligheter til det.

I de følgende delkapitlene gjennomgår vi først vår tilnærming til beregning av produksjonstap og viser verdien av det samlede produksjonstapet. Deretter presenterer vi beregningene for tapt fritid blant de pårørende.

Case: Pårørende til skrøpelig eldre

Janne er en 62 år gammel kvinne som er pårørende for sin gamle mor på 95 år. De siste 15 årene har Janne dedikert mye tid til å pleie og støtte sin mor. Moren til Janne har opplevd både gjentatte fall med komplikasjoner som lårhals- og armbrudd, samt flere innleggelser på sykehus, korttidsopphold på sykehjem og behov for besøk av hjemmesykepleien. Det siste halvåret har moren fått fast plass på sykehjem. Janne forteller at hun ønsket å ha moren sin boende hjemme så lenge som mulig, men at pleiebehovet til slutt ble så omfattende at hun måtte på sykehjem.

Janne forteller at årene som pårørende har vært krevende, og at hun har brukt mye av sin arbeidstid og fritid på å pleie og bistå sin mor. Janne har blant annet måttet ta fri fra jobb for å følge moren til diverse medisinske timer og behandlinger, som til sårsykepleien og tannlegen. I perioder hvor moren til Janne har mottatt besøk av hjemmesykepleien, har Janne ofte valgt å være til stede. Hun har erfart at ulike pleiere ofte kommer på besøk, og har derfor følt det nødvendig å være til stede for å sikre at moren får den oppfølgingen hun trenger. I tillegg har hyppige telefoner fra moren, også i arbeidstiden, vært en utfordring. Pårørendesituasjonen Janne har stått i har påvirket produktiviteten hennes på jobb. Janne forteller at hun har vært åpen med arbeidsgiveren om sine utfordringer som pårørende, men opplever at fleksibiliteten fra ledelsens side har variert. Janne har også valgt å benytte velferdsdager for å kunne tilbringe hele dager sammen med sin mor.

Janne er fortsatt yrkesaktiv, men har redusert arbeidstiden til femti prosent det siste halvåret. Hun har opplevd ulike helseplager de senere årene, samt en generell slitenhet som har påvirket hennes sosiale liv. I løpet av det siste året har Janne slitt mye med hodepine og migrene. Selv om hun ikke med sikkerhet kan si at disse plagene skyldes hennes rolle som pårørende, mistenker hun at belastningen rundt det å være pårørende kan ha bidratt. Janne ønsker å være der for sin mor når hun trenger støtte, og før hennes mor fikk sykehjemsplass, besøkte hun moren annenhver dag. Når hun ikke er sammen med moren, bruker hun ofte tid på å tenke på henne. Janne håper at hun kan gjenoppta vanlige sosiale aktiviteter, nå som moren har fått plass på sykehjem.

Janne uttrykker at det å hjelpe og vise omsorg for moren er en givende oppgave. Hun sier at man aldri vil angre på å ha vært til stede for en kjær. Samtidig innser hun at det kan finnes et punkt hvor belastningen overstiger gleden. Janne skulle ønske at sykehjemmet hvor moren bor, hadde etablert en pårørendegruppe. Hun føler seg ofte alene i sin rolle som pårørende og savner noen å dele erfaringer med. Hun tror at en slik gruppe kunne hjelpet.

Pårørendesituasjonen er beskrevet i intervju med Menon Economics og gjengitt med tillatelse. Navnet er fiktivt.

6.2 Antall pårørende som *kan* ha fått påvirket arbeids- eller studiesituasjon

Selv om det anslås at 800 000 nordmenn er pårørende i dag, er det ikke nødvendigvis et produksjonstap knyttet til hver av disse. Produksjonstapet for pårørende oppstår når omsorgsansvaret fører til at noen pårørende helt eller delvis faller ut av arbeidslivet. Vi er derfor spesielt interessert i pårørende som er, eller potensielt kan være, en del av arbeidsstyrken. I tillegg oppstår et produksjonstap for pårørende som er studenter, dersom omsorgsrollen fører til at de må utsette studiene. En slik utsettelse forsinker ferdigstillingen av utdannelsen og dermed inntreden i arbeidsmarkedet, noe som medfører et produktivitetstap.

Den nasjonale pårørendeundersøkelsen inkluderer spørsmål om pårørendes daglige situasjon. Ifølge denne undersøkelsen er 65 prosent av de pårørende i arbeid, mens 6 prosent enten har permisjon, er hjemmeværende eller arbeidssøkende. I tillegg er 7 prosent studenter. Undersøkelsen gir oss et øyeblikksbilde. Vi har begrenset grunnlag for å anta store variasjoner i disse makrostorelsene i løpet av et år. Vi antar derfor at volumstorelsene på et gitt tidspunkt representerer en normalsituasjon for året. Med disse tallene som utgangspunkt, legger vi til grunn at rundt 71 prosent av de pårørende potensielt har måttet redusere arbeidstiden eller slutte å jobbe helt. I tillegg legger vi til grunn at 7 prosent av pårørende kan ha blitt påvirket ved at de har måttet utsette studiene. Vi ser vekk fra pensjonister (17 prosent), militære (0 prosent) og uføretrygdete (6 prosent). Basert på dette finner vi at opptil 620 000 pårørende, i et midtpunktscenario, er i en situasjon der arbeids- eller studiesituasjon kan ha blitt påvirket i 2024 (se Tabell 6-1).

Tabell 6-1 Antall pårørende i Norge over 18 år som enten er eller kan være en del av arbeidsstyrken eller som studerer, i 2024*

	Det konservative scenario	Midtpunktscenario	Det ekstreme scenario
Anslag	465 000	620 000	775 000

*Det konservative-, midtpunkt- og det ekstreme scenario følger her av antall pårørende som legges til grunn.

6.3 Antall pårørende som jobber mindre fordi de er pårørende

Vi ønsker å kvantifisere antall pårørende som jobber mindre, har sluttet å jobbe eller har fått påvirket studiene fordi de er pårørende. I den nasjonale pårørendeundersøkelsen oppgir om lag 34 prosent av de som enten var i jobb (heltid eller deltid) eller under utdanning på undersøkelsestidspunktet, at arbeidet eller studiene har blitt påvirket av at man er pårørende.³ Mer konkret oppgir 1,3 prosent at de har måttet slutte å arbeide, mens 9,9 prosent oppgir at de har redusert stilling/arbeidstid.⁴

Basert på disse forutsetningene, har vi kommet fram til resultatene vist i Tabell 6-2. I et midtpunktscenario der 620 000 pårørende er lagt til grunn, indikerer tabellen at antall pårørende som har sluttet å jobbe på grunn av pårørendesituasjonen var 8 300, mens antall som måtte redusere sin stilling var 61 400 i 2024.

³ Spørsmålet er kun stilt til den delen av pårørendebefolkningen som på undersøkelsestidspunktet var i jobb (heltid eller deltid) eller under utdanning. Respondentene kunne velge følgende svaralternativer: «jeg har sagt nei til nye oppgaver og/eller forfremmelser», «jeg har måttet bytte jobb», «det har gjort det vanskelig å få en jobb», «jeg har unnlatt å bytte jobb», «jeg har latt være å ta studier/eksamen», «avbrutt eller utsatt påbegynte studier», «utsatt studiestart», «jeg har redusert stilling / arbeidstid», «jeg har måttet slutte å arbeide» «påvirket på en annen måte» og «nei, ingen påvirkning».

⁴ I den nasjonale pårørendeundersøkelsen kunne respondentene oppgi flere svaralternativer, altså både at man har redusert stillingsandel/arbeidstid og har sluttet å jobbe. For at storelsene ikke skal overlappe i form av at samme person er talt begge steder, har vi antatt at de som både har svart at de man har redusert stillingsandel/arbeidstid og har sluttet å jobbe kun er talt under at man har sluttet å jobbe.

Tabell 6-2 Antall pårørende som har gått ned i stillingsprosent eller sluttet å jobbe, i 2024

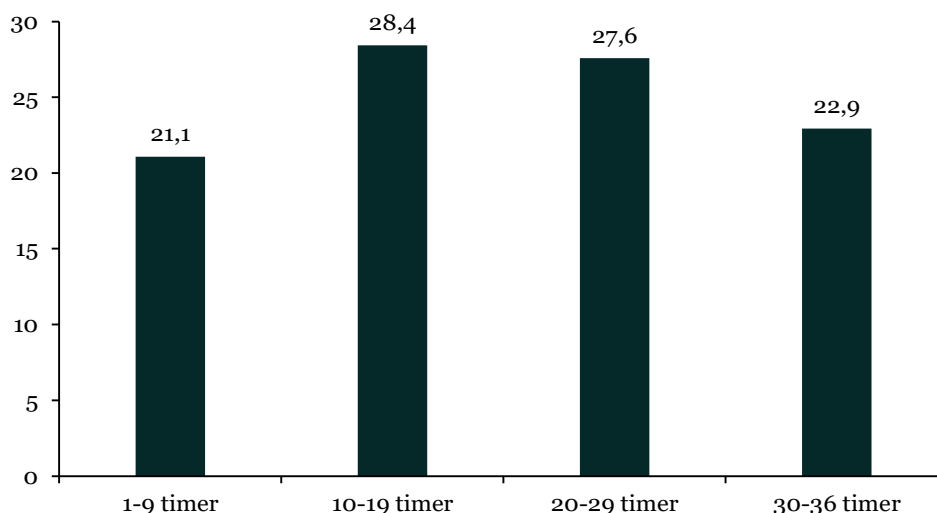
	Det konservative scenario	Midtpunktscenario	Det ekstreme scenario
Antall som har sluttet å jobbe	6 200	8 300	10 400
Antall som har redusert stilling	46 100	61 400	76 800

6.4 Antall tapte årsverk

For å kunne prissette produksjonstapet, må vi omregne antall pårørende som reduserer sin stilling eller slutter å arbeide, til tapte årsverk. Vi beregner tapte årsverk for året 2024.

For å beregne antall tapte årsverk, må vi justere for at gjennomsnittlig stillingsandel blant norske arbeidstakere er lavere enn ett årsverk. Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) jobbet kvinner 84 prosent av normal arbeidstid og menn 92 prosent av normal arbeidstid i 2023.⁵ For å anslå riktig årsverksandel for pårørende, bør vi beregne et vektet gjennomsnitt mellom disse stillingsandelene, basert på kjønnsfordelingen blant pårørende. Den nasjonale pårørendeundersøkelsen viser at 56 prosent er kvinner og 44 prosent er menn. Basert på denne fordelingen, er gjennomsnittlig stillingsandel for en pårørende 87,5 prosent av et normalårsverk. Dette betyr at en pårørende som slutter i et år, reduserer antall utførte årsverk med 0,875.

Vi har begrenset informasjon om hvor mye mindre de som reduserer sin stillingsandel eller arbeidstid som følge av pårørerollen, faktisk jobber. Statistikk fra SSB viser fordeling av arbeidstiden for dem som jobber deltid, se Figur 6-2.⁶ Figuren viser at det er mest vanlig at de som har deltidsstilling jobber mellom 10 og 19 timer i uken.

Figur 6-2 Arbeidstid per uke for dem som jobbet deltid i 2020, i prosent*

**Vektet gjennomsnitt av kvinner (56 prosent) og menn (45 prosent). Kilde: SSB tabell 09303, bearbeidet av Menon Economics*

⁵ SSB tabell 12543. Da denne rapporten ble skrevet, var nyeste tall fra 2023 og det er det vi derfor har tatt utgangspunkt i.

⁶ SSB tabell 09303. Denne statistikkserien ble avsluttet i 2020. Vi har likevel valgt å bruke denne serien ettersom den gir mer detaljerte data enn nyere statistikk om deltid fra SSB.

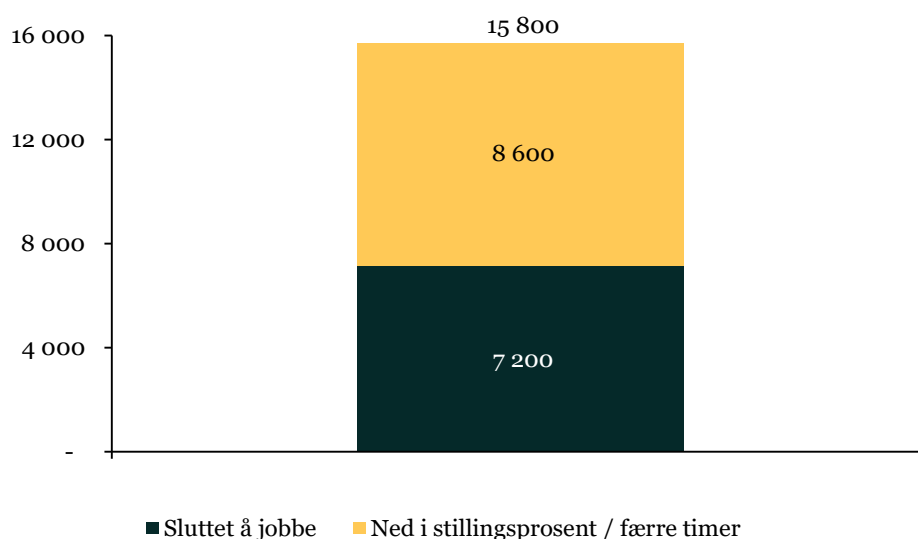
Vi har valgt å legge til grunn at fordelingen i Figur 6-2 gjelder for de som går ned i stillingsprosent som følge av at de er i en pårørendesituasjon. Vi har imidlertid tidligere argumentert for at gjennomsnittlig stillingsandel for pårørende er 87,5 prosent. Det tilsvarer 33 timer i en normal uke, altså midt i den høyeste deltidsstillingskategorien. Vi har derfor valgt å si at de som går ned til dette nivået ikke har en endring i sin stillingsprosent, og kan således sees på som et referansepunkt for de tre øvrige tilpasningene. Vi mener det er en rimelig forutsetning at 22,9 prosent av de som reduserer sin arbeidstid, reduserer arbeidstiden så lite at det er grunn til å se bort fra det. Basert på disse forutsetningene legger vi til grunn at

- 22,9 prosent av de som reduserer stillingsprosent går ned så lite at vi har valgt å ikke regne på det
- 27,6 prosent av de som reduserer stillingsprosent går ned med 8,5 timer per uke
- 28,4 prosent av de som reduserer stillingsprosent går ned med 18,5 timer per uke
- 21,1 prosent av de som reduserer stillingsprosent går ned med 28 timer per uke

Når vi analyserer nedgangen i stillingsprosenten blant pårørende, står vi overfor usikkerhet knyttet til om dette er en kortvarig eller varig tilpasning. Flere faktorer kan påvirke dette. På den ene siden kan noen pårørende oppleve redusert arbeidstid som en midlertidig løsning for å håndtere en spesielt krevende periode med omsorgsansvar. På den andre siden kan det være de som må foreta lengre eller mer permanente tilpasninger i arbeidslivet hvis omsorgsbehovene vedvarer eller intensiveres over tid. Faktorer som individuelle helsemessige forutsetninger, økonomiske muligheter, familie- og nettverksstøtte og endringer i omsorgsbyrden spiller alle inn. For eksempel kan forbedret helsetilstand hos den omsorgstrengende eller bedre tilgang til ekstern omsorg støtte en tilbakeføring til tidligere stillingsprosent, mens mangel på slike forbedringer kan gi en mer varig reduksjon i stillingsprosent. Oppsummert er det utfordrende å anslå varigheten av redusert arbeidsdeltakelse for de pårørende det gjelder.

I vårt midtpunktscenario har vi valgt å legge til grunn at nedgangen i stillingsprosent i gjennomsnitt gjelder for et halvt år. Dette anslaget er ment å reflektere en balansert tilnærming mellom potensielt kortvarige og mer permanente reduksjoner i arbeidstid. Basert på disse forutsetningene, anslår vi at produksjonstapet tilsvarer 15 800 årsverk, som illustrert i Figur 6-3.

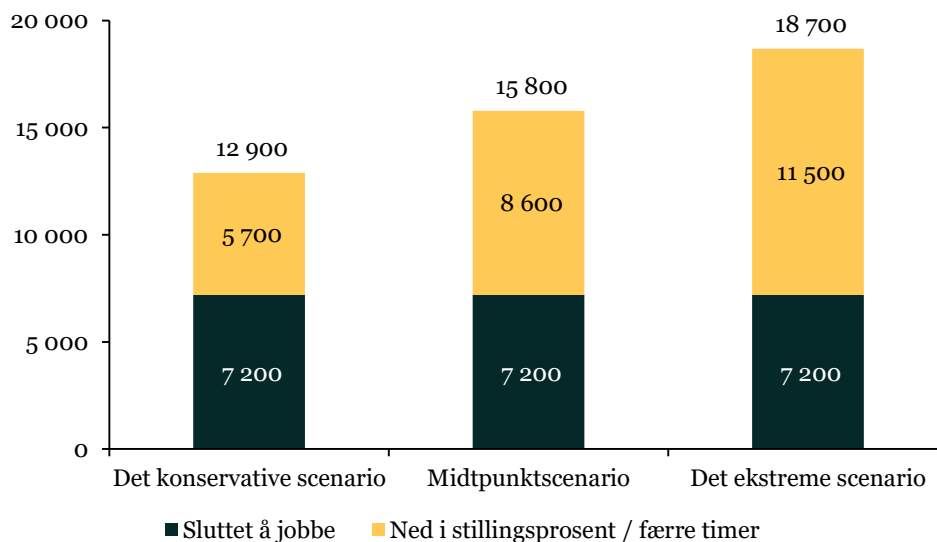
Figur 6-3 Anslag på tapte årsverk for pårørende over 18 år i 2024, for midtpunktscenario



Kilde: Menon Economics

Hvor lenge vi antar at reduksjonen i stillingsprosent gjelder, har relativt stor innvirkning på hvor mange årsverk produksjonstapet tilsvarer. For å illustrere effekten av ulike antagelser, har vi vurdert tre scenarier: at de ansatte blir påvirket i en tredjedel av året (det konservative scenario), et halvt år (midtpunktscenario) og to tredjedeler av året (det ekstreme scenario) (se Figur 6-4). I figuren tar samtlige scenarier utgangspunkt i 800 000 pårørende.

Figur 6-4 Anslag på tapte årsverk for pårørende over 18 år i 2024, for våre tre scenarier*

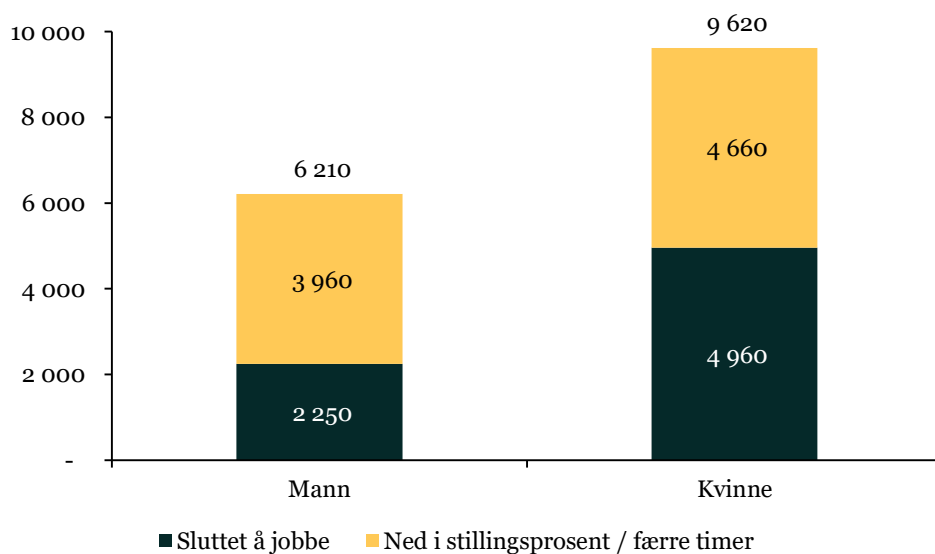


*Alle tre scenariene tar utgangspunkt i 800 000 pårørende. Kilde: Menon Economics

Som figuren over viser, påvirker disse antagelsene antall årsverk i betydelig grad. Ved det konservative anslaget, hvor pårørende i gjennomsnitt er påvirket i en tredjedel av året, anslås produksjonstapet for de som går ned i stillingsprosent til å tilsvare 5 700 årsverk. For et halvt år og to tredjedeler av året anslås tapet for de som går ned i stillingsprosent til henholdsvis 8 600 og 11 500 årsverk.

På bakgrunn av den nasjonale pårørendeundersøkelsen har vi også mulighet til å anslå antall tapte årsverk som følge av pårørendesituasjonen, differensiert etter kjønn (se Figur 6-5).

Figur 6-5 Anslag på tapte årsverk for pårørende over 18 år i 2024, fordelt på kjønn, for midtpunktscenario



Kilde: Menon Economics

Undersøkelsen viser at det er flere kvinner enn menn som er pårørende, og at en større andel kvinner enn menn oppgir at deres arbeid er blitt påvirket av pårørendesituasjonen. Vi anslår at det i 2024 ble tapt 9 700 årsverk blant kvinner og 6 200 årsverk blant menn på grunn av pårørendesituasjonen (dersom vi legger 800 000 pårørende til grunn). Dette betyr at det er omtrent 56 prosent flere tapte årsverk blant kvinner enn blant menn.

Case: Pårørende til skrupelig eldre

Siri opplever at pårørendesituasjonen preger arbeidslivet fordi omsorgsansvaret for hennes demente mor går ut over konsentrasjonen. Hun bistår med praktiske oppgaver, besøker moren jevnlig og håndterer hyppige telefonsamtaler, men føler seg likevel utilstrekkelig. Siri har en fulltidsjobb som rådgiver, og hun opplever redusert produktivitet når moren har det dårlig eller trenger akutt hjelp. Siri er utdannet sykepleier og beskriver at det ville vært mer krevende å være pårørende i kombinasjon med en stilling som involverte turnusarbeid.

Fleksitid og ekstra pårørendedager gjør det mulig å følge opp moren, men forståelse fra arbeidsgiver er avgjørende for at Siri skal håndtere både jobb og pårørenderollen. Til tross for belastningen, finner hun glede i de små øyeblikkene med moren – en mulighet til å gi tilbake for all støtten hun selv har fått.

Pårørendesituasjonen er beskrevet i intervju med Menon Economics og gjengitt med tillatelse. Navnet er fiktivt.

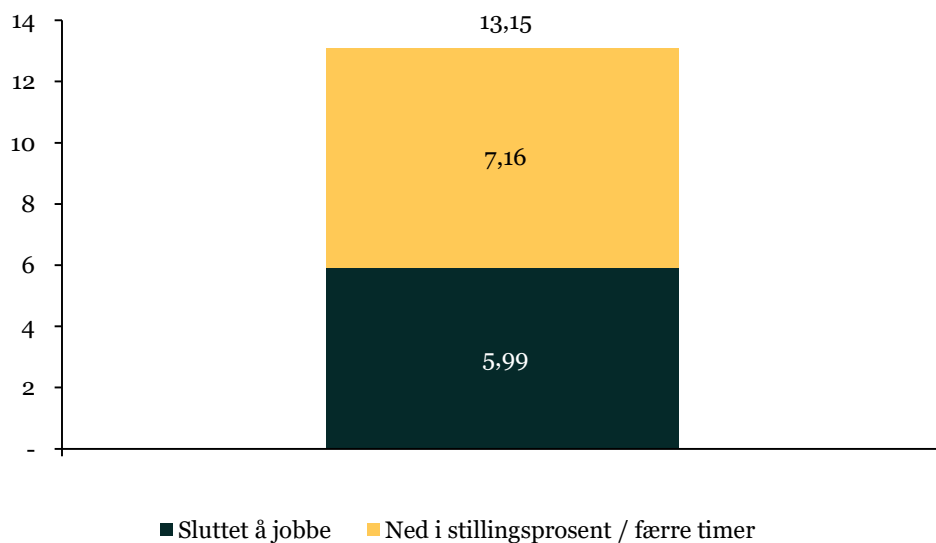
6.5 Samlet produksjonstap i 2024

For å prissette produksjonstapet må vi identifisere en riktig pris per årsverk. Ifølge Finansdepartementets rundskriv om prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv. (Finansdepartementet, 2021) skal man benytte følgende kalkulasjonspris for arbeidskraft:

Brutto reallønn, dvs. lønn inklusive skatt, arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader.

Siden vi er ute etter det samfunnsøkonomiske tapet av den tapte arbeidstiden, er det naturlig at vi starter med å identifisere en gjennomsnittlig lønn per avtalte årsverk. Vi vet kjønns- og aldersfordelingen for pårørende fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen. Legger vi disse fordelingene til grunn, finner vi fra SSB sin lønnsstatistikk at gjennomsnittlig bruttolønn per avtalte månedsverk for en heltidsstilling utgjør 55 400 kroner. Det tilsvarer en årlig bruttolønn på 665 000 kroner. Legger vi til grunn at arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader utgjør 25 prosent av bruttolønnen, finner vi en kalkulasjonspris lik 831 000 kroner. Ved å multiplisere denne kalkulasjonsprisen med resultatene i Figur 6-3, kommer vi frem til resultatene vist i Figur 6-6. Figuren forteller oss at produksjonstap for pårørendeinnsats er anslått å ha en kostnad på 13,15 milliarder kroner i 2024 i midtpunktscenariet.

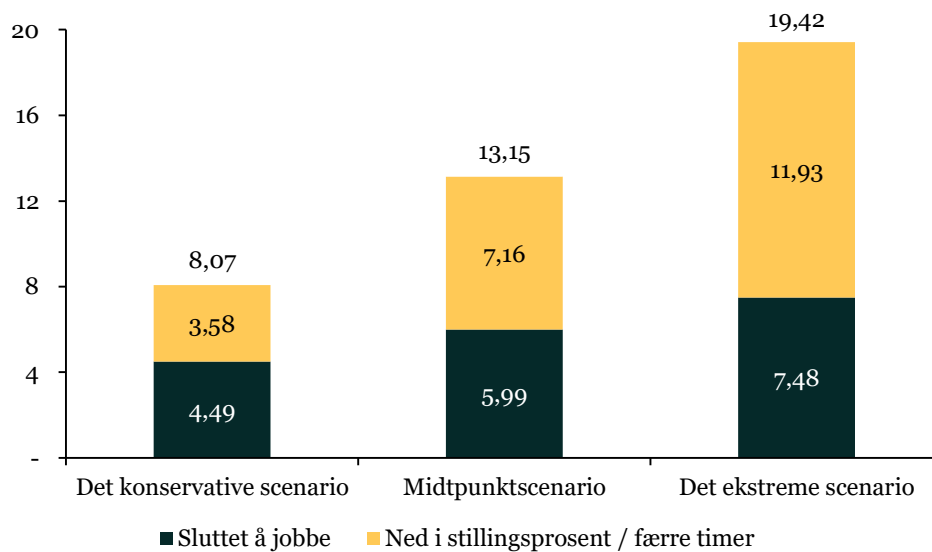
Figur 6-6 **Anslag på årlig produksjonstap for pårørende over 18 år i Norge i 2024, for midtpunktscenario, i milliarder kroner**



Kilde: Menon Economics

Anslagene i figuren ovenfor tar utgangspunkt i antagelsene vi har lagt til grunn i midtpunktscenariet, der vi antar 800 000 pårørende og at de pårørende som blir påvirket i form av redusert arbeidstid, i gjennomsnitt blir påvirket i et halvt år. Som tidligere påpekt har antatt lengde på reduksjon i stillingsprosent relativt stor innvirkning på hvor mange årsverk produksjonstapet tilsvarer. I tillegg har antall pårørende vi legger til grunn stor påvirkning på det totale produksjonstapet. På bakgrunn av dette og usikkerheten knyttet til disse to variablene, fremstiller vi det totale produksjonstapet med ulike forutsetninger for disse variablene (se Tabell 4-1 for oppsummering av forutsetningene). Basert på disse forutsetningene finner vi at produksjonstapet knyttet til pårørendeinnsats i 2024 utgjør 8,07 milliarder kroner i det konservative scenariet, 13,15 milliarder kroner i midtpunktscenarioet og 19,42 milliarder kroner i det ekstreme scenarioet (se figur Figur 6-7Figur 6-7).

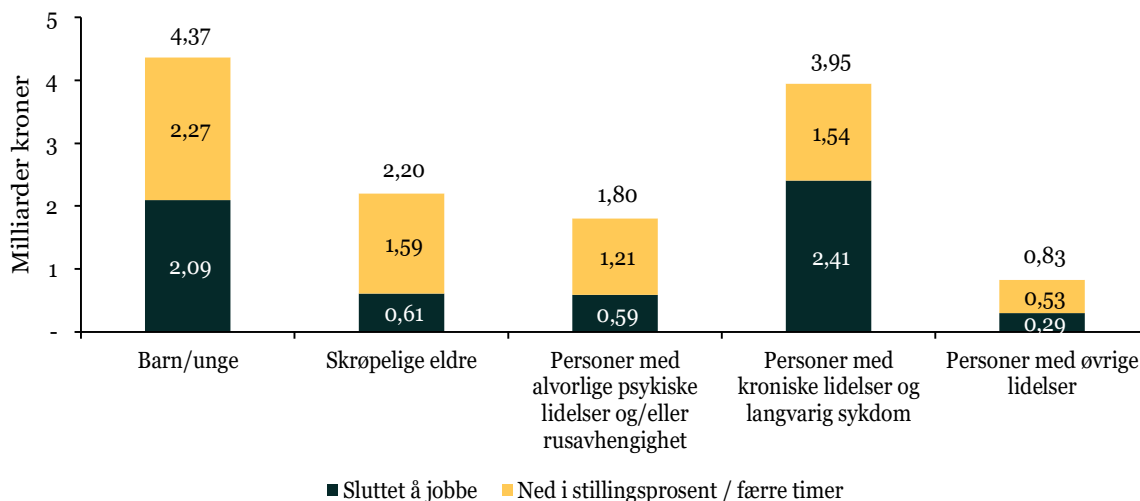
Figur 6-7 Anslag på årlig produksjonstap for pårørende over 18 år i Norge i 2024, for tre scenarier



Kilde: Menon Economics

Data fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen gir oss mulighet til å anslå produksjonstapet basert på hvilken gruppe man er pårørende til, som illustrert i Figur 6-8. Figuren tar utgangspunkt i midtpunktscenariet fremstilt i figuren ovenfor.

Figur 6-8 Anslag på årlig produksjonstap for pårørende over 18 år i Norge i 2024, fordelt på hvem man er pårørende til, for midtpunktscenario



Kilde: Menon Economics

Det største tapet er knyttet til pårørende til barn og unge, og er anslått til 4,37 milliarder kroner for 2024. Dette følges av pårørende til personer med kroniske lidelser og langvarig sykdom, hvor tapet er anslått til 3,95 milliarder kroner. I tillegg er det et betydelig produksjonstap knyttet til pårørende som støtter skjøpelige eldre, med en verdi på 2,20 milliarder kroner. Med tanke på den kommende eldrebølgen, er det rimelig å anta at produksjonstapet relatert til pårørende av skjøpelige eldre vil øke i fremtiden.

6.6 Påvirkning på pårørendes fritid

Mange pårørende strekker seg langt for å unngå å benytte arbeidstid til å yte pårørendeinnsats, og benytter heller noe eller mye av fritiden sin på pårørendeinnsats. Det finnes også pårørende som både bruker arbeidstid og fritid på å gi omsorg. Tapt fritid som følge av pårørendeinnsats er derfor en viktig komponent i det totale pårørenderegnskapet. At tap av fritid skal inngå i det totale pårørenderegnskapet er også i tråd med Rundskriv R-109/2021 *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser* (Finansdepartementet, 2021).

Case: Pårørende til en med kronisk lidelse

Harald har mistet mye fritid som pårørende for sin kone med Alzheimers. De første årene etter diagnosen levde de som før, bortsett fra at de aktivt oppsøkte gode opplevelser sammen. Det var gode år. Etter hvert måtte han ta over stadig flere oppgaver. Omsorgsansvaret krevde mer tid hele døgnet. Han måtte gi opp egne aktiviteter, som maleklubben.

De siste to årene har han vært bundet til hjemmet for å ivareta henne. Pliktene tok over for gleden, og friheten og energien forsvant. Nå når hun, etter tolv år hjemme, har fått sykehjems plass, ser han at hun har det bra – og tenker at hun kanskje ble boende hjemme litt for lenge. Bortsett fra dagsenterplass og korttidsavlastning var kommunal omsorg fraværende. Korttidsavlastningen forverret situasjonen.

Pårørendesituasjonen er beskrevet i intervju med Menon Economics og gjengitt med tillatelse. Navnet er fiktivt.

6.6.1 Forutsetninger for beregning av tapt fritid

Vi benytter data fra pårørendeundersøkelsen til å vurdere hvor mye fritid pårørende bruker på pårørendeinnsats. I pårørendeundersøkelsen ble respondentene spurt: «Omtrent hvor mange timer per uke bruker/brukte du på å støtte, hjelpe eller pleie den du er/var pårørende til?». Respondentene svarte i antall timer, og vi bruker disse svarene for å vurdere hvor mye av de pårørendes fritid som går til omsorgsoppgaver. Vi mener imidlertid at det ikke er riktig å bruke disse svarene direkte når det gjelder å verdsette fritid fordi vi tror at dette kan gi et for høyt anslag. Bakgrunnen for dette er at vi antar at en del av tiden som respondentene oppgir at de bruker på å støtte, hjelpe eller pleie er tid de pårørende ønsker å bruke med sine nærmeste, og dermed ikke bør klassifiseres som «tapt» fritid.

Den tiden vi ønsker å verdsette, er den tiden hvor de pårørende føler seg presset til å støtte, hjelpe eller pleie, slik at det oppleves som en forpliktelse snarere enn et valg. Dette er altså tid de helst ville brukt på andre aktiviteter.

Å kvantifisere hvor mye av omsorgstiden som de pårørende helst hadde brukt annerledes, er utfordrende. For å vurdere dette har vår tilnærming vært å kombinere spørsmålet «Omtrent hvor mange timer per uke bruker/brukte du på å støtte, hjelpe eller pleie den du er/var pårørende til?» med følgende spørsmål i undersøkelsen «Hvis du tenker på oppgavene du utfører/utførte som pårørende, i hvilken grad opplever/opplevde du denne/disse som belastende?». De pårørende kunne svare på en skala fra 1 til 5, der 1 var i svært liten grad og 5 var i svært stor grad. Vi antar at pårørende som i stor grad opplever omsorgsoppgavene som belastende, også ser på en betydelig del av den tiden de bruker som «tapt» fritid, det vil si tid de helst ville ha brukt på andre aktiviteter.

For pårørende som oppgir at omsorgsoppgavene er svært krevende, legger vi til grunn i vårt midtpunktscenario at 50 prosent av den oppgitte tidsbruken på støtte, hjelp eller pleie regnes som tapt fritid. For de som rapporterer at oppgavene i svært liten grad er belastende, antar vi i midtpunktscenarioet at 10 prosent av tiden de bruker på omsorgsoppgaver er tapt fritid. Vurderingen om at også de som har svart at de i svært liten grad opplever omsorgsoppgavene som belastende taper noe fritid, kommer av at selv i en mindre krevende pårørendesituasjon vil det trolig alltid være en viss grad av tapt fritid, hvor man gjerne skulle brukt tiden på annet. Tabell 6-3 oppsummerer forutsetningene vi har brukt i de tre scenariene. I tillegg, for å unngå dobbelttelling med tiden verdsatt som produksjonstap, har vi trukket denne tiden fra fritidsberegningene.

Tabell 6-3 Forutsetningene for beregning av tapt fritid*

Det konservative scenario	Midtpunktscenario	Det ekstreme scenario
• 1 – I svært liten grad: 0 prosent av tiden • 2: 0 prosent av tiden • 3: 10 prosent av tiden • 4: 20 prosent av tiden • 5 – I svært stor grad: 30 prosent av tiden	• 1 – I svært liten grad: 10 prosent av tiden • 2: 20 prosent av tiden • 3: 30 prosent av tiden • 4: 40 prosent av tiden • 5 – I svært stor grad: 50 prosent av tiden	• 1 – I svært liten grad: 30 prosent av tiden • 2: 40 prosent av tiden • 3: 50 prosent av tiden • 4: 60 prosent av tiden • 5 – I svært stor grad: 70 prosent av tiden

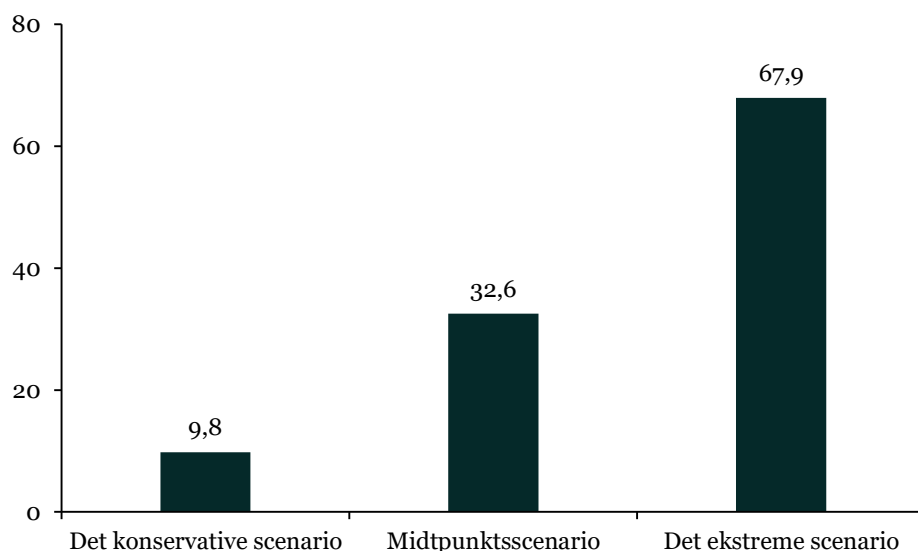
*«Prosent av tiden» referer til prosent av tiden respondentene har oppgitt at de bruker på å støtte, hjelpe eller pleie den de er pårørende til. 1–5 knytter seg til svaralternativene på spørsmålet «Hvis du tenker på oppgavene du utfører/utførte som pårørende, i hvilken grad opplever/opplevde du denne/disse som belastende?»

I henhold til Rundskriv R-109/2021 *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser* skal netto reallønn benyttes som verdi på fritid (Finansdepartementet, 2021). Som for produksjonstap, benytter vi kjønns- og aldersfordelingen for pårørende for å komme frem til netto reallønn. Basert på dette og SSB sin lønnsstatistikk finner vi at pårørende sin netto timelønn utgjør 276 kroner.

6.6.2 Totale kostnader av tapt fritid

Basert på disse forutsetningene, i kombinasjon med trippelanslaget for antall pårørende, anslår vi at tapt fritid som følge av pårørendesituasjonen utgjør 9,8 milliarder kroner i det konservative scenario, 32,6 milliarder kroner i midtpunktscenarioet og 67,9 milliarder kroner i det ekstreme scenario (se Figur 6-9).

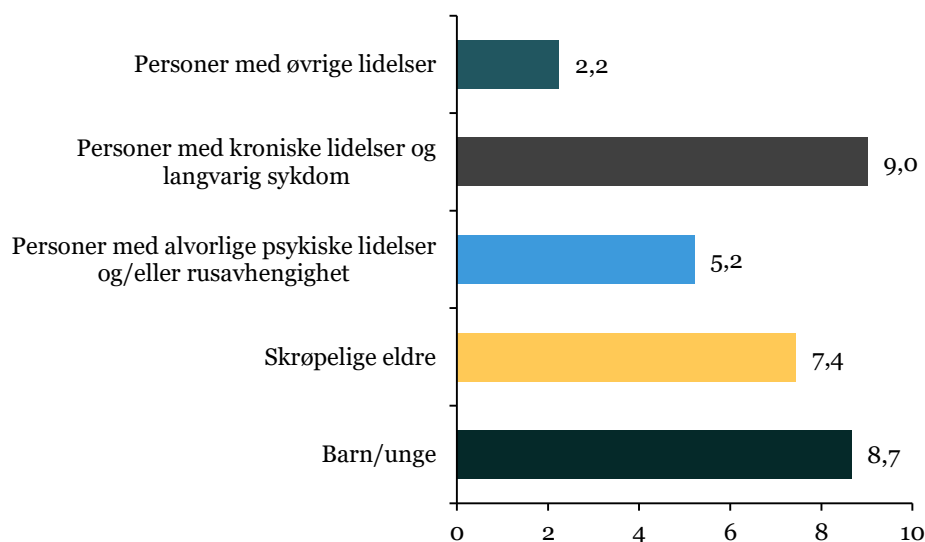
Figur 6-9 Anslag på totale kostnader knyttet til tapt fritid som følge av pårørendesituasjonen, i milliarder kroner, i 2024



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics

De totale kostnadene knyttet til tapt fritid kan også fordeles på ulike pårørendekategorier, som vist i Figur 6-10 for midtpunktscenarioet.

Figur 6-10 Kostnader knyttet til tapt fritid som følge av pårørendesituasjonen, fordelt på pårørendekategorier, for midtpunktscenario, i milliarder kroner, i 2024



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics

Figuren viser at pårørende til personer med kroniske lidelser og langvarig sykdom, samt til barn og unge, representerer de største andelene av kostnader knyttet til tapt fritid. Dette samsvarer med funnene våre for produksjonstap. Imidlertid fremhever figuren at pårørende til skjørlige eldre står for en betydelig del av de totale kostnadene for tapt fritid, sammenlignet med det vi fant for produksjonstapet. Dette antyder at pårørende til skjørlige eldre i stor grad unngår å bruke arbeidstiden på omsorg, men heller ofrer fritid for å yte nødvendig støtte.

7 Redusert helsemessig livskvalitet

Å stå i en pårørendesituasjon kan påvirke livskvaliteten til den pårørende. Ved å beregne redusert helsemessig livskvalitet kan vi beregne kostnader knyttet til det helsetapet som er forbundet med pårørenderollen. Med utgangspunkt i hvordan personer over 18 år opplever den følelsesmessige belastningen knyttet til det å være pårørende, viser våre beregninger at tap i helsemessig livskvalitet kan utgjøre kostnader mellom 8 og 30,8 milliarder norske kroner i løpet av ett år.

7.1 Hva er helsemessig livskvalitet?

Tap i helsemessig livskvalitet kan forenklet omtales som helsetap. Helsetapet hos pårørende vil avhenge av en rekke ulike faktorer, som for eksempel alvorligheten av den nære personens sykdom, relasjonen mellom pårørende og den de er pårørende for, samt personlighetstrekk hos de pårørende. Pårørende kan oppleve at det å gi uformell pleie kan gi svekket psykisk eller fysisk helse som følge av at belastningen ved å hjelpe og støtte blir for stor. Pårørende kan også kjenne på en følelsesmessig belastning der emosjonelle reaksjoner som stress, frykt og sorg kan prege hverdagen. For mange pårørende vil samtidig deres pårørendeinnsats ikke påvirke livskvaliteten i nevneverdig grad.

I dette samfunnsregnskapet tar vi utgangspunkt i at en gruppe pårørende står i pårørendesituasjoner som er så krevende at det medfører en belastning som kan karakteriseres som en sykdomsbyrde. Vi legger til grunn at pårørende, på samme måte som en pasient med en bestemt sykdom, opplever en sykdomsbyrde som medfører et helsetap gjennom kvalitetsjusterte leveår (QALY). Med en slik tilnærming legges det til grunn at pårørende i løpet av et år får redusert sin helsemessige kvalitet som følge av den belastningen pårørendeinnsatsen medfører, som ikke ville funnet sted i fravær av pårørendesituasjonen.

Det er viktig å understreke at vår tilnærming kun vurderer det *helsemessige* tapet av livskvalitet. I praksis kan en pårørendesituasjon medføre at livskvaliteten blir svekket ved at personer må endre levevaner og gjøre grep som reduserer livskvaliteten. Pårørendesituasjoner kan også gi helsegevinster og økt livskvalitet, ettersom det å gi støtte og gi omsorg kan oppleves meningsfylt og givende. Våre beregninger ser utelukkende på kostnader og vurderer ikke slike gevinster.

Det finnes flere fremgangsmåter for å beregne kostnader knyttet til tap i helserelatert livskvalitet. I en studie som beregner kostnader forbundet med uformell pleie i Sverige (se kapittel 5.2) så bergenes ikke kostnader knyttet til redusert helsemessig livskvalitet, men inkluderer kostnader som følge av mistet søvn hos pårørende (Ekman mfl., 2021). Vi mener i imidlertid at fremgangsmåten med bruk av helsetapsvekter er best egnet med tanke på datagrunnlaget og innsikten som foreligger fra pårørendeundersøkelsen.

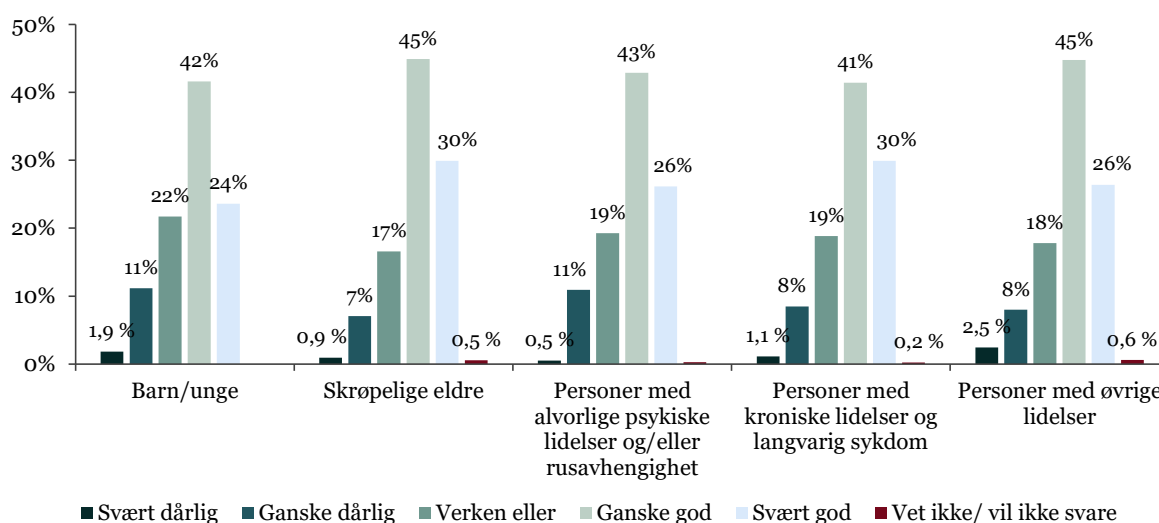
7.2 Hvordan vurderer pårørende sin helse?

Pårørende er som resten av befolkningen en sammensatt gruppe med store variasjoner i generell helse. Det er vanskelig å si noe om hvordan og i hvilket omfang en pårørendesituasjon påvirker pårørendes helse. Pårørendeundersøkelsen gir noe innsikt om pårørendes vurdering av egen helse og hvordan deres helse er påvirket av pårørenderollen, gjennom spørsmålene:

- Hvordan vurderer du din egen helse? (På en skala fra 1 til 5 hvor 1 er i svært liten grad og 5 er i svært stor grad.)
- Går/gikk pårørenderollen ut over egen helse? (På en skala fra 1 til 5 hvor 1 er helt enig og 5 er helt uenig)

Figur 7-1 viser at om lag 45 prosent av samtlige pårørendegrupper oppgir at de vurderer sin egen helse som ganske god. Pårørende til barn og unge er den pårørendegruppen som i størst grad vurderer egen helse som dårlig, sammen med pårørende til «personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet». 11 prosent blant pårørende til «barn/unge» oppgir at de har ganske dårlig helse, og 1,9 prosent innenfor samme kategori oppgir at de har svært dårlig helse.

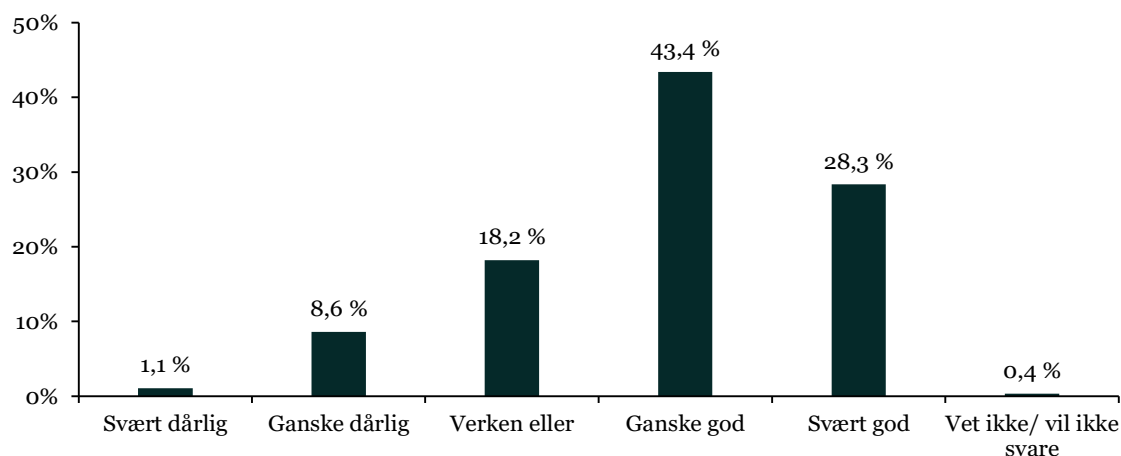
Figur 7-1 Hvordan pårørende vurderer egen helse, per pårørendegruppe (På en skala fra 1 til 5 hvor 1 er i svært liten grad og 5 er i svært stor grad), i prosent



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 927

Figur 7-2 viser hvordan alle som har svart på spørreundersøkelsen har vurdert sin helse fordelt på de ulike svaralternativene. 1 prosent vurderer sin helse som svært dårlig og om lag 9 prosent vurderer sin helse som ganske dårlig. 43 prosent vurderer sin helse som ganske god og 28 prosent oppgir sin helse som svært god. Det er viktig å understreke at spørsmålet ikke gir innsikt i hvorvidt helsetilstanden er påvirket av pårørenderollen, men kun gir innsikt i generell helse.

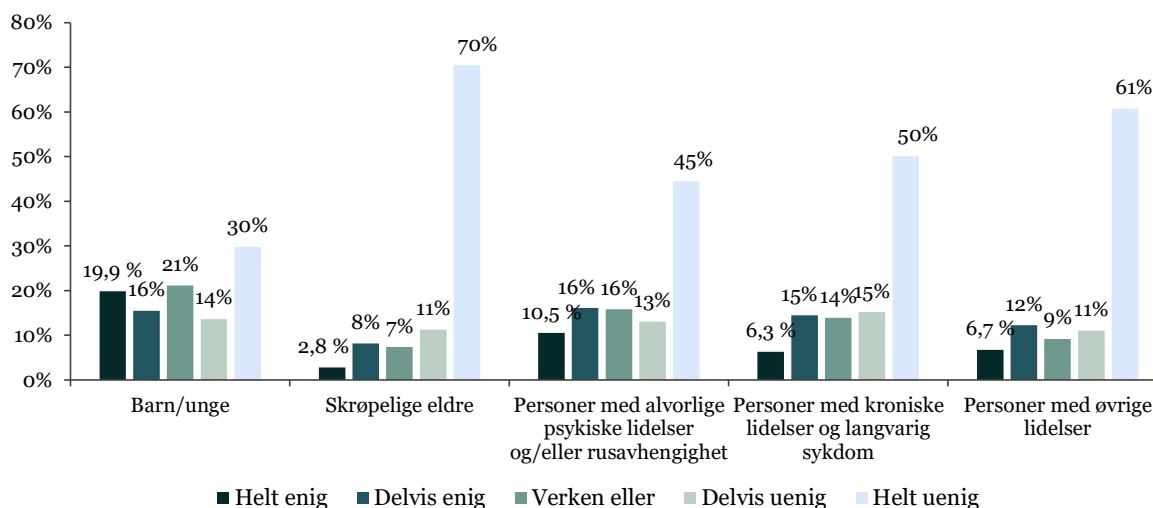
Figur 7-2 Hvordan pårørende vurderer egen helse, samlet (På en skala fra 1 til 5 hvor 1 er i svært liten grad og 5 er i svært stor grad), i prosent



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 927

På spørsmålet om hvordan egen helse ble vurdert som følge av pårønderollen så er det tydelig at pårørende til barn/unge er den gruppen som vurderer at pårønderollen i størst grad gikk ut over egen helse (se Figur 7-3). Om lag 20 prosent i denne gruppen oppgir at de er «helt enig» i at pårønderollen påvirket egen helse». 70 prosent i kategorien «skrøpelige eldre» vurderer at pårønderollen ikke påvirket egen helse». Spørsmålet gir innblikk i pårørendes generelle vurdering av om deres helse ble påvirket av pårønderollen, men gir ikke innsikt i *hvor stor grad* eller på *hvilken måte* helsen ble påvirket.

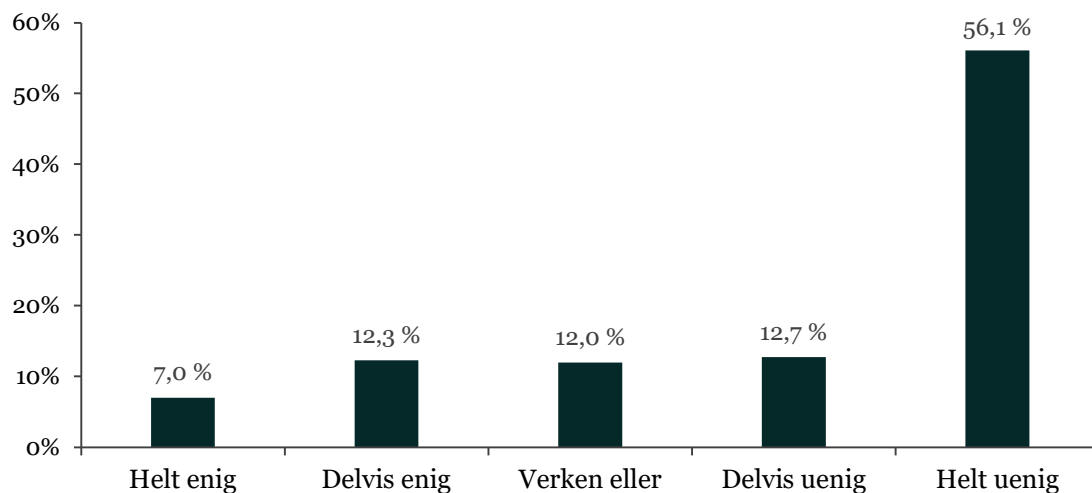
Figur 7-3 Går/gikk pårønderollen ut over egen helse? (På en skala fra 1 til 5 hvor 1 er helt enig og 5 er helt uenig) per pårørendegruppe, i prosent



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 927

Figur 7-4 viser hvordan samtlige som har svart på pårørendeundersøkelsen fordeler seg på de ulike svaralternativene. 7 prosent er helt enig i at helsen ble påvirket. Det er et jevnt antall på om lag 12 prosent for alle svaralternativene i midten. 56,1 prosent er helt uenig i at deres helse ble påvirket som følge av pårørendesituasjonen.

Figur 7-4 Går/gikk pårønderollen ut over egen helse? (På en skala fra 1 til 5 hvor 1 er helt enig og 5 er helt uenig) alle pårørendegrupper, i prosent



Hvilke følelser og tilstander opplever pårørende?

For å beregne kostnader knyttet til det helsemessige livskvalitetstapet som følge av pårørendeinnsats har vi tatt utgangspunkt i pårørendeundersøkelsens spørsmål knyttet til følelser og tilstander:

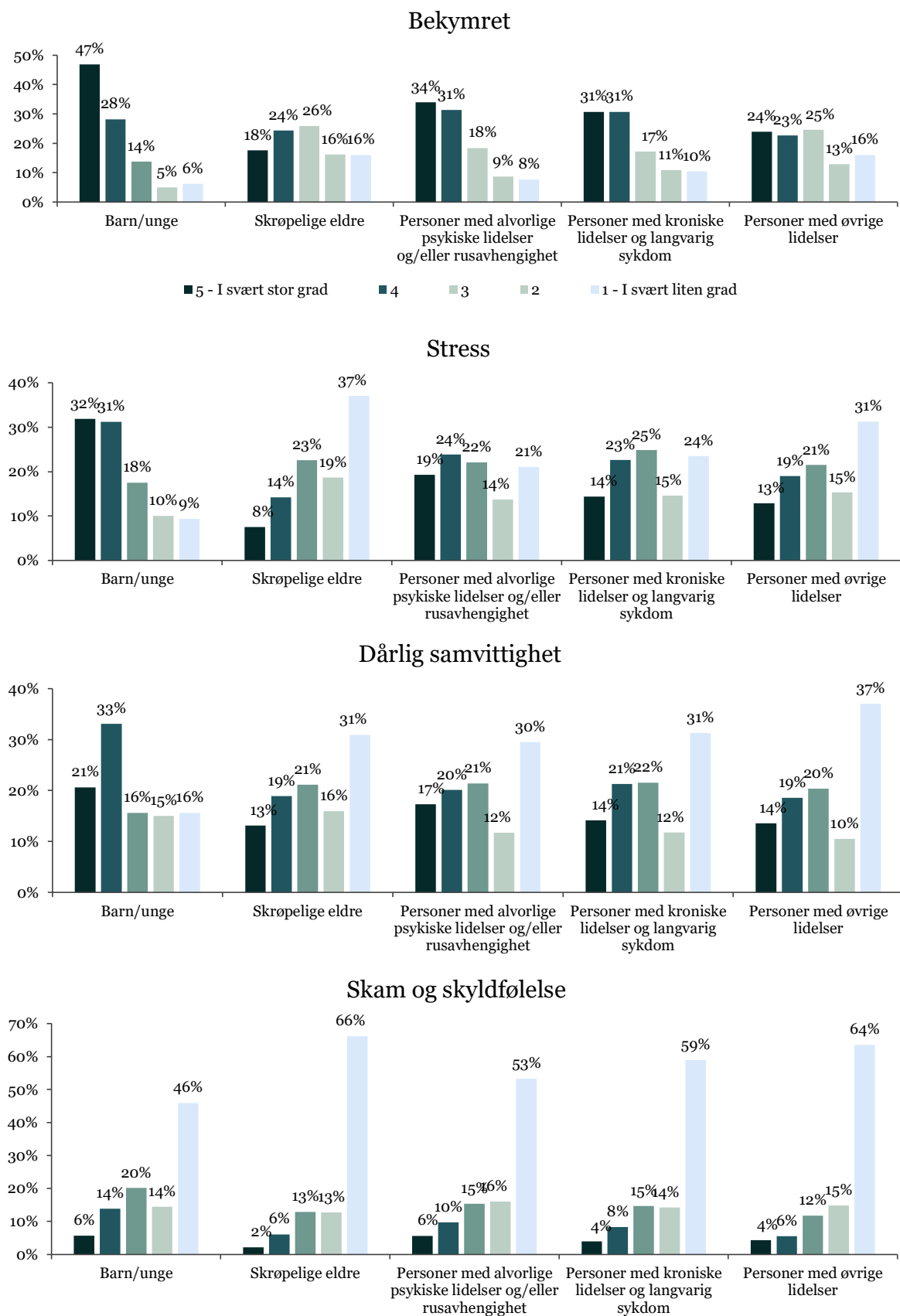
Jeg vil nå liste opp noen følelse eller tilstander man av og til kan ha. Jeg ber deg angi i hvor stor grad du opplever/opplevde dette knyttet til din rolle som pårørende. (På en skala fra 1 til 5 hvor 1 er i svært liten grad og 5 er i svært stor grad.)

- *Bekymret*
- *Stress*
- *Dårlig samvittighet*
- *Skam og skyldfølelse*

Det er viktig å understreke at dette spørsmålet ikke gir en fullstendig innsikt i hvordan pårørende påvirkes av pårønderollen. En mer presis fremgangsmåte kunne vært å sende ut spørreskjemaer som ber pårørende vurdere sin helsetilstand på flere og mer detaljerte parametere, og på denne måten forsøkt å definere mer eksakte helsetapsvekter knyttet til pårønderollen. Vi har imidlertid valgt å basere våre beregninger på pårørendeundersøkelsen, som for de øvrige kostnadskategoriene i regnskapet, og mener dette gir et godt anslag på det helserelaterte livskvalitetstapet ettersom undersøkelsen gir oss noe innsikt om i hvilken grad de ulike følelsene og tilstandene er tilstede. Gjennom de tre scenariene belyser vi også at det er stor usikkerhet i anslagene knyttet til estimert helsetap og pårørendeantall.

Figur 7-5 viser i hvilken grad de pårørende opplevde de ulike tilstandene. Bekymring fremstår som den tilstanden som preger de pårørende i størst grad. Videre er skam og skyldfølelse den følelsen som pårørende opplevde i minst grad, men som var størst blant pårørende til «barn/unge» og til «personer med alvorlige psykiske lidelse og /ellers rusavhengighet», selv om kun seks prosent opplevde dette i svært stor grad i begge grupper. Pårørende til «barn/unge» er den gruppen som i størst grad opplevde de ulike følelsene og tilstandene. 47 prosent av pårørende til «barn/unge» oppgir at de i stor grad opplevde/opplever bekymring. I den samme pårørendegruppen oppgir 33 prosent at de opplevde/opplever stress i svært stor grad.

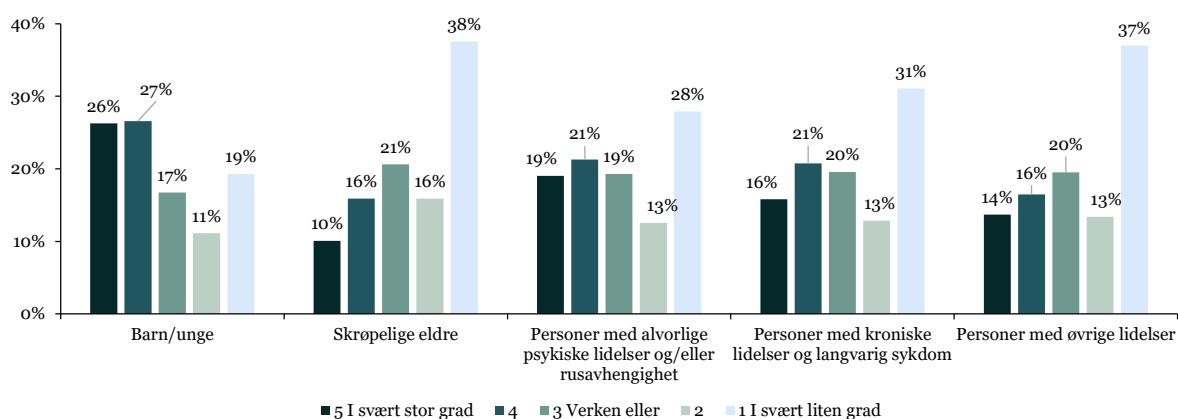
Figur 7-5 I hvor stor grad opplever/opplevde du tilstandene stress, bekymring, dårlig samvittighet, skam og skyldfølelse knyttet til din rolle som pårørende? , i prosent



På bakgrunn av spørsmålet om følelser og tilstander har vi vurdert i hvilken grad pårørende er påvirket av pårørendesituasjonen. Vi har beregnet et gjennomsnitt basert på hvor mange pårørende som har oppgitt de enkelte svaralternativene for hver tilstand (se Figur 7-6). Hver tilstand er vektet likt.

Figur 7-6 viser at i snitt så oppgir majoriteten innenfor samtlige pårørendekategorier, med unntak av pårørende til «barn/unge», at de i svært liten grad har opplevd stress, bekymring, dårlig samvittighet og skam og skyldfølelse som følge av pårørendesituasjonen. På samme tid ser vi at pårørende til «barn/unge» og «personer med alvorlige psykiske lidelser / ruslidelser» er de gruppene som i størst grad oppgir at pårørendesituasjonen har medført bekymring, stress, dårlig samvittighet, skam og skyldfølelse. Et gjennomsnitt på 26 prosent av pårørende til «barn/unge» oppgir at de opplevde disse tilstandene i svært stor grad og 27 prosent i noen grad. Vi minner om at 20 prosent av pårørende til «barn/unge» oppga at de var «helt enig» i at egen helse var påvirket av pårørendesituasjonen.

Figur 7-6 I hvor stor grad opplever/opplevde du tilstandene stress, bekymring, dårlig samvittighet, skam og skyldfølelse knyttet til din rolle som pårørende? Gjennomsnitt av alle tilstander, i prosent



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N=1 927

7.3 Forutsetninger for beregning av kostnader

Denne rapporten legger til grunn at en opplevd tilstedeværelse av disse tilstandene kan utgjøre en belastning som tilsvarer ulike alvorlighetsgrader av angstlidelse. Det er viktig å understreke at vi ikke antar at samtlige som står i krevende pårørendesituasjoner har en form for angstlidelse. Vi mener imidlertid at Verdens helseorganisasjons (WHO) (2020) beskrivelse av sykdomsbyrden forbundet med ulike alvorlighetsgrader av angst har likheter med den belastningen som pårørende har oppgitt at de opplevde/opplever i pårørendeundersøkelsen (se Tabell 7-1). WHO har utviklet helsetapsvekter som beskriver sykdomsbyrden forbundet med ulike sykdommer og lidelser. Helsetapsvekter kan variere fra 0 til 1, der 0 representerer død og 1 perfekt helse. Som det kommer frem av Tabell 7-1 er det en forholdsvis lav helsetapsvekt forbundet med «mild angstlidelse» på 0,03. I praksis betyr det at en person taper 0,03 kvalitetsjusterte leveår per år med sykdomsbyrden som er forbundet med «mild angstlidelse». Helsevekten for «moderat» og «alvorlig angstlidelse» er høyere, på henholdsvis 0,133 og 0,523.

Tabell 7-1 Sykdomsbyrde forbundet med ulike grader av angstlidelse

Sykdom	Beskrivelse	Helsetap
Mild angstlidelse	Føler seg mildt engstelig og bekymret, noe som gjør det litt vanskelig å konsentrere seg, huske ting og sove. Personen blir lett utmattet, men er i stand til å utføre daglige aktiviteter.	0,03
Moderat angstlidelse	Føler seg engstelig og bekymret, noe som gjør det vanskelig å konsentrere seg, huske ting og sove. Personen blir lett utmattet og synes det er vanskelig å utføre daglige aktiviteter.	0,133
Alvorlig angstlidelse	Føler seg konstant veldig engstelig og bekymret, noe som gjør det vanskelig å konsentrere seg, huske ting og sove. Personen har mistet gleden i livet og tenker på selvmord.	0,523

Kilde: WHO (2020), oversatt av Menon Economics.

Vi legger til grunn at tapet er likt på tvers av kjønn og tar utgangspunkt i gjennomsnittsalder for hver pårørendegruppe slik at vi kan justere for forventede gjenværende QALYs i hver gruppe. En slik aldersjustering gjøres på bakgrunn av at en ung person vil ha et større tap sammenlignet med en eldre person som følge av at personen har potensielt flere gjenværende år å leve. Våre beregninger har som mål å vise et kostnadsanslag i ett enkelt år (2024). I våre beregninger antas det at helsetapet kun finner sted et halvt år i et enkelt år, da enkelte pårørendesituasjoner er langvarige og andre skjer over kortere tidsrom.

Med en slik metodisk tilnærming vektlegger vi hovedsakelig den emosjonelle og psykiske belastningen knyttet til pårørendearbeid og i mindre grad den fysiske belastningen som pårørende kan oppleve som følge av sin pårørendeinnsats. Det er stor usikkerhet knyttet til hvordan den følelsesmessige belastningen forbundet med det å være pårørende påvirker den helsemessige livskvaliteten, og pårørendeundersøkelsen gir ikke fullstendige svar på denne problemstillingen. Vi har på bakgrunn av denne usikkerheten utviklet tre scenarier knyttet til tap i helsemessig livskvalitet. I scenariene er pårørende med utgangspunkt i et gjennomsnitt av hvor mange som har oppgitt at de opplever de ulike følelsesmessige tilstandene, tildelt helsetapsvekter med ulike alvorlighetsgrader av angstlidelse. De tre scenariene tar også utgangspunkt i tre anslag på pårørendeantallet i Norge. Forutsetningene er beskrevet i Tabell 7-2.

Tabell 7-2 Forutsetninger for beregning av redusert helsemessig livskvalitet som ligger til grunn for de tre scenariene

Forutsetning	Det konservative scenario	Midtpunktscenario	Det ekstreme scenario
Antall pårørende 18 år eller mer	600 000 personer	800 000 personer	1 000 000 personer
Livskvalitet – andeler som får tildelt ulike helsetapsvekter*	Personer som oppgir at de i «i noen grad» er påvirket av pårørendesituasjonen (følelser og tilstander) er tildelt helsetapsvekt tilsvarende «mild angstlidelse». Personer som oppgir at de er påvirket «i svært stor grad» er tildelt helsetap tilsvarende	Personer som oppgir at de «verken eller» og «i noen grad» er påvirket av pårørendesituasjonen (følelser og tilstander) er tildelt helsetapsvekt tilsvarende «mild angstlidelse». Personer som oppgir at de er påvirket «i svært stor grad» er tildelt helsetap tilsvarende «moderat angstlidelse».	Personer som oppgir at de «verken eller» og «i noen grad» er påvirket av pårørendesituasjonen (følelser og tilstander) er tildelt helsetapsvekt tilsvarende «mild angstlidelse». Personer som oppgir at de «verken eller» og «i noen grad» er påvirket er tildelt helsetapsvekt

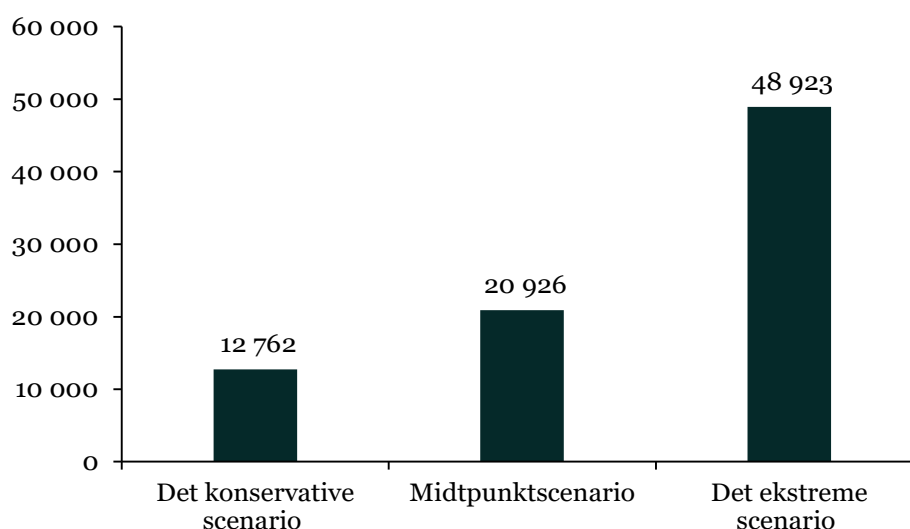
Forutsetning	Det konservative scenario	Midtpunktscenario	Det ekstreme scenario
	«moderat angstlidelse».		tilsvarende «mild angstlidelse». 95 prosent av personene som oppgir at de er påvirket «i svært stor grad» er tildelt helsetap tilsvarende «moderat angstlidelse». Fem prosent av de som er påvirket «i svært stor grad» er tildelt helsetapsvekt som tilsvarer «alvorlig angstlidelse».

**Helsetapsvekter er tildelt på bakgrunn av spørsmålet: I hvor stor grad opplever/opplevde du tilstandene stress, bekymring, dårlig samvittighet, skam og skyldfølelse knyttet til din rolle som pårørende?*

7.4 Tap i kvalitetsjusterte leveår

Ved å multiplisere gjennomsnittlig antall pårørende i hver svarkategori med den relevante helsetapsvekten, finner vi et anslag på det samlede tapet av kvalitetsjusterte leveår. Våre beregninger viser at den helsemessige belastningen knyttet til pårørendeinnsats i 2024 førte til et samlet tap i kvalitetsjusterte leveår på 12 762 i et konservativt scenario, 20 926 i et midtpunktscenario og 48 923 i et ekstremt scenario (se Figur 7-7). Kvalitetsjusterte leveår er i denne sammenheng et uttrykk for hvor mange år i perfekt helse som går tapt som følge av den helsemessige belastningen knyttet til pårørenderollen.

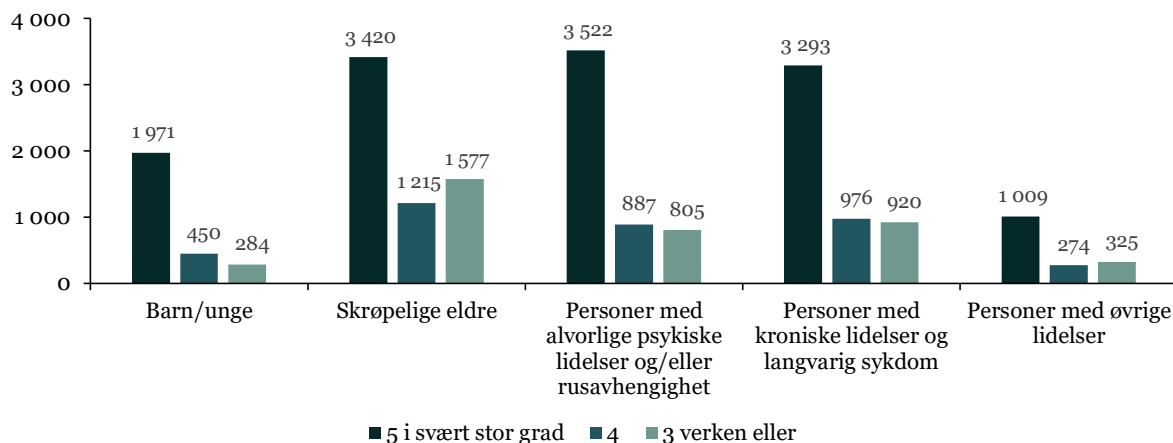
Figur 7-7 Anslag totalt antall tapte kvalitetsjusterte leveår som følge av pårørendeinnsats for voksne i 2024



Figur 7-8 viser hvordan tap i kvalitetsjusterte leveår fordeler seg på tvers av de fem pårørendegruppene med utgangspunkt i midtpunktscenariet. Det gjennomsnittlige antallet som oppgir at de i stor grad (5) opplevde/opplever de ulike tilstandene og følelsene har i dette scenariet blitt tildelt en helsetapsvekt på 0,133 (moderat angstlidelse). De som i mindre grad har

opplevd/opplever disse tilstandene (4 og 3) har blitt tildelt en helsetapsvekt på 0,03 (mild angstlidelse). Det er ingen helsetap forbundet med øvrige svaralternativer. Selv om helsetapsvektene er forholdsvis lave, får vi et forholdsvis høyt anslag på tapte kvalitetsjusterte leveår. Dette skyldes at pårørende utgjør en stor gruppe mennesker som til sammen utgjør et stort helsetap.

Figur 7-8 Anslag tapte kvalitetsjusterte leveår som følge av pårørendeinnsats fordelt på hvem de er pårørende til (midtpunktscenario)



Case: Pårørende til barn

Hanne (44) er pårørende til to barn med ADHD og Tourettes syndrom. Morsrollen er berikende, men til tider også svært krevende. Hverdagen preges av barnas behov for tett oppfølging, noe som har påvirket hennes arbeidssituasjon, sosiale liv og helse. Tourettes innebærer motoriske og vokale tics, og mange med diagnosen har tilleggsvansker som angst, tvangstanker og ADHD. Tilstanden varierer, og perioder med forverring kan føre til utagering og uro hjemme. Barna kan kontrollere ticsene, men blir slitne og det er vanskelig å konsentrere seg. De periodene de ikke klarer å kontrollere ticsene, opplever de mobbing av jevnaldrende og at andre ser rart på dem. Blir barna overstimulert, sliter spesielt den eldste med søvn, og Hanne må ofte være våken i flere timer hver natt.

Barnas uforutsigbare behov har ført til store endringer i Hannes yrkesliv. Hun trivdes godt i jobben, men innså at hun ikke kunne jobbe langt unna barna. Behovet for fleksibilitet, samt hyppige samtaler med lærere og andre instanser, gjorde at hun til slutt måtte bytte jobb for å være nærmere familien. Hun vurderte å redusere stillingen, men som alenemor til tre barn var økonomien avgjørende. Da hun var sykemeldt et halvt år, var symptomene på sitt verste hos barna. Den ene hadde selvmordstanker og sov lite, mens den andre var sint og hadde mange tics og tvangshandlinger, noe som forsterket presset på henne. All fritid går med til oppfølging av barnas behov, fra ekstra tilpasninger og sosial støtte til møter med spesialisthelsetjenesten, skolen og kommunen. Den lille tiden som er igjen, trenger hun til å hente seg inn igjen.

Til tross for påkjenningene finner Hanne lyspunkt i hverdagen. Hun har kommet nærmere barna sine og lært å sette pris på små seire. En middag uten problemer blir en seier. Samtidig har hun erfart at hjelpeapparatet er krevende og tidkrevende å navigere i. Likevel opplever hun personlig utvikling i rollen som pårørende.

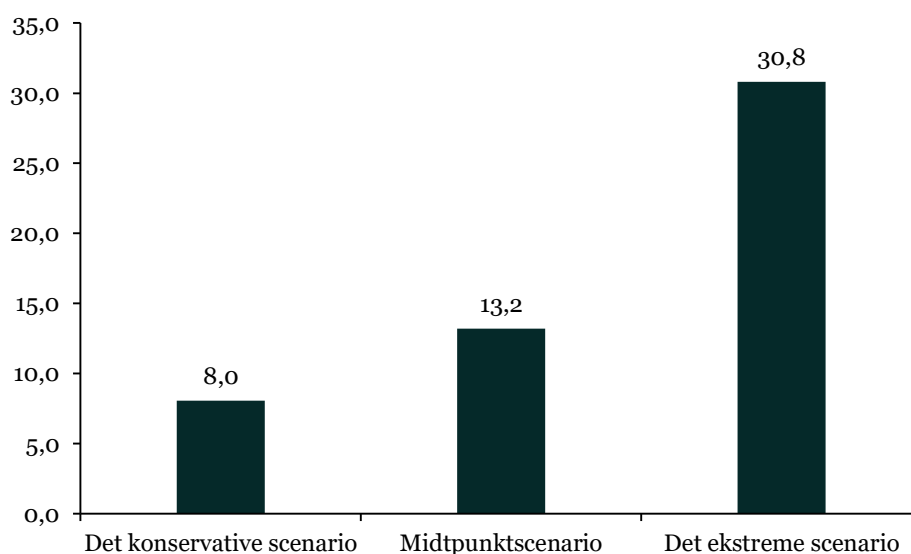
Pårørendesituasjonen er beskrevet i intervju med Menon Economics og gjengitt med tillatelse. Navnet er fiktivt.

7.5 Totale kostnader av tapt helsemessig livskvalitet

For å beregne et kostnadsanslag knyttet til tap i helsemessig livskvalitet, multipliseres antall tapte kvalitetsjusterte leveår for hvert scenario med verdien av et tapt statistisk leveår (1,26 millioner kroner) som er definert i Helsedirektoratets veileder for økonomisk verdsetting av sykdomsbyrde (2024). Vi benytter verdien som ikke inkluderer produksjonstap (tapt arbeidstid) for å unngå dobbelttelling (se kapittel 6). På denne måten finner vi den samlede samfunnsøkonomiske kostnaden knyttet til tap av helsemessig livskvalitet for pårørende over 18 år.

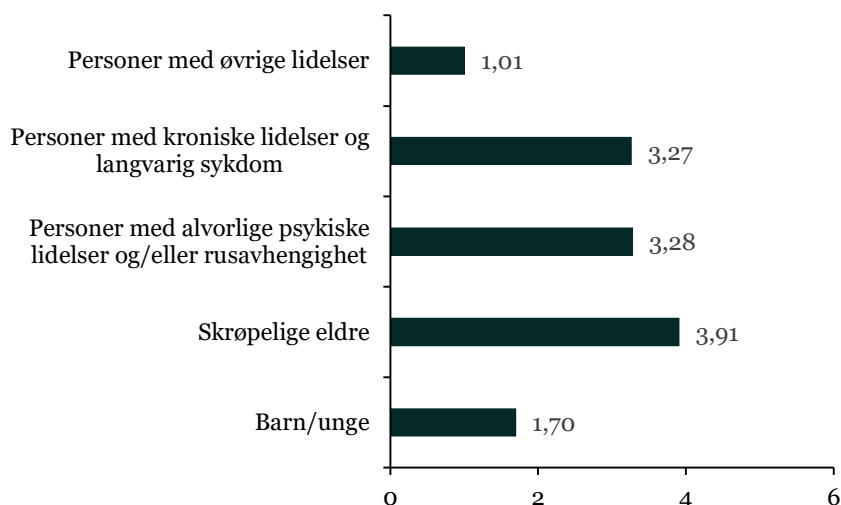
I vårt anslag finner vi at tapet i kvalitetsjusterte leveår utgjør en kostnad mellom 8 milliarder kroner i det konservative scenario og 30,8 milliarder kroner i et ekstremt scenario. Midtpunktscenarioet er på 13,2 milliarder kroner (se Figur 7-9).

Figur 7-9 Anslag på totale samfunnsøkonomiske kostnader forbundet med tap i helsemessig livskvalitet som følge av pårørendeinnsats for voksne i 2024, i milliarder kroner



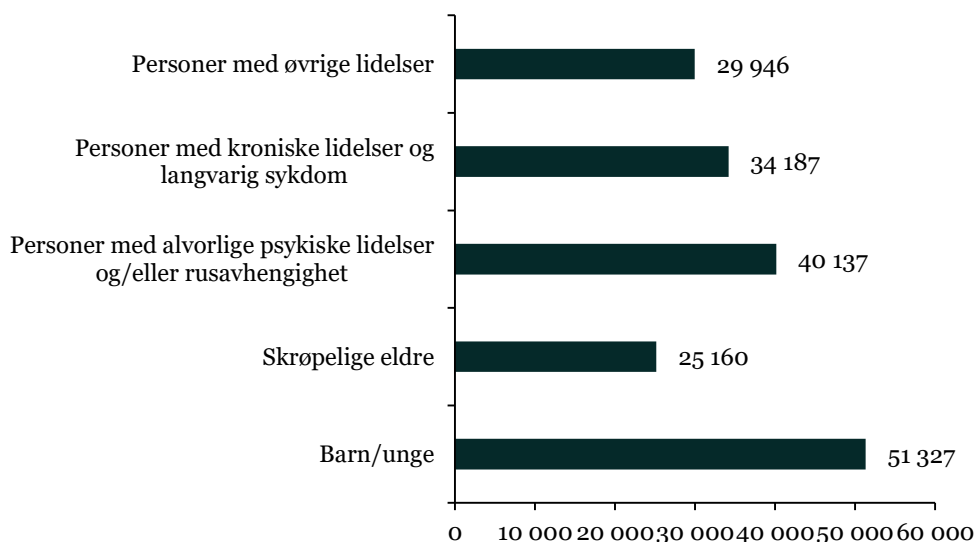
Figur 7-10 viser hvordan kostnader forbundet med helsetapet fordeler seg mellom de ulike pårørendegruppene. Med utgangspunkt i midtpunktscenarioet, er kostnadene forbundet med tap i helsemessig livskvalitet anslått å være størst blant de store pårørendegruppene «skrøpelige eldre», «personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet» og «personer med langvarig sykdom».

Figur 7-10 **Anslag på samfunnsøkonomiske kostnader som følge av redusert helsemessig livskvalitet, fordelt på hvem de er pårørende til i 2024 (midtpunktscenario), i milliarder kroner**



Dersom vi ser på kostnader fordelt på antall pårørende i hver pårørendegruppe, er det tydelig at pårørende i kategorien «barn/unge» og «personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet» har de største kostnadene knyttet til tap i helsemessig livskvalitet per pårørende (se Figur 7-11). Pårørende til «barn/unge» har en dobbelt så stor kostnad knyttet til tap i helsemessig livskvalitet per pårørende, på om lag 51 000 kroner, sammenlignet med pårørende til «skrøpelige eldre», med om lag 25 000 kroner i 2024.

Figur 7-11 **Anslag på gjennomsnittlige samfunnsøkonomiske kostnader som følge av redusert helsemessig livskvalitet per voksen pårørende fordelt på hvem de er pårørende til i 2024 (midtpunktscenario), i kroner**



Case: Pårørende til en med psykisk lidelse

— «Det er ganske jævlig å se storebror ødelegge alt rundt seg»

Dette fortalte Kristin under et intervju en novemberdag. Hun er pårørende for sin storebror som lider av et alkoholmisbruk. Broren har misbrukt alkohol over lengre tid, men har i perioder klart å skjule hvor alvorlig avhengigheten har vært. Tidligere hadde han en stilling med mye ansvar, men nå er livet hans snudd på hodet med tap av jobb og vanskeligheter med å ivareta grunnleggende hygiene.

Hun hjelper regelmessig til med å passe sine storebrors barn. Selv om det i seg selv ikke er en byrde, er det vanskelig å se brorens kamp mot rusen. Kristin ønsker å opprettholde en nær relasjon til brorens barn, men det er viktig for henne at de også har en relasjon til faren sin, så lenge han er edru. Dette bringer opp vonde minner fra hennes egen barndom, hvor deres far også slet med alkoholmisbruk. Kristins hverdag er preget av denne vedvarende utfordringen, mens hun forsøker å beskytte både brorens barn og sin egen mentale helse.

Det er klart for henne at hun ikke kan få broren til å slutte å drikke. Han avviser støtte og uttrykker sinne over grensene hun setter ved å nekte kontakt når han er beruset. En periode gikk all hennes fleksitid med til å hjelpe, noe som førte til utmattelse. Etter dette har hun bevisst tatt et steg tilbake for å gi seg selv litt rom til å puste.

Kristin har ikke vært sykemeldt eller tatt ut egenmeldinger, men har brukt velferdspermisjon og avspasering, tid som ellers ville gått til hyggelige aktiviteter. Den konstante trettheten har ledet til mindre sosialt samvær. Trening gir styrken til å holde seg oppe, men søvnmangelen gir fortsatt utslag. Gode rutiner hjelper henne å fungere, ettersom hun har innsett viktigheten av å ivareta seg selv før hun kan være til hjelp for andre.

Hun opplever at informasjonen for pårørende på sykehus og hos legen ofte er utdatert i form av oversikter over nettsider som ikke lenger eksisterer, noe som skaper usikkerhet. Selv om hun er i stand til å finne informasjon, mangler hun en kvalitetssikret oppfølging fra helsevesenet, som hun mener frivillige tilbud ikke fullt ut kan erstatte. Frivillige tilbud på nett og telefon har vært hjelpsomme, men ikke tilstrekkelige. Hun savner en mer helhetlig støtte fra den offentlige helsetjenesten. Fragmenterte tilbud skaper frustrasjon, og en koordinert innsats fra helsevesenet ville gitt henne større trygghet i en uforutsigbar situasjon.

Pårørendesituasjonen er beskrevet i intervju med Menon Economics og gjengitt med tillatelse. Navnet er fiktivt.

8 Offentlig og privat ressursbruk

Offentlig og privat ressursbruk referer til den totale ressursbruken som følger av konsekvensene når individer befinner seg i en pårørendesituasjon. Det som direkte påvirker pårørenderegnskapet er kostnader knyttet til helsetjenesten og reisekostnader, samt skattekostnader som følge av stønadsordninger. Totalt beregner vi helsetjeneste- og reisekostnadene til 4,4 milliarder kroner i midtpunktscenarioet for 2024. I det konservative og ekstreme scenarioet er kostnadene beregnet til henholdsvis 3,3 og 5,5 milliarder kroner i 2024. Det er reisekostnadene som utgjør størsteparten av disse kostnadene.

8.1 Hva inngår i offentlig og privat ressursbruk?

Offentlig og privat ressursbruk refererer til den totale ressursbruken som følger av konsekvensene når individer befinner seg i en pårørendesituasjon. I denne kostnadskategorien inkluderes alle kostnader som oppstår som et resultat av at personer er i en pårørenderolle, og som belaster både offentlig og privat ressursbruk utover hva som er fanget opp gjennom tapt tid og redusert helsemessig livskvalitet. Vi har identifisert følgende relevante kostnadsområder innen offentlig og privat ressursbruk relatert til pårørende:

- **Stønader:** Dette inkluderer utbetalinger som sykepenges eller andre stønadstyper som påløper fordi pårørende står i en pårørendesituasjon. Flere av kostnadene knyttet til stønader er imidlertid fordelingsvirkninger og påvirker ikke direkte det samfunnsøkonomiske regnskapet knyttet til pårørende. Dette er nærmere omtalt i delkapittelet nedenfor.
- **Helsetjenestekostnader:** Dette omfatter kostnader som oppstår når pårørende må oppsøke helsetjenester, slik som fastlege, på grunn av belastningen som omsorgsansvaret medfører.
- **Reisekostnader:** Dette dekker kostnader knyttet til reiser som pårørende må foreta for å gi nødvendig omsorg, inkludert transport til og fra den de er pårørende til, som de ellers ikke hadde tatt.

I det følgende delkapittelet gjennomgår vi først de relevante stønadsordningene og hvilke rettigheter man har som pårørende. Dette delkapittelet gir også et overblikk over hvordan vi håndterer de ulike stønadsordningene i analysen vår. Deretter presenterer vi kostnadene knyttet til disse stønadsordningene, der vi kan kvantifisere dem, noe som i stor grad inkluderer fordelingsvirkninger. Stønadsordningene vi ikke kan kvantifisere, beskrives kvalitativt. Deretter legger vi frem helsetjenestekostnadene og reisekostnadene som oppstår som følge av pårørendeinnsats.

8.2 Stønadsordninger relevante for pårørende

Det finnes ulike stønadsordninger som pårørende kan benytte seg av. Flere av ordningene er ikke direkte rettet mot pårørende, men flere pårørende benytter disse ordningene for å klare å stå i pårørenderollen. Tabellen nedenfor beskriver ulike stønadsordninger, hva de innebærer, samt deres betydning for det samfunnsøkonomiske pårørenderegnskapet og hvordan vi håndterer kostnadene knyttet til disse ordningene i analysen.

Tabell 8-1 Overblikk over stønadsordninger, hvilken betydning bruken av ordningen har for analysen og hvordan ordningen håndteres i analysen.

Navn på ordning og hva den innebærer	Hvilken betydning har det for analysen?	Hvordan håndteres den i analysen?
Egenmelding: Arbeidstaker kan være borte tre kalenderdager og motta sykepenger. Det er arbeidsgiver som betaler sykepenger/lønn til arbeidstaker.	Fordelingsvirkning*	Kvantifiseres
Sykemelding under 16 dager: Arbeidstaker har rett på sykepenger/lønn ved sykemelding. For sykemelding under 16 dager er det arbeidsgiver som betaler sykepenger/lønn til arbeidstaker.	Fordelingsvirkning*	Kvantifiseres
Sykemelding over 16 dager: Staten/NAV betaler sykepenger ved sykemelding over 16 dager.	Fordelingsvirkning + skattefinansieringskostnad	Kvantifiseres
Velferdspermisjon: Rett til 10 dager per år. Det er arbeidsgiver som avgjør om velferdspermisjon blir gitt med eller uten lønn. Flere arbeidsplasser, særlig i det offentlige, har tariffestet rett til velferdspermisjon med lønn ved alvorlig sykdom og død i nær familie.	Fordelingsvirkning	Kvantifiseres
Omsorgsdager: Gis typisk om man er hjemme med sykt barn. Vanligvis har man 10 omsorgsdager per kalenderår hvis man har ett eller to barn. Arbeidsgiver skal betale lønn som vanlig for dagene.**	Fordelingsvirkning	Kvantifiseres
Hjelpestønad: Er pengestøtte til barn eller voksne som trenger langvarig, privat pleie og tilsyn. Hjelpebehovet må vare i 2-3 år eller mer og skyldes den medisinske tilstanden. Hjelpestønad utbetales av staten/NAV.	Fordelingsvirkning + skattefinansieringskostnad	Beskrives kvalitativt
Omsorgsstønad: Man kan få omsorgsstønad fra kommunen om man utfører oppgaver som ellers måtte vært utført av kommunen. Satsene varierer mellom kommunene.	Fordelingsvirkning	Beskrives kvalitativt
Pleiepenger: Pleiepenger kan erstatte arbeidsinntekt når en pårørende pleier en nærstående i livets slutfase. Staten/NAV kan utbetale pleiepenger i inntil 60 arbeidsdager for hver pasient. De 60 dagene kan deles mellom flere pårørende og trenger ikke å tas ut sammenhengende.	Fordelingsvirkning + skattefinansieringskostnad	Beskrives kvalitativt
Pleiepenger for sykt barn: Personer som har den daglige omsorgen for barnet, som oftest foreldre, kan få pleiepenger dersom barnet har behov for kontinuerlig tilsyn og pleie på grunn av sykdom. Det er i utgangspunktet ingen tidsbegrensning for hvor lenge man kan få pleiepenger, så lenge vilkårene for å få pleiepenger er oppfylt og barnet er under 18 år. Staten/NAV betaler pleiepenger.	Fordelingsvirkning + skattefinansieringskostnad	Beskrives kvalitativt

*Vi har behandlet egenmelding og sykemelding under 16 dager som rene fordelingsvirkninger. Det kan imidlertid argumenteres for at egenmelding og sykemelding under 16 dager for personer som er ansatt i offentlig sektor utløser et økt finansieringsbehov og en skattekostnad. Vi har valgt å se bort fra denne virkningen i

analysen. ***I enkelte tilfeller har man rett på flere omsorgsdager og kan søke til NAV om dette. Hvis man har barn med kronisk/langvarig sykdom eller funksjonshemning, kan foreldre søke om å få 10 ekstra omsorgsdager, eller 20 ekstra omsorgsdager hvis man er alene om omsorgen.*

Som tabellen viser, er flere av stønadsordningene i stor grad fordelingsvirkninger snarere enn at de representerer samfunnsøkonomiske kostnader. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er en fordelingsvirkning bare en omfordeling av kostnader fra én part til en annen, uten at det gir en netto kostnad for samfunnet som helhet. Samfunnsøkonomiske kostnader forbundet med stønadsordninger innlemmes i pårørenderegnskapet når stønaden innebærer skattefinansiering. Dette er nærmere omtalt under kapittel 9.

8.3 Fordelingsvirkninger knyttet til stønadsordningene

Til tross for at flere av stønadsordningene i seg selv hovedsakelig representerer fordelingsvirkninger, velger vi å synliggjøre dem her for å gi et mer helhetlig bilde av de økonomiske konsekvensene som oppstår som følge av pårørendesituasjoner. Vi viser derfor beregninger for egenmelding, sykemelding (både under og over 16 dager), velferdspolis, omsorgsdager, pleiepenger og omsorgsstønad knyttet til pårørendesituasjoner for individet og samfunnet.

8.3.1 Egenmelding og sykemelding under og over 16 dager

Antall sykemeldte fordi de er pårørende

For å beregne kostnadene knyttet til at pårørende sykemeldes, er det avgjørende å vite hvor mange pårørende som sykemelder seg som følge av sin omsorgssituasjon. I det følgende beskriver vi vår tilnærming for å kvantifisere antallet pårørende som har tatt egenmelding og/eller sykemelding på grunn av sin omsorgsrolle.⁷ Vi skiller mellom personer som tar ut egenmelding, legemelding i inntil 16 dager og legemelding over 16 dager, da dette har innvirkning på om det er arbeidsgiver og/eller NAV som dekker kostnadene ved at den ansatte er sykemeldt fra arbeid. Arbeidsgiver betaler for egenmelding og legemelding i inntil 16 dager, mens staten betaler for legemelding etter 16 dager.

Situasjonen til en arbeidstaker generelt, og til en arbeidstaker i en pårørendesituasjon spesielt, kan prinsipielt kategoriseres på fire måter, se Tabell 8-2. Det er viktig å påpeke at tabellen representerer en prinsipiell kategorisering, og at det er ulike nyanser ved å være frisk og syk. Poenget med tabellen er å illustrere at pårørendesituasjonen kan bidra til at man går fra én situasjon til en annen. Basert på dette prinsipielle rammeverket er vi her opptatt av fange opp i utgangspunktet friske pårørende som sykemelder seg. Det kan enten skje dersom den pårørende blir syk som følge av pårørendesituasjonen ($A \rightarrow C \rightarrow D$), eller dersom den pårørende og/eller fastlegen forutser at denne situasjonen er på vei og forsøker å forebygge situasjonen ved at friske personer sykemelder seg ($A \rightarrow B$). Effekten av pårørendesituasjonen på sykemeldingsbruk må sees i sammenheng med situasjonen vedkommende hadde vært i hvis vedkommende ikke var pårørende. Eksempelvis kan det innebære at den pårørende uavhengig av pårørendesituasjonen er i situasjon B eller D, altså frisk og sykemeldt eller syk og sykemeldt.

Tabell 8-2 Fire situasjoner en arbeidstaker/pårørende kan være i

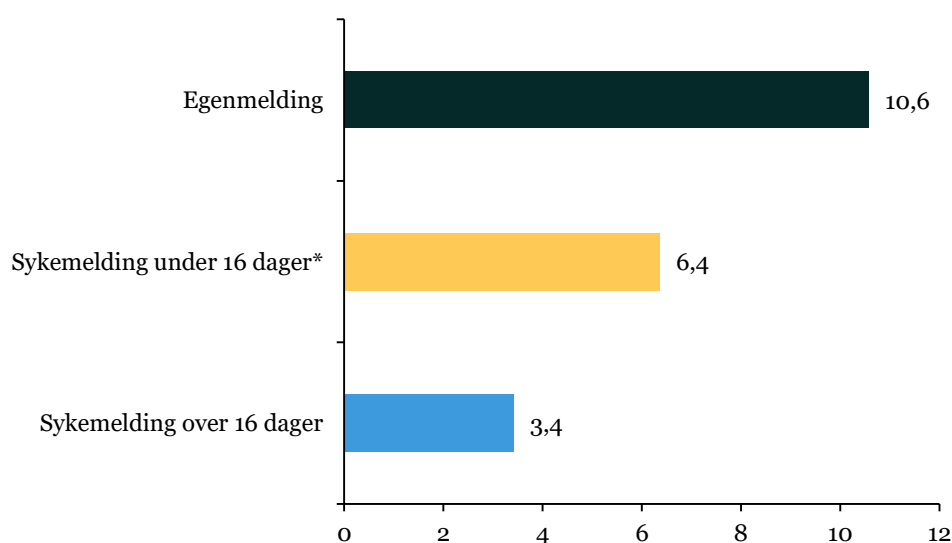
	Ikke sykemelding	Sykemelding
Frisk	A – Arbeidstakeren kan ha godt helse og ikke benytte sykemelding	B – Arbeidstakeren kan ha god helse og benytte sykemelding

⁷ Dette følger samme metodikk som i rapporten *Utfordringer ved sykemeldte pårørende i Norge* (Menon Economics, 2021)

	Ikke sykemelding	Sykemelding
Syk	C – Arbeidstakeren kan være syk og ikke benytte sykemelding	D – Arbeidstakeren kan være syk og benytte sykemelding

I den nasjonale pårørendeundersøkelsen stilles det spørsmål til pårørende arbeidstakere om de har benyttet egenmelding eller legemelding knyttet til sin pårørendeinnsats i løpet av de siste to årene. Svarene er oppsummert i Figur 8-1. Figuren viser at 10,6 prosent av de pårørende i arbeid oppgir å ha benyttet egenmelding, 6,4 prosent har benyttet sykemelding under 16 dager og 3,4 prosent har benyttet sykemelding over 16 dager. Det er verdt å merke seg at respondentene kunne velge alle svaralternativene som var relevante for dem. Dette betyr at én person kan ha valgt flere alternativer, noe som kan føre til overlapp i prosentandelene som vises i figuren.

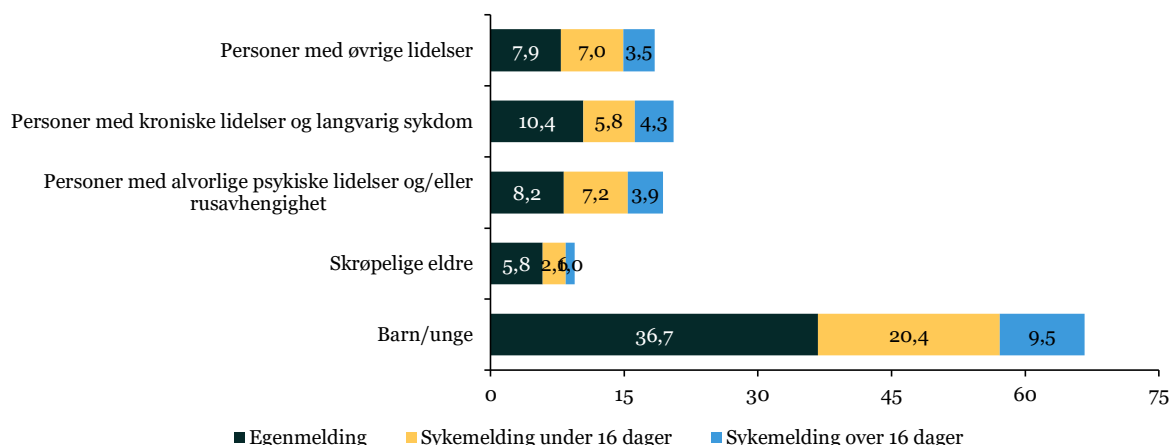
Figur 8-1 Andeler som har svart «ja» på spørsmål «Har du benyttet noen av følgende knyttet til din pårørendeinnsats i løpet av de siste to årene?»



**Det er grunn til å tro at sykemelding under 16 dager omfatter den 16. dagen – siden arbeidsgiver også har finansieringsansvar for den dagen. Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N = 1 494 (de som er eller kan være yrkesaktive).*

Figuren nedenfor viser svarene for det samme spørsmålet, men fordelt på og vektet for antallet pårørende i hver pårørendekategori.

Figur 8-2 Andeler som har svart «ja» på spørsmål «Har du benyttet noen av følgende knyttet til din pårørendeinnsats i løpet av de siste to årene?», vektet for antallet pårørende i hver pårørendekategori



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N = 1 494 (de som er eller kan være yrkesaktive).

Det vi klart kan se, er at pårørende til barn og unge i størst grad benytter egenmelding og sykemelding som følge av sin pårørendeinnsats. 66,7 prosent av de pårørende til barn og unge oppgir å ha benyttet én eller flere av ordningene. Når det gjelder pårørende til skrupelig eldre, har 9,5 prosent benyttet seg av egenmelding, sykemelding under 16 dager og/eller sykemelding over 16 dager. Det er viktig å merke seg at de pårørende kunne krysse av for flere ordninger samtidig. Dermed betyr det ikke nødvendigvis at 9,5 prosent av pårørende til eksempelvis skrupelig eldre har benyttet ordningene, siden flere kan ha krysset av for flere kategorier.

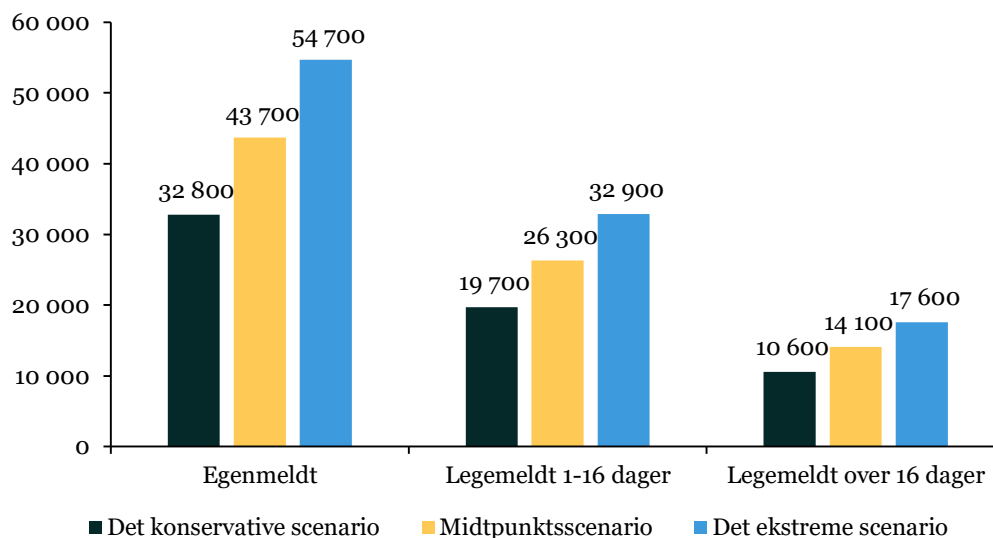
For å anvende resultatene fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen, er det viktig å diskutere hva spørsmålet om bruk av sykemelding egentlig uttrykker. Vi er ute etter å kartlegge i hvilken grad pårørendesituasjonen har vært utløsende eller avgjørende for at man sykemelder seg, altså den reelle effekten. Spørsmålstillingen i den nasjonale pårørendeundersøkelsen, som omfatter *...knyttet til din pårørendeinnsats...*, er vagere og kan tolkes på flere måter. Man kan tolke spørsmålet som at man uansett hadde vært sykemeldt og ga pårørendeinnsats i tidsrommet man var sykemeldt, eller man kan tolke det som at pårørendeinnsatsen var utløsende for sykemeldingen. Isolert sett taler muligheten for å misforstå spørsmålet i forhold til det som er ment å spørre om at vi overvurderer sykemeldingsbruken hvis vi anvender tallene.

En annen måte å misforstå spørsmålet i den nasjonale pårørendeundersøkelsen på er at spørsmålet knyttes til *pårørendeinnsats*, ikke pårørendesituasjonen. Man kan være sykemeldt som følge av pårørendesituasjonen, eksempelvis fordi det er en tøff psykisk påkjenning - uten å gjøre en konkret innsats. Det taler for at tallene undervurderer den reelle sykemeldingsbruken som er utløst av pårørendesituasjonen.

Basert på at det både er argumenter for at tallene overvurderer og undervurderer sykemeldingsbruken som er utløst av pårørendesituasjonen, har vi valgt å legge til grunn tallene for å anslå effekten pårørendesituasjonen har på sykemeldingsbruken. Spørsmålene i undersøkelsen er imidlertid stilt med henvisning til om respondentene har benyttet egenmelding eller sykemelding «i løpet av de siste to årene». For å beregne årlige kostnader, gjør vi en antagelse om at to tredjedeler av rapporteringene gjelder for det siste året. Vi tror dette er en rimelig antagelse ettersom populasjonen vi har fra undersøkelsen har oppgitt at de i dag yter pårørendeomsorg. Figur 8-3 viser antall pårørende som har

benyttet egenmelding og sykemelding, både over og under 16 dager, gitt våre forutsetninger. Variasjonene i det konservative scenarioet, midtpunktscenarioet og det ekstreme scenarioet reflekterer trippelanslaget vårt for antall pårørende i Norge.

Figur 8-3 Pårørende som har tatt ut egenmelding, legemelding under og over 16 dager



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics.

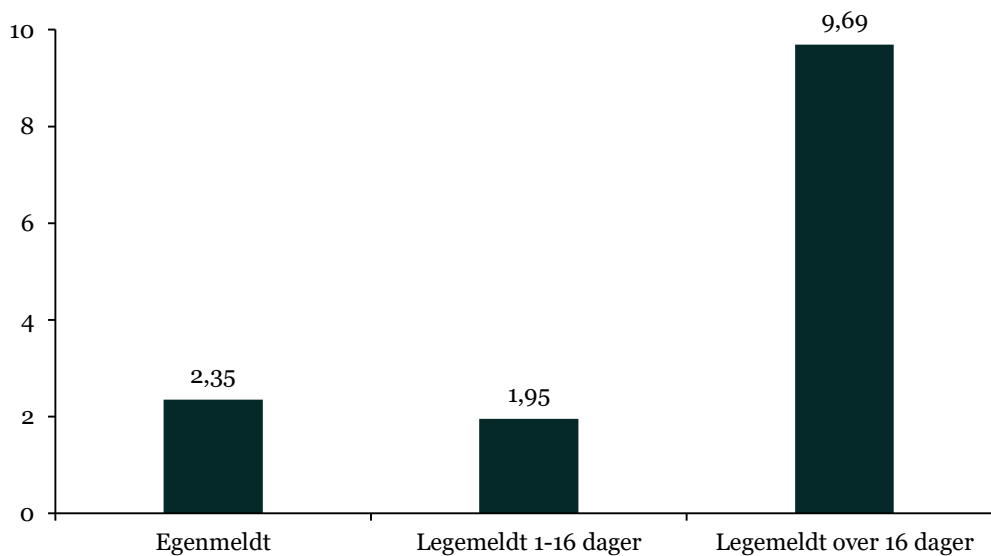
Antall dager de pårørende i gjennomsnitt er sykemeldte

Vi må også vurdere antall dager man i gjennomsnitt er sykemeldt for å beregne konsekvensene av at pårørende sykemeldes. Siden NAV og SSB ikke har data for unike personer som mottar sykemelding per år, vet vi lite om hvor mange dager i løpet av et år de pårørende er sykemeldte. Vi anser at vårt beste alternativ for å anslå størrelsen er å anta at de som tar ut egenmelding eller sykemeldes tar ut like mange dager som gjennomsnittet av de sykemeldte. Den antatte effekten på antall sykefraværsdager for de tre ordningene per sykemeldt er vist i Figur 8-4.⁸ Som vi ser fra figuren, tas det i gjennomsnitt ut 2,35 dager per ansatt i egenmelding og 1,95 dager per ansatt i sykemelding 1–16 dager. Sykemelding 17 dager eller mer utgjør i gjennomsnitt 9,69 sykemeldingsdager per ansatt i Norge i 2023.⁹

⁸ For å komme frem til disse tallene har vi summert sykefraværsdager per kvartal over året og delt på gjennomsnittlig antall ansatte over kvartal.

⁹ Vi benytter her tall for 2023 som følge av at dette er den nyeste statistikken vi har tilgjengelig.

Figur 8-4 Gjennomsnittlig antall dager med sykemelding blant alle Norges arbeidstakere i 2023



Kilde: SSB tabell 12946 og tabell 11653

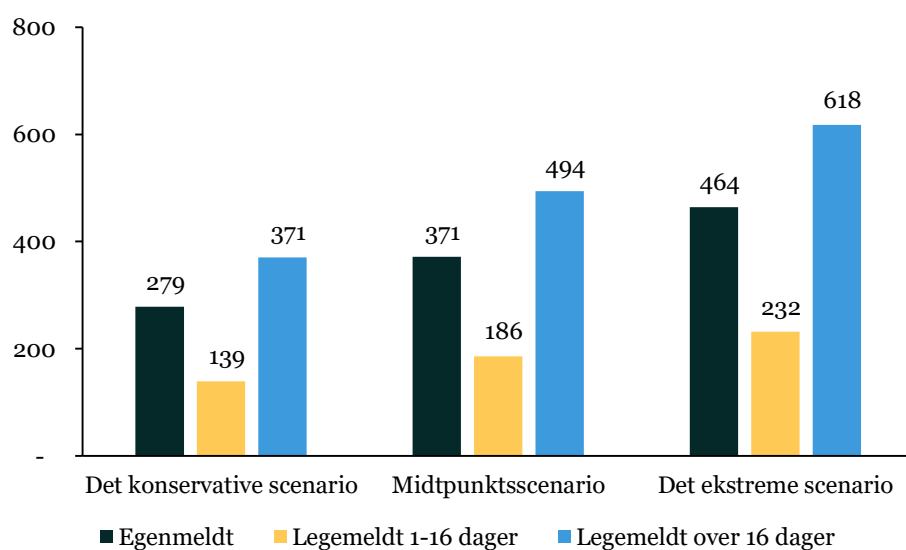
Fordelingsvirkninger knyttet til at pårørende sykemeldes

For å komme frem til et samlet kostnadsanslag, er vi nødt til å multiplisere den antatte effekten per sykemeldt med anslått antall sykemeldte, omregne til årsverk og kostnadsfeste årsverkene. Vi har lagt til grunn at et årsverk utgjør 230 arbeidsdager og at et årsverk i gjennomsnitt koster arbeidsgiver 831 000 kroner.¹⁰

Basert på de ovennevnte forutsetningene har vi mulighet til å anslå de samlede kostnadene ved at ansatte pårørende er sykemeldt som følge av situasjonen de befinner seg i. Anslagene er vist i figuren nedenfor. De tre scenariene representerer igjen trippelanslaget vårt for antall pårørende i Norge. Som vi ser fra figuren, er det kostnadene knyttet til legemeldt sykemelding over 16 dager som utgjør de største kostnadene, etterfulgt av egenmeldt sykefravær.

¹⁰ Se kapittelet om produksjonstap for hva som ligger bak kostnaden for et årsverk for arbeidsgiver.

Figur 8-5 Anslag på fordelingsvirkninger ved at pårørende blir sykemeldt som følge av pårørendeinnsats, i millioner kroner, i 2024



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics.

Som nevnt dekker arbeidsgivere, både private og offentlige, kostnaden av egenmelding og sykemelding opp til og med 16 dager. Selv om egenmelding og sykemelding opp til og med 16 dager i seg selv ikke representerer en samfunnsøkonomisk kostnad, representerer det en uheldig fordelingsvirkning. Utbetaling av sykepenger i en situasjon som kunne vært unngått vil for en privat bedrift innebære lavere lønnsomhet. En kommune med flere sykemeldte ansatte må innenfor gjeldende budsjett redusere tjenestetilbudet, mens en statlig virksomhet får mindre tid til å løse sine oppgaver.

Staten har finansieringsansvar for sykepenger ved sykemelding over 16 dager. Vi anslår disse kostnadene til mellom 371 millioner kroner og 618 millioner kroner (se figuren ovenfor). Dette er de langtidssykemeldte pårørendes direkte innvirkning på statsbudsjettet. Imidlertid representerer dette i seg selv en overføring fra skattebetalerne til de pårørende som er sykemeldte over 16 dager. På bakgrunn av dette representerer også dette en fordelingsvirkning. Likevel, siden det er staten som har finansieringsansvaret, innebærer legemeldte sykedager over 16 dager en samfunnsøkonomisk kostnad i form av skattekostnad. Dette er nærmere omtalt under kapittel 9.

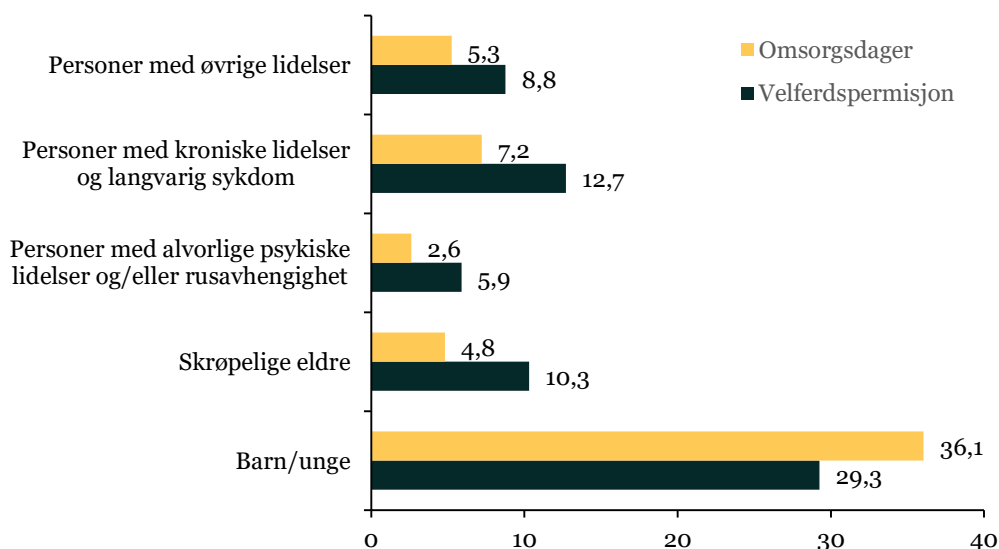
8.3.2 Velferdspermisjon og omsorgsdager

Arbeidsgiver kan gi arbeidstaker 10 dager i løpet av året som velferdspermisjon i situasjoner hvor arbeidstaker har behov for fravær i jobben for kortere tidsrom. Det er arbeidsgiver som avgjør om velferdspermisjon blir gitt med eller uten lønn. Flere arbeidsplasser, særlig i det offentlige, har tariffestet rett til velferdspermisjon med lønn.

Omsorgsdager er dager som gis foreldre for å være hjemme med sykt barn. Vanligvis har man 10 omsorgsdager per kalenderår hvis man har ett eller to barn. Arbeidsgiver skal betale lønn som vanlig for dagene.

I likhet med egenmelding og sykemelding, ble respondentene i den nasjonale pårørendeundersøkelsen spurt om hvorvidt de har benyttet velferdspermisjon og/eller omsorgsdager i løpet av de siste to årene som følge av pårørendeinnsatsen. Svarene fra undersøkelsen er presentert i figuren nedenfor.

Figur 8-6 Andeler som har svart «ja» på spørsmål «Har du benyttet noen av følgende knyttet til din pårørendeinnsett i løpet av de siste to årene?»



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N = 1 494.

Figuren viser at det er pårørende til barn og unge som i størst grad benytter seg av velferdspermisjon og omsorgsdager. Imidlertid indikerer figuren også at det er noen pårørende som har rapportert å bruke omsorgsdager, selv når det strengt tatt ikke er relevant for deres situasjon fordi omsorgsdager vanligvis er forbeholdt foreldre som må være hjemme med syke barn. En mulig tolkning er at enkelte pårørende velger å bruke omsorgsdager selv om de formelt sett ikke gjelder deres pårørenderolle, kanskje som en måte å få fri på for å håndtere omsorgsoppgaver.

Vi benytter likevel disse dataene for å vurdere antall pårørende som har tatt ut velferdspermisjon og omsorgsdager i løpet av ett år som følge av pårørendeinnsett. Som for sykemelding, ble spørsmålet stilt i form av «i løpet av de siste to årene». For å beregne årlige kostnader har vi derfor gjort en antagelse om at to tredjedeler av rapporteringene gjelder for det siste året. Vi tror at dette også her er en rimelig antagelse ettersom populasjonen vi har fra undersøkelsen har oppgitt at de i dag yter pårørendeomsorg. Tabellen nedenfor viser våre anslag på antall pårørende som i 2024 tok ut henholdsvis velferdspermisjon og omsorgsdager.

Tabell 8-3 Anslag på antall pårørende som i 2024 tok ut velferdspermisjon og omsorgsdager*

	Det konservative scenario	Midtpunktscenario	Det ekstreme scenario
Velferdspermisjon	36 300	48 400	60 500
Omsorgsdager	24 900	33 200	41 500

*Anslagene i de tre scenariene varierer avhengig av antall pårørende som legges til grunn.

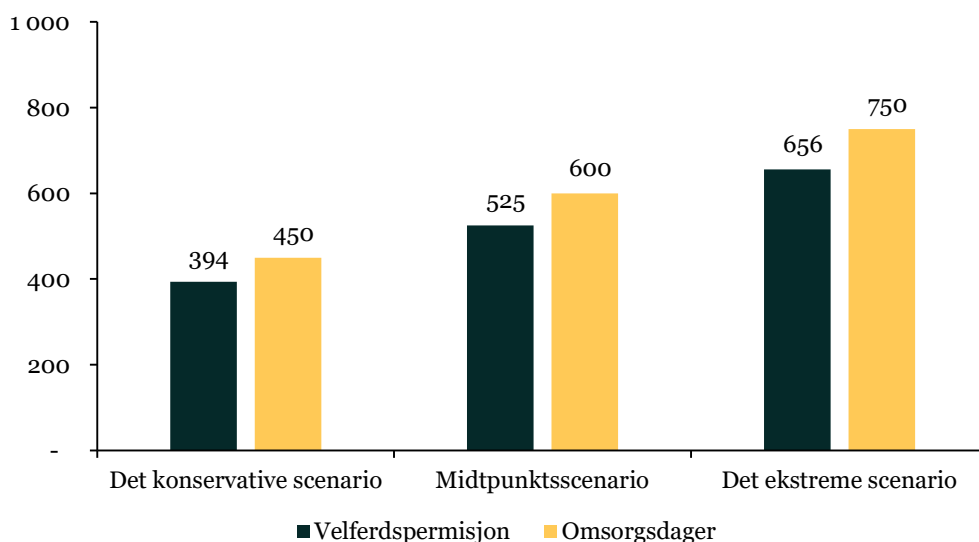
For å beregne kostnadene knyttet til velferdspermisjon og omsorgsdager, må vi vite gjennomsnittlig antall dager de som benytter seg av disse ordningene er borte fra arbeid. Ved å multiplisere dette med antall pårørende, kan vi omregne det til totalt antall årsverk. Vi har imidlertid ikke tilgjengelige data for hvor mange dager de pårørende i gjennomsnitt tar ut i velferdspermisjon og omsorgsdager. Derfor

har vi valgt en pragmatisk tilnærming og antatt at hver person i gjennomsnitt tar ut fem dager, altså halvparten av det maksimalt tillatte i disse ordningene.¹¹

Det er også viktig å justere for at ikke alle som tar ut velferdspermisjon får lønn. Vi antar at 60 prosent av de som tar ut velferdspermisjon mottar lønn. Denne antagelsen er basert på at mange arbeidsplasser, spesielt i offentlig sektor, har tariffestet rett til velferdspermisjon med lønn. Om lag 40 prosent arbeider i offentlig sektor og 60 prosent i privat sektor, og det er rimelig å anta at en andel av de ansatte i privat sektor også mottar lønn ved velferdspermisjon. For omsorgsdager har arbeidstaker imidlertid rett på lønn.

Til slutt sitter vi igjen med et anslag over antall årsverk der velferdspermisjon og omsorgsdager ble benyttet, og hvor lønn ble utbetalt. Dette tallet multipliseres med prisen for et årsverk, som vi tidligere har beregnet til 831 000 kroner. Figuren nedenfor viser fordelingsvirkningene knyttet til at pårørende tok ut henholdsvis velferdspermisjon og omsorgsdager som følge av pårørendeinnsatsen i 2024.

Figur 8-7 Anslag på fordelingsvirkninger ved at pårørende tar ut velferdspermisjon og omsorgsdager som følge av pårørendeinnsats, i millioner kroner, i 2024



Som nevnt, regnes velferdspermisjon og omsorgsdager som fordelingsvirkninger, og de inngår derfor ikke i det totale samfunnsregnskapet for pårørende. Det er imidlertid viktig å anerkjenne at mange pårørende benytter seg av disse ordningene for å håndtere sin omsorgsrolle.

8.3.3 Hjelpestønad, omsorgsstønad og pleiepenger

Hjelpestønad gis til barn eller voksne som trenger langvarig, privat pleie og tilsyn (NAV, 2025). Personen det gjelder kan ha rett til hjelpestønad dersom det er behov for hjelp med personlige gjøremål som andre normalt ikke trenger hjelp til. For at hjelpestønad skal innvilges, må hjelpebehovet ha en viss varighet, typisk 2-3 år eller mer, for å kunne betraktes som langvarig. Videre må pleien eller tilsynet utføres av privatpersoner, slik som ektefeller, barn, foreldre, fosterforeldre, naboer, eller andre. NAV er ansvarlig for å vurdere rett til hjelpestønad og utbetaler den. Hjelpestønad er delt inn i fire satser.

¹¹ For omsorgsdager har man rett til flere dager dersom man er aleneforsørger eller har mer enn to barn. Vi antar imidlertid at de pårørende som tar ut omsorgsdager i forbindelse med omsorgsoppgaver for pårørende, kun gjør dette for ett barn, og at ti dager derfor er tilstrekkelig. Det er også mulig å søke om flere omsorgsdager om man befinner seg i en situasjon som gjør at man har markert større risiko for fravær. Dette gjelder trolig for flere i en pårørendesituasjon. Vi har imidlertid ikke hensyntatt det i våre beregninger.

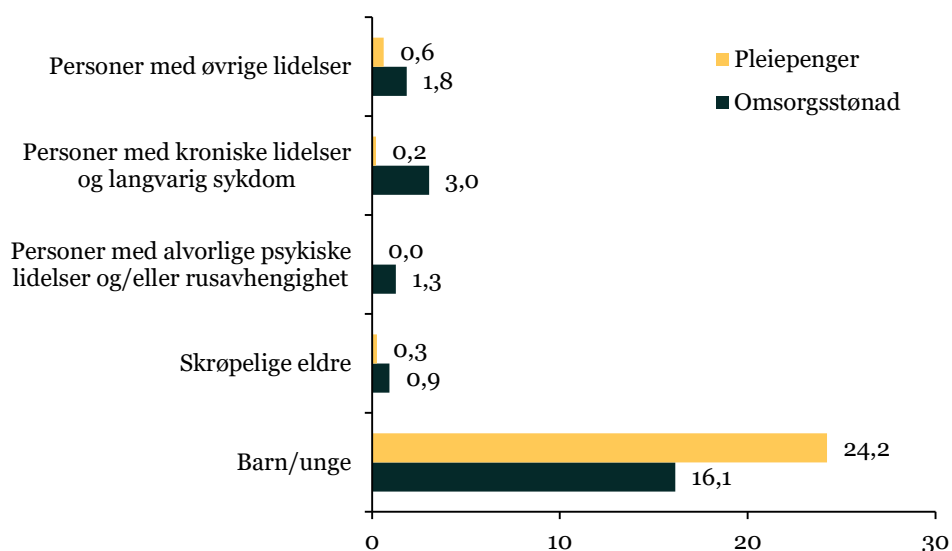
For å ha rett til hjelpestønad, må utgiftene til pleie og tilsyn minst tilsvare sats 1, som er 1 346 kroner per måned. Beløpet er ment å dekke 2-2,5 timer privat hjelp per uke. Sats 2 til 4 er forhøyet hjelpestønad. Hjelpestønad sats 1 er det høyeste beløpet som utbetales til personer over 18 år.

Hvis man har særlig tyngende omsorgsarbeid og utfører oppgaver som ellers måtte vært utført av kommunen, kan man få omsorgsstønad (HelseNorge, 2024). Omsorgsstønad skal gjøre det mulig for private omsorgspersoner å opprettholde omsorgsarbeidet for sine nærmeste. Det er kommunen som betaler omsorgsstønaden. Kommunen kan kreve at man har søkt om hjelpestønad før de vurderer om man kan få omsorgsstønad (NAV, 2025).

Pleiepenger erstatter arbeidsinntekt for pårørende som pleier en nærstående i livets slutfase. NAV utbetaler pleiepenger i inntil 60 arbeidsdager per pasient (Helsedirektoratet, 2019). Disse dagene kan deles mellom flere pårørende og trenger ikke å tas ut sammenhengende. Pleiepenger kan benyttes både når pleien gis hjemme hos den pleietrengende eller i eget hjem, men ikke når pasienten er innlagt på institusjon. I tillegg finnes det en egen ordning for pleiepenger for sykt barn. Foreldre, eller andre med daglig omsorg for et barn, kan få pleiepenger hvis barnet trenger kontinuerlig tilsyn og pleie på grunn av sykdom (NAV, 2025). Det er ingen tidsbegrensning på pleiepenger så lenge barnet er under 18 år og vilkårene for pleiepenger er oppfylt. NAV står for utbetalingen.

I den nasjonale pårørendeundersøkelsen ble respondentene spurt om de har mottatt pleiepenger eller omsorgsstønad i løpet av de siste to årene. Undersøkelsen tok ikke for seg hjelpestønad. Figuren nedenfor viser resultatene på spørsmålet, fordelt på pårørendekategoriene.

Figur 8-8 Andelen pårørende som i løpet av de siste to årene har mottatt pleiepenger eller omsorgsstønad



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N = 1 927.

Pårørende til barn og unge skiller seg også ut i denne sammenheng, med henholdsvis 24 prosent og 16 prosent som oppgir å ha mottatt pleiepenger og omsorgsstønad.

Selv om vi har data på andelen som har mottatt pleiepenger og omsorgsstønad, mangler vi informasjon om varigheten av disse utbetalingene. Derfor kan vi ikke kvantifisere betydningen av at pårørende har mottatt disse stønadsordningene.

Omsorgsstønad er i seg selv bare en fordelingsvirkning og påvirker derfor ikke det totale pårørende-regnskapet. Pleiepenger, derimot, er et offentlig finansieringsansvar og utløser dermed en skattefinansieringskostnad. Denne kostnaden skulle i prinsippet vært inkludert i det totale pårørende-regnskapet.

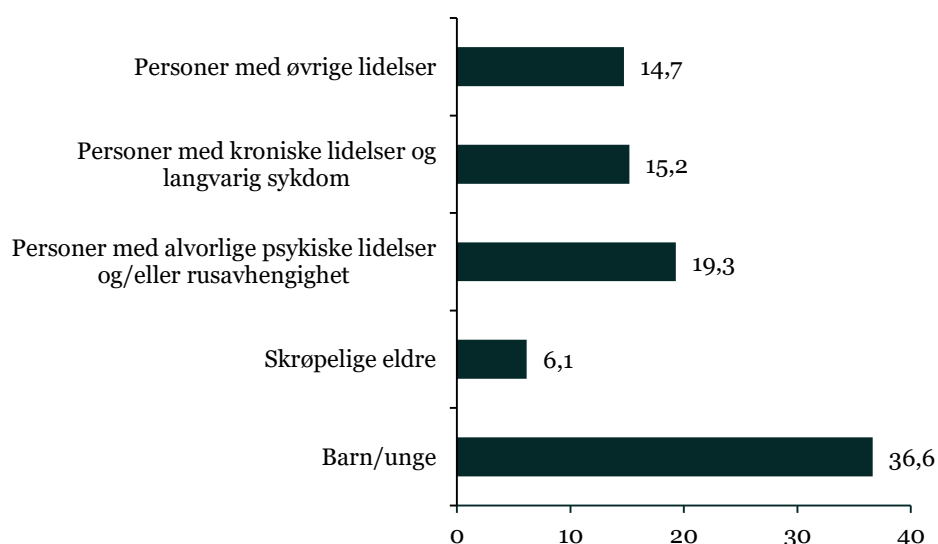
Slik vi leser rammene for hjelpestønad, er ordningen innrettet slik at det er personen som *mottar* pleie som også får pengestøtten, og ikke den eller de som hjelper personen. I et pårørenderegnskap vurderer vi derfor at denne stønaden ikke skal inngå som følge av at det ikke er de pårørende som mottar pengestøtten. Derimot er det noe annerledes for pårørende til barn og unge, typisk foreldre, ettersom at det er de som mottar midlene når barnet er under 18 år. I prinsippet kan man derfor argumentere for at hjelpestønad har de samme konsekvensene på pårørenderegnskapet som pleiepenger i situasjoner der hjelpestønad gis til barn under 18 år. Det vil si at det utløser en fordelingsvirkning, men også en skattefinansieringskostnad. Dette følger av at hjelpestønad er et offentlig finansieringsansvar.

8.4 Helsetjenestekostnader

Pårørendeinnsatsen kan også føre til at pårørende selv har behov for hjelp fra helsetjenesten. Dette kan oppstå direkte når de må til fastlegen for å få sykemelding. Samtidig kan det være andre årsaker til at helsetjenester søkes, som er relatert til omsorgsrollen. For eksempel kan pårørende oppsøke psykolog for å få støtte til å håndtere utfordringene knyttet til å være i en pårørendesituasjon.

I den nasjonale pårørendeundersøkelsen ble respondentene spurt: «*Har du selv i løpet av de siste 2 årene oppsøkt eller tatt imot helsehjelp for utfordringene du mener henger sammen med belastning som pårørende?*». Svarene fra undersøkelsen presenteres i figuren nedenfor.

Figur 8-9 **Andel pårørende som oppgir å ha oppsøkt eller tatt imot helsehjelp de siste to årene for utfordringene de mener henger sammen med belastningen som pårørende, fordelt på pårørendekategorier**



Kilde: Nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics. N = 1 927.

I gjennomsnitt oppgir 14,3 prosent av de pårørende at de har mottatt helsehjelp de siste to årene på grunn av belastningen forbundet med pårønderollen. Pårørende til barn og unge skiller seg ut, hvor 36,6 prosent svarer ja på dette spørsmålet.

Vi bruker disse prosentandelene som grunnlag for å beregne helsetjenestekostnadene. Som med spørsmålene om sykemelding, velferdspermisjon og omsorgsdager, ble også spørsmålet om helsehjelp presentert med tidsrammen «i løpet av de siste to årene». For å beregne årlige kostnader har vi derfor gjort en antagelse om at to tredjedeler av rapporteringene gjelder for det siste året.

Vi antar at alle som oppgir å ha mottatt helsehjelp, minst har oppsøkt fastlegen én gang, da fastlegen fungerer som førsteinstans for helsehjelp. Vi antar også at de som har hatt behov for sykemelding også utgjør en del av de som oppgir at de har mottatt helsehjelp ettersom sykemelding vanligvis involverer fastlegebesøk. For de som er sykemeldte i mer enn 16 dager, antar vi at de oppsøker fastlegen to ganger, gitt at en ny legeerklæring krever et nytt besøk.

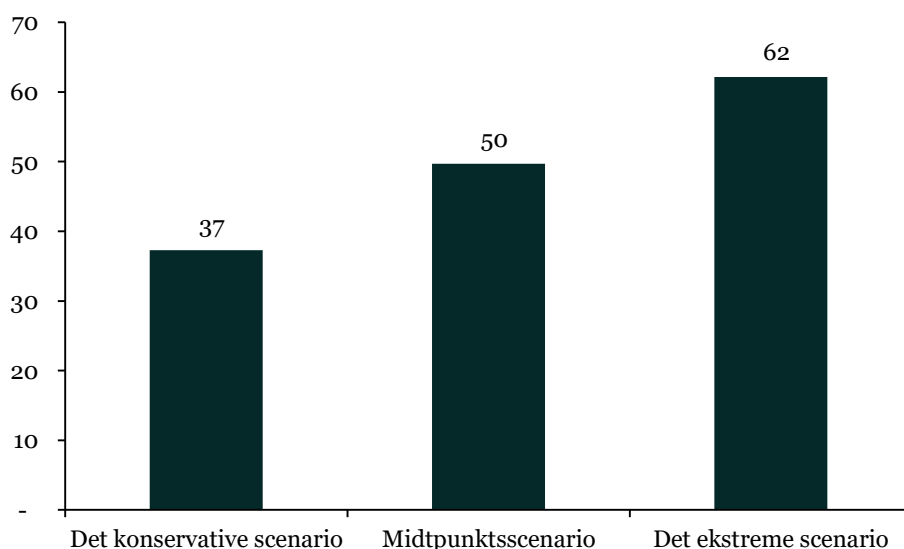
I tillegg er det sannsynlig at en del av dem som oppgir å ha mottatt helsehjelp, også har oppsøkt annen helsehjelp, slik som en psykolog. For å anslå kostnadene knyttet til denne gruppen, har vi basert oss på andelen i befolkningen som har konsultert psykolog det siste året, og brukt dette som en referanse for de pårørende som oppgir å ha mottatt helsehjelp.¹² Vi antar at de som går til psykolog på grunn av pårønderollen, i gjennomsnitt gjør det to ganger i året. Det er viktig å understreke at selv om vi her kun inkluderer kostnadene knyttet til fastlege og psykolog, kan det være andre typer helsehjelp som pårørende oppsøker, men som ikke fanges opp i denne analysen.

Basert på dette samt enhetskostnadene for fastlege og psykolog¹³, anslår vi at helsetjenestekostnadene beløper seg til 37 millioner kroner i det konservative scenario, 50 millioner kroner i midtpunktscenario og 62 millioner kroner i det ekstreme scenario, se Figur 8-10.

¹² I 2019 konsulterte 6 prosent av befolkningen med psykolog. Kilde: SSB tabell 11201

¹³ I tråd med Direktoratet for medisinske produkter (DMP) sine retningslinjer for hvordan beregne kostnader i helseøkonomiske analyser, har vi tatt utgangspunkt i normaltariiffen for fastleger og legevakt 2024-2025 for beregning av enhetskostnader for konsultasjon hos fastleger (Den norske legeforening, 2024). Honoraret for «konsultasjon hos allmennpraktiserende lege» er satt til 193 kroner. Kostnaden per konsultasjon beregnes ved å multiplisere honorar ganger to, i tråd med DMP sine føringer (Direktoratet for medisinske produkter, 2024). En konsultasjon hos fastlegen verdsettes dermed til 386 2024- kroner. Vi benytter samme metode for å anslå honoraret for psykolog. I henhold til Helfo og Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos psykolog, er honoraret 815 kroner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Dette multipliseres med to. En konsultasjon hos psykolog verdsettes dermed til 1630 2024-kroner.

Figur 8-10 Anslag på helsetjenestekostnader knyttet til at pårørende trenger helsehjelp som følge av deres pårørendesituasjon, i millioner kroner, i 2024



8.5 Reisekostnader

Fra Figur 3-6 i kapittel 3 vet vi at over halvparten av de pårørende bor ti kilometer eller mindre fra den som har behov for pårørendeinnsats. Samtidig bor 20 prosent av de pårørende mer enn fem mil unna den som har behov for pårørendeinnsats. Reiseavstandene tilsier at pårørendesituasjonen påvirker også de pårørende sine reisekostnader.

I tråd med Statens vegvesen (2021) representerer samfunnsøkonomiske reisekostnader både tids- og kjøretøykostnader. Tapt tid i form av arbeidstid og fritid er omtalt i kapittel 6. For å unngå dobbelttelling av kostnader, er dette kapittelet avgrenset til kjøretøykostnader. I beregningene som vi har gjennomført har vi lagt til grunn at de pårørende kjører bil (lette kjøretøy) og at de samfunnsøkonomiske kostnadene per kjøretøy-km er lik 1,65 2020-kroner. Det tilsvarer 1,96 2024-kroner.

Tabell 8-4 Gjennomsnittlige kjøretøykostnader for lette kjøretøy per kjøretøy-km, i 2020-kroner

Kostnadskomponent	Samfunnsøkonomisk kostnad	Privatøkonomisk kostnad
Drivstoff	0,37	0,81
Olje/dekk	0,25	0,30
Reparasjon mv.	0,42	0,51
Kapitalkostnad	0,61	0,90
Sum	1,65	2,52

Kilde: Statens vegvesen (2021)

For å anslå de samfunnsøkonomiske kjøretøykostnadene som pårørendesituasjonen utløser, har vi startet med å med å plote reiselengde med antall timer omsorg per uke for hver pårørende som svarte på pårørendeundersøkelsen, se Tabell 8-5. Tabellen viser at antall timer omsorg fordeler seg ganske jevnt mellom ulike reisedistanser.

Tabell 8-5 Andel pårørende med ulike reisedistanser til den de er pårørende for og antall timer omsorg per uke, i prosent

	Bor i nabolaget	Under 1 km	1–2 km	2–10 km	1–5 mil	Mer enn 5 mil
0–4 timer	61,0	54,9	58,0	58,2	58,0	62,4
5–9 timer	20,3	18,7	22,1	26,6	25,4	19,4
10–14 timer	10,6	13,2	9,9	7,3	7,9	7,4
15–29 timer	4,9	11,0	9,2	5,5	5,4	7,9
30–49 timer	2,4	2,2	0,0	1,6	2,4	2,5
50 timer eller mer	0,8	0,0	0,8	0,8	0,9	0,4
Samlet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kilde: Pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021), bearbeidet av Menon Economics

For å beregne samlet reisedistanse i løpet av et år, har vi tatt stilling til hvor mange turer den pårørende kjører til den de er pårørende til ila. en gjennomsnittsuke. Dette var ikke et spørsmål som ble stilt i pårørendeundersøkelsen, og vi har derfor basert oss på egne forutsetninger. Forutsetningene som er lagt til grunn er gjengitt i Tabell 8-6. Som tabellen viser har vi lagt til grunn relativt få kjøreturer når den pårørende benytter få timer på omsorg og har lang reisedistanse.

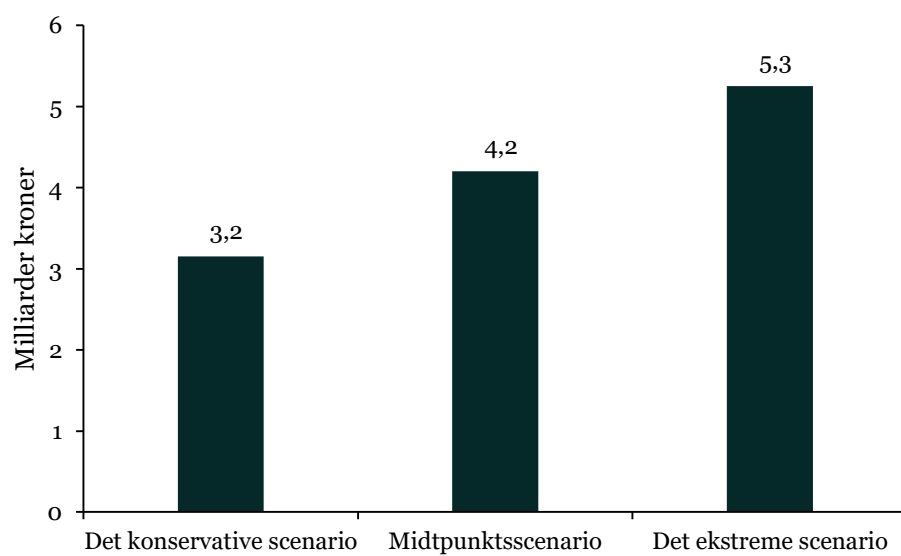
Tabell 8-6 Forutsetninger om antall turer den pårørende kjører til den de er pårørende til ila. en gjennomsnittsuke

	Bor i nabolaget	Under 1 km	1–2 km	2–10 km	1–5 mil	Mer enn 5 mil
0–4 timer	2,0	2,0	2,0	1,0	0,8	0,8
5–9 timer	6,4	6,4	6,4	2,6	1,0	1,0
10–14 timer	7,0	7,0	7,0	3,8	1,0	1,0
15–29 timer	7,0	7,0	7,0	5,8	1,7	1,0
30–49 timer	7,0	7,0	7,0	7,0	2,0	1,0
50 timer eller mer	7,0	7,0	7,0	7,0	2,0	1,0

Kilde: Menon Economics

Produktet av andel pårørende med ulik reisedistanse, turer per uke og to (for å fange opp at den pårørende må kjøre tur/retur) gir kjørte kilometer for en gjennomsnittspårørende per uke. Multiplisert med 52 fant vi gjennomsnittlig kjørt distanse per år for pårørende som kjører, lik 3 175 kilometer. Multiplisert med kalkulasjonsprisen på 1,96 kroner per kilometer finner vi at den gjennomsnittlige samfunnsøkonomiske kostnaden per pårørende som reiser er lik 6 200 kroner per år. Kontrollerer vi for pårørende som ikke kjører, finner vi at gjennomsnittlig årlig kostnad per pårørende er 5 400 kroner. Ved å multiplisere med antall pårørende finner vi at pårørende sin samlede årlige samfunnsøkonomiske kjøretøykostnad utgjør 4,2 milliarder kroner i midtpunktscenario, se Figur 8-11.

Figur 8-11 **Anslag på reisekostnader knyttet til at pårørende yter pårørendeinnsats, i 2024**



Kilde: Menon Economics

9 Skattefinansieringskostnad

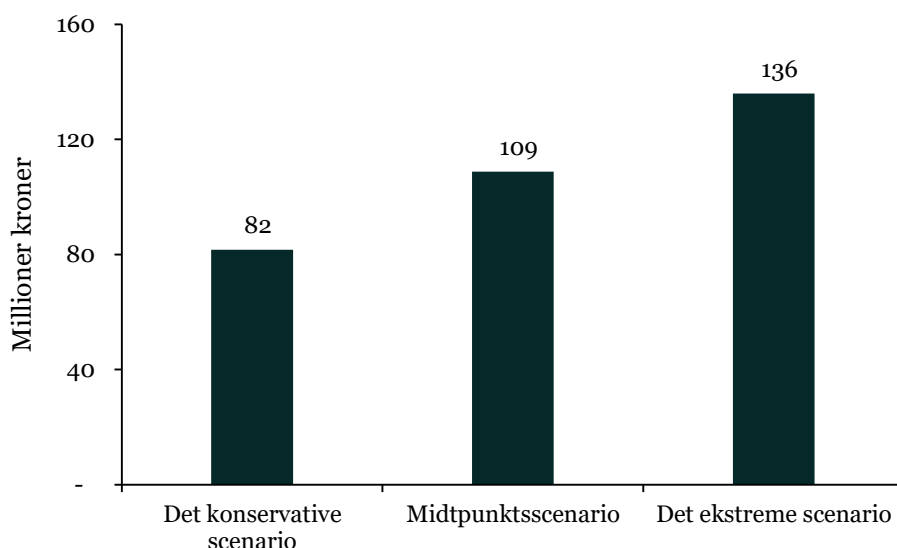
Økte skatter utløser effektivitetstap i økonomien. Sammenlignet med et scenario hvor pårørendeinnsats ikke hadde vært nødvendig, anslår vi at pårørendeinnsatsen i midtpunktscenario bidrar til et offentlig finansieringsbehov tilsvarende 544 millioner kroner i 2024. Skattekostnaden er anslått til å utgjøre 109 millioner kroner i midtpunktscenario for 2024.

Skatter vil i sin alminnelighet føre til at konsumenter og produsenter blir stilt overfor ulike priser. Slike «skattekiller» vil vri produksjons- og konsumentbeslutningene slik at økonomien påføres et effektivitetstap. Et tiltak som finansieres over offentlige budsjetter vil øke skattekilene. For alle tiltak som finansieres over offentlige budsjetter skal derfor skattekostnaden inngå i analysen. Skattekostnaden er den marginale kostnaden ved å hente inn en ekstra skattekrone. Finansdepartementets rundskriv (Finansdepartementet, 2021) presenterer den slik:

«Skattekostnaden settes til 20 øre per krone. Denne skal benyttes av alle sektorer. Grunnlaget for beregningene av skattekostnaden vil være tiltakets nettovirkning for offentlige budsjetter, det vil si det offentlige finansieringsbehovet.»

Alt annet likt betyr det at sammenlignet med en situasjon uten pårørendeinnsats, vil pårørendeinnsats gi en skattekostnad. Basert på gjennomførte beregninger av kostnadene knyttet til pårørende, dokumentert i kapittel 7, finner vi at netto offentlig finansieringsbehov av pårørende sammenlignet med alternativet (ikke pårørendeinnsats), utgjør en kostnad for det offentlige på mellom 408 og 680 millioner kroner.¹⁴ Disse beregningene viser at pårørende bidrar til redusert effektivitet i økonomien. Denne reduserte effektiviteten er beregnet i midtpunktscenario til å representere en samfunnsøkonomisk kostnad på om lag 109 millioner kroner i 2024, se Figur 9-1. For det konservative og det ekstreme scenario er det beregnet til henholdsvis 82 og 136 millioner kroner.

Figur 9-1 Redusert effektivitet i økonomien, som følge av pårørendeinnsats, i 2024



¹⁴ Det er kostnadene knyttet til legemeldte over 16 dager og helsetjenestekostnadene som danner grunnlaget for skattefinansieringskostnaden i dette tilfelle. Dette følger av at det er det offentlige som har finansieringsansvaret for dette.

10 Samfunnsøkonomiske kostnader ved barn som pårørende

Barn kan i likhet med voksne være pårørende og påta seg omsorgsoppgaver som kan medføre tapt tid i barndommen, tap av gode barndomsopplevelser, utdanning, deltidsarbeid, redusert helsemessig livskvalitet, og tap i kvalitetsjusterte leveår gjennom livsløpet. Barn bidrar på lik linje med voksne pårørende med omsorgsarbeid som hører til kommunale helse- og pleietjenesters ansvarsområder, men de rammes hardere fordi de er barn og unge under utvikling. Barn er mer sårbare, og eksisterende forskning peker på at pårørendesituasjonen for barn kan resultere i negative utfall på klinisk bekymringsnivå og stress. Denne forskningen gir støtte til at det er en større sannsynlighet for at pårørende barn ender i varig utenforskap enn barn som ikke er i en pårørendesituasjon. Vi anslår at de samfunnsøkonomiske kostnadene av varig utenforskap for barn som pårørende som kan tilskrives 2024, utgjør mellom 11,0 og 52,7 milliarder kroner. I vårt midtpunktscenario finner vi at den samme kostnaden utgjør 26,3 milliarder kroner. Disse tallene representerer et anslag på dagens verdi av fremtidige kostnader over barna sitt fremtidige livsløp.

10.1 Forskning på barn som pårørende

Pårørendestrategiens tredje hovedmål er at ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre (HOD, 2020). Et av hovedfunnene fra den norske multisenterstudien (Ruud mfl., 2015) er at:

Barn og ungdom tar vesentlig mer omsorgsoppgaver og husarbeid enn vanlig. De bruker mye tid på det, og opplever stress og belastning på grunn av det. De blir mye overlatt til seg selv og/eller får mye ansvar for den syke. De ønsker mer praktisk hjelp hjemme til sin forelder, for å kunne leve sitt eget liv med skole, venner og fritidsaktiviteter.

Multisenterstudien (Ruud mfl., 2015) viser at barn i alderen fra 8 til 17 år tar på seg omsorgsansvar i familien. Blant barna som inngikk i studien rapporterte 59 prosent at de har 1-4 timer omsorgsarbeid i uken, 29 prosent 5-9 timer i uken, 10 prosent 10-19 timer i uken, og 2,5 prosent 20 timer eller mer i uken. Legges midtpunktet i tidsintervallene til grunn, og en forutsetning om at de barna som yter mer enn 20 timer i uken yter 40 timer i gjennomsnitt, finner vi at gjennomsnittlig timebruk til omsorgsarbeid er tilnærmet 6 timer. Det tilsvarer 312 timer per år per barn.

Videre analyser av multisenterstudien viser at kun 6,5 prosent av familiene fikk vedtak om kommunale hjemmebasert pleie- og omsorgstjenester, gjennomsnittlig 1,5 time i uken (Kallander mfl., 2017). Barna med syke foreldre bidrar inn i familien med vanlige oppgaver som barn generelt uten syke foreldre gjør, oppgaver som å tømme oppvaskmaskinen, gå ut med søppel eller gå tur med hunden. Forskjell mellom barn generelt og barn som pårørende er at de i tillegg til vanlige oppgaver også bidrar med en type omsorgsarbeid som hører hjemme innenfor de kommunale hjemmebaserte tjenestene, som oppfølging av den sykes medisiner, intime oppgaver som dusj eller vask, følge til lege eller sykehus og kontinuerlig overvåking av den sykes generelle helsetilstand (Kallander mfl., 2017). Videre viser analysene at det er langt mer vanlig for barn som pårørende å passe yngre søsken og følge de til barnehage eller skole (40 prosent), enn barn generelt (4 prosent). Analysene av omsorgsarbeidet viste at det ofte går på bekostning av barnas tid med venner, fritid, skoleprestasjoner, utdanning, og

helserelatert livskvalitet og omsorgsarbeidet kan på bakgrunn av dette kvalifiseres som barnearbeid (Ruud mfl., 2015; Kallander, 2020; Hjermann, 2007). I mangel på tilgang til adekvate kommunale tjenester inn i hjemmene formidler i foreldre i multisenterstudien at de er avhengig av barna sine for å få hverdagen til å gå rundt (Kallander mfl., 2017).

Multisenterstudiens resultater understøttes av resultatene fra Pårørendeundersøkelsen fra 2022 (Helsedirektoratet, 2023). I undersøkelsen fant man at 575 unge i alderen fra 16 til 25 år er pårørende, som tilsvarer 18 prosent. Blant de 575 unge svarte 18 prosent at de bidrar mer enn de ønsker, 41 prosent svarte omtrent slik jeg ønsker og 25 prosent svarte mindre enn de ønsker.¹⁵

Ytterhus mfl. (2024) sin gjennomgang av 23 studier med norske data finner at:

- Barn utfører praktiske oppgaver, av og til jobber for å opprettholde familieøkonomien, og organiserer morsomme aktiviteter med den syke forelderen.
- Barna setter egne behov til side til fordel for foreldrene. Barna elsket sine foreldre, men følte også skyld, sinne, skuffelse, skam, frykt for å arve sykdommen, og lengtet etter et 'normalt' hverdagsliv.
- Barna har minst en betydningsfull voksen som anerkjenner dem, de deltar i fritidsaktiviteter, sosialiserer med venner, og snakker med andre jevnaldrende som deler lignende erfaringer.
- Barna mangler informasjon og anerkjennelse, samt stillhet og mangelen på dialog i familien og med helsepersonell.

Kallander mfl. (2018) gjennomførte en tverrsnittstudie for å undersøke om barn har forskjellige utfall når foreldre har en alvorlig fysisk sykdom, psykisk sykdom, eller rusmisbruk, og hvilke faktorer som er assosiert med positive og negative utfall av barnas omsorgsarbeid. Studien ble utført på tvers av flere sykehus i Norge og inkluderte 246 barn i alderen 8–18 år og 238 av deres foreldre med alvorlig fysisk sykdom, psykisk sykdom, eller rusmisbruk. Ti prosent av barna rapporterte negative utfall på et klinisk bekymringsnivå, og nesten halvparten rapporterte stress. Utfallet var ikke signifikant forskjellig mellom grupper av foreldres sykdom. Positive og negative utfall var assosiert med omsorgsaktiviteters natur (for eksempel personlig pleie, økonomisk og praktisk styring, husholdningsledelse), sosiale ferdigheter, og opplevelse av uforutsigbarhet, som mangel på kontroll av eksterne kontekstuelle faktorer som bidro til økt omsorgsarbeid. Det er en villet politikk fra Regjeringen å flytte ansvaret for alvorlig syke pasienter i behandling fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Barn bor i dag i økende grad hjemme sammen med alvorlig syke foreldre eller søsken som kan ha uhelbredelig sykdom og er døende, ha alvorlig nevrologisk sykdom som rammer hjernens kognitive funksjon og endret atferd, eller alvorlig psykiske lidelse som suicidalitet eller psykose. Dette som en konsekvens av Regjeringens ønske om å senke presset på sykehusene, jamfør samhandlingsreformen 2012. En reform med store konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet og med hardt press i prioritering av i tildeling av vedtak om pleie- og omsorgstjenester, inkludert praktisk bistand (Nødland og Rommetvedt, 2019).

Pårørende barn og syke foreldre har ikke selv valgt at barna skal ta omsorgsoppgaver i hjemmet, og de har ofte ikke råd til private familievikartjenester i hjemmet. På bakgrunn av studiene som er beskrevet, er vår vurdering at barnefamilier der minst én forelder er syk ikke får tilstrekkelig helse- og omsorgstjenester til å forebygge barnas omsorgsarbeid og barnearbeid med langtidskonsekvenser for helsen. Vurderingen bygger på at ti prosent av barna rapporterte negative utfall på et klinisk bekymringsnivå og nesten halvparten rapporterte stress (Kallander mfl., 2018). Basert på at barn er mer sårbare enn voksne er vår vurdering at forskningen støtter at utenforskap kan være en konsekvens

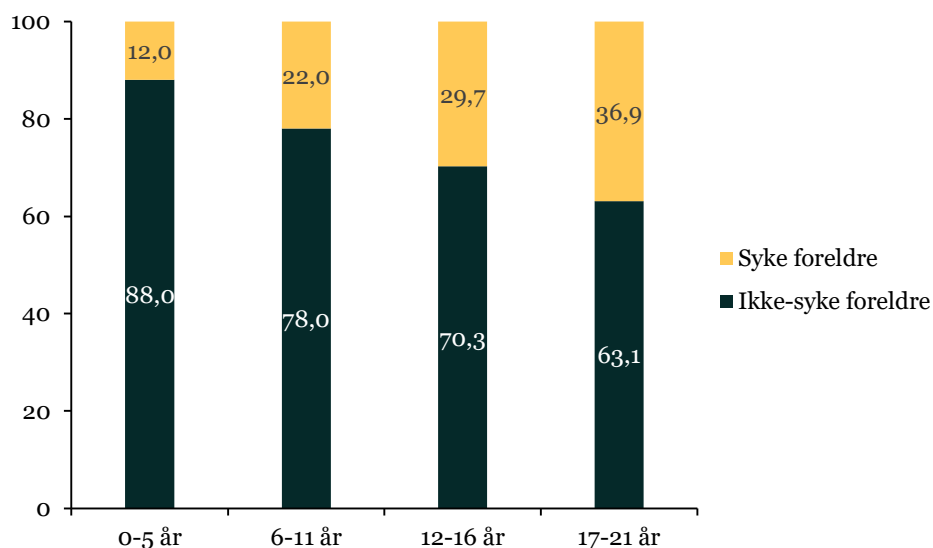
¹⁵ Øvrige 17 prosent svarte vet ikke eller ønsket ikke å svare på spørsmålet.

for en andel av barna som har hatt en pårørenderolle. Det er denne konsekvensen vi har regnet på i rapporten, altså pårørendesituasjonens innvirkning på varig utenforskap i voksen alder. Begrunnelsen for dette valget er at det ikke gir mening å regne på alternativkostnaden av barnearbeid og en tapt oppvekst. Det betyr at vi beregner kostnaden av pårørendesituasjonens påvirkning på varig utenforskap for barn i de påfølgende kapitler. Det omfatter pårørendesituasjonens påvirkning på barns produksjonstap, redusert helsemessig livskvalitet og lavere levealder over deres livsløp. Implikasjonen av denne avgrensningen er at vi ikke regner på kostnader for pårørende barn som taper livskvalitet utover helsemessig livskvalitet (påpekt i delkapittel 1.3).

10.2 Antall pårørende barn

For å kunne anslå den samfunnsøkonomiske kostnaden av varig utenforskap som følge av at barn er pårørende, må vi starte med å anslå hvor mange barn som er pårørende. Basert på dialog med forskere på feltet er den danske studien fra Jørgensen mfl. (2021) den mest anerkjente kilden for å si noe om omfanget av barn som er pårørende innenfor somatikk og psykisk helsevern. Resultatene fra Jørgensen mfl. (2021), som er basert på sammenkobling av et tilfeldig utvalg fra registre som omfatter 20 prosent av alle danske barn født fra 1993 til 2013 og undersøkelsesdata fra den Danske Nasjonale Ungdomsstudien 2014, er vist i Figur 10.1. Figuren viser at andelen barn med syke foreldre øker med alderen.

Figur 10.1 Andel barn med syke foreldre*



Kilde: Jørgensen mfl. (2021), bearbeidet av Menon Economics

Benytter vi disse andelene for barn mellom 0 og 17 år på tall for norske barn, finner vi at om lag 242 000 barn i Norge er pårørende. Tallene fra Jørgensen mfl. (2021) er lavere enn tidligere gjennomførte registerbaserte studier. I studien drøftes en rekke mulige forklaringer på avviket. Det vises til følgende svakheter:

- **Variasjoner i registreringspraksis.** Det er forskjeller mellom landene i hvordan psykiske lidelser registreres. Tidligere studier har inkludert flere typer data som sykehusinnleggelser, resept på psykofarmaka og henvisning til psykiatrisk behandling, mens Jørgensen mfl. (2021) kun inkluderer diagnoser.

- **Behandling utenfor registeret.** I Danmark blir milde og moderate psykiske lidelser ofte behandlet av fastleger eller privatpraktiserende psykiatere og registreres ikke i det nasjonale pasientregisteret. Derfor er moderate psykiske lidelser sannsynligvis utelatt fra anslått prevalens.
- **Sosioøkonomisk utvalg.** Studien er basert på den danske ungdomsstudien fra 2014, som hovedsakelig består av gymnaseelever, og representerer dermed en mer privilegert gruppe økonomisk enn den generelle befolkningen. Dette kan påvirke den sykdomsprofilen man observerer.
- **Misforståelser og underrapportering i spørreundersøkelser.** Psykiske lidelser kan være underrapportert i spørreundersøkelser på grunn av spørsmål som ikke tar hensyn til psykiske lidelser, eller fordi noen ungdommer mangler informasjon, ikke gjenkjenner eller velger å ikke rapportere slike lidelser på grunn av skam eller tabu.
- **Variasjon i alvorlighetsgrad.** Det kan være stor variasjon i alvorlighetsgraden innenfor en diagnose, noe som kan påvirke hvorvidt ungdom oppfatter sykdommen som alvorlig og derfor velger å rapportere den. For eksempel kan diabetes variere i alvorlighetsgrad og påvirke rapporteringen.
- **Tidsperspektiv.** Det kan være et tidsrom mellom når foreldres diagnoser ble registrert og når data ble samlet inn, slik at noen foreldre kan ha blitt friske da dataregistreringen fant sted.
- **Sjeldne diagnoser og primærhelsetjenester.** Studenter som rapporterte at foreldrene hadde en sykdom i spørreundersøkelsen, men som ikke ble identifisert i registeret, viste seg å ha liknende sosioøkonomiske og demografiske karakteristika som studenter med registrerte foreldrediagnoser, noe som antyder at disse studentene likevel har foreldre med sykdom, muligens sjeldne diagnoser eller diagnoser behandlet i primærhelsetjenesten utenfor indeksens omfang.

De påpekte svakhetene i Jørgensen mfl. (2021) taler for at 242 000 barn med pårørende foreldre er for lavt. Vi har derfor anslagsvis lagt til grunn at 250 000, 300 000 og 400 000 barn er pårørende i henholdsvis det konservative scenario, midtpunktscenario og det ekstreme scenario, se Tabell 10-1.

Tabell 10-1 Forutsetninger for antall barn som er pårørende i 2024

	Det konservative scenario	Midtpunktscenario	Det ekstreme scenario
Antall barn som er pårørende	250 000	300 000	400 000

Kilde: Menon Economics

10.3 Andel pårørende barn som havner i varig utenforskap

Vi ønsker å identifisere omfanget av barn som er i en pårørendesituasjon der pårørendesituasjonen fører til varig utenforskap. Vi har identifisert to studier som indikerer dette omfanget. Den første er en svensk studie, Hovstadius (2015), som finner at 21 prosent av personer som har vært pårørende under oppveksten er mottakere av psykiske helsetjenester i voksen alder. Den andre er en norsk studie, Akershus universitetssykehus HF mfl. (2015), som fant at 44 av 246 pårørende barn (18 prosent) svarte 'ja' på spørsmål om de hadde opplevd traumer. Det er som nevnt en rekke sammensatte årsaker til varig utenforskap, så det er ikke sikkert at pårørendesituasjonen alene har vært utløsende for det varige utenforskapet. Det er heller ikke nødvendigvis slik at opplevelse av traumer i oppveksten leder frem til varig utenforskap og at mottakere av psykiske helsetjenester er sammenfallende med varig utenfor-

skap. Det er derfor grunn til å tro at omfanget av barn som er pårørende der pårørendesituasjonen resulterer i varig utenforskap er lavere enn 18 og 21 prosent. Vi må imidlertid også ta høyde for at man kan ende opp i varig utenforskap selv om man ikke har opplevd traumer i oppveksten og/eller er mottakere av psykiske helsetjenester i voksen alder. På dette grunnlaget har vi landet på tre anslag for sannsynligheten for at pårørende barn havner i varig utenforskap, på henholdsvis 5, 10 og 15 prosent (se Tabell 10-2).

Tabell 10-2 Forutsetninger for sannsynligheten for at pårørende barn havner i varig utenforskap

	Det konservative scenario	Midtpunktscenario	Det ekstreme scenario
Sannsynlighet	0,05	0,10	0,15

Kilde: Menon Economics

Basert på disse sannsynlighetene og forutsetninger for antall barn som er pårørende i løpet av et år, finner vi at mellom 12 500 og 60 000 barn havner i varig utenforskap som følge av pårørendesituasjonen de var i, i 2024 (se Tabell 10-3).

Tabell 10-3 Forutsetninger for antall barn som havner i varig utenforskap som følge av pårørendesituasjonen de er i, i 2024

	Det konservative scenario	Midtpunktscenario	Det ekstreme scenario
Antall barn	12 500	30 000	60 000

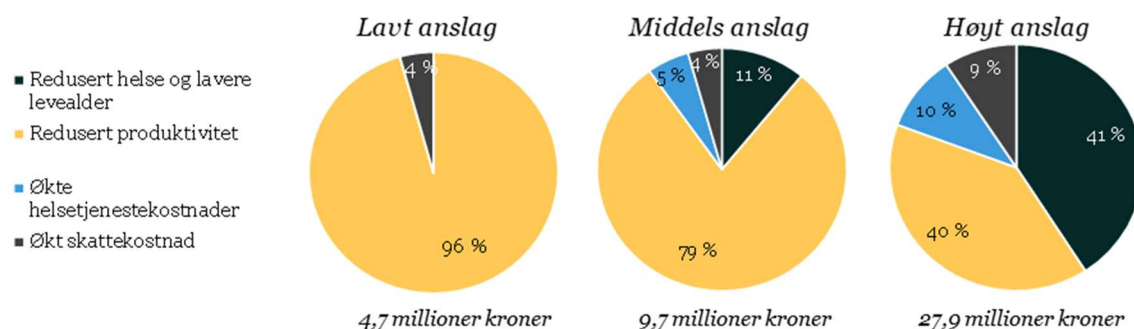
Kilde: Menon Economics

10.4 Samfunnsøkonomiske kostnader av varig utenforskap per person

Basert på tidligere arbeider, blant annet Pedersen mfl. (2024) om ettervern og Pedersen mfl. (2025) om mobbing i grunnskolen, har vi identifisert rapporter som har forsøkt å anslå de samfunnsøkonomiske kostnadene av varig utenforskap per person. I dette kapittelet gjennomgår vi anslagene fra de ulike rapportene som gir grunnlag for vår analyse.

Samfunnsøkonomisk verdi av ettervern i barnevernet (Pedersen mfl. 2024). I 2024 gjennomførte Menon en samfunnsøkonomisk analyse av ettervern i barnevernet, på oppdrag fra Fosterhjemsforeningen og KS. En sentral del av arbeidet fokuserte på å kvantifisere kostnaden av varig utenforskap. Rapporten identifiserer seks hovedkomponenter som bidrar til denne verdien: 1) Helsekostnader, 2) Tapte leveår, 3) Redusert arbeidsdeltakelse, 4) Redusert produktivitet, 5) Økte helsetjenestekostnader, og 6) Skattekostnad. Rapporten presenterer tre anslag for den samfunnsøkonomiske kostnaden av varig utenforskap per person, vist i Figur 10.2.

Figur 10.2 Tre anslag for den samfunnsøkonomiske kostnaden av varig utenforskap per person



Kilde: Menon Economics

Det lave anslaget på 4,7 millioner kroner tar kun hensyn til effekten av varig utenforskap på produktivitet og skatteinntekter. Det midtre anslaget, på 9,7 millioner kroner, inkluderer i tillegg helsegevinster, mens det høyeste anslaget på 27,9 millioner kroner omfatter alle de fire komponentene nevnt ovenfor. Siden det høyeste anslaget ligger betydelig over de to andre, vil det vektete gjennomsnittet av de tre anslagene overstige det midtre anslaget og ende på 15,3 millioner kroner.

Samfunnsøkonomisk vurdering av marginalisering og utenforskap (Oslo Economics, 2021).

I 2021 ble det publisert en utredning på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet som anslo de årlige samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til utenforskap fra arbeidslivet til 73 milliarder 2021-kroner (Oslo Economics, 2021). Dette skyldes i hovedsak tap av arbeidsinntekter, økte utgifter til stønader og overføringer, samt at individer i denne gruppen har en lavere forventet levealder sammenlignet med befolkningen ellers. I tillegg påpeker utredningen også betydelige ikke-prissatte virkninger av utenforskap. Dette inkluderer dårligere helse, redusert livskvalitet, økt forekomst av kriminalitet, samt lavere grad av demokratisk og sosial deltakelse. Dersom de ikke-prissatte virkningene hadde vært inkludert, ville de totale samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til utenforskap vært betydelig høyere.

Samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom (Vista Analyse, 2010).

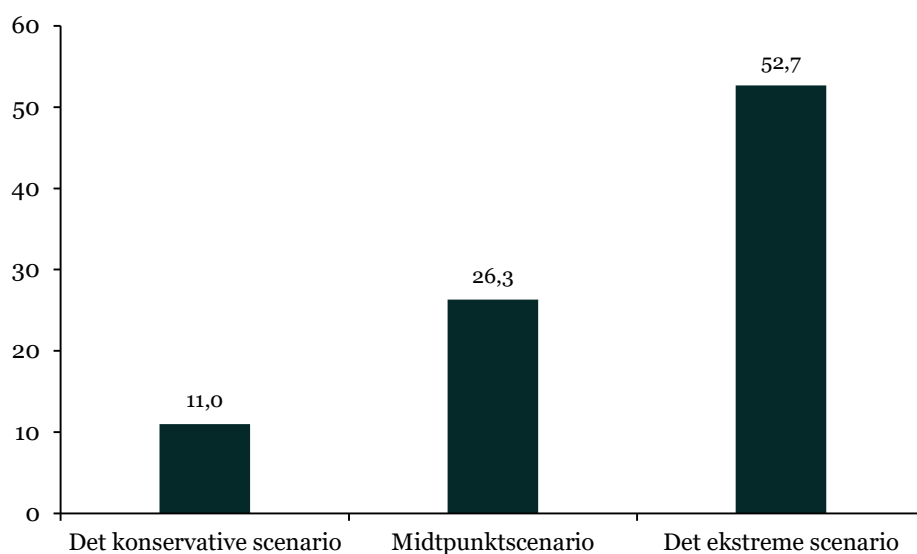
I en utredning fra 2010 beregnet Vista Analyse de samfunnsøkonomiske konsekvensene av marginalisering og utenforskap blant ungdom på vegne av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Analysen viser at de samfunnsøkonomiske kostnadene forbundet med marginalisert ungdom i alderen 16 til 25 år ligger på en nåverdi mellom 5 og 15 milliarder 2010-kroner per årskull (Vista Analyse, 2010). Anslaget inkluderer produksjonstap, velferdstap, offentlige tiltakskostnader i forbindelse med rehabilitering og behandling, kriminalitetskostnader og skattefinansierings-kostnader. De antar også at vellykket rehabilitering og behandling fører til inkludering i arbeidslivet til en lav lønn, noe som trekker ned den samfunnsøkonomiske kostnaden av marginalisering. Inklisjon av arbeidstilknytning i beregningene kan sies å gjøre anslaget mer realistisk ved at det over et livsløp ikke er fullstendig utenforskap. Beregningene tar utgangspunkt i grove anslag om marginaliserings-forløp for ungdom 16–25 år som har stått utenfor skole og arbeid sammenhengende i tre år eller mer. Beregningene omfatter ikke marginalisering på andre arenaer. Det er om lag 14 år siden utredningen ble gjennomført, som medfører at det er særegne forhold som kan ha påvirket resultatene. Blant annet rammet finanskrisen arbeidsmarkedet hardt for gruppen 15–29 år (med en arbeidsledighet på 9,1 prosent i 2009), og færre fullførte utdanningsløp på normert tid sammenlignet med etterfølgende perioder.

Oppsummering. Vi har valgt å legge til grunn anslagene fra rapporten om ettervern, da det kun er denne rapporten vi i Menon kan stå inne for. Kostnaden av varig utenforskap per person vil derfor baseres på denne rapporten, mens de øvrige rapportene brukes som støtte for å belyse kostnadsbildet. I beregningen av de samfunnsøkonomiske kostnadene av barn som pårørende sin virkning på varig utenforskap har vi lagt til grunn det vektete gjennomsnittet av de tre anslagene, som utgjør 15,3 millioner kroner. Dette beløpet representerer verdien i 2023 og er derfor prisjustert til 15,8 millioner 2024-kroner ved hjelp av priskalkulatoren til Norges Bank.^{16,17}

10.5 Resultater

I delkapittel 10.2-10.4 har vi diskutert, vurdert og fastsatt forutsetninger for å anslå den samfunnsøkonomiske kostnaden av at barn er pårørende på varig utenforskap. Ved å multiplisere forutsetningene for antall barn som er pårørende, med sannsynligheten for pårørendesituasjonens effekt på varig utenforskap og med den samfunnsøkonomiske kostnaden av varig utenforskap, finner vi den samlede kostnaden i løpet av hele oppveksten (over alle 18 år). Vi er ute etter pårørendesituasjonen i ett år sin innvirkning på samfunnsøkonomiske kostnader, og deler derfor våre anslag på 18. Basert på disse forutsetningene finner vi at den samfunnsøkonomiske kostnaden av at barn er pårørende i ett år på varig utenforskap i gjennomsnitt utgjør 11,0 milliarder kroner i det konservative scenario, 26,3 milliarder kroner i midtpunktscenarioet og 52,7 milliarder kroner i det ekstreme scenario, se Figur 10.3.

Figur 10.3 Den årlige samfunnsøkonomiske kostnaden av varig utenforskap for barn som er pårørende i 2024, i milliarder kroner



Kilde: Menon Economics

Til sammenligning finner Hovstadius (2015) en årlig kostnad for barn som pårørende lik 52,3 milliarder svenske 2015-kroner, som tilsvarte 54,6 milliarder norske 2015-kroner.¹⁸ Prisjustert fra 2015 til 2024 ved hjelp av KPI-vekst tilsvareer tallet 73,0 milliarder norske 2024-kroner. Kontrollerer vi for antall barn, utgjør det svenske tallet 37,3 milliarder norske 2024-kroner. De svenske tallene ligger midt mellom vårt midtpunktscenario og det ekstreme scenario. Slik sett kan man argumentere for at midtpunktscenarioet undervurderer kostnaden på varig utenforskap for barn som pårørende.

¹⁶ Norges Bank. *Priskalkulator*. Tilgjengelig [her](#).

¹⁷ Selv om anslagene inkluderer elementer som normalt burde realprisjusteres, er dette ikke gjort, ettersom justeringen kun gjelder ett år. En delvis realprisjustering ville derfor ikke hatt noen vesentlig innvirkning på resultatene.

¹⁸ I 2015 fikk man 95,7 svenske kroner for 100 norske kroner ifølge Norges Bank.

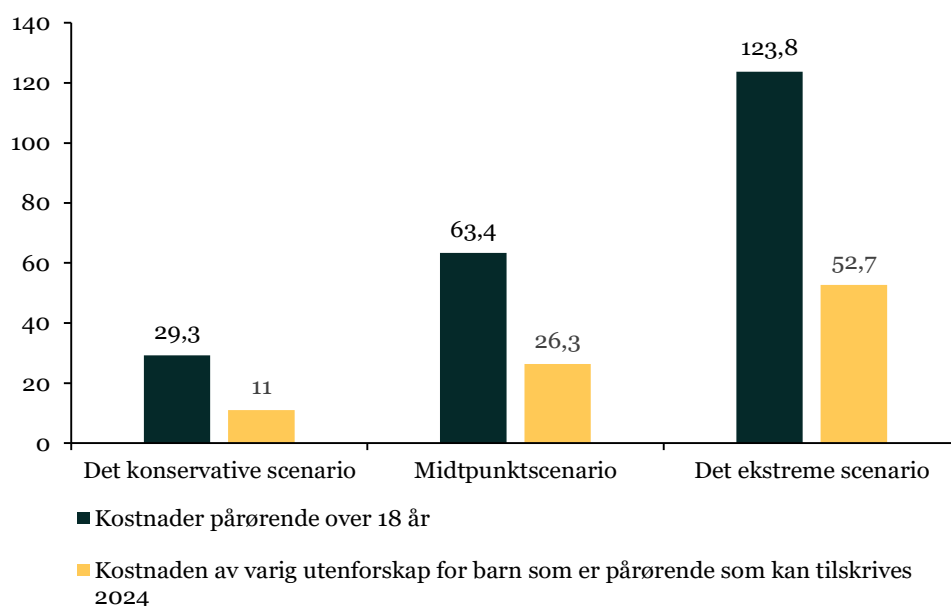
11 Oppsummering og diskusjon

Pårørenderegnskapet som presenteres i denne rapporten gir for første gang en helhetlig oversikt over de samfunnsøkonomiske kostnadene av pårørende-innsats i Norge. Vi finner at de samlede pårørendekostnadene i midtpunkt-scenarioet er store og tilsvarte 2,2 prosent av fastlands-BNP i Norge i 2024. Det representerer et betydelig tap i norsk verdiskaping. Pårørenderegnskapet gir en indikasjon på at det er behov for ytterligere tiltak for å støtte de pårørende, slik at de kan leve gode liv til tross for sin pårørenderolle.

11.1 Pårørenderegnskapet finner store kostnader forbundet med pårørende-innsats i Norge

Å være pårørende er, i mange tilfeller, en naturlig del av livet, og de fleste vil på et eller annet tidspunkt oppleve å stå i en pårørendesituasjon. De siste ti årene har rollen som pårørende fått økt oppmerksomhet i Norge, blant annet gjennom Helsedirektoratets pårørendeveileder (2017) og regjeringens pårørendestrategi fra 2021 (Helse og omsorgsdepartementet, 2020). Likevel har det vært lite kjent hvilke kostnader som er forbundet med pårørende over 18 år sin pårørende-innsats, samt de økonomiske konsekvensene av at barn vokser opp i pårørendesituasjoner. Gjennom pårørenderegnskapet har vi belyst at det er betydelige kostnader knyttet til begge disse gruppene. Figur 11-1 viser at personer over 18 år sin pårørende-innsats i 2024 er beregnet å utgjøre 63,4 milliarder kroner, mens kostnadene knyttet til utenforskap som følge av barn i pårørendesituasjoner er anslått til 26,3 milliarder kroner i 2024 i vårt midtpunktscenario. Om vi legger sammen disse kostnadsanslagene, finner vi at de totale pårørendekostnadene utgjorde 2,2 prosent av fastlands-BNP for Norge i 2024.

Figur 11-1 Totale samfunnskostnader knyttet til pårørende-innsats for pårørende over 18 år og årlige samfunnsøkonomiske kostnaden av varig utenforskap for barn som er pårørende som kan tilskrives 2024, i milliarder kroner



Kilde: Menon Economics

Vi forventer på samme tid økte pårørendekostnader i fremtiden som følge av det vil være en større andel eldre i befolkningen og en mer tilspisset ressursituasjon i helse- og omsorgssektoren som beskrevet i Helsepersonellkommissjonen fra 2023 (NOU 2023:4). Ved siden av dette er det en ønsket dreining i helse- og omsorgstilbudet der det tilrettelegges for at flere skal motta behandling, oppfølging og pleie i hjemmet, fremfor at dette skjer på et behandlingsted og i institusjon. I den kommunale eldreomsorgen tilrettelegges det for at eldre skal bo hjemme med hjemmetjeneste fremfor å bo på sykehjem, som beskrevet i Stortingsmeldingen «Bu trygt heime» (Meld St. 24 (2022-2023)). Oslo Universitetssykehus har utviklet en egen strategi «OUS Hjemme», med ambisjon om at 30 prosent av behandling og oppfølging skal skje i pasientens hjem innen 2030, enten poliklinisk eller for innlagte pasienter i hjemmet, fysisk og/eller digitalt (Oslo Universitetssykehus, 2022). En tilsvarende utvikling er også synlig innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), der det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst (HSØ) i anskaffelse fra 2025 har gått til innkjøp av kortere behandlingsopphold ved døgninstitusjon og legger opp til mer bruk av poliklinisk behandling (HSØ, 2025). En slik utvikling kan frigi pårørendes tidsbruk knyttet til oppfølging og reise, men kan samtidig bidra til at pårørende i større grad opplever bekymring og tar på seg en større del av ansvaret som pårørende. På bakgrunn av slike endringer i helse- og omsorgstilbudet blir det særlig viktig å inkludere pårørendeperspektivet i utviklingen av tjenestene slik at pårørende kan inkluderes på en god og forsvarlig måte. På den måten kan pårørende bli en verdifull ressurs, til nytte både for personen som mottar behandling og støtte for helse- og omsorgstjenesten.

11.2 Tapt fritid, redusert helsemessig livskvalitet og produksjonstap utgjør de største kostnadene ved pårørendeinnsats

Det er verken ønskelig eller realistisk med et samfunn uten pårørendeinnsats. Det å være pårørende oppleves for mange som meningsfylt og kan gi en følelse av mestring og glede i hverdagen. Pårørenderegnskapet har imidlertid synliggjort at samlede kostnader forbundet med pårørendeinnsats for pårørende over 18 år er svært høye for enkelte kostnadskategorier. Tapt fritid og tap i helsemessig livskvalitet er kostnader som bæres av pårørende selv og utgjør til sammen over 70 prosent av de samlede kostnadene (45,7 milliarder kroner i midtpunktscenario). Det er også viktig å understreke at beregninger forbundet med tapt fritid ikke omfatter kostnader knyttet til all tidsbruk forbundet med pårørendeinnsats, men kun tar utgangspunkt i fritiden hvor de pårørende føler seg presset til å støtte, hjelpe eller pleie, slik at det oppleves som en forpliktelse snarere enn et valg. Pårørendeundersøkelsen viser at 65 prosent av de pårørende er i arbeidsfør alder, og pårørenderollen kan for mange oppleves som en «andre jobb». Tap i helsemessig livskvalitet utgjør over 20 prosent av samlede kostnader, og viser at for mange så er påkjenningen forbundet med pårørendeinnsatsen så krevende at det medfører et helsetap.

Ved siden av dette finner vi at over 20 prosent av de samlede kostnadene knyttet til pårørendeinnsats for de over 18 år skyldes produksjonstap. Dette representerer en tapt verdiskaping på 13,1 milliarder i 2024. At pårørende faller midlertidig eller langvarig ut av arbeidslivet, viser at det må gjøres mer for å tilrettelegge for at pårørenderollen kan kombineres med ordinært arbeidsliv og at det utvikles bedre ordninger som sikrer forståelse og støtte under krevende perioder.

11.3 Det er store kostnader forbundet med det å være pårørende til barn og unge

Vi finner at pårørende til barn og unge er den gruppen med størst kostnader per pårørende sammenlignet med øvrige pårørendegrupper. Pårørende til barn og unge bruker mest tid på pårørendearbeid, i snitt 29,1 timer per uke, sammenlignet med pårørende til skrøpelige eldre som i gjennomsnitt benytter 7 timer per uke. Denne gruppen opplever også i størst grad at egen helse er påvirket av pårørendesituasjonen. De har også det største produksjonstapet på 4,37 milliarder kroner selv om gruppen kun

representerer 8 prosent av alle pårørende i Norge. Pårørende til barn og unge er også den gruppen som i størst grad benytter seg av ordninger som sykemeldinger og egenmeldinger. Våre kostnadsanslag gir en indikasjon på at denne gruppen har behov for større tilrettelegging på arbeidsplass, bedre avlastningsordninger og generelt mer støtte for å kunne håndtere hverdagen.

Slik Pårørendeundersøkelsen er utformet representerer pårørende til barn og unge i dette regnskapet kun pårørende til barn og unge under 18 år. I praksis vet vi at foreldre påtar seg store ansvarsoppgaver for sine barn, også etter det juridiske omsorgsansvaret faller bort når barnet fyller 18 år.

11.4 Kvinner bærer en større kostnad enn menn i pårønderollen

Den nasjonale pårørendeundersøkelsen viser at det er flest kvinner som tar et pårørendeansvar. Undersøkelsen viser at 56 prosent av alle pårørende som har besvart undersøkelsen er kvinner, mens 44 prosent er menn. Vårt pårørenderegnskap viser også at pårørendes innsats i timer er ulikt fordelt mellom kjønnene. I gjennomsnitt bruker kvinner og menn henholdsvis 11,9 timer og 9 timer per uke på pårørendeinnsats. Blant samtlige pårørende som er kvinner oppgir 6,6 prosent at de bruker mer enn ett normalt ukesverk (37,5 timer) på pårørendeinnsats per uke. Blant menn som er pårørende er det til sammenligning 3,7 som oppgir at de bruker like mye tid på pårørendeinnsats. Generelt er det flere kvinner enn menn som rapporterer at de er pårørende, med unntak av pårørende til personer med øvrige lidelser. Hele 61 prosent i pårørendekategorien barn og unge er kvinner.

Det er utenfor rapportens rammeverk å besvare hvorfor kvinner yter en større pårørendeinnsats enn menn. Likevel er det flere faktorer som kan forklare denne forskjellen. Tradisjonelle kjønnsroller har historisk sett tillagt kvinner en større omsorgsrolle, og det finnes fortsatt forventninger om at kvinner påtar seg et større ansvar for pårørendeoppgaver. Kvinner har også en høyere andel deltidsarbeid sammenlignet med menn, noe som kan gi mer fleksibilitet og tid til å påta seg et større pårørendeansvar. I tillegg viser statistikk at kvinner lever lengre enn menn, noe som kan føre til at kvinner oftere befinner seg i en omsorgsrolle for sin partner.

11.5 Det er store kostnader forbundet med utenforskap som følge av barn som pårørende

Barn kan i likhet med voksne være pårørende. Med bakgrunn i at barn er mer sårbare, er det en sannsynlighet for at pårørendesituasjonen resulterer i varig utenforskap, særlig ved psykiske og rusrelaterte utfordringer hos foreldrene. Vi anslår at de samfunnsøkonomiske kostnadene av varig utenforskap for barn som pårørende som kan tilskrives 2024 utgjør mellom 11,0 og 52,7 milliarder kroner. I midtpunktscenarioet finner vi at den samme kostnaden utgjør 26,3 milliarder kroner. Disse tallene representerer anslag på dagens verdi av fremtidige kostnader over barna sitt fremtidige livsløp.

Det kommunale barnevernet skal sikre at barn som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Barn skal møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse. Vår gjennomgang av bekymringsmeldinger i barnevernet for 2023 viser at om lag 33 prosent av bekymringsmeldingene har følgende innhold (prosent i parentes som summerer seg til 100 prosent):¹⁹

- Foreldre sitt rusmisbruk (55,9 prosent)
- Foreldrene sine psykiske problem / lidelser (38,4 prosent)
- Foreldrene sin somatiske sykdom (4,8 prosent)

¹⁹ SSB-tabell 10667.

- Foreldre sine kognitive vansker (0,7 prosent)

I 2023 ble det sendt inn 17 235 bekymringsmeldinger til barnevernet og det ble startet 13 316 undersøkelser i barnevernet med innholdet beskrevet over. Basert på våre forutsetninger om at mellom 12 500 og 60 000 barn havner i varig utenforskap som følge av foreldrenes psykiske lidelser eller alkoholmisbruk per år, kan man spørre seg om bevisstheten om barn som pårørende er tilstrekkelig høy. Ifølge Kallander (2020) viser internasjonal forskning at barn som pårørende ikke ønsker barnevernstiltak, men hjelp i form av tilstrekkelige helse- og omsorgstjenester til foreldrene og hjelp for egen del i form av tilstrekkelig informasjon om omsorgsoppgavene som må utføres og avlastning og emosjonell støtte for å mestre balansen mellom skole og omsorgsoppgavene.

Disse funnene støttes ifølge Kallander (2020) av norske barn som pårørende i multisenter- og oppfølgingsstudien. Barna ønsker seg først og fremst god behandling til foreldrene og hjelp i hjemmet for å kunne ivareta dem (Ruud mfl., 2015, 2021, Faugli m.fl., 2020). Vår vurdering er at det er best å forebygge på denne måten, men samtidig viktig at nødvendige tiltak iverksettes ved omsorgssvikt.

11.6 Pårørenderegnskapet viser at pårørendestrategien stadig er relevant

Pårørendestrategien, som strekker seg fra 2021 til 2025, understreker viktigheten av å gi pårørende større medvirkning i beslutningsprosesser og sikre at deres behov blir anerkjent, slik at de kan balansere omsorgsansvaret med eget liv (Helse og omsorgsdepartementet, 2020). I strategien er det definert tre overordnede målsetninger som vi finner relevante å vurdere i lys av pårørenderegnskapet. Målsettingene i strategien er også relevante å vurdere, gitt at strategiperioden strekker seg til 2025:

1) *Anerkjenne pårørende som en ressurs*

På bakgrunn av pårørenderegnskapet, mener vi pårørende i Norge i langt større grad bør anerkjennes som ressurs. Selv om mye av pårørendeinnsatsen oppleves som rimelig og som en del av livet, viser vårt pårørenderegnskap at for enkelte pårørende er belastningen så stor at det går ut over fritid, arbeidstid og helse. At pårørendeinnsatsen resulterer i forholdsvis høye kostnader, viser også at mer kan gjøres slik at pårørende brukes som et effektivt og godt supplement til ordinære helse- og omsorgstjenester, fremfor å måtte ta et så stort ansvar at det medfører et tap i norsk verdiskaping og i kostnader som i stor grad bæres av pårørende selv.

2) *God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårønderollen med utdanning og arbeid*

En god og helhetlig ivaretagelse av pårørende er avgjørende for at de skal kunne leve gode liv og kombinere pårønderollen med utdanning og arbeid. Pårørenderegnskapet viser imidlertid at pårønderollen for mange medfører tapt arbeidstid og anledning til å delta i utdanning. I tillegg bør en eventuell revidering av denne målsetningen gjenspeile pårørendes behov og krav på fritid. Pårørenderegnskapet viser at tapt fritid utgjør over 50 prosent av de totale kostnadene. Pårørenderegnskapet viser også viktigheten av at den pårørende blir hensyntatt og inkludert under videreutvikling av helse- og omsorgstjenesten.

3) *Ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre*

I Pårørendestrategien konkluderes det med at det er for dårlig kartlegging og oppfølging av barn. Vår gjennomgang taler for at mellom 250 000 og 400 000 barn var risikosonen for å havne i varig utenforskap som følge av pårørendesituasjonen de var i, i 2024. Vi anslår også at mellom 12 500 og 60 000 barn som var pårørende i 2024 ender opp i varig utenforskap. Våre resultater indikerer at innsatsen for å ivareta barn som pårørende er mangelfull og at situasjonen kan forbedres både gjennom oppfølging og tilrettelegging av helsetjenesten og barnevernet.

Referanseliste

- Akershus universitetssykehus HF; Nordlandssykehuset HF; Helse Stavanger HF; Rogaland A-senter; Sørlandet sykehus HF; Vestre Viken HF; Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør; BarnsBeste. (2015). *Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudie*. Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-parorende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/_/attachment
- Blix, B. H., Stalsberg, H., & Moholt, J.-M. (2021). *Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge*. Hentet fra <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-03>
- Den norske legeforeningen. (2024). *Normaltariffen 2024-2025*. Den norske legeforeningen. Hentet fra <https://normaltariffen.no/>
- Direktoratet for medisinske produkter. (2024). *Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for metodevurdering av legemidler*. dmp.no. Hentet fra [cwww.dmp.no/globalassets/documents/offentlig-finansiering-og-pris/dokumentasjon-til-metodevurdering/submission-guidelines-april2024.pdf](https://www.dmp.no/globalassets/documents/offentlig-finansiering-og-pris/dokumentasjon-til-metodevurdering/submission-guidelines-april2024.pdf)
- Dyb, H. (2020). *Bruker mer ressurser på pasienter med høy utdanning*. Hentet fra <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/bruker-mer-ressurser-pa-pasienter-med-hoy-utdanning>
- Ekman, B., McKee, K., Vicente, J., Magnusson, L., & Hanson, E. (2021). *Cost analysis of informal care: estimates from a national cross-sectional survey in Sweden*. BMC Health Services Research. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-021-07264-9>
- Elayan, S., Angelini, V., Buskens, E., & Boer, A. d. (2024). *The Economic Costs of Informal Care: Estimates from a National Cross-Sectional Survey in The Netherlands*. The European Journal of Health Economics. Hentet fra <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-023-01666-8>
- Finansdepartementet. (2021). *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*. regjeringen. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2021.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Folkehelseinstituttet*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/slik-oppsummerer-vi-forskning-2018v2-endret-2021.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Demens*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>

- Folkehelseinstituttet. (2021). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/?term=#datagrunnlag>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/ikke-smittsomme/kols/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Rusmiddellidelser i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Skader og ulykker i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/skader/skader-og-ulykker-i-norge/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Helse hos eldre i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/grupper/eldre/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2024). *Sykdomsbyrde i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-norge/>
- Frambu . (2024). *Hva er en sjelden diagnose?* Hentet fra <https://frambu.no/tema/hva-er-en-sjelden-diagnose/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos psykolog*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-06-18-1262>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2022). *Fellesskap og mestring Bu trygt heime*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a8280e2548c04d3ea6898078480bfaoc/nn-no/pdfs/stm2022023002400odddpdfs.pdf>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2023, Februar 2). *NOU 2023:4 Tid for handling*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Helse Sør-Øst. (2025, 02 27). <https://www.helse-sorost.no/nyheter/tildeling-av-avtaler-innen-rusbehandling/>. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/nyheter/tildeling-av-avtaler-innen-rusbehandling/>
- Helsedirektoratet. (2017, januar). *Pårørendeveileder*. Hentet februar 2023 fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helsedirektoratet. (2019). *Pleiepenger og andre ytelser for pårørende*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/okonomiske-ytelser/pleiepenger-og-andre-ytelser-for-parorende>
- Helsedirektoratet. (2021, mars). *Nasjonal pårørendeundersøkelse*. Hentet februar 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nasjonal-parorendeundersokelse>
- Helsedirektoratet. (2021). *Nasjonal pårørendeundersøkelse*. regjeringen. Hentet fra www.regjeringen.no/contentassets/b5ead6c3412d4fbc938639478d72038f/nasjonal-parorendeundersokelse.pdf

Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal pårørendeundersøkelse 2021-2022*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-parorendeundersokelse-2021-2022/Nasjonal%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%202021-2022.pdf/_/attachment/inline/c5685675-dee2-4406-b88b-1514158d767c:a2b63672e5e9a7af37d95aae93d0ca5b271c6d26/Nasjonal%](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-parorendeundersokelse-2021-2022/Nasjonal%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%202021-2022.pdf/_/attachment/inline/c5685675-dee2-4406-b88b-1514158d767c:a2b63672e5e9a7af37d95aae93d0ca5b271c6d26/Nasjonal%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%202021-2022.pdf/_/attachment/inline/c5685675-dee2-4406-b88b-1514158d767c:a2b63672e5e9a7af37d95aae93d0ca5b271c6d26/Nasjonal%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%202021-2022.pdf)

Helsedirektoratet. (2023). *Pårørendeundersøkelsen 2022. Unge pårørende*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/parorendeundersokelsen-2022-unge-parorende/P%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelsen%202022%20-%20unge%20p%C3%A5r%C3%B8rende.pdf/_/attachment/inline/2b4bff44-ff7c-42ff-a2fo-1eb431db4cf5:b13f91dfce0513e6848ea685b88ffc

HelseNorge. (2024). *Omsorgsstønad*. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/omsorgsstonad>

Hjemås, G., Holmøy, E., & Haugstveit, F. (2019). *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. SSB.

Hjermann, R. (2007). *Barnearbeid på norsk*. Hentet fra Aftenposten: <https://www.aftenposten.no/mener/kronikk/i/y481x/Barnearbeid-pa-norsk>

HOD. (2020). *Vi - de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*. Hentet fra Regjeringen: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-parorendestrategi-og-handlingsplan/id2790589/>

Hofstadius, B. (2015). Barn som anhøriga: økonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader. Hentet fra <https://lnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1081688&dswid=-4775>

Isaksen, A. (2023). *Helseforskerne kan ikke bare lytte til de mest ressurssterke*. Hentet fra <https://forskning.no/helsetjenester-likestilling-nasjonalt-senter-for-e-helse-forskning/helseforskerne-kan-ikke-bare-lytte-til-de-mest-ressurssterke/2134416>

Jørgensen, S., Michelsen, S., Andersen , A., & Thygesen, L. (2021). Identifying and Characterizing Children of Parents with a Serious Illness Using Survey and Register Data. *Clinical Epidemiology*, 253-263.

Kallander, E. (2020). *Doktorgradsavhandling «Children affected by parental illness or parental substance abuse: young carers, well-being and quality of life»*. Oslo: Medisinske fakultet, Universitetet i Oslo .

Kallander,, E., Weimand,, B., Ruud, T., Becker, S., & V, B. (2018). Outcomes for children who care for a parent with a severe illness or substance abuse, Child & Youth Services. doi:10.1080/0145935X.2018.1491302

Kreftforeningen. (2024). *Kreft i Norge*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>

Leknes, S., Løkken, S. A., Syse, A., & Tønnessen, M. (2018). *Befolkningsframskrivingene 2018. Modeller, forutsetninger og resultater*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/354129

Lunde, E. S., & Ramm, J. (2021). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester--2>

- Menon Economics. (2021). *Utfordringer ved sykemeldte pårørende i Norge*. Menon Economics.
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. (2024). *Antall personer med utviklingshemming*. Hentet fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/antall-personer-med-utviklingshemming>
- NAV. (2025). *Hjelpestønad*. Hentet fra [nav.no](https://www.nav.no/hjelpestonad): <https://www.nav.no/hjelpestonad>
- NAV. (2025). *Pleiepenger for sykt barn*. Hentet fra <https://www.nav.no/pleiepenger-barn#sok>
- Norges Handikapforbund. (u.d.). *Tall og fakta*. Hentet fra <https://nhf.no/for-tillitsvalgte/abc-om-nhf/tall-og-fakta/>
- NRK. (2015). *Yngre slagrammede sliter med å komme tilbake til hverdagen*. Hentet fra <https://www.nrk.no/norge/yngre-slagrammede-sliter-med-a-komme-tilbake-til-hverdagen-1.12594129>
- Oslo Economics. (2021). *Samfunnsøkonomisk vurdering av marginalisering og utenforskap*. Barne- og familiedepartementet.
- Oslo Universitetssykehus. (2022, desember 19). *OUS Hjemme*. Hentet fra <https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/teknologi-og-innovasjonsklinikken/innovasjonsavdelingen/ous-hjemme/>
- Pedersen, S., & Kjelsaas, I. (2021A). *Brutto produksjonstap av pårørende innsats i Norge*. Oslo: Menon Economics. Hentet fra <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2021-47-Brutto-produksjonstap-av-parorendeinnsats-i-Norge.pdf>
- Pedersen, S., & Kjelsaas, I. (2021B). *Utfordringer ved sykemeldte pårørende i Norge*. Oslo: Menon Economics. Hentet fra <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2021-72-Utfordringer-ved-sykemeldte-parorende-i-Norge.pdf>
- Pedersen, S., Halvorsen, C., Rødal, M., & Kjelsaas, I. (2024). *Samfunnsøkonomisk verdi av familiehus*. Menon Economics. Hentet fra <https://menon.no/prosjekter/samfunnsokonomisk-verdi-av-familiehus>
- Pedersen, S., Hamnes, C. T., Amari, M., & Kjelsaas, I. (2025). *Samfunnsøkonomiske kostnader av mobbing i grunnskolen*. Menon Economics.
- Pedersen, S., Vinter, C. A., von Hanno, I. L., & Kjelsaas, I. (2024). *Samfunnsøkonomisk verdi av ettervern i barnevernet*. Menon Economics.
- Pedersen, S., Vinter, C., & Kjelsaas, I. (2024). *Samfunnsøkonomisk verdi av ettervern i barnevernet*. Menon Economics. Hentet fra <https://menon.no/prosjekter/samfunnsokonomisk-verdi-av-ettervern-i-barnevernet>
- Prince, M., Prina, M., & Guerchet, M. (2013). *World Alzheimer Report 2013. Journey of Caring. An analysis of long-term care for dementia*. Hentet fra <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2013>
- Pårørendealliansen. (2018). *Stor undersøkelse om pårørende*. Hentet fra <https://napha.no/kunnskapsbasen/22192/stor-undersokelse-om-parorende>

- Rommetvedt, H., & Nødland, S. (2019). Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunale virkninger. *60*, 166-188. Hentet fra <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-02-03>
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K., Hellman, A., Hilsen, M., . . . Skogøy, B. (2015). *Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudie*. Lørenskog: Akershus Universitetssykehus HF.
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K., Hilsen, M., & Weidmand, B. (2021). *Barn som pårørende - Resultater fra oppfølgingsundersøkelsen*. Lørenskog: Akershus Universitetssykehus.
- Statens vegvesen. (2021). *Konsekvensanalyser - veiledning*. Hentet fra <https://www.vegvesen.no/globalassets/fag/handboker/hb-v712-konsekvensanalyser-2021.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2024). *Pasienter på sykehus*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/pasienter-pa-sykehus>
- Sykepleien. (2022). *Alvorlig syke barn og familiene deres mangler et grunnleggende tilbud*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/2022/10/alvorlig-syke-barn-og-familiene-deres-mangler-et-grunnleggende-tilbud>
- Tjora, A. (2024). *Utenforskap*. Hentet fra Store Norske Leksikon: <https://snl.no/utenforskap>
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra chrome-extension://efaidnbhhttps://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rappo-rt-20114-pdf.pdf
- VicenteI, J., McKee, K. J., Magnusson, L., Johansson, P., EkmanI, B., & Hanson, E. (2022). *Informal care provision among male and female working carers: Findings from a Swedish national survey*. Hentet fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35255080/>
- Vista Analyse. (2010). *Samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom*. Vista Analyse.
- WHO. (2020, December). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019*. Hentet fra WHO International: https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Ytterhus, B., Hafting, M., Vallesverd, V., Kallander, E., & Trondsen, M. (2024). Children as next of kin's experiences, practices, and voice in everyday life: a systematic review of studies with Norwegian data (2010–2022),. *Scandinavian Journal*, 1-19.

Vedlegg A: Beregninger av pårørendetallet

Rapporten tar utgangspunkt i at det er 800 000 pårørende i Norge. Tallet er basert på forutsetningene under.

Pårørendealliansen sin definisjon av pårørende: *Én eller flere som deler på å bistå pasient/bruker med oppgaver som andre (eksempelvis offentlig omsorgstilbud) ellers måtte utført fordi vedkommende ikke er i stand til det selv, og over tid.*

Estimat antall pårørende i Norge ut fra minst 1 pårørende pr pasient/bruker registrert. Én eller flere som deler på å bistå pasient/bruker med oppgaver som vedkommende ikke klarer selv og / eller som måtte blitt utført av andre fordi vedkommende ikke er i stand til det selv, og over tid.

Tabell o-1 Pårørendealliansens estimat på antall pårørende i Norge

Antall	Sykdom/Lidelse	Beskrivelse	Referanse
114 000	Eldre mellom 80 til 100 år som mottar helsetjenester	Aldersgruppen 80-89 år: 40 prosent av 195 000 = 78 000 personer. Aldersgruppen 90 år og eldre: 80 prosent av 45 000 = 36 000 personer.	Folkehelseinstituttet (2023)
101 000	Personer med demensdiagnose		Folkehelseinstituttet (2021)
38 000	Personer som får kreft hvert år.	Rundt 15 000 er av alvorlig karakter.	Kreftforeningen (2024)
5 000	Personer som skades på ulikt vis per år (arbeid, fritid, trafikk mm)		Folkehelseinstituttet (2022)
70 000	Personer som har hatt hjerneslag	16 000 nye tilfeller hvert år	NRK (2015)
100 000	Personer med hjerte- og karsykdommer med alvorlig grad		Folkehelseinstituttet (2021)
150 000	Personer med lungesykdommer	40 000 med alvorlig grad	Folkehelseinstituttet (2022)
300 000	Personer med reumatiske sykdommer i Norge	hvorav 100 000 av alvorlig karakter	Folkehelseinstituttet (2024)
100 000	Personer behandles for moderate eller dype/multipsykiske lidelser		Folkehelseinstituttet (2023)
175 000	Personer med moderat til alvorlig rusbruk	Men 75 000 kan være i sammenheng med psykisk lidelse = ROP	Folkehelseinstituttet (2022)

70 000	Personer med psykisk utviklingshemming	Hvorav 14 000 med det som betegnes som moderat eller dyp utviklingshemming	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (2024)
50 000	Personer med nedsatt funksjonsevne		Norges Handikapforbund (u.d.)
200 000	Personer med kronisk eller somatisk sykdom (diabetes, nevrologisk, motorisk, Parkinson mm)	Hvorav 120 000 med alvorlig grad	Statistisk sentralbyrå (2024)
7 500	Familier som har alvorlig syke barn		Sykepleien (2022)
32 000	Personer som lever med en alvorlig sjelden diagnose i Norge som gjør dem avhengig av helsetjenester og hjelp		Frambu (2024)
839 000	Dersom en kun inkluderer de med alvorlig grad i rød skrift		
15,2 prosent	Av befolkningen		
840 000	Pårørende	Med utgangspunkt i 1 pårørende per pasient/bruker	

Barn som pårørende

Tabell o-2 Menons estimat på antall barn som er pårørende i Norge

Antall	Situasjon	Referanse
90 000	Barn og unge vil ha en forelder med rusmisbruk	Folkehelseinstituttet (2011)
3 500	Barn og unge opplever at et familiemedlem får kreft	Kreftforeningen (2022)
410 000	Barn og unge har én eller to foreldre med psykisk lidelse	Folkehelseinstituttet (2011)

Vedlegg B: Om pårørendeundersøkelsen

Spørreundersøkelsen ble gjennomført som en webundersøkelse i Norstats befolkningspanel. Panelet er Norges største tilfeldig rekrutterte befolkningspanel, med over 90 000 pre-rekrutterte deltagere. I panelet er det lagret demografisk informasjon om den enkelte paneldeltager. Dermed kan man trekke utvalg basert på kjønn, alder, geografi og eventuelt andre parametere som er relevante for undersøkelsen.

I analysen benytter vi data fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021).²⁰ Den nasjonale pårørendeundersøkelsen er en landsrepresentativ spørreundersøkelse. Undersøkelsen ble gjennomført i perioden 30. oktober til 30. november 2020 og baserer seg på et tilfeldig utvalg av befolkningen med pårørendeerfaring. Totalt ble 78 740 personer forsøkt kontaktet, hvorav 8 253 personer svarte på de innledende spørsmålene i undersøkelsen. Disse innledende spørsmålene var:

- Gir du støtte, hjelp eller pleie til en eller flere personer på grunn av fysisk eller psykisk sykdom, nedsatt funksjonsevne, rusavhengighet eller alderssvekkelse?
- Har du i løpet av de siste to årene gitt støtte, hjelp eller pleie til noen på grunn av fysisk eller psykisk sykdom, nedsatt funksjonsevne, rusavhengighet eller alderssvekkelse?
- Står du nær noen som av ulike årsaker ikke vil eller kan ta imot støtte, hjelp eller pleie som følge av fysisk eller psykisk sykdom, nedsatt funksjonsevne, rusavhengighet eller alderssvekkelse?

Begrepet pårørende ble bevisst ikke benyttet i de innledende spørsmålene, for å unngå at de som ikke identifiserer seg med pårørendebegrepet eller tenker på seg selv som en pårørende, skulle falle ut av undersøkelsen. Av utvalget på 8 253 personer som besvarte de innledende spørsmålene, var det 3 030 personer som oppfylte kriteriet til å delta i undersøkelsen. Disse personene ble telefonintervjuet og det er det som utgjør datagrunnlaget i den nasjonale pårørendeundersøkelsen.

Når vi i forbindelse med dette prosjektet har fått tilgang til dataen fra undersøkelsen, har vi imidlertid valgt å se bort ifra de pårørende som i undersøkelsen svarte at de i løpet av de siste to årene har gitt støtte, hjelp eller pleie til noen på grunn av fysisk eller psykisk sykdom, nedsatt funksjonsevne, rusavhengighet eller alderssvekkelse. Årsaken er at vi i samfunnsregnskapet ønsker å se hvordan situasjonen er i et enkelt år, og vi anser det derfor som mer representativt fjerne den gruppen som oppga at de var pårørende for to år siden. På bakgrunn av dette sitter vi igjen med et datagrunnlag fra undersøkelsen på 1 927 pårørende.

Vi har gruppert data fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen som følger:

- **Pårørende til barn/unge:** De som har oppgitt å være pårørende til personer under 18 år på spørsmål «Hvor gammel er/ble denne personen?».
- **Pårørende til skrapelige eldre:** De som har oppgitt å være pårørende til personer på 80 år eller mer på spørsmål «Hvor gammel er/ble denne personen?» og/eller de som har oppgitt «svekkelse som følge av alder» på spørsmålet «Hva er/var årsaken til at personen du er/var pårørende til har/hadde et hjelpebehov?» (uavhengig av alder).
- **Pårørende til personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet:** De som har oppgitt «Demens», de som kun har oppgitt «Psykisk sykdom» eller «Psykisk

²⁰ Dette er den første nasjonale pårørendeundersøkelsen. Grunnen til at vi benytter data fra denne og ikke den andre nasjonale pårørendeundersøkelsen er på grunn av informasjonen de har hentet inn i undersøkelsene. Den første undersøkelsen tar for seg pårørendes rolle, erfaringer og situasjon som er relevant for beregning av samfunnsregnskap.

sykdom» og henholdsvis «Rusavhengighet», «Annet» eller «Uavklart (med usikker prognose)», de som kun har oppgitt «Rusavhengighet» eller «Rusavhengighet» og hhv. «Fysisk sykdom» eller «Annet» og de som har oppgitt «Psykisk sykdom», «Rusavhengighet» og «Fysisk sykdom» eller «Uavklart» på spørsmålet «Hva er/var årsaken til at personen du er/var pårørende til har/hadde et hjelpebehov?».

- **Pårørende til personer med kroniske lidelser og langvarig sykdom:** De som kun har oppgitt «Fysisk sykdom», de som har oppgitt «Fysisk sykdom» og henholdsvis «Annet», «Uavklart (med usikker prognose)», «Psykisk sykdom» eller «Nedsatt funksjonsevne» og de som har oppgitt kun «Nedsatt funksjonsevne» eller «Nedsatt funksjonsevne» og henholdsvis «Rusavhengighet», «Psykisk sykdom», «Uavklart (med usikker prognose)» eller «Annet», de som har oppgitt «Psykisk sykdom», «Fysisk sykdom» og «Uavklart» og de som har oppgitt «Nedsatt funksjonsevne» og to eller flere andre årsaker på spørsmålet «Hva er/var årsaken til at personen du er/var pårørende til har/hadde et hjelpebehov?».
- **Personer med øvrige lidelser:** De som har oppgitt «Psykisk utviklingshemming» og de som kun har oppgitt «Annet», «Vet ikke», «Vil ikke svare» eller «Uavklart (med usikker prognose)» på spørsmålet «Hva er/var årsaken til at personen du er/var pårørende til har/hadde et hjelpebehov?».



Menon
Economics

Menon Economics

Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo

+47 909 90 102

post@menon.no

menon.no