

RAPPORT

BRUTTO PRODUKSJONSTAP AV PÅRØRENDEINNSATS I NORGE



MENON-PUBLIKASJON NR. 47/2021

Av Simen Pedersen og Iselin Kjelsaas



Forord

På oppdrag for Pårørendealliansen har Menon Economics anslått størrelsen på brutto produksjonstapet blant pårørende.

Prosjektet har vært ledet av Simen Pedersen, med Iselin Kjelsaas som prosjektmedarbeider. Erland Skogli har vært kvalitetssikrer. Erika Karttinen har kommet med nyttige innspill underveis. Arbeidet er gjennomført i perioden desember 2020 – april 2021.

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

Vi takker Pårørendealliansen for et spennende oppdrag. Vi takker også alle intervjuobjekter for gode innspill underveis i prosessen.

April 2021

Simen Pedersen
Prosjektleder
Menon Economics

Innhold

SAMMENDRAG	3
1 BAKGRUNN, PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSINGER	6
1.1. Bakgrunn	6
1.2. Problemstillinger	7
1.3. Avgrensninger	7
1.4. Metodisk tilnærming	8
2. HVA ER EN PÅRØRENDE?	10
3. KVANTIFISERING AV TAPTE ÅRSVERK	11
3.1. Antall pårørende totalt	11
3.2. Antall pårørende som jobber mindre fordi de er pårørende	13
3.3. Antall tapte årsverk	14
3.4. Fordeling av årsverk mellom kjønn	16
4. SAMLET BRUTTO PRODUKSJONSTAP – I DAG OG I FREMTIDEN	17
REFERANSELISTE	22

Sammendrag

Brutto produksjonstap blant pårørende som har sluttet i jobb / redusert stilling er anslått til å utgjøre mellom 6,6 og 13,2 milliarder kroner i 2020. Dette tilsvarer mellom 9 000 og 18 000 tapte årsverk. Vi anslår også at kvinner står for 61 prosent av de tapte årsverkene. Resultatene er forbundet med stor usikkerhet.

Den demografiske utviklingen, med relativt flere eldre i forhold til personer i arbeidsdyktig alder, taler for at brutto produksjonstap av pårørende innsats vil øke i fremtiden. Basert på Statistisk sentralbyrå sine befolkningsprognoser (middelalternativet) anslår vi at brutto produksjonstap kan utgjøre mellom 9,8 og 19,6 milliarder kroner i 2040. Det tilsvarer en vekst i pårørendebyrden på 48 prosent fra dagens nivå for pårørende i arbeidsdyktig alder.

Nedgang i arbeidstid eller reduksjon i stilling kan for den enkelte pårørende resultere i at man velger å bruke mer tid til å yte pleie og omsorg til den man er pårørende for. Denne økte omsorgen kan både supplere og erstatte det offentlige tilbudet av pleie og omsorg til den samme målgruppen. Det innebærer at netto produksjonstap for samfunnet sannsynligvis er lavere enn våre anslag uttrykker.

Pårørende som har muligheten til det kan også frivillig ha valgt å gå ut av arbeid / jobbe mindre for å få mer tid med den de er pårørende for. I slike situasjoner er det grunn til å tro at opplevd nytte for den enkelte av å være utenfor arbeidsmarkedet overstiger kostnaden av å ikke stå i arbeid. Det er derfor ikke riktig å sette likhetstegn mellom brutto produksjonstap og netto samfunnsøkonomisk tap av redusert deltakelse i arbeidslivet.

Presenterte tall er utarbeidet med bakgrunn i tall fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen. Dataene for pårørendeundersøkelsen er samlet inn i perioden fra 30. oktober til 30. november 2020, altså under koronapandemien. Det er derfor grunn til å tro at tallene overvurderer konsekvensene av pårørendesituasjonen sett i sammenheng med hva som kan sies å være normalsituasjonen.

Oppdraget ser på brutto produksjonstap av å være pårørende

Pårørende er nærstående personer i livet til mennesker som er syke og eldre (med funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser, rus- og/eller andre avhengighetsproblemer). Hva det innebærer å være pårørende, herunder omfang og hvor givende/belastende det er, vil variere mellom personer og situasjoner. Pårørendealliansen har anslått at minst 800 000 personer i Norge er i en pårørendesituasjon til enhver tid. Dette forutsetter én pårørende per pasient/bruker og at pårørende bistår med oppgaver som andre ellers måtte utført fordi vedkommende ikke er i stand til det selv, og økende over tid.

Pårørende er en viktig ressurs, både for bruker/pasient og for samfunnet. Å være pårørende kan samtidig påvirke arbeidssituasjonen. Belastningen av å være pårørende kan for eksempel bli så stor at den pårørende ser seg nødt til å slutte i jobben eller redusere arbeidsinnsats, om hjelpebehovene ikke dekkes med offentlig innsats. Pårørendealliansen ønsker å belyse den samfunnsøkonomiske betydningen av at arbeidsevne og produksjon kan påvirkes som følge av å være pårørende, også sett i lys av at det i dag er begrensede muligheter for omsorgsdager og betalte velferdspermisjoner for pårørende for omsorg for voksne. Menon har vurdert følgende problemstillinger:

- Hvor stort er det samlede brutto produksjonstapet av å være pårørende i dag?
- Hvor stor del av det samlede brutto produksjonstapet kan tilskrives pårørendeomsorg for voksne mennesker (personer over 18 år)?
- Hvordan kan vi forvente at dette brutto produksjonstapet utvikler seg fremover?

Oppdraget er avgrenset til 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 på / tidsklemma til å gå opp er å gå ned i stillingsprosent eller å si opp jobben. Vi ser altså vekk fra bl.a. de som har måttet ta ut feriedager eller har fått sykemelding som følge av å være pårørende. Våre anslag bør anses som konservative.

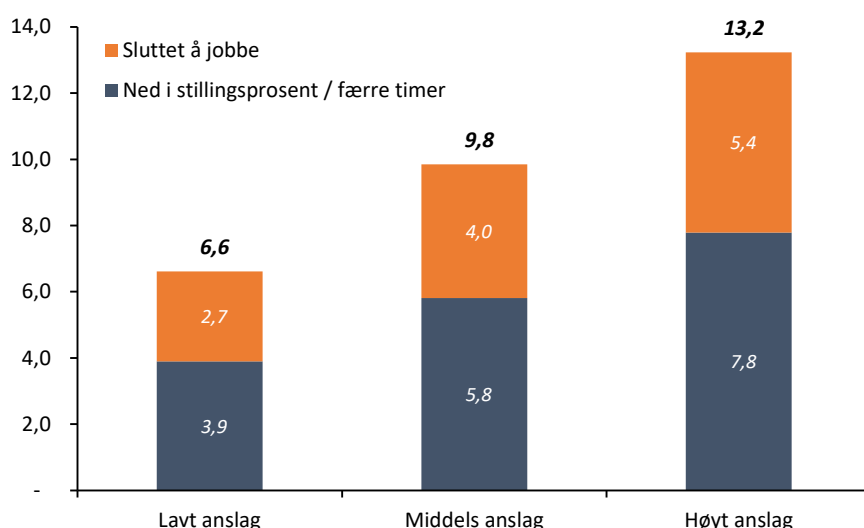
Brutto produksjonstap blant pårørende er anslått til 6,6-13,2 milliarder kroner per år

Basert på gjennomgang av offisielle og uoffisielle tall på antall pårørende i Norge og for våre naboland finner vi grunnlag for å si at antall pårørende i Norge over 18 år utgjør et sted mellom 537 000 og 1 074 000. Ifølge den nasjonale pårørendeundersøkelsen fra Helsedirektoratet er om lag 70 prosent av disse i arbeidsstyrken. Undersøkelsen gir også grunnlag for å kvantifisere antall personer som har redusert sin stilling eller sluttet å jobbe som følge av sin pårørendesituasjon. Vi anslår at mellom 33 500 og 67 000 personer har redusert si stilling og mellom 4 200 og 8 400 personer har sluttet å jobbe.

Basert på våre forutsetninger om hvor mye de pårørende går ned i stillingsprosent og korreksjon for at en gjennomsnittlig sysselsatt i Norge jobber 0,882 årsverk finner vi at brutto produksjonstap utgjør mellom 9 000 og 18 000 årsverk. Ifølge Finansdepartementets rundskriv om prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv. skal man benytte følgende kalkulasjonspris for arbeidskraft: *Brutto reallønn, dvs. lønn inklusive skatt, arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader*. Legger vi til grunn kjønns- og aldersfordelingen til pårørende fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen, finner vi fra Statistisk sentralbyrå at gjennomsnittlig brutto lønn for en pårørende utgjør 588 000 kroner per år. Ved å anta at arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader utgjør 25 prosent av bruttolønnen, ender vi opp med en kalkulasjonspris per årsverk lik 735 000 kroner.

Ved å multiplisere kalkulasjonsprisen med anslått omfang av tapte årsverk, kommer vi frem til resultatene vist i Figur A. Figuren forteller oss at brutto produksjonstap for pårørendeinnsats er anslått til å utgjøre en kostnad mellom 6,6 og 13,2 milliarder kroner per år.

Figur A Anslag på brutto produksjonstap for pårørende over 18 år i Norge i 2020, målt i milliarder kroner



Kilde: Menon Economics

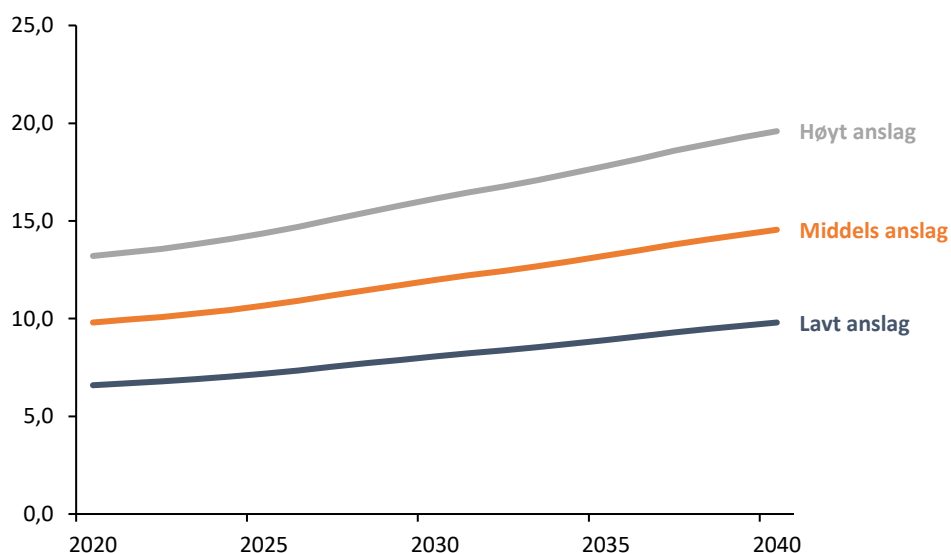
Den norske befolkningen blir stadig eldre, og de eldste aldersgruppene vokser mest. Samtidig øker risikoen for kronisk sykdom og funksjonstap ved stigende alder, og dermed øker også behovet for hjelp og støtte. Dette indikerer at det relative behovet for hjelp og støtte øker betydelig fremover. Det er derfor grunn til å tro at

forventet videreføring av dagens nivå på pårørendeomsorg vil innebære at produksjonstapet øker betydelig de neste 10-20 årene. Dette henger naturligvis tett sammen med det offentlige pleie- og omsorgstilbudet. Hvis behovet for omsorg vokser mer enn det offentlige tilbudet bygges ut, er det grunn til å tro at pårørende må ta en større del av arbeidet. Følgelig er det grunn til å tro at produksjonstapet vil vokse enda mer.

Brutto produksjonstap kan øke med 48 prosent de neste 20 årene

Den demografiske utviklingen, med relativt flere eldre i forhold til personer i arbeidsdyktig alder, taler for at brutto produksjonstap av pårørendeinnsats vil øke i fremtiden. Basert på Statistisk sentralbyrå sine befolkningsprognoser (middelalternativet) anslår vi at brutto produksjonstap kan utgjøre mellom 9,8 og 19,6 milliarder kroner i 2040. Det tilsvarer en vekst i pårørendebyrden på 48 prosent fra dagens nivå for pårørende i arbeidsdyktig alder. Framskrivningene er vist i figur B. Disse tallene må sees på som et regneeksempel og har naturligvis stor usikkerhet ved seg.

Figur B Regneeksempel – Utvikling i årlig brutto produksjonstap for pårørende over 18 år i Norge, målt i milliarder kroner



Kilde: Menon Economics

En viktig kritikk til regneeksempelen er at vi ikke har tatt innover oss kapasiteten for de pårørende til å dekke omsorgsbehovet. Det er også verdt å diskutere om de pårørende skal ta hele denne kostnaden. Et alternativ er at fellesfinansierte omsorgstjenester avlaster, slik at pårørende i arbeidsdyktig alder i større grad kan delta i arbeidslivet. Et annet alternativ er at pårørendesituasjonen anerkjennes i større grad og følges opp med virkemidler som muliggjør at man kan utføre en pårørendeinnsats uten at det har store karrieremessige og økonomiske kostnader for den enkelte.

1 Bakgrunn, problemstillinger og avgrensinger

1.1. Bakgrunn

Ifølge Pårørendealliansen er om lag 800 000 mennesker i Norge over 18 år pårørende. Mange har store belastninger, og flere opplever at de ikke blir sett eller hørt. Regjeringen har lagt frem en pårørendestrategi som skal bidra til at pårørende blir anerkjent som en ressurs og at de kan leve gode liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Pårørende er en viktig ressurs, både for bruker/pasient og for samfunnet. I strategien vises det til at ulønnet innsats fra pårørende er beregnet til å utgjøre 136 000 årsverk. Dette er nesten like mange årsverk som de kommunale omsorgstjenestene, som utgjør om lag 142 000 årsverk (Hjemås et. al, 2019). Andelen eldre i befolkningen forventes fremover å øke, noe som kan øke antallet som kombinerer arbeid og omsorgsoppgaver.

Å være pårørende kan påvirke arbeidssituasjonen til den pårørende og i noen tilfeller føre til at den pårørende selv blir syk og får økt fravær fra jobb eller sykemelding. Som pårørende har man imidlertid ikke rett til sykepenger, og det er begrenset med muligheter for betalte velferdspolisjoner eller omsorgsdager som pårørende. Det varierer samtidig hvor godt arbeidsgivere tilrettelegger for pårørende og hvilke rettigheter man har. Enkelte arbeidsgivere har tariffestet rett til lønnet permisjon ved alvorlig sykdom og død hos nærstående. Pårørendealliansen er opptatt av at pårørende skal klare å yte den hjelpen de ønsker eller kan, uten at dette går for mye ut over deres arbeidsliv eller skole, helse, økonomi mm. De har derfor etterlyst utvidede permisjonsordninger med lønn for pårørende i arbeid, blant annet omsorgsdager for pårørende som i større grad likestiller foreldreomsorg for barn og pårørendeomsorg for syke. Omsorgsdager for pårørende er ikke en del av pårørendestrategien. Det kan imidlertid nevnes at Europakommisjonen i 2019 vedtok et direktiv med rett til minimum fem omsorgsdager for pårørende.¹ EU/EØS-landene som omfattes har i utgangspunktet tre år på å gjennomføre direktivet.

Iht. arbeidsmiljøloven § 12-10 første ledd har arbeidstakere som pleier nærstående i hjemmet i livets slutfase rett til permisjon i 60 dager for pleie av den nærstående. Dette gir ikke nødvendigvis rett til lønnet permisjon, men den som pleier den nærstående kan ha rett til pleiepenger iht. folketrygdløven § 9-13. Arbeidsmiljøloven § 12-10 annet ledd sier også at arbeidstaker har rett til permisjon i inntil 10 dager hvert kalenderår for å gi nødvendig omsorg til foreldre, ektefelle, samboer, registrert partner eller funksjonshemmet eller kronisk sykt barn over 18 år. Heller ikke dette gir arbeidstaker rett til lønn eller andre ytelser, med mindre dette er avtalt med arbeidsgiver. Iht. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-8 kan personer med særlig tyngende omsorgsarbeid kreve tiltak fra kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal tilby nødvendig pårørendestøtte til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid, bl.a. opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad, jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-6.

Til sammenlikning kan foreldre med omsorg for barn ha rett til omsorgspenger når de må være hjemme fra arbeid som følge av sykdom hos barnet eller den som passer barnet, jf. folketrygdløven § 9-5. Foreldre har imidlertid omsorgsplikt for egne barn, noe man ikke har som pårørende til personer over 18 år. Iht. arbeidsmiljøloven § 12-9 andre ledd har arbeidstaker rett til permisjon i inntil 10 dager ved barn eller barnepassers sykdom, eller 15 dager ved omsorg for mer enn to barn. Iht. tredje ledd er retten til permisjon på 20 dager dersom barnet har kronisk sykdom, langvarig sykdom eller nedsatt funksjonsevne og arbeidstaker derfor har markert økning av

¹ Directive (EU) 2019/1158 of the European Parliament and of the Council of 20 June 2019 on work-life balance for parents and carers and repealing Council Directive 2010/18/EU, se <https://www.regjeringen.no/no/sub/eos-notatbasen/notatene/2017/juni/europakommisjonens-work-life-balance-directive/id2556738/>

risiko for fravær. Dersom arbeidstaker er alene om omsorgen, dobles antall permisjonsdager, jf. § 12-9 sjette ledd. Arbeidstakere har også rett til permisjon bl.a. dersom barn innlegges i helseinstitusjon og arbeidstaker oppholder seg der, er utskrevet og krever kontinuerlig tilsyn og pleie eller har livstruende eller annen svært alvorlig sykdom eller skade, jf. fjerde ledd.

1.2. Problemstillinger

Å være pårørende kan påvirke arbeidssituasjonen. Belastningen av å være pårørende kan for eksempel bli så stor at den pårørende ser seg nødt til å slutte i jobben eller redusere arbeidsinnsats. Pårørendealliansen ønsker å belyse den samfunnsøkonomiske betydningen av at arbeidsevne og produksjon kan påvirkes som følge av å være pårørende, også sett i lys av at det i dag er begrensede muligheter for omsorgsdager og betalte velferdspermisjoner for pårørende for omsorg for voksne. I dialog med Pårørendealliansen har vi definert problemstillingene for oppdraget til å være:

- Hvor stort er det samlede brutto produksjonstapet av å være pårørende i dag?
- Hvor stor del av det samlede brutto produksjonstapet kan tilskrives pårørendeomsorg for voksne mennesker (personer over 18 år)?
- Hvordan kan vi forvente at dette brutto produksjonstapet utvikler seg fremover?

1.3. Avgrensninger

Brutto produksjonstap representerer i denne sammenhengen verdien av ikke-realiserede arbeidstimer i lønnet arbeid – som ville blitt realisert hvis de pårørende ikke var pårørende. I vurderingen av produksjonstapet er det ikke relevant å se på gruppen av pårørende som på grunn av egen sykdom som ikke er relatert til å være pårørende, eller etter eget ønske, er borte fra arbeidslivet. Samtidig kan det være vanskelig å trekke klare grenser mellom de som helt eller delvis er ute av arbeidslivet som følge av å være pårørende og de som er helt eller delvis ute av arbeidslivet som følge av andre grunner. Blant annet vil det variere hvorvidt man som pårørende kan stå uten lønnet arbeid fordi man har økonomiske muligheter til det.

Det kan være flere årsaker til at en pårørende helt eller delvis er borte fra arbeidslivet. I vurderingen av brutto 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 / tidsklemma til å gå opp er å gå ned i stillingsprosent eller å si opp jobben. Det ville i utgangspunktet også vært relevant å ta med de som på andre måter får påvirket sin arbeidssituasjon på grunn av å være pårørende. Vi har i denne utredningen avgrenset oss vekk fra grupper av pårørende hvor belastningen av å være pårørende har vært så stor at den pårørende har:

- måttet ta ut feriedager, avspasere, bruke egenmelding, sykemelding, velferdspermisjon mv.
- blitt syk – som har bidratt til mindre arbeid (heltids- eller deltidssykemeldt)
- byttet arbeid til en mindre krevende stilling
- sagt nei til forfremmelser
- pensjonert seg tidligere enn hva vedkommende ellers ville gjort
- jobbet mindre overtid eller liknende

Vi har kun sett på pårørende over 18 år. Totalt sett innebærer avgrensningene at våre anslag vil være konservative.

I tillegg er det viktig å påpeke at det å være pårørende også kan ha andre samfunnsøkonomiske konsekvenser utover produktivitetstapet vi regner på, både positive og negative. Blant annet kan det å være pårørende i stor grad påvirke hverdag og helse. Pårørende kan blant annet være utsatt for stress og utmattelse, med de konsekvenser det kan ha, uten at det gir utslag i form av redusert stillingsprosent eller at man mister jobben. I pårørendeveilederen til Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017) står det at vanlige helseutfordringer hos pårørende omfatter søvnproblemer, konsentrasjonsvansker, nedsatt energinivå, bekymring, stress, angst, depresjon, ulike smertetilstander, nedsatt immunforsvar og kostrelaterte problemer. I tillegg til eventuell påvirkning på helse og arbeidssituasjon kan det å være pårørende påvirke andre i familien, sosialt liv og den økonomiske situasjonen gjennom blant annet økte utgifter ifm. sykdom. Når foreldre er pårørende kan det for eksempel ha innvirkning på deres evne til å gi omsorg og oppmerksomhet til barn, og barn som pårørende kan ha innvirkning på deltakelse i barnehage, skole og sosialt liv og helse. I pårørendestrategien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) står det at «Innspillene viser videre at pårørendes omsorgsinnsats kan bli så omfattende eller krevende at den pårørende får utfordringer med å ivareta egne behov. Omfattende omsorgsansvar kan medføre isolasjon, redusert mulighet til å følge opp andre forpliktelser, enten på jobb eller i familien, og få muligheter for fritid og ferie. Videre kan det å være pårørende i en krevende situasjon bringe med seg vanskelige følelser, stigma og dilemmaer som medfører høy grad av emosjonelt stress – ofte over tid.» Konsekvenser utover redusert arbeidsinnsats er ikke omfattet som en del av vår utredning.

Beregningene i rapporten er gjennomført med bakgrunn i tall fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021). Dataene for pårørendeundersøkelsen er samlet inn i perioden fra 30. oktober til 30. november 2020, altså under koronapandemien. Det er derfor grunn til å tro at tallene som representeres i denne rapporten overvurderer konsekvensene av pårørendesituasjonen i forhold til hva som kan sies å være normal-situasjonen.

1.4. Metodisk tilnærming

Vår metodiske tilnærming for å kvantifisere og verdsette brutto produksjonstap av pårørendeinnsats bygger på gjennomgang av eksisterende kilder og undersøkelser. Spesielt sentralt er den nasjonale pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021) og Pårørendealliansen sin undersøkelse (Pårørendealliansen, 2017). I denne sammenheng er det verdt å nevne at vi ikke har fått tilgang til mikrodataene i undersøkelsene, noe som innebærer at vi ikke har hatt mulighet til å gi så nyanserte svar som vi ønsker.

For å anslå brutto produksjonstap tar vi utgangspunkt i trippelanslag for antall pårørende over 18 år, og anslår antall pårørende over 18 år som enten er eller kan være en del av arbeidsstyrken i Norge basert på funn fra nasjonal pårørendeundersøkelse. For å beregne antall pårørende over 18 år som jobber mindre fordi de er pårørende benytter vi andelen som i nasjonal pårørendeundersøkelse har oppgitt at jobben har blitt påvirket av at man er pårørende, enten ved at man har sluttet eller redusert stilling/arbeidstid. For å kunne prissette produksjonstapet omregner vi først antall pårørende som går ned i stilling og slutter å jobbe til tapte årsverk. Vi legger til grunn at volumstørrelsene på et tidspunkt representerer en normalsituasjon i løpet av året og tar utgangspunkt i statistikk fra SSB for å bestemme forutsetninger for reduksjon i stillingsprosent. Deretter multipliserer vi antall tapte årsverk med en kalkulasjonspris per årsverk for å finne samlet produksjonstap. Vi har gjennomgående benyttet konservative anslag for å ikke overvurdere produksjonstapet. Til slutt illustrerer vi hvor stort brutto produksjonstap kan bli i 2040 basert på et regneeksempel. Framskrivningene baserer seg på Statistisk sentralbyrå sitt middelalternativ (MMMM-alternativet).

For å forsikre oss om at arbeidet bygger på kjent kunnskap og relevante kilder har vi også gjennomført samtaler med eksperter/forskere. Blant annet har vi snakket med Steinar Barstad (styreleder i Pårørendealliansen og seniorrådgiver ved NTNU Senter for omsorgsforskning) og Heidi Gautun (forsker I ved NOVA, OsloMet).

2. Hva er en pårørende?

Ifølge pårørendeveileder 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). Ifm. anslag på antall pårørende har Pårørendealliansen definert pårørende som en 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 langvarige tilstander som demens eller alvorlig rusmisbruk over tid.

Opinion har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en nasjonal pårørendeundersøkelse for å kartlegge pårørendes rolle, erfaringer og situasjon (Helsedirektoratet, 2021). De legger til grunn en bred definisjon av pårørende. I spørreundersøkelsen de gjennomførte er pårørende definert som «en som støtter, hjelper eller pleier en nærstående som følge av fysisk eller psykisk sykdom, alderssvkkelse, funksjonsnedsettelse eller rusavhengighet». Det er ikke stilt krav til regelmessighet eller omfang av pårørendeinnsats, og dette vil derfor variere blant de som er med i kartleggingen. Videre omfattes pårørende i dag, personer som nylig har vært pårørende og personer som står nær noen som ikke vil eller kan motta hjelp.

Hva det innebærer å være pårørende, herunder omfang av bistand og hvor givende/belastende det er, vil variere 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. Behovet for hjelp og støtte vil blant annet avhenge av pasient/bruker sin situasjon og hjelpebehov, hva slags hjelp personen ellers får og den pårørende sin situasjon. Noen pårørende kan ha store behov over tid, mens andre i liten eller ingen grad vil ha behov for hjelp og støtte. Det vil derfor også variere hvor vanskelig det er både å være pårørende og å være i utdanning eller arbeid.

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 hhv. personlige og instrumentelle aktiviteter i dagliglivet og tilsyn for å overvåke atferdsforstyrrelser eller forhindre farlige situasjoner). Pårørendeveilederen beskriver for eksempel noen tilstander som kan medføre særlig behov for støtte til pårørende, bl.a. livstruende sykdom og langvarige sykdommer eller tilstander som demens, hjerneslag m.m., samt eldre pårørende, pårørende med egne helseproblemer med videre.

3. Kvantifisering av tapte årsverk

3.1. Antall pårørende totalt

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 % alvorlig skadet.
70 000	Personer som har hatt hjerneslag som medfører mèn. 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 mm)
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

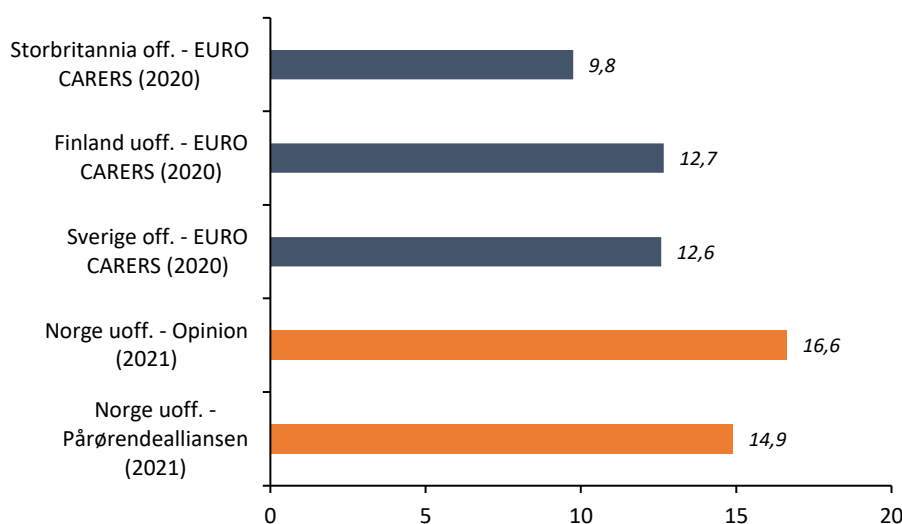
*Summen av de ulike komponentene utgjør mer enn 800 000, årsaken er at antallet med ulike sykdomsbilder delvis er overlappende. Kilde: Pårørendealliansen, juli 2021.

I nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021) er det benyttet en videre forståelse av begrepet pårørende, som omtalt i kapittel 2. Ut fra deres definisjon av pårørende er om lag 1,5 mill. mennesker over 18 år pårørende. Helsedirektoratet (2021) deler imidlertid inn pårørende i tre grupper. Den største gruppen er i dag de som gir støtte, hjelp og pleie til én eller flere personer på grunn av fysisk eller psykisk sykdom, nedsatt funksjonsevne, rusavhengighet eller alderssvækkelse. Helsedirektoratet (ibid.) finner at denne gruppen utgjør 58 prosent av de pårørende, som tilsvarer 893 000 personer. Dette anslaget er sammenlignbart med anslaget til

Pårørendealliansen på 800 000 pårørende, men altså 93 000 pårørende høyere. Vi har ikke faglig grunnlag for å konkludere med hva som forklarer denne differansen.

Det er interessant å se de to uoffisielle anslagene² for antall pårørende som er 18 år eller eldre i Norge i sammenheng med anslag for andre land. I 2020 sammenstilte Euro Carers en oversikt over offisielle og uoffisielle tall på antall pårørende i EU-land.³ Det er uklart om tallene omfatter pårørende under 18 år. Vi har valgt å vise antall pårørende per innbygger i Norge, Sverige, Finland og Storbritannia – se Figur 3.1. For Danmark oppgis det offentlige anslaget på antall pårørende å være 20 000, som tilsvarer 0,3 prosent av den samlede befolkningen. Vi tror ikke at tallet er riktig, og har derfor ikke vist Danmark i oversikten. Island er ikke med i oversikten. Uansett forteller tallene oss at anslagene for Norge er høyere enn for andre land. I Storbritannia anslås det at rundt 10 prosent av innbyggerne er pårørende, og tilsvarende tall er lik 12,6 og 12,7 for henholdsvis Sverige og Finland. Vi har ikke grunnlag for å peke på om differansene skyldes reelle forskjeller, målefeil eller forskjellige definisjoner.

Figur 3.1 Offisielle og uoffisielle anslag på andel pårørende i Norge, Sverige, Finland og Storbritannia, i prosent per innbygger



Kilde: EURO CARERS, Helsedirektoratet, Pårørendealliansen og FN (innbyggertall) – sammenstilt av Menon Economics

Det er uklart hvilken merverdi det gir å sammenligne antall pårørende på tvers av landegrensene. Antall pårørende vil naturligvis avhenge av forhold som antall syke, kulturen i samfunnet for å ta på seg en pårørenderolle og kvaliteten på de offentlige helse- og omsorgstjenestene.

Det er ikke tvil om at antall pårørende er en usikker størrelse. Det er derfor utfordrende å lande på et konkret tall med to streker under for Norge. Vi har derfor valgt å legge til grunn et lavt, middels og høyt anslag på antallet pårørende i våre beregninger. I valg av trippelanslag er det viktig at vi tar usikkerheten på alvor. I det lave anslaget har vi lagt til grunn at 10 prosent av innbyggerne er å regne som pårørende, og i høyt anslag legger vi til grunn 20 prosent. Midtpunktet er satt til 15 prosent – som er tilnærmet lik Pårørendealliansen sitt anslag. Anslagene virker også rimelige sett opp mot Levekårsundersøkelsen fra SSB, som viser oversikt over ulønnet omsorgsarbeid for syke, eldre og funksjonshemmede. Undersøkelsen viser at 16 prosent ga regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn

² Uoffisielle anslag vil si anslag som ikke er bekreftet av Helse- og omsorgsdepartementet eller Helsedirektoratet.

³ <https://eurocarers.org/about-carers/>

i 2019.⁴ Det er likevel verdt å påpeke at vi legger til grunn at det høye anslaget på antall pårørende er dobbelt så stort som det lave anslaget, som tydelig uttrykker usikkerheten vi står overfor.

Tabell 3.2 Trippelanslag for antall pårørende over 18 år i Norge, i 2020

	Lavt anslag (10 prosent av norske innbyggere)	Middels anslag (15 prosent av norske innbyggere)	Høyt anslag (20 prosent av norske innbyggere)
Anslag på antall pårørende over 18 år	537 000	800 000	1 074 000

Vi er ikke ute etter pårørende totalt, men pårørende som enten er en del av arbeidsstyrken eller kan være en del av arbeidsstyrken. Både den nasjonale pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021) og Pårørendealliansens undersøkelse til pårørende (Pårørendealliansen, 2017) inkluderer spørsmål om i hvilken grad pårørende er i arbeid. I valget mellom å benytte resultater fra de to undersøkelsene må vi se til metoden som er benyttet for å samle inn tallene. Pårørendealliansens undersøkelse (ibid.) er basert på at det lanseres en åpen lenke som alle som ønsker kan svare på. Den åpne lenken formidles via relevante kanaler for å treffe flest mulig pårørende. Det kan være grunn til å tro at de som har et omfattende pårørendeansvar har en større tilbøyelighet til å svare på slike undersøkelser, og slik sett kan representere et skjevt utvalg av pårørendepopulasjonen.

Den nasjonale pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021) er en landsrepresentativ spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen som er gjennomført baserer seg på et tilfeldig utvalg av befolkningen med pårørender erfaring. Totalt 78 740 personer ble forsøkt kontaktet, hvorav 8 253 personer svarte på de innledende spørsmålene, og blant disse ble 3 030 pårørende telefonintervjuet. I forbindelse med vår vurdering av produksjonstap vurderer vi representativiteten til å være høyest for den nasjonale pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021).

Fra nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021) finner vi at 64 prosent av de pårørende er sysselsatt og at 6 prosent har permisjon, er hjemmeværende eller arbeidssøkende. Ut fra dette kan vi si at pårørendesituasjonen kan ha påvirket om lag 70 prosent av de pårørende i form av at de har sluttet å jobbe eller jobber mindre. Vi ser altså bort fra pensjonister (17 prosent), studenter/militære (8 prosent) og uføretrygdede (5 prosent).

Tabell 3.3 Trippelanslag for antall pårørende over 18 år som er pårørende som enten er eller kan være en del av arbeidsstyrken i Norge, i 2020

	Lavt anslag	Middels anslag	Høyt anslag
Anslag	376 000	560 000	752 000

3.2. Antall pårørende som jobber mindre fordi de er pårørende

Vi er ute å kvantifisere antall pårørende som jobber mindre eller har sluttet å jobbe fordi de er pårørende. I nasjonal pårørendeundersøkelse (Helsedirektoratet, 2021) oppgir om lag 19,5 prosent at jobben har blitt påvirket av at man er pårørende. Blant disse har:

⁴ Tabell 07700. Tallene omfatter personer fra 16 år.

- 34 prosent redusert stilling/arbeidstid, og
- 4 prosent har sluttet å arbeide.

I den nasjonale pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021) kan man oppgi flere svaralternativer, altså både at man har redusert stillingsandel/arbeidstid og har sluttet å jobbe. Helt konkret innebærer det en risiko for at størrelsene er overlappende i form av at samme person er talt begge steder. Siden vi ikke har hatt tilgang til mikrodataene som er samlet inn, er det ikke mulig for oss å kontrollere helt korrekt for denne potensielle dobbelttellingen. For å være sikker på at vi ikke overvurderer resultatene, antar vi at halvparten av de som sier at de har sluttet å jobbe (tilsvarende 2 prosent) også har oppgitt at de har redusert stilling/arbeidstid. Det vil si at vi regner på 4 prosent som har sluttet å jobbe og 32 prosent som har redusert stilling.

Basert på disse forutsetningene kommer vi frem til resultatene vist i Tabell 3.4. Tabellen viser at antall pårørende som har redusert stilling anslås å ligge mellom 33 500 og 67 000, og at antall pårørende som har sluttet å jobbe anslås å ligge mellom 4 200 og 8 400. Til sammenligning anslår NKA (2016) at antall pårørende i Sverige som har redusert sin arbeidstid utgjør 70 000 og at antallet som har blitt tvunget til å slutte i jobben utgjør 29 000 pårørende. Våre anslag er noenlunde tilsvarende de svenske tallene når det gjelder omfanget av pårørende som har redusert sin stilling, og betydelig lavere når det gjelder personer som har sluttet å jobbe.

Tabell 3.4 Trippelanslag for antall pårørende som har gått ned i stillingsprosent eller sluttet å jobbe, i 2020

	Lavt anslag	Middels anslag	Høyt anslag
Antall som har redusert stilling	33 500	49 900	67 000
Antall som har sluttet å jobbe	4 200	6 200	8 400

3.3. Antall tapte årsverk

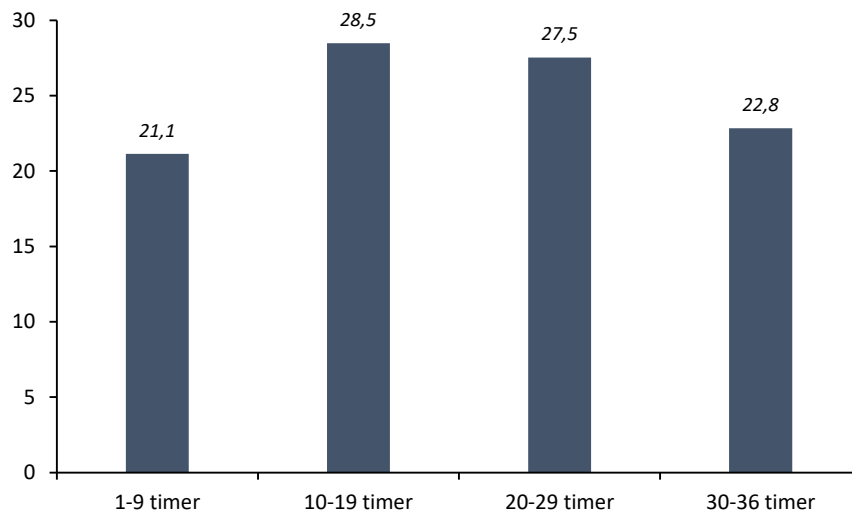
For å kunne prissette produksjonstapet er vi avhengig av å omregne antall pårørende som går ned i stilling og slutter å jobbe til tapte årsverk. I denne diskusjonen er det naturlig å avklare hvilken periode vi skal beregne tapte årsverk for. Det virker mest hensiktsmessig at vi forsøker å si noe om tapte årsverk per år.

Spørreundersøkelsene vi har benyttet for å kvantifisere antall pårørende som jobber mindre eller slutter å jobbe representerer et øyeblikksbilde, og vi har lite grunnlag for å si at det er store variasjoner i disse makrostørrelsene i løpet av et år. Vi legger derfor til grunn at volumstørrelsene på et tidspunkt representerer en normalsituasjon i løpet av året. I praksis impliserer denne forutsetningen at hvis flere på et tidspunkt går ned i stillingsprosent motsvares det av at flere øker sin stillingsprosent, tilsvarende for de som er i jobb. I løpet av året vil det sannsynligvis være flere pårørende som ender opp med en slik tilpasning enn totalantallet som er vist i Tabell 3.4.

Vi må korrigere for at gjennomsnittlig stillingsandel for norske arbeidstakere er lavere enn ett årsverk. Fra Statistisk sentralbyrå sin arbeidskraftundersøkelse har vi at kvinner jobbet 82,2 prosent av normal arbeidstid og menn jobbet 95,5 prosent av normal arbeidstid i 2020. For å finne et riktig anslag for hvor mye en stilling utgjør i årsverk for de pårørende bør vi derfor finne et vektet gjennomsnitt mellom de to stillingsandelene, der vekten avgjøres av de pårørendes kjønnsbalanse. Fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021) har vi at 55 prosent er kvinner og 45 prosent er menn. Legger vi denne fordelingen til grunn, finner vi at gjennomsnittlig stillingsandel for en pårørende er 88,2 prosent av et normalårsverk. Det vil si at en pårørende som slutter ett år i jobben sin reduserer utførte årsverk med 0,882.

Vi vet lite om hvor mye de som reduserer sin stillingsandel eller jobber færre timer som følge av å være i en pårørendesituasjon jobber mindre. Det er naturlig at vi igjen tar utgangspunkt i arbeidskraftsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå. Fra denne statistikken har vi fordelingen av arbeidstiden for dem som jobber deltid i dag, se Figur 3.2. Figuren viser at det er mest vanlig at de som har deltidsstilling jobber mellom 10 og 19 timer i uken.

Figur 3.2 **Arbeidstid per uke for dem som jobber deltid i 2020, i prosent***



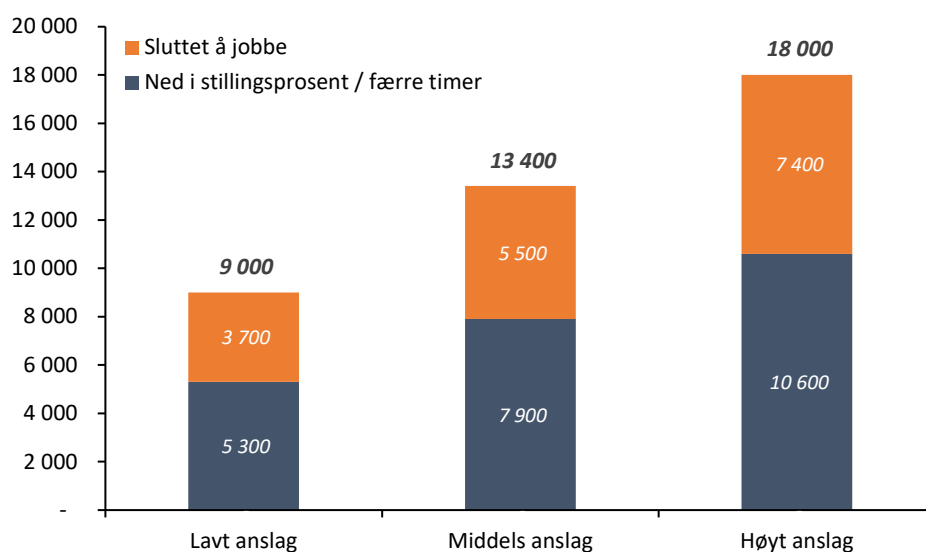
*Vektet gjennomsnitt av kvinner (55 prosent) og menn (45 prosent). Kilde: AKU, bearbejdet av Menon Economics

Vi har valgt å legge til grunn at fordelingen i Figur 3.2 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 88,2 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 23 prosent av de som reduserer sin arbeidstid reduserer arbeidstiden så lite det er grunn til å se bort fra det. Basert på disse forutsetningene legger vi til grunn at:

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

Vi har liten formening om nedgangen i stillingsprosent er en mer varig eller kortvarig tilpasning. Vi har derfor lagt til grunn at nedgangen i stillingsprosent i gjennomsnitt gjelder for halve året. Basert på disse forutsetningene finner vi at brutto produksjonstap utgjør mellom 9 000 og 18 000 årsverk. Resultatene er vist i Figur 3.3.

Figur 3.3 Anslag på tapte årsverk for pårørende over 18 år i 2020, målt i antall årsverk

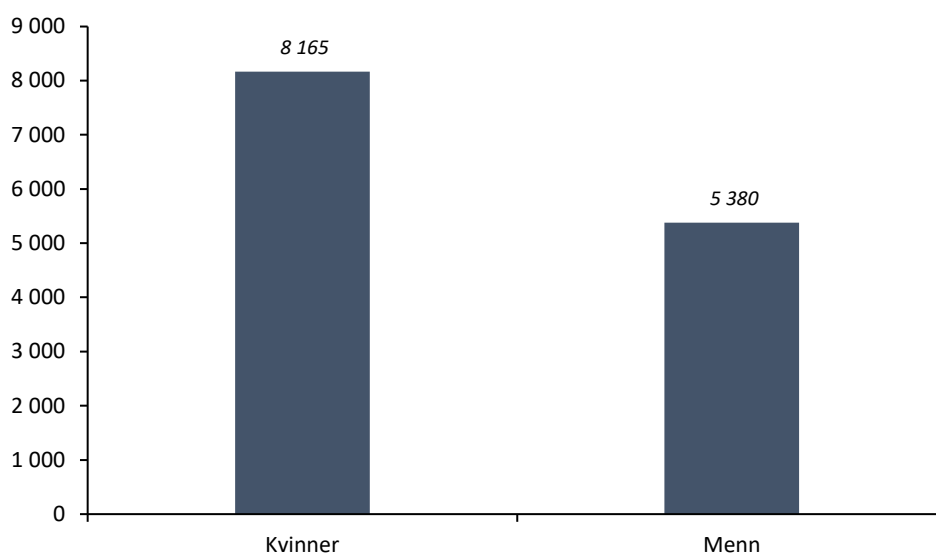


Kilde: Menon Economics

3.4. Fordeling av årsverk mellom kjønn

Ifølge den nasjonale pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021) er 55 prosent av pårørende kvinner og 45 prosent er menn. Pårørendeundersøkelsen taler også for at kvinner i større grad enn menn går ned i stilling og slutter å jobbe. Ved å ta utgangspunkt i middels anslag fra Figur 3.3 (som tilsvarer 13 400 årsverk) og ivareta kjønnskjevhetene fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen finner vi at kvinner står for 8 165 av 13 400 årsverk. Det tilsvarer 60,9 prosent av årsverkene. I et likestillingsperspektiv kan man derfor argumentere med at kvinner tar en større del av disse pårørendekostnadene enn menn.

Figur 3.4 Antall tapte årsverk fordelt på kjønn, middels anslag



Kilde: Menon Economics

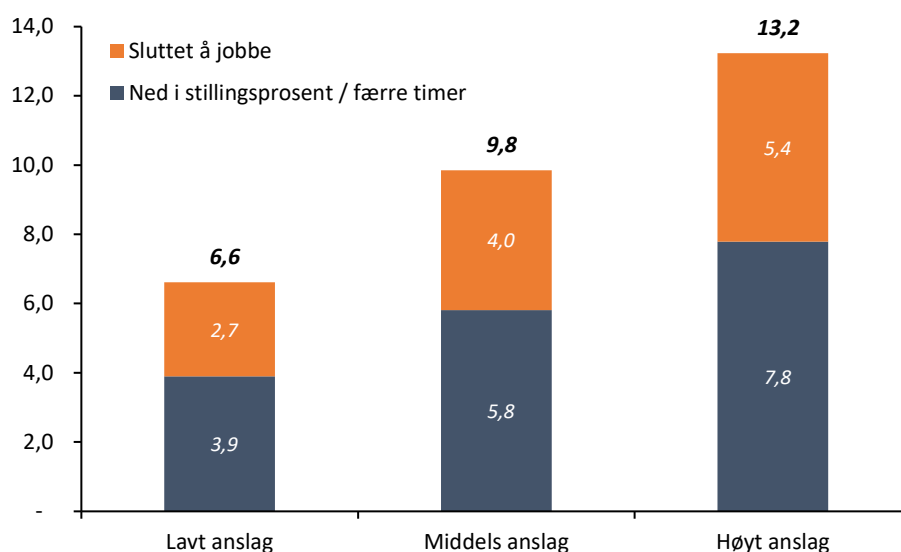
4. Samlet brutto produksjonstap – i dag og i fremtiden

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, 2014) 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 (Helsedirektoratet, 2021). Legger vi disse fordelingene til grunn, finner vi fra Statistisk sentralbyrå sin lønnsstatistikk at gjennomsnittlig bruttolønn per avtalte månedsverk for en heltidsstilling utgjør 49 000 kroner. Ifølge Altinn sin lønnskostnadsindikator tilsvarer det årlig bruttolønn på 588 000 kroner. Legger vi til grunn at arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader utgjør 25 prosent av bruttolønningen, finner vi en kalkulasjonspris lik 735 000 kroner. Ved å multiplisere denne kalkulasjonsprisen med resultatene i Figur 3.3, kommer vi frem til resultatene vist i Figur 4.1. Figuren forteller oss at brutto produksjonstap for pårørendeinnsats er anslått til å utgjøre en kostnad mellom 6,6 og 13,2 milliarder kroner per år.

Figur 4.1 Anslag på årlig brutto produksjonstap for pårørende over 18 år i Norge i 2020, målt i milliarder kroner

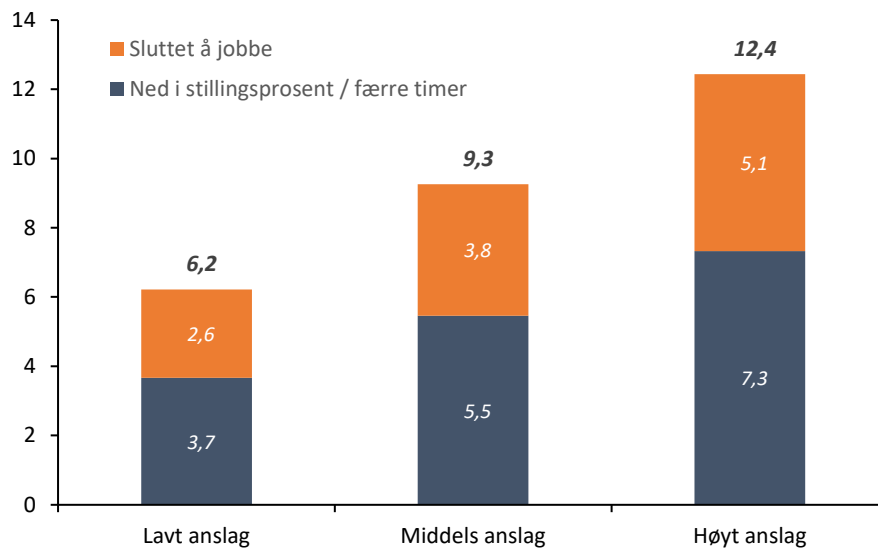


Kilde: Menon Economics

Siden pårørende til barn under 18 år delvis omfattes av andre velferdsordninger, er vi også ute etter antall pårørende for voksne personer (personer over 18 år). I den nasjonale pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021) oppgir 94 prosent å yte pårørendeomsorg til personer over 18 år. Siden vi ikke har tilgang til mikrodataene fra undersøkelsen, er det ikke mulig for oss å undersøke om den samme andelen er gjeldende blant dem som slutter å jobbe / reduserer stilling. Vi har derfor valgt å legge til grunn forutsetningen om at 94 prosent av de som slutter å jobbe / reduserer stilling er pårørende for voksne personer. Resultatene er vist i Figur 4.2. Som vi ser fra figuren, anslår vi at brutto produksjonstap for denne gruppen utgjør mellom 6,2 og 12,4 milliarder kroner per år.

Figur 4.2

Anslag på brutto produksjonstap for pårørende over 18 år som er pårørende for voksne personer (personer som er 18 år eller mer) i Norge i 2020, målt i milliarder kroner



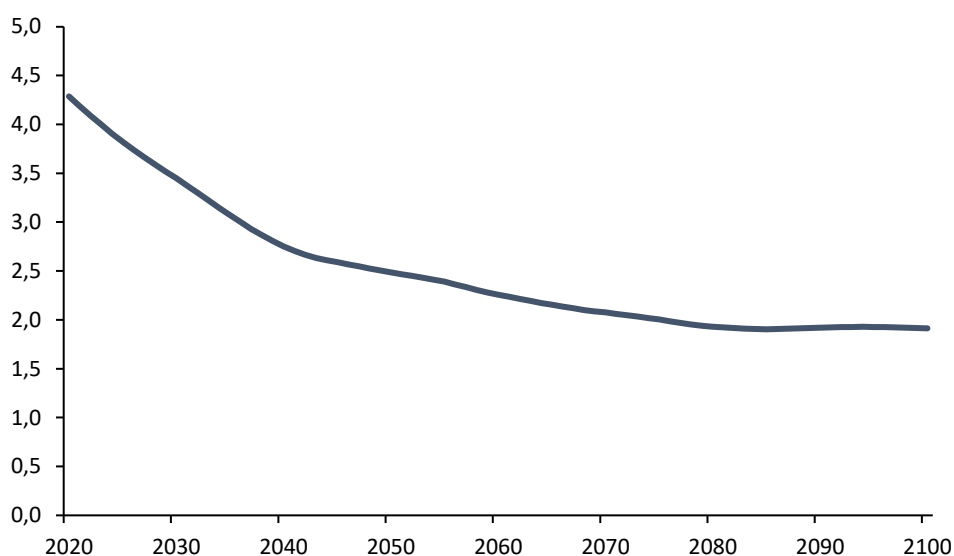
Kilde: Menon Economics

Nedgang i arbeidstid eller reduksjon i stilling kan for den enkelte pårørende resultere i at man velger å bruke mer tid til å yte pleie og omsorg til den man er pårørende for. Denne økte omsorgen kan både supplere og erstatte det offentlige tilbudet av pleie og omsorg til den samme målgruppen. Det innebærer at netto produksjonstap for samfunnet sannsynligvis er lavere enn våre anslag uttrykker.

Pårørende som har muligheten til det kan frivillig ha valgt å gå ut av arbeid eller jobbe mindre for å få mer tid med den de er pårørende for. I slike situasjoner er det grunn til å tro at nytten for den enkelte av å være utenfor arbeidsmarkedet overstiger kostnaden av å ikke stå i arbeid. Det er derfor ikke riktig å sette likhetstegn mellom brutto produksjonstapet og netto samfunnsøkonomiske tap av redusert deltakelse i arbeidslivet.

Ifølge Leknes mfl. (2018) blir den norske befolkningen stadig eldre, og de eldste aldersgruppene vokser mest. Samtidig øker risikoen for kronisk sykdom og funksjonstap ved stigende alder, og dermed øker også behovet for hjelp og støtte (Prince, Prina, & Guerchet, 2013). For å tallfeste det norske samfunnets evne til å yte uformell omsorg beregner Blix mfl. (2021) følgende tre indikatorer for 2018, 2030 og 2040 for utvalgte kommuner. Én av disse indikatorene er kalt aldersbæreevne og uttrykker forholdet mellom antall personer i aldersgruppen 16-66 år og antall personer som er 67 år og eldre. Indikatoren er ifølge NOU (2011: 11) og Blix mfl. (2021) av interesse for å vurdere fremtidens økonomiske bæreevne for velferdsordninger som helse- og omsorgstjenester, og for tilgangen på arbeidskraft. Figur 4.3 viser indikatoren for Norge samlet i perioden frem til 2100. I beregningene har vi benyttet Statistisk sentralbyrås middelalternativ (MMMM-alternativ). Som vi ser, faller aldersbæreevnen med over 1/3 frem mot 2040, før den gradvis flater ut frem mot 2100. Dette indikerer at det relative behovet for hjelp og støtte øker betydelig fremover, spesielt på kort og mellomlag sikt. Det er derfor grunn til å tro at videreføring av dagens nivå av pårørendeomsorg vil innebære at brutto produksjonstapet øker betydelig de neste 10-20 årene. Dette henger naturligvis tett sammen med det offentlige pleie- og omsorgstilbudet. Hvis behovet for omsorg vokser mer enn det offentlige tilbudet bygges ut, er det grunn til å tro at pårørende må ta en større del av arbeidet. Følgelig er det grunn til å tro at produksjonstapet vil vokse enda mer.

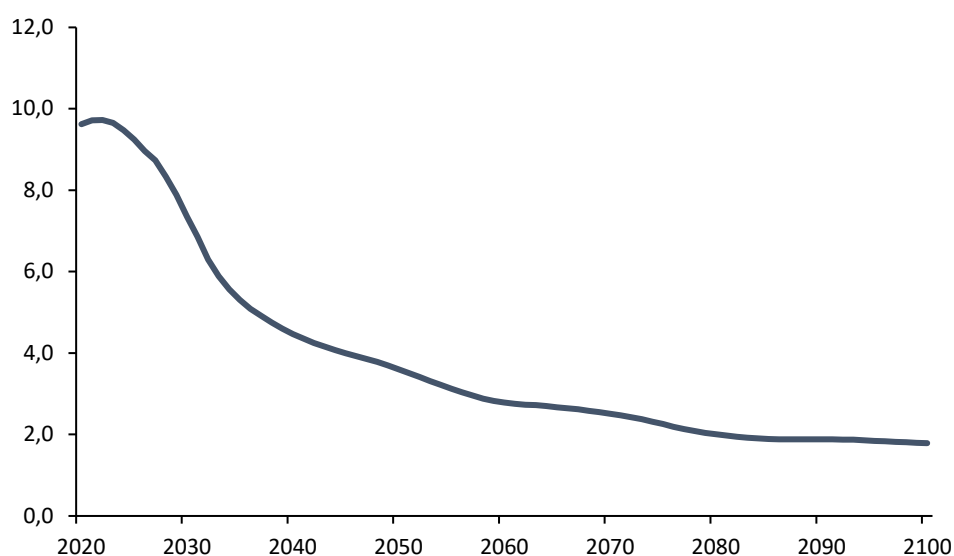
Figur 4.3 Aldersbæreevne* for Norge samlet frem mot 2100



*Antall personer i aldersgruppen 16-66 år delt på antall personer 67 år og eldre. Kilde: Statistisk sentralbyrå sine befolkningsprognoser, middelalternativet (MMMM) – bearbeidet av Menon Economics

Ifølge Meld. St. 15 (2017–2018) er FNs familieomsorgskoeffisient, eller forholdet mellom antall personer over 85 år og antall personer i alderen 50–66 år, et demografisk uttrykk for potensiell omsorgsevne. Blix mfl. (2021) påpeker at de to aldersgruppene inngår i beregningen fordi eldre over 85 år antas å ha de største omsorgsbehovene i befolkningen, og personer i aldersgruppen 50–66 år er de som i størst grad gir pårørendeomsorg til eldre. Som vi ser fra Figur 4.4, antas familieomsorgskoeffisienten å falle helt frem til 2100. Nedgangen er spesielt drastisk frem mot 2040. Dette forteller oss at muligheten til å yte pårørendeinnsats reduseres samtidig som behovet øker.

Figur 4.4 FNs familieomsorgskoeffisient* for Norge samlet frem mot 2100



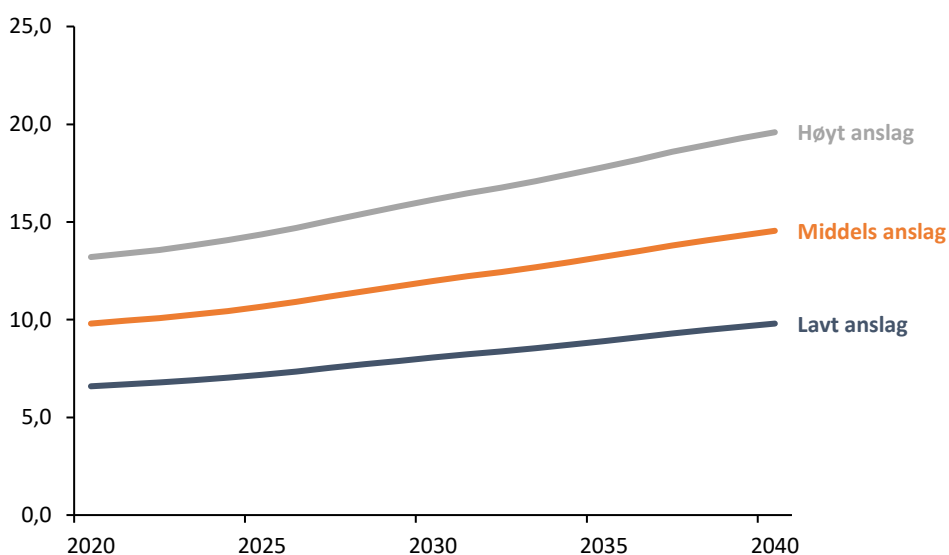
*Antall personer i aldersgruppen 50-66 år delt på antall personer 85 år og eldre. Kilde: Statistisk sentralbyrå sine befolkningsprognoser, middelalternativet (MMMM) – bearbeidet av Menon Economics

Til slutt er det interessant å diskutere hvordan vårt anslag på brutto produksjonstap for pårørende kan forventes å utvikle seg frem mot 2040, sett i lys av forventede demografiske endringer. Fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2021) har vi aldersfordelingen til de som mottar pårørendeomsorg i dag. Statistikken forteller oss eksempelvis at over halvparten av de som mottar pårørendeomsorg er 70 år eller eldre, og at over 23 prosent av de som mottar pårørendeomsorg er mellom 80 og 89 år. I regneeksempelet antar vi at aldersfordelingen fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen gjelder for personer som mottar pårørendeomsorg fra personer i arbeidsdyktig alder, og at den samme aldersfordelingen vil gjelde fremover i tid. Ved å anta at andelen av de som har behov for pårørendeomsorg i hver aldersgruppe (0-18 år, 18-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år, 70-79 år, 80-89 år og 90 år eller eldre) holder seg uendret, kan vi fremskrive pårørendebehovet basert på Statistisk sentralbyrå sine befolkningsframskrivninger. Regneeksempelet illustrert for de mellom 80 og 89 år:

- 23 prosent av de som er 80-89 år i 2020 utgjør cirka 42 800 personer
- 23 prosent av de som ifølge SSBs middelalternativ antas å være 80-89 år i 2040 utgjør cirka 88 500 personer
- Samlet vekst i pårørendebehov for de mellom 80-89 år fra 2020 til 2040 er beregnet til å utgjøre 107 prosent

Ved å gjøre tilsvarende for alle aldersgrupper og vekte veksten etter alderssammensetningen, finner vi at gjennomsnittlig pårørendebehov øker med 48 prosent fra 2020 til 2040. I Figur 4.5 antar vi denne veksten i pårørendebehov for lavt, middels og høyt anslag presentert i Figur 4.1. Disse tallene må sees på som et regneeksempel og har naturligvis stor usikkerhet ved seg.

Figur 4.5 Regneeksempel – Utvikling i årlig brutto produksjonstap for pårørende over 18 år i Norge, målt i milliarder kroner



Kilde: Menon Economics

En viktig kritikk til regneeksempelet er at vi ikke har tatt innover oss kapasiteten for de pårørende til å dekke omsorgsbehovet. Det er også verdt å diskutere om de pårørende skal ta hele denne kostnaden. Et alternativ er at fellesfinansierte omsorgstjenester avlaster, slik at pårørende i arbeidsdyktig alder i større grad kan delta i arbeidslivet. Et annet alternativ er at pårørendesituasjonen anerkjennes i større grad og følges opp med virke-

midler som muliggjør at man kan utføre en pårørendeinnsats uten at det har store karrieremessige og økonomiske kostnader for den enkelte.

Referanseliste

- Blix, B. H., Stalsberg, H., & Moholt, J.-M. (2021). *Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge*. Hentet fra https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2021/01/demografisk_utvikling_og_potensial_et_for_uformell_omsorg_i_
- Finansdepartementet. (2014). *R-109/14 Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.* Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2014.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Vi - de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-parorendestrategi-og-handlingsplan/id2790589/>
- Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder. Nasjonal veileder.* Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/>
- Helsedirektoratet. (2021, Januar). *Nasjonal pårørendeundersøkelse.* Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nasjonalt-parorendeundersokelse/Nasjonalt%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%20Opinion%202021%20for%20Helsedirektoratet.pdf/_/attachment/inline/ca29af90-f139-4585-9a5c-7bc48ad01012:28916a0d5971aa8e75391571c0c8017
- Hjemås, G., Holmøy, E., & Haugstveit, F. (2019). *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060.* Hentet fra https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/386122?_ts=16a9b1eef68
- Leknes, S., Løkken, S. A., Syse, A., & Tønnessen, M. (2018). *Befolkningsframskrivingene 2018. Modeller, forutsetninger og resultater.* Statistisk sentralbyrå: Oslo – Kongsvinger.
- Nasjonellt kompetenscentrum anhöriga. (2016). *Snabba fakta om Sveriges 1,3 miljoner anhöriga.* Hentet fra https://www.anhoriga.se/Global/Informationsmaterial/Snabba_fakta_folder_Nka_140623_web.pdf
- NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg.* (2011). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- 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. (2017). *Pårørendeundersøkelsen 2017.*

