



# Behov for heldøgnsplasser mot 2060 – betydningen av helsetilstand og familieomsorg

Framskrivninger basert på data for 2024

Geir Hjemås, Erling Holmøy og Øyvind Isachsen Berntsen

TALL

SOM FORTELLER

RAPPORTER / REPORTS

2026/24

I serien Rapporter publiseres analyser og kommenterte statistiske resultater fra ulike undersøkelser. Undersøkelser inkluderer både utvalgsundersøkelser, tellinger og registerbaserte undersøkelser.

© Statistisk sentralbyrå

Publisert: 22. juni 2026

ISBN 978-82-587-2115-1 (elektronisk)

ISSN 1892-7513 (elektronisk)

<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
<b>Ikke mulig å oppgi tall</b> Tall finnes ikke på dette tidspunktet fordi kategorien ikke var i bruk da tallene ble samlet inn.	.
<b>Tallgrunnlag mangler</b> Tall er ikke kommet inn i våre databaser eller er for usikre til å publiseres.	..
<b>Vises ikke av konfidensialitetshensyn</b> Tall publiseres ikke for å unngå å identifisere personer eller virksomheter.	:
<b>Desimaltegn</b>	,

## Forord

Rapporten presenterer framskrivninger av behovet for heldøgnsbemannede plasser i den kommunale omsorgstjenesten. Framskrivningene baserer seg på den samme beregningsmodellen som ble brukt i den tilsvarende analysen i Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020) som baserte seg på data fra 2017. I begge rapporter er datagrunnlaget for tjenestebruk hentet fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), forvaltet av Folkehelseinstituttet. Framskrivningene i denne rapporten bygger på data fra 2024 for bruk av omsorgstjenester og heldøgns plasser, samt befolkningsframskrivninger fra 2024. De representerer derfor en oppdatering av dem som ble publisert i 2020.

Rapporten inngår i en serie av framskrivninger fra SSB av ressursbruk i de offentlig finansierte helse- og omsorgstjenestene. Framskrivninger av arbeidskraftbehovet i disse tjenestene er sist publisert i Dalen, Hjemås, Holmøy og Jia (2026).

Arbeidet med rapporten er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet.

Statistisk sentralbyrå, 15. juni 2026

Ann-Kristin Brændvang

## Sammendrag

I denne rapporten har vi oppdatert framskrivningene av behovet for offentlig finansierte heldøgnsbemannede plasser, heretter «heldøgns plasser». Beregningene bygger på den samme beregningsmodellen som ble brukt i den tilsvarende analysen i Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020). Begge rapporter fordeler behovet på tre typer heldøgns plasser: langtidsopphold i institusjon, korttidsopphold (tidsbegrenset opphold) i institusjon og heldøgnsbemannede omsorgsboliger.

Oppdateringen av framskrivningene består i at: i) grunnlagsdataene fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for tjenestebruk i de nye framskrivningene er oppdatert fra 2017 til 2024; ii) SSBs befolkningsframskrivninger fra 2024 har erstattet tilsvarende framskrivninger fra 2018.

Framskrivningene dekker alle år i perioden 2024-2060. Beregningsmodellen kombinerer SSBs framskrivninger av befolkningen etter kjønn og ettårig alder med kjønns- og aldersspesifikke tall for henholdsvis tjenestebruk per person og heldøgns plasser per bruker. «Middelalternativet» i SSBs befolkningsframskrivninger er valgt som scenario for befolkningsutviklingen. Beregningene er betinget på at det offentlige sørge-for-ansvaret for omsorg videreføres, og at fordelingen av brukerne av offentlig omsorg på institusjon og hjemmepleie ikke endres politisk som følge av blant annet kostnadsvurderinger.

Rapporten belyser hvordan framskrivningene påvirkes av alternative forutsetninger om to sentrale usikkerhetsmomenter: aldersspesifikk helsetilstand blant eldre og utviklingen i den familieomsorgen som ytes av pårørende utenfor mottakerens husholdning. Våre variasjoner i disse forutsetningene har liten betydning for behovet for heldøgns plasser fram til 2030. Deretter får de økende betydning fram mot 2060. Forbedringer av aldersspesifikk helsetilstand utsetter omsorgsbehovet. Sammenlignet med videreføring av dagens helsetilstand, gir gradvis bedre helse blant eldre isolert sett en betydelig svakere vekst i behovet for heldøgns plasser mot 2060. Vekst i familieomsorgen reduserer behovet for offentlig omsorg. Sammenlignet med videreføring av vårt anslag på familieomsorgen i 2024, innebærer en forutsetning om lik prosentvis vekst i offentlig omsorg og familieomsorg isolert sett en klart lavere vekst i behovet for heldøgns plasser.

I 2024 er det estimerte tallet på summen av heldøgns plasser om lag 64 500, fordelt på om lag 30 900 langtids plasser, 7 700 korttids plasser i institusjon, samt 25 900 beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Framskrivningene viser at dette behovet vil øke markant i alle scenarioer, drevet av en sterk vekst i antall eldre over 80 år. I 2060 spenner de samlede anslagene fra om lag 98 000 plasser i det laveste scenarioet til nær 200 000 i det høyeste. I alle scenarioene øker behovet vesentlig i de kommende 15 årene. I 2040 spenner anslagene fra 85 000 til nær 120 000 plasser.

I tråd med vanlig bruk av langsiktige framskrivninger i samfunnsplanlegging, er våre framskrivninger betinget på videreføring av dagens politikk. Det betyr blant annet at dagens aldersspesifikke bruk av institusjons- versus hjemmebasert omsorg ikke endres. I flere år har kommunene dreid omsorgen fra institusjonene til mottakernes hjem. Hvis denne politikken videreføres, vil framskrivningene i denne rapporten undervurdere veksten i hjemmepleie og overvurdere veksten i institusjonsomsorg. Denne typen «feil» kan man se ved å sammenligne framskrivningene i Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020) for perioden 2019-2024 med den faktiske utviklingen.

## Abstract

In this report projections of the need for round-the-clock care places in Norwegian municipal care services until 2060 are presented. The projections are based on the same model as used in Holmøy, Hjemås and Haugstveit (2020), but the data has been updated to 2024. The projections cover three services: long-term residential care, short-term residential care, and around-the-clock staffed care housing.

The update of the projections consists of: (i) updating the underlying data on service use from the Norwegian Register for Primary Health Care (KPR) from 2017 to 2024; and (ii) replacing Statistics Norway's population projections from 2018 with the 2024 projections.

The report examines how the projections are affected by alternative assumptions regarding two key sources of uncertainty: age-specific health status among the elderly and informal care provided by relatives outside the recipient's household. Variations in these assumptions have little impact on the need for 24-hour care places up to 2030, but their importance increases thereafter toward 2060. Improvements in age-specific health status delay the need for care. Compared to a continuation of today's health conditions, gradual improvements in the health of older people, in isolation, result in significantly weaker growth in the need for 24-hour care places toward 2060. Growth in informal care reduces the need for publicly funded care. Compared to a continuation of our estimate of informal care in 2024, assuming equal percentage growth in public care and informal care leads, in isolation, to a clearly lower growth in the need for 24-hour care places.

In 2024, the estimated total number of round-the-clock care places is about 64,500, distributed across approximately 30,900 long-term residential care places, 7,700 short-term residential care places, and 25,900 residents in around-the-clock staffed care housing. The projections show that this need will increase markedly under all scenarios, driven by a strong growth in the number of people aged 80 and over. By 2060, total estimates range from about 98,000 places in the lowest scenario to nearly 200,000 in the highest. In all scenarios, the need increases substantially over the next 15 years; by 2040, estimates range from 85,000 to nearly 120,000 places.

In line with the standard use of long-term projections in public planning, our projections assume a continuation of current policies. This implies, among other things, that the current age-specific distribution between institutional care and home-based care remains unchanged. For several years, municipalities have been shifting care away from institutions toward care provided in the recipient's home. If this policy continues, the projections in this report will underestimate the growth in home-based care and overestimate the growth in institutional care. This type of "error" can be observed by comparing the projections in Holmøy, Hjemås, and Haugstveit (2020) for the period 2019–2024 with actual developments.

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Bakgrunn og formål</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Heldøgns plasser i dag – historisk utvikling</b> .....	<b>8</b>
2.1. Tre tjenester.....	8
2.2. Utvikling siden 2009.....	8
2.3. Utvikling relativt til vekst i eldre befolkning .....	9
2.4. Hva forklarer nedgangen i antall langtids plasser? .....	10
2.5. Brukerfrekvenser blant eldre i 2019 og 2024.....	11
<b>3. Metode, forutsetninger og datagrunnlag</b> .....	<b>13</b>
3.1. Overordnet modellstruktur .....	13
3.2. Definisjoner og tjenesteinndeling.....	13
3.3. Datagrunnlag .....	14
3.4. Aldersprofiler for tjenestebruk .....	15
3.5. Anslag på effekt av helseforbedring.....	15
3.6. Familieomsorg.....	15
3.7. Nærmere om stabilitet i brukerandeler og tjenestefordeling .....	18
<b>4. Scenarier</b> .....	<b>19</b>
<b>5. Resultater</b> .....	<b>20</b>
5.1. Langtids plass i institusjon (sykehjem).....	20
5.2. Heldøgnsbemannede omsorgsboliger .....	21
5.3. Korttids plass i institusjon.....	23
5.4. Samlet behov for heldøgns plasser .....	24
<b>6. Usikkerhet og sensitivitet</b> .....	<b>26</b>
6.1. Sensitivitet for anslaget på familieomsorg i 2024 .....	26
6.2. Helseforutsetningen .....	28
6.3. Befolkningsusikkerhet.....	29
6.4. Stabilitet i tjenestestruktur og brukerandeler.....	29
6.5. Andre usikkerhetsfaktorer.....	30
<b>7. Sammenligning med framskrivningene fra 2020</b> .....	<b>31</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>34</b>
<b>Figurregister</b> .....	<b>35</b>
<b>Tabellregister</b> .....	<b>36</b>

# 1. Bakgrunn og formål

SSB har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) framskrevet behovet for heldøgns plasser i den kommunale omsorgstjenesten. Framskrivningene bygger på 2024-data for bruk av omsorgstjenester og heldøgns plasser, samt hovedalternativet («middelalternativet») i Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger fra 2024. Framskrivningene representerer en oppdatering av tilsvarende beregninger i Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020) siden sammenhengene i framskrivningsmodellen er den samme. Vi viser til denne rapporten fra 2020 for en mer detaljert beskrivelse av beregningsmodellen og tolkning av framskrivningene.

Framskrivningene er ment som et beslutningsunderlag for planlegging av kapasitet i omsorgstjenestene i en framtid der antall eldre over 80 år vil mer enn fordobles fram mot 2060. De belyser hvor mange flere offentlige heldøgns plasser denne demografiske utviklingen krever dersom tilgangen og kvaliteten på det offentlige omsorgstilbudet skal videreføres. Dette spørsmålet belyses under to ulike forutsetninger om utviklingen i henholdsvis aldersspesifikk helsetilstand og pårørendes omsorg (familieomsorg).

Modellen sier ikke noe om hvordan behovet for heldøgns plasser bør dekkes, herunder fordelingen mellom sykehjem og omsorgsboliger, hjemmetjenester, pårørendeomsorg og andre løsninger. Dette bestemmes av politiske valg som vår beregningsmodell i utgangspunktet ikke fanger opp.

Rapporten er strukturert som følger: Kapittel 2 gir en historisk oversikt over utviklingen i heldøgns plasser siden 2009. Kapittel 3 beskriver metode, forutsetninger og datagrunnlag. Kapittel 4 presenterer de fire scenarioene. Kapittel 5 viser framskrivningsresultatene, og kapittel 6 diskuterer usikkerhet og sensitivitet i disse. Til slutt sammenligner kapittel 7 scenarioene beregnet i denne rapporten med tilsvarende scenarioer i Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020).

## 2. Heldøgns plasser i dag – historisk utvikling

Antall langtids plasser i institusjon har falt siden 2009, samtidig som antall eldre over 80 år har vokst markant. Noe av denne divergensen kan reflektere bedring av helsetilstanden blant eldre. Men hovedårsaken har trolig vært politiske beslutninger, basert på nytte-kostnads vurderinger, som har dreid omsorgen fra institusjonsomsorg mot hjemmebaserte tjenester og heldøgnsbemannede omsorgsboliger.

### 2.1. Tre tjenester

I analysen skiller det mellom tre tjenester som til sammen utgjør det kommunale tilbudet av heldøgns omsorg: 1) langtidsopphold i institusjon; 2) korttidsopphold i institusjon; 3) heldøgnsbemannede omsorgsboliger. En nærmere beskrivelse av definisjonene gis i kapittel 3.

**Langtidsopphold i institusjon** (sykehjem eller aldershjem) er ikke tidsbegrenset og dekker varige omsorgsbehov. Dette er den kvantitativt største tjenesten og den som krever mest langsiktig kapasitetsplanlegging. I 2024 tilsvarte det registrerte volumet om lag 30 900 plasser.

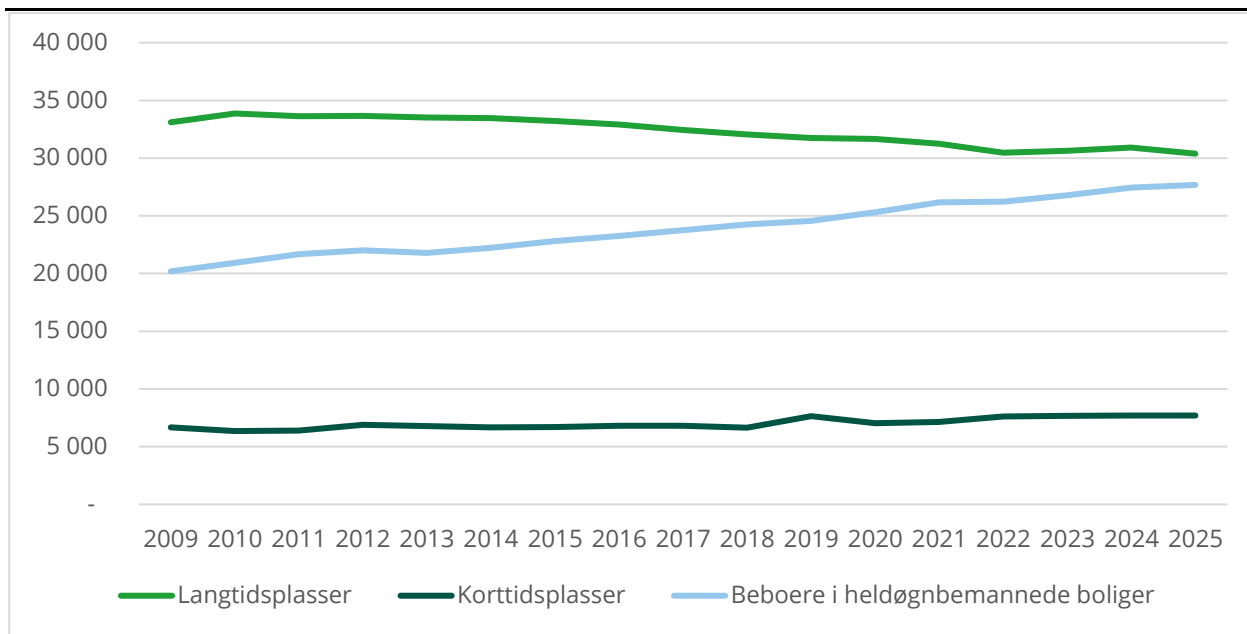
**Korttidsopphold i institusjon** er tidsbegrenset og benyttes til utredning, rehabilitering, avlastning for pårørende eller som overgangsopphold for utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Volumet har vært relativt stabilt, tilsvarende om lag 7 700 plasser i 2024.

**Heldøgnsbemannede omsorgsboliger** er boliger disponert av kommunen der beboeren har tilgang til helse- og omsorgstjenester hele døgnet. Tjenester knyttet til dette tilbudet regnes som hjemmetjenester, og skiller fra institusjonsopphold ved at beboeren bor i egen bolig med husleiekontrakt. I 2024 er det estimert at om lag 25 900 personer mottok denne tjenesten.

### 2.2. Utvikling siden 2009

Figur 2.1 viser tre tydelige trender for antall heldøgns plasser for de tre tjenestene fra 2009 til 2025:

- **Langtids plasser i institusjon:** Jevnt fall fra om lag 33 100 i 2009 til 30 400 i 2025, en nedgang på om lag 8 prosent.
- **Korttids plasser:** Stabilt antall. Noe svingning rundt 2019–2020 kan muligens skyldes kommunesammenslåinger, herunder sammenslåing av dataregistreringer som kan ha påvirket rapporteringen.
- **Heldøgnsbemannede omsorgsboliger:** Kraftig vekst. Antall beboere i 2025 var 37 prosent høyere enn i 2009. Tendensen er at antall beboere nærmer seg tallet på langtids plassene i volum.

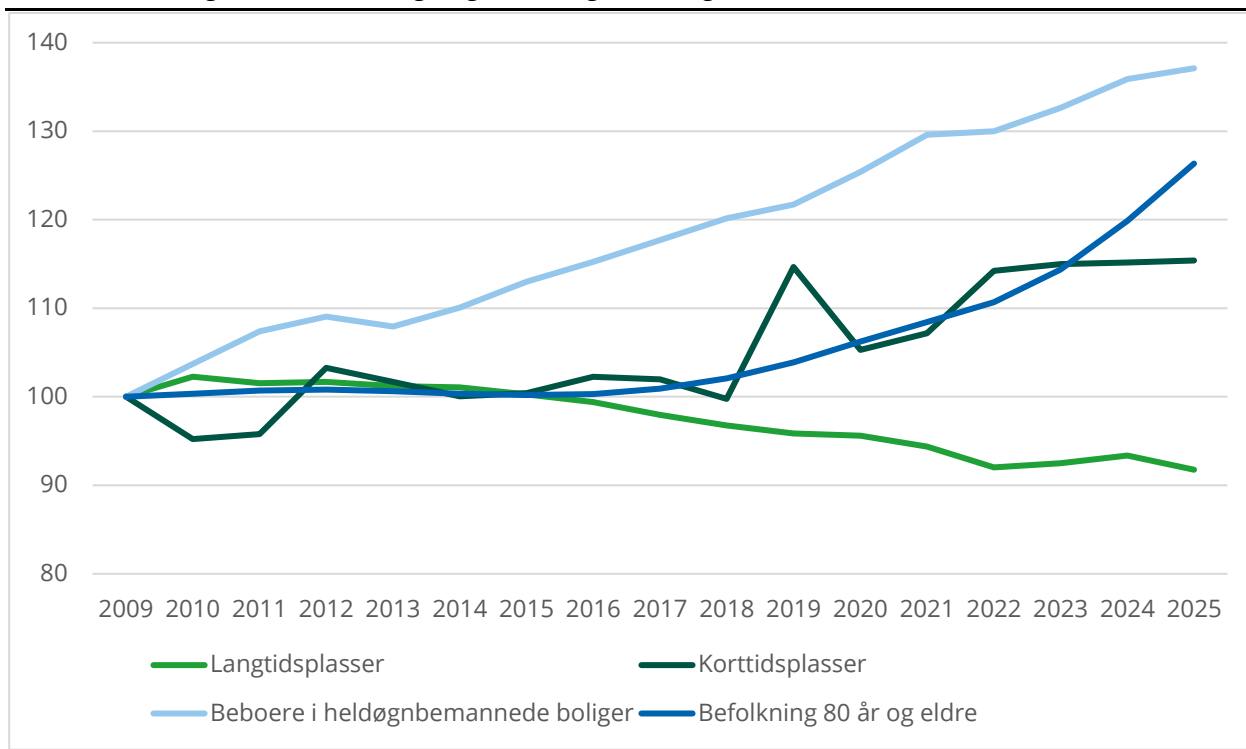
**Figur 2.1** Antall langtidsplasser i institusjon, korttidsplasser og beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger, 2009–2025.

Kilde: KPR/IPLOS, Helsedirektoratet og SSB.

### 2.3. Utvikling relativt til vekst i eldre befolkning

For å se i hvilken grad kapasiteten knyttet til heldøgns plasser har holdt tritt med den demografiske utviklingen, sammenholder figur 2.2 utviklingen i antall heldøgns plasser og befolkningen 80 år og eldre. Alle tallserier er indeksert og satt til 100 i 2009. Trendene for den relative veksten i henholdsvis korttids plasser og aldersgruppen 80+ år er relativt like. Tallet på langtids plasser har falt, både over tid og sammenlignet med aldersgruppen 80+ år. Det motsatte gjelder for heldøgns plasser.

**Figur 2.2** Indeksert utvikling (2009=100) for antall langtidsplasser i institusjon, korttidsplasser, beboere i heldøgnsbemannede boliger og befolkningen 80 år og eldre, 2009–2025



Kilde: KPR/IPLOS, Helsedirektoratet og SSB.

## 2.4. Hva forklarer nedgangen i antall langtidsplasser?

Nedgangen i antall langtidsplasser i institusjon reflekterer en avinstitusjonalisering som kan spores tilbake til slutten av 1980-tallet. Historikken er beskrevet blant annet i Romøren (2018), Grønlie (2004), Borgan (2012) og Otnes (2012). Hatland og West Pedersen (2023, kapittel 17) og Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2023, kapittel 10) gir summariske oversikter. Hatland og West Pedersen (2023, kapittel 17) betegner nedbyggingen av institusjonsomsorgen som «en av de viktigste utviklingslinjene i norsk velferdspolitikken de siste femti årene».

Nedbyggingen av institusjonsomsorgen har vært mulig som følge av en sterk vekst i hjemmetjenestene. Disse inkluderer tjenester til dem som bor i omsorgsboliger. Intensjonen har vært integrering av personer med redusert funksjonsevne i nærmiljøet ved å la dem bo så lenge som mulig i eget hjem.

Dreiningen av omsorgen fra institusjoner til hjemmetjenester sprang ut av en økende kritikk på 1960- og 1970-tallet av den institusjonsbaserte omsorgen man til da praktiserte overfor eldre, bevegelsehemmede og personer med psykiske lidelser. Hatland og West Pedersen (2023, s. 241) skriver at denne «tiden var preget av behandlingsoptimisme, og institusjonslivet var lite stimulerende og fremmet ikke sosial læring og behandling.» Man mente at mennesker som fikk denne institusjonsomsorgen ble stigmatisert.

Avinstitusjonaliseringen har hatt bred faglig og politisk støtte. Det gjelder særlig omsorgen for unge og personer med psykiske lidelser. Disse brukerne har også opplevd den sterkeste dreiningen fra institusjonsomsorg til hjemmebasert omsorg. Nesten alle langtidsplasser på sykehjem bebos i dag av eldre.

For eldre med store omsorgsbehov er det imidlertid omstridt hvor langt nedbyggingen av institusjonsomsorgen til fordel for hjemmeomsorg kan gå. Demens er svært utbredt i denne

gruppen der de fleste er over 80 år. Ifølge Stortingsmelding 24 (2022–2023) «Felleskap og meistring» vil antall med demens øke fra vel 100 000 rundt 2022 til nær 240 000 i 2050. Mange innenfor denne gruppen trenger nærmest løpende tilsyn og hjelp, og vil ha store vanskeligheter med å klare seg i sitt eget hjem. Gruppen med store omsorgsbehov vil vokse raskt fremover som følge av den sterke veksten i antall 80 år og eldre.

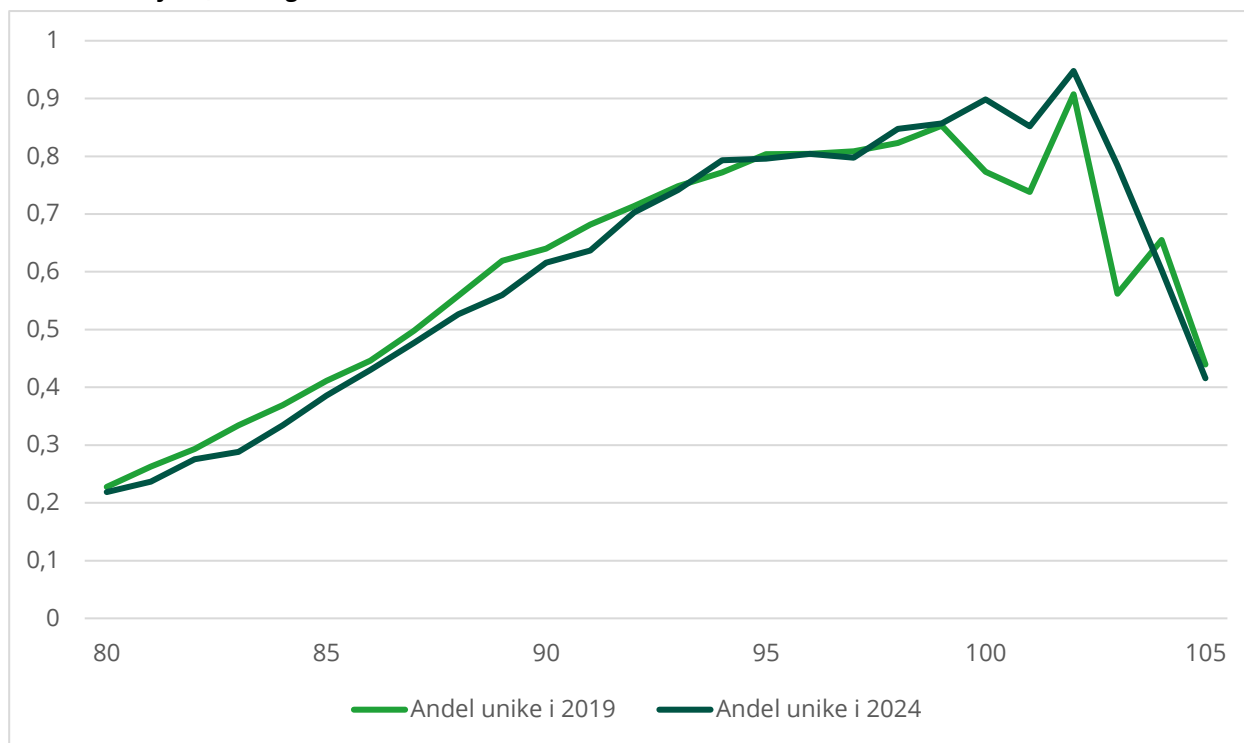
Kommunene avgjør selv hvor mye av omsorgen som skal skje i henholdsvis institusjon og i brukernes hjem. Fordelingen varierer, men på landsbasis er tendensen som vist i figur 2.1 og 2.2. Ved siden av endringene i det generelle synet på organiseringen av omsorgen, kan også bedring av eldres helse og at flere bor i mer tilrettelagte boliger ha bidratt til dreiningen av omsorgen fra langtidsplasser i institusjon til hjemmetjenester.

Også ressursbruk er en faktor i organiseringen av den offentlige omsorgen, og lønnskostnader utgjør den dominerende komponenten. Det kan i den sammenheng være nærliggende å sammenligne årsverk per bruker i institusjon og hjemmetjeneste som et mål på relativ ressursbruk. En slik direkte sammenligning kan imidlertid gi et misvisende bilde, fordi brukergruppene er ulikt sammensatt. Institusjonsbeboere har klart svakere funksjonsevne og større omsorgsbehov enn den gjennomsnittlige mottakeren av hjemmetjenester. Forskjellen i årsverk per bruker reflekterer i stor grad denne ulike sammensetningen, ikke en reell forskjell i ressursinnsats for å dekke samme omsorgsbehov.

## 2.5. Brukerfrekvenser blant eldre i 2019 og 2024

For hver tjeneste definerer vi brukerfrekvensen som antall unike brukere per person i befolkningen i den aktuelle kjønns- og aldersgruppen. For å gi et mer detaljert bilde av hvem som mottar langtidsopphold i institusjon, viser figur 2.3 brukerfrekvenser etter ettårig alder og kjønn for 2019 og 2024.

**Figur 2.3** Andel unike brukere av langtidsopphold i institusjon per person i befolkningen, etter ettårig alder og kjønn, 2019 og 2024.



Kilde: KPR og SSB.

For alderstrinnene 80–94 år er brukerfrekvensene noe høyere i 2019 enn i 2024. For de over 95 år snur mønsteret, men denne forskjellen bør tolkes med forsiktighet; med kun fem år mellom målepunktene er det sannsynlig at mange av de eldste i 2024 allerede var innlagt i 2019, slik at sammenligningen for disse alderstrinnene ikke fullt ut reflekterer reelle endringer i brukerfrekvenser på tvers av kohorter. Samlet sett gir figuren ikke et entydig bilde av helseforbedring i perioden.

## 3. Metode, forutsetninger og datagrunnlag

### 3.1. Overordnet modellstruktur

Beregningene bygger på den samme beregningsmodellen og de samme datakildene som ble brukt i den tilsvarende analysen i Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020). Begge rapporter skiller mellom tre typer offentlig finansierte heldøgns plasser: 1) langtidsopphold i institusjon; 2) korttidsopphold (tidsbegrenset opphold) i institusjon; 3) heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Framskrivningene dekker alle år i perioden 2024-2060. Oppdateringen av framskrivningene består i at: i) grunnlagsdataene fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for tjenestebruk er oppdatert fra 2017 til 2024; ii) hovedalternativet i SSBs befolkningsframskrivning fra 2024 har erstattet tilsvarende framskrivning fra 2018.

Vi viser til Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020) for en relativt detaljert beskrivelse av beregningsmodellen, herunder modellens forutsetninger, sammenhenger og hvordan resultatene bør tolkes. Summarisk kan vi si at modellen kombinerer SSBs framskrivninger av befolkningen etter kjønn og ettårig alder med kjønns- og aldersspesifikke tall for henholdsvis tjenestebruk per person og heldøgns plasser per bruker. En heldøgns plass er et beholdningsbegrep som måles på et gitt tidspunkt. Det tilsvarer at en bruker benytter et heldøgnsbemannet offentlig omsorgstilbud i ett år. Denne brukeren kan bestå av flere ulike personer som skifter på å bebo plassen.

Modellen er først og fremst laget for å fange opp effekten på behovet for ulike typer omsorg og omsorgsplasser av endringer i befolkningens størrelse og alderssammensetning. Beregningene belyser også kvantitativt hvordan dette behovet påvirkes av endringer i helsetilstand og familieomsorg, men her spiller modellbrukerens vurderinger hovedrollen. Som nevnt betinges beregningene i denne og tidligere rapporter på at bruken av de enkelte omsorgstjenestene ikke endres som følge av blant annet kommunenes kostnadsvurderinger og videreføring av den politikken som har ligget bak avinstitusjonaliseringen av omsorgstjenesten.

### 3.2. Definisjoner og tjenesteinndeling

Som nevnt i avsnitt 3.1 opererer vi en tredeling av den kommunale omsorgstjenesten, basert på definisjoner fra Helsedirektoratet og rapporteringspraksis i KPR (tidligere IPLOS):

#### Langtidsopphold i institusjon

Langtidsopphold i institusjon omfatter opphold i sykehjem uten fastsatt sluttdato. Dette innebærer at oppholdet ikke er tidsbegrenset og dekker varige omsorgsbehov. I framskrivningene måles volumet i antall døgn, som omregnes til plasser ved å dividere på antall dager i året (Helsedirektoratet u.å.a).

#### Korttidsopphold i institusjon

Korttidsopphold i institusjon omfatter følgende tjenestekategorier slik de er definert i KPR: avlastning i institusjon (ikke rullerende), tidsavgrenset opphold for utredning/behandling, tidsavgrenset opphold for habilitering/rehabilitering og tidsavgrenset opphold – annet. Oppholdene er kjennetegnet ved at de har en definert start- og sluttdato (Helsedirektoratet u.å.b). Volumet måles i døgn og omregnes til plasser.

#### Heldøgnsbemannede omsorgsboliger

Heldøgnsbemannede omsorgsboliger inngår ikke som institusjonsopphold, men som kommunalt disponerte boliger der beboeren mottar helse- og omsorgstjenester. Det avgjørende for klassifiseringen er ikke boformen i seg selv, men om tjenestetilbudet dekker behov for bistand hele døgnet. Dette forutsetter at brukeren kan motta hjelp ved behov til enhver tid, og at

tjenesteapparatet har kapasitet til å oppdage og håndtere hjelpebehov også uten at brukeren selv tilkaller hjelp (Helsedirektoratet u.å.b). For denne tjenesten måles volumet som antall beboere.

For heldøgnsbemannede omsorgsboliger finnes det ikke individdata i KPR som direkte identifiserer hvem som bor i slike boliger. Skjemabasert rapportering fra kommunene gir aggregerte tall tilbake til 2008, men uten den individinformasjonen som er nødvendig for å konstruere de eksakte aldersprofiler som trengs i framskrivningene. Vår løsning av dette problemet bygger på en tilnærming. Vi har konstruert en proxy-variabel (heretter proxy) basert på KPR-data som identifiserer personer som oppfyller to kriterier samtidig: de bor i en kommunalt disponert bolig, og de har dessuten en samlet funksjonsscore over 2 på IPLOS/KPR-skalaen. En slik score innebærer et betydelig behov for bistand i dagliglivet (Helsedirektoratet, u.å.c). Det ligger i begrepet proxy at noe feilklassifisering må påregnes; noen som bor i heldøgnsbemannede boliger kan falle utenfor, og noen som fanges opp kan bo i andre typer kommunale boliger.

Totalt bor om lag 40 000 personer i kommunalt disponerte boliger. Proxyen trekker ut et mindre antall av disse, og det resulterende antallet samsvarer godt med det kommunene har rapportert på skjema. Dette gir grunnlag for å anta at proxyen fanger opp en gruppe som ligner mye på dem som faktisk bor i heldøgnsbemannede boliger, selv om det ikke er mulig å verifisere dette på individnivå.

### 3.3. Datagrunnlag

#### Tjenestedata

Data for tjenestebruk er hentet fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), som forvaltes av Folkehelseinstituttet (FHI). KPR inneholder individdata om mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, og dekker både institusjonsopphold og hjemmebaserte tjenester. For langtids- og korttidsinstitusjon benyttes antall døgn, for heldøgnsbemannede boliger benyttes antall beboere.

Når det gjelder institusjonsplasser, har vi valgt å måle dem med liggedøgn dividert på 365, en variant av såkalte effektive plasser. Dette målet har vist seg å være mer robust over tid og mindre påvirket av endringer i plassdefinisjoner og rapporteringspraksis enn antall plasser som rapporteres gjennom KOSTRA. Det har vært endringer i hvordan langtids- og korttids plasser klassifiseres i KOSTRA-skjemaet, og skillet mellom dem har blitt mindre skarpt i takt med at plassene brukes stadig mer fleksibelt. I KOSTRA kan også plasser bli rapportert som om de er i bruk, selv om de står tomme.

#### Årsverk

Årsverkstall er hentet fra SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk. Disse brukes til å etablere en årsverksstandard, det vil si forholdet mellom antall årsverk i den enkelte tjeneste og det tilhørende volummålet (døgn for institusjon, beboere for omsorgsboliger). I denne rapporten brukes standarden til å konvertere familieomsorgskomponenten tilbake til antall plasser og brukere i konstant-scenarioet: hvor mange ekstra døgn eller beboere et manglende pårørendeårsverk tilsvarer i det offentlige tjenestetilbudet. Den samme standarden inngår også i framskrivningene av arbeidskraftbehovet i Dalen, Hjemås, Holmøy og Jia (2026). Dette brukes i beregningene der familieomsorgen ikke øker proporsjonalt med bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene. Dette forklares i avsnitt 3.6.

### **Befolkningsframskrivninger**

Befolkningsframskrivningen er hovedalternativet (MMM) i SSBs framskrivninger fra 2024<sup>1</sup>. Tidligere framskrivninger har også vist resultater for høy- og lavalternativet. Usikkerhet om befolkningsutviklingen diskuteres kvalitativt i kapittel 6.

### **Dødelighet**

Data for aldersspesifikk dødelighet er de samme som brukes vår valgte befolkningsframskrivning. Disse benyttes i vår metode for å anslå effekten av forbedringer av aldersspesifikk helse, se avsnitt 3.5.

## **3.4. Aldersprofiler for tjenestebruk**

Brukerfrekvensene er kjønns- og aldersspesifikke med ettårig aldersinndeling. De tallfestes for hver tjeneste i 2024 som forholdet mellom antall unike brukere og middelfolkemengden i den gitte kjønns- og aldersgruppen. I tillegg beregnes en «intensitet per bruker» som antall døgn eller timer dividert på antall brukere.

## **3.5. Anslag på effekt av helseforbedring**

I "bedre helse"-scenariet antas det at økt levealder også innebærer mindre/utsatt funksjonssvikt og dermed utsatt behov for omsorgstjenester for gitt alder. Den metodiske implementeringen bygger på en sammenligning av aldersspesifikke dødelighetsrater i referanseåret og framskrivningsåret.

Logikken i den algoritmen som beregner effekten på brukerfrekvensene av antatte helseforbedringer kan illustreres med følgende eksempel: Dersom dødeligheten for en 85-åring i 2040 tilsvarer dødeligheten for en 83-åring i 2024, antas det at 85-åringens behov for og bruk av omsorgstjenester i 2040 er den samme som det 83-åring hadde i 2024. Tilsvarende for andre aldre over 54 år og framskrivningsår. Aldersprofilen for brukerfrekvensene får da et negativt skift for de fleste alderstrinn over 54 år, og dette skiftet forsterkes over tid. Merk at metoden kan føre til dårligere aldersspesifikk helsetilstand hvis forløpet for dødelighetsratene tilsier dette. Intensitetene per bruker holdes konstant.

Sammenhengen mellom dødelighet og omsorgsbehov har et svakt empirisk grunnlag. Men det gjelder også alle operasjonelle alternativer. Hvis avtakende dødelighetsrater over tid skyldes økt bruk av helsetjenester, er den negative effekten på samlet ressursbehov i helse- og omsorgssektoren sett under ett selvsagt mindre enn i tilfellet der årsaken er sunnere livsstil. Videre kan avtakende aldersspesifikk dødelighet over tid innebære at flere «rekker» å bli rammet av svært ressurskrevende sykdommer. Her peker demens seg ut som det opplagte eksempelet.

## **3.6. Familieomsorg**

Pårørende utfører en betydelig del av omsorgsarbeidet. Hvordan påvirkes våre framskrivninger av heldøgns plasser av forutsetninger om familieomsorgen? Den grunnleggende intuisjonen er at familieomsorg erstatter offentlig omsorg, og da kan både offentlig finansierte årsverk og heldøgns plasser reduseres. I vår modell må effekten på heldøgns plasser avledes fra effekten på offentlige årsverk. Konkret forutsetter vi i alle beregningene at familieårsverk erstatter offentlige omsorgsårsverk en-til-en.

For å få fram hovedelementene i beregningene forenkler vi resonnetet: Anta at det er kun en omsorgstjeneste, og at etterspørselen etter denne tjenesten vokser slik at bemanningsbehovet

---

<sup>1</sup>Tabell 14282 i SSBs statistikkbank.

vokser med 1 prosent i alle år. Anta i første omgang at familieomsorgen i utgangsåret 2024 tilsvarer 90 000 årsverk. Dersom familieomsorgen også vokser med 1 prosent årlig (det vi kaller *proporsjonal familieomsorg*), øker familieomsorgen med 900 årsverk i 2025. Hvis familieomsorgen derimot holder seg konstant lik utgangsnivået (*konstant familieomsorg*), må disse 900 årsverkene i stedet leveres av den offentlige omsorgstjenesten for å dekke etterspørselen. De 900 årsverkene kommer i tillegg til at årsverkene i den offentlige omsorgen i utgangspunktet øker med 1 prosent. Dette illustrerer en generell egenskap ved våre beregninger: *Vekst i familieomsorgen reduserer veksten i det offentlige bemanningsbehovet*. Gitt forholdstallene for årsverk per bruker og heldøgns plasser per bruker i den offentlige omsorgstjenesten, følger endringer i antall heldøgns plasser fra endringene i årsverk.

Anta nå at familieomsorgen i 2024 settes til 100 000 i stedet for 90 000 årsverk. Samme resonnement som over innebærer da at en proporsjonal vekst lik 1 prosent innebærer at veksten i familieomsorgen i 2025 tilsvarer 1 000 årsverk. Hvis familieomsorgen i stedet holder seg uendret på 100 000 årsverk, må disse 1 000 årsverkene i stedet leveres av det offentlige. *Økningen i den initiale familieomsorgen fra 90 000 til 100 000 årsverk, øker altså veksten i det offentlige bemanningsbehovet med  $1000 - 900 = 100$  årsverk i det første framskrivningsåret når familieomsorgen holder seg konstant lik utgangsnivået.*

Resonnementene er gyldige for alle anslag på etterspørselsvekst fremover og utgangsnivåer på offentlige årsverk og familieomsorg. I de faktiske framskrivningene er det flere omsorgstjenester som påvirkes av forutsetningene om familieomsorg. I mangel av holdepunkter har vi forutsatt at reduksjonen i offentlige omsorgsårsverk som følge av økt familieomsorg, fordeles på de ulike offentlige tjenestene med andeler som er lik disse tjenestenes andel av totale årsverk i de offentlige omsorgstjenestene.

I våre beregninger er det fire offentlige omsorgstjenester, hvorav tre inngår i beregningene av heldøgns plasser, jf avsnitt 2.1. Den reduksjonen i offentlig omsorg som følger av økt familieomsorg fordeles på de offentlige tjenestene med andeler som er lik deres andel av totale offentlige omsorgsårsverk. Videre bestemmes den kjønns- og aldersspesifikke effekten på antall brukere av de kjønns- og aldersspesifikke aldersprofilene for årsverk per bruker innenfor hver tjeneste. Dette innebærer at fordelingen av omsorgsårsverkene som ytes av pårørende, har den samme fordelingen på omsorgstjenester som de offentlige omsorgsårsverkene. Aldersgrupper som mottar mye omsorg tilskrives også en tilsvarende større andel av familieomsorgen. Det samme gjelder kjønnsforskjeller i bruken av omsorgstjenestene. Disse forutsetningene gjør det mulig å regne seg tilbake til antall døgn, timer og brukere per tjeneste. Og fra endringene i brukere følger effektene på antall heldøgns plasser av faste kjønns- og aldersspesifikke forhold mellom brukere og heldøgns plasser.

Ressursbruk per bruker kan variere betydelig mellom aldersgrupper. Dette gjelder ikke minst heldøgnsbemannede omsorgsboliger (jf. avsnitt 5.2), der de mest ressurskrevende brukerne er yngre, typisk personer med funksjonsnedsettelse, yngre personer med demens eller andre med omfattende og sammensatte bistandsbehov. I tjenester med en slik aldersavhengighet i ressursbruk per bruker får denne fordelingsmetoden følgende konkrete konsekvens: En relativt stor andel av årsverkene plasseres på yngre og mer ressurskrevende brukere, noe som gir færre nye beboere per årsverk enn om årsverkene hadde blitt fordelt jevnere på tvers av aldersgrupper. Tilsvarende skjevhet oppstår ikke for plasser i langtidsinstitusjon. Her er måleenheten døgn, og ett døgn teller likt uavhengig av brukerens ressursbehov.

Siden fordelingen av familieomsorgen speiler tjenestenes relative størrelse målt i årsverk, og tjenestene vokser ulikt over tid, endres fordelingen gjennom framskrivningsperioden. Langtidsinstitusjon utgjør om lag 32 prosent av de samlede omsorgsårsverkene i 2025 og får tilsvarende andel av familieomsorgen. Siden langtidsinstitusjon vokser raskere enn de andre tjenestene, stiger denne andelen til om lag 39 prosent i 2060. For heldøgnsbemannede

omsorgsboliger er utviklingen motsatt, andelen faller fra om lag 24 til 21 prosent. Dette innebærer at forutsetningene om familieomsorg får relativt større betydning for langtidsinstitusjon og relativt mindre for heldøgnsbemannede boliger jo lenger ut i framskrivningsperioden man kommer.

I våre beregninger er det kun familieomsorgen som ytes av pårørende utenfor mottakerens husholdning som direkte påvirker beregningene. Grunnen til at vi ikke trenger å tallfeste årsverkene som ytes av mottakerens samboere, er en forutsetning om at disse årsverkene vokser proporsjonalt med omsorgsbehovet. Som forklart over, innebærer proporsjonal vekst i årsverk fra pårørende at de vil vokse med samme vekstrate som årsverkene i en gitt offentlig omsorgstjeneste. Vekstraten for offentlige omsorgsårsverk blir dermed uavhengig av anslaget på omsorgsårsverkene som ytes av mottakerens samboere i alle våre scenarioer. I de scenarioene hvor familieomsorgen levert av pårørende *utenfor* mottakerens *ikke* vokser med samme rate som omsorgsbehovet, vil veksten i offentlige omsorgsårsverk påvirkes av forutsetningene om denne delen av familieomsorgen.

Det ligger i sakens natur at familieomsorgen ikke fanges opp i de kommunale registrene. Et hvert anslag på familieomsorg er nødvendigvis usikkert. Vi har forutsatt at det i 2024 ble levert 90 000 årsverk fra pårørende utenfor mottakerens husholdning. Dette anslaget har vært benyttet i SSBs framskrivninger av ressursbehovet i offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester siden 2016, se Holmøy, Haugstveit og Otnes (2016). Det er beholdt i Dalen, Hjemås, Holmøy og Jia (2026) som baserer seg på de samme forutsetningene som vi legger til grunn i denne rapporten. Begrunnelsen for anslaget på 90 000 årsverk kan føres tilbake til Otnes (2012) som baserte seg på tall fra Levekårsundersøkelsen for helse. Anslaget diskuteres i Hjemås, Holmøy og Haugstveit (2019). Gitt den store usikkerheten ved et hvert anslag og den begrensede tids- og ressursrammen for denne rapporten, har vi valgt å forutsette at det også i 2024 ble utført 90 000 årsverk av pårørende utenfor mottakerens husholdning. Kapittel 6 inneholder en sensitivitetsanalyse av at dette anslaget varierer.

Familieomsorgen fra pårørende utenfor mottakerens egen husholdning ytes først og fremst av pårørende i aldersgruppen 45–66 år. Et strukturelt trekk med stor potensiell betydning for omfanget av denne delen av familieomsorgen fremover, er at størrelsesforholdet mellom aldersgruppene 45–66 år og 85 år og eldre vil falle sterkt i kommende tiår. Riktignok vokser aldersgruppen 45–66 år fremover, men veksten i gruppen 85 år og eldre blir mye sterkere ifølge den befolkningsframskrivningen vi baserer oss på. Antall personer i gruppen 45–66 år per person 85 år og eldre faller fra 12,8 i 2024 til 6,9 i 2040, og videre til 4,3 i 2060. Fallet er sterkest i de nærmeste to tiårene.

Fremover krever altså en videreføring av dagens familieomsorg fra pårørende utenfor mottakerens husholdning en betydelig vekst i gruppens gjennomsnittsinnsats. En videreføring av dreiningen av offentlig omsorg fra institusjon til mottakerens hjem øker isolert sett mulighetene for å realisere økt innsats fra pårørende, siden pårørendes innsats overfor sykehjemsbeboere begrenser seg til sosialt samvær. Sterkere prioritering av den enkeltes tid til familieomsorg kan virke selvforsterkende gjennom endring av normer og offentlige tiltak som stimulerer familieomsorg. En vurdering av hvordan økt familieomsorg påvirker økonomiens samlede allokering av arbeidskraft til omsorg, må imidlertid ta hensyn til at tid til økt omsorg kan bli frigjort ved redusert yrkesaktivitet. I stedet for egeninnsats kan de også velge å kjøpe omsorgstjenester, slik at den økte ressursbruken kommer i den kommersielle omsorgssektoren.

Hvor stor del av et voksende omsorgsbehov pårørende vil kunne dekke, avhenger blant annet av husholdningsstruktur, yrkesdeltakelse, geografisk avstand og politiske rammer for permisjons- og kompensasjonsordninger. Vi har ikke grunnlag for å tallfeste hvor sannsynlig en proporsjonal utvikling er, men en sammenligning av en slik utvikling med en videreføring av anslaget på dagens innsats gir en nyttig belysning av hvor mye omsorg fra pårørende utenfor mottakernes husholdning kan tenkes å avlaste det offentlige omsorgstilbudet.

I det følgende brukes begrepet «familieomsorg» om omsorgsårsverk utført av pårørende utenfor mottakerens husholdning, der intet annet angis. Framskrivningene gjøres altså under to forutsetninger om denne typen familieomsorg:

- **Proporsjonal familieomsorg:** Familieomsorg som ytes av både samboere og pårørende utenfor mottakers husholdning antas å vokse med samme vekstrate som det samlede omsorgsbehovet. Det innebærer at pårørende tar en konstant andel av det voksende omsorgsbehovet.
- **Konstant familieomsorg:** Familieomsorgen fra pårørende utenfor mottakers husholdning holder seg konstant, tilsvarende 90 000 årsverk i hele framskrivningsperioden. Omsorg som ytes av samboere vokser med samme vekstrate som det samlede omsorgsbehovet.

### 3.7. Nærmere om stabilitet i brukerandeler og tjenestefordeling

En grunnleggende forutsetning i framskrivningsmodellen er at kjønns- og aldersspesifikke tall for brukerfrekvenser og ressursbruk per mottaker i en gitt offentlig omsorgstjeneste reflekterer brukernes helsetilstand, dekningsgraden, tjenestestandard og produktivitet. Som nevnt foran har vi ikke forsøkt å fange opp effekter av politiske beslutninger som påvirker organiseringen av den offentlige omsorgen.

Som påpekt i avsnitt 2.4 og 2.5, viser en sammenligning av framskrivningene i Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020) med observerte tall at denne forutsetningen ikke har holdt for perioden 2019–2024. For hjemmetjenestene har den faktiske veksten vært sterkere enn i disse framskrivningene, som følge av økning i brukerfrekvenser og ressursbruk per bruker, særlig i yngre aldersgrupper. Det motsatte gjelder for langtidsinstitusjon: Framskrivningen fra 2019 overvurderte veksten, og de faktiske årsverkene har holdt seg nær 2019-nivået. Det har altså skjedd en dreining i offentlig omsorg fra institusjon til hjemmetjenester, jf avsnitt 2.4.

Siden disse avvikene mellom framskrivninger og observert utvikling oppstod i løpet av bare de fem årene 2019–2024, kan ikke demografiske endringer være hovedforklaringen. Når ett og samme omsorgsbehov kan dekkes gjennom institusjonsplass, omsorgsbolig eller hjemmetjeneste, vil valget mellom disse basere seg på nytte-kostnadsvurderinger som legger vekt på kostnadsforskjeller mellom hjemme- og institusjonsomsorg. Det er imidlertid vanskelig å avgjøre i hvilken grad kostnadsbesparelser har skjedd på bekostning av kvaliteten på omsorgen. En mer utdypende analyse av avvik mellom framskrevne og observerte tall for perioden 2019–2024, samt en diskusjon av implikasjoner for fremtidig modellutvikling, er gitt i Dalen, Hjemås, Holmøy og Jia (2026), vedlegg D.

Inndelingen av omsorgstjenestene etter organisasjonsform, gjør framskrivningenes treffsikkerhet mer sårbare for omsorgstjenestene enn andre tjenester. Mens omsorgen relativt raskt kan flyttes fra institusjon til hjemmene, er fleksibiliteten mindre innenfor for eksempel somatikk og barnepsykiatri.

For framskrivninger av den typen vi presenterer i denne rapporten, er det viktig å påpeke at kommunenes valg mellom ulike omsorgstjenester påvirker brukerfrekvensene for omsorgstjenestene. Ytterligere avinstitusjonalisering fremover vil isolert sett gi den samme typen avvik mellom observert og framskrevet utvikling som vi påpekte over for perioden 2019–2024: undervurdering av veksten i hjemmetjenestene og overvurdering av veksten i institusjonsbaserte tjenester. For det andre fører usikkerhet om organiseringen av den offentlige omsorgen til at den samlede usikkerheten i framskrivningene blir større enn det scenarioene i kapittel 4 alene gir uttrykk for.

## 4. Scenarier

Framskrivningene er gjort for to alternative forutsetninger om to sentrale kilder til usikkerhet: utviklingen i eldres **helsetilstand** og utviklingen i **familieomsorgen**. Avsnittene 3.5 og 3.6 forklarte den kvalitative betydningen av disse variablene på behovet for offentlig omsorg. Disse avsnittene presenterte også de alternative forutsetningene vi bruker i de konkrete framskrivningene. Tabell 4.1 viser de fire scenarioene for behovet for heldøgns plasser som følger av å kombinere forutsetninger og kilder til usikkerhet. Til sammen illustrerer de spennet i mulige utfall.

**Tabell 4.1: De fire scenarioene**

Forutsetning	Proporsjonal familieomsorg	Konstant familieomsorg
Bedre helse (utsatt behov)	«Bedre helse – proporsjonal»: Lavest vekst. Aldersspesifikke omsorgsbehov reduseres/utsettes. Familieomsorg øker proporsjonalt med offentlig omsorg.	«Bedre helse – konstant»: Middels vekst. Aldersspesifikke omsorgsbehov reduseres/utsettes. Konstant familieomsorg.
Uendret helse (dagens brukerfrekvenser)	«Uendret helse – proporsjonal»: Middels vekst. Konstante aldersspesifikke omsorgsbehov. Familieomsorg øker proporsjonalt med offentlig omsorg.	«Uendret helse – konstant»: Høyest vekst. Konstante aldersspesifikke omsorgsbehov. Konstant familieomsorg.

I scenarioene med «uendret helse» videreføres dagens aldersprofiler for tjenestebruk per person. Eksempelvis vil da en 85-åring i 2060 ha samme behov for omsorgstjenester som en 85-åring i dag. I scenarioene med «bedre helse» antas det at økt levealder også innebærer utsatt funksjonssvikt. Behovet for omsorgstjenester reduseres og forskyves mot høyere alder som beskrevet i avsnitt 3.5. Sammenligning av scenarioene med uendret og bedre helse gir, alt annet likt, et anslag på den isolerte virkningen på omsorgsbehovene, spesielt heldøgns plasser, av vårt anslag på helseforbedring. Tilsvarende viser en sammenligning av scenarioene med ulik familieomsorg, alt annet likt, den isolerte virkningen av vår endring i familieomsorgen.

Med henvisning til avsnittene 2.4 og 3.7 vil vi understreke at endringer i observert tjenestebruk over tid ikke uten videre kan tolkes som uttrykk for bedre helse. Organisatoriske endringer og høyere terskel for tildeling av sykehjemsplass kan gi det samme utslaget i brukerfrekvensene. «Bedre helse»-scenariot er ment å fange opp kun en plausibel forbedring i eldres funksjonsnivå – ikke en forlengelse av dreiningen fra institusjons- til hjemmebasert omsorg.

I «konstant familieomsorg»-scenariot holdes familieomsorgen fast på 90 000 årsverk gjennom hele framskrivningsperioden. All vekst i det samlede omsorgsbehovet må da dekkes av det offentlige. Usikkerheten knyttet til 90 000-anslaget, og effekten av å variere dette, er diskutert i kapittel 6.

## 5. Resultater

Dette kapitlet presenterer framskrivningsresultatene for de tre tjenestene separat, etterfulgt av en samlet oversikt. For hver tjeneste kommenteres de viktigste funnene og forskjellene mellom scenarioene. Kapittel 6 diskuterer nærmere hvor sensitive resultatene er for variasjoner i anslag som er både viktige og usikre.

### 5.1. Langtidsplass i institusjon (sykehjem)

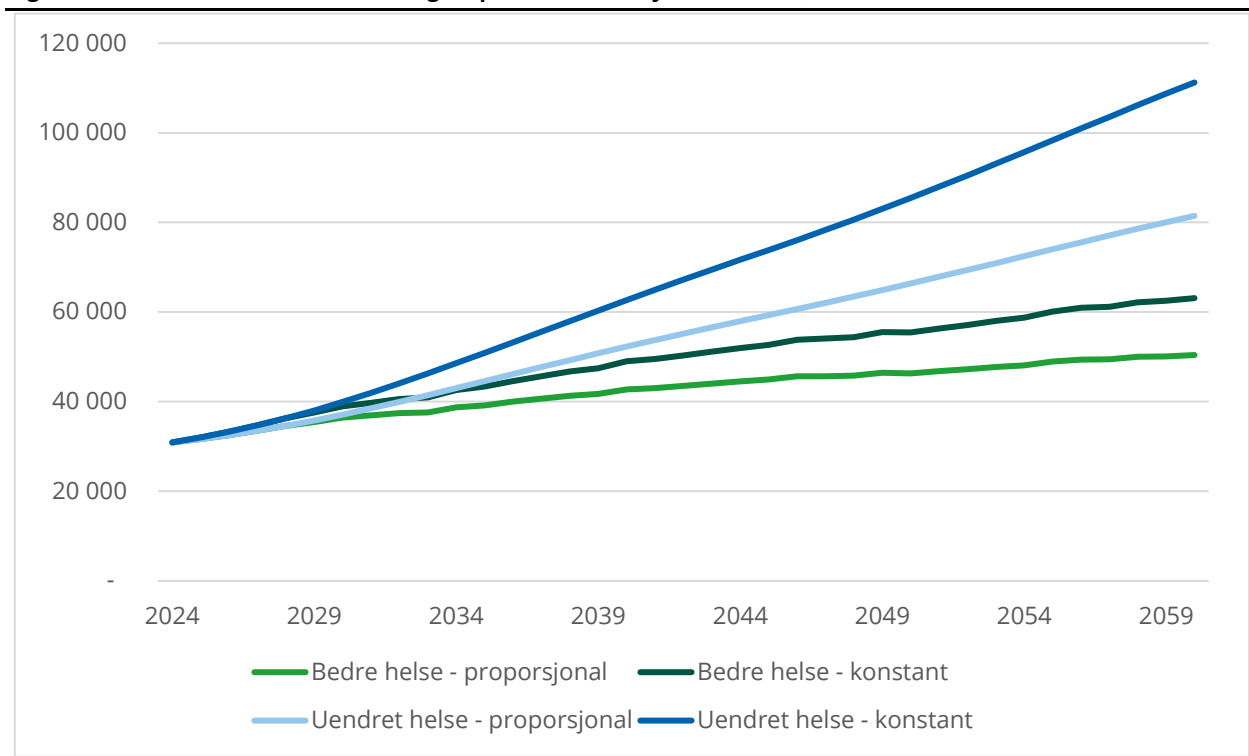
I 2024 var det om lag 30 900 langtidsplasser i sykehjem. Framskrivningene viser at dette behovet vil øke markant i alle scenarioer. Tabell 5.1 viser anslag for utvalgte år, mens figur 5.1 viser hele tidslinjen fra 2024 til 2060.

**Tabell 5.1** Framskrevet behov for langtidsplasser i institusjon (antall plasser, avrundet).  
Proporsjonal = familieomsorg vokser med samme rate som behovet. Konstant = familieomsorg holder seg på 2024-nivå. Antall effektive senger.

År	Bedre helse Proporsjonal	Bedre helse Konstant	Uendret helse Proporsjonal	Uendret helse Konstant
2024	30 900	30 900	30 900	30 900
2030	36 400	39 000	37 100	39 900
2040	42 800	49 000	52 300	62 700
2060	50 400	63 100	81 500	111 200

Kilde: KPR og SSB.

**Figur 5.1** Framskrevet behov for langtidsplasser i institusjon 2024–2060, fire scenarioer.



Kilde: KPR og SSB.

Fram mot 2030 er forskjellene mellom scenarioene beskjedne. Etter 2030 øker forskjellen mellom scenarioene. I 2060 spenner anslagene fra om lag 50 000 plasser i det laveste scenarioet til 111 000 i det høyeste, en forskjell på over 60 000 plasser.

Selv i scenarioet med lavest vekst - helseforbedring – proporsjonal (vekst i familieomsorgen) - øker behovet for langtids plasser med om lag 63 prosent fra 2024 til 2060. Her er veksten utelukkende drevet av den sterke veksten i antall eldre over 80 år. Scenarioet med høyest vekst (uendret helse – konstant familieomsorg) innebærer mer enn en tredobling. Allerede i 2040 er behovet mellom 43 000 og 63 000 plasser, avhengig av scenario.

Forskjellen mellom proporsjonal og konstant familieomsorg er særlig stor for langtidsinstitusjon. Dette skyldes i hovedsak måten effekten av familieomsorg er beregnet på, jf. avsnitt 3.6. Årsverkene som ytes av pårørende, reduserer bemanningsbehovet i de formelle omsorgstjenestene en-til-en. Denne reduksjonen fordeles proporsjonalt på tjenestene etter størrelse. Langtidsinstitusjon har flest sysselsatte, og vil derfor oppleve størst reduksjon i bemanningsbehovet ved en gitt økning i familieomsorgen. Ettersom langtidsinstitusjon i framskrivningene vokser raskere enn de andre tjenestene, vil en økende andel av familieomsorgen bli brukt på oppgaver som erstatter den offentlige arbeidsinnsatsen i denne tjenesten. Dette forsterker effekten av å endre forutsetningene om familieomsorgen for denne tjenesten sammenlignet med effekten for de andre tjenestene. Vi mangler informasjon som gjør det mulig å vurdere realismen i denne mekanismen. Den er valgt fordi den er transparent, konsistent og mulig å operasjonalisere innenfor vår modell. Usikkerheten knyttet til denne fordelingen diskuteres nærmere i kapittel 6.

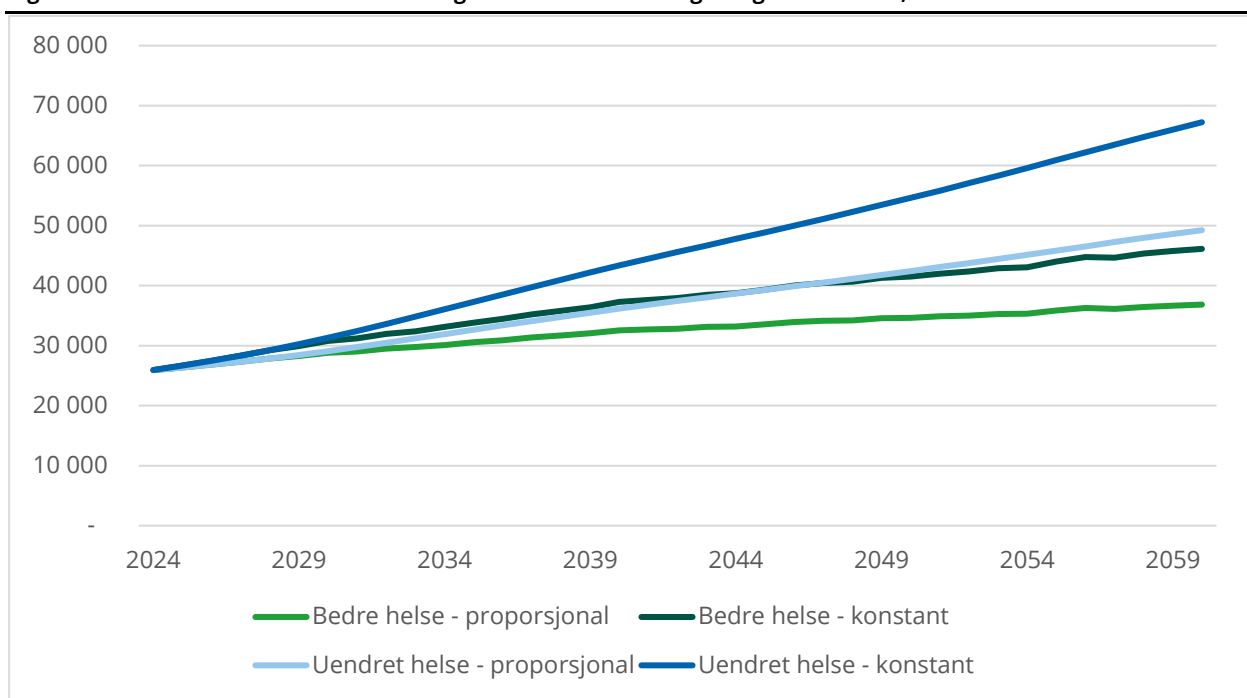
## 5.2. Heldøgnsbemannede omsorgsboliger

I 2024 er det om lag 25 900 beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Behovet vokser i alle scenarioer. Tabell 5.2 viser anslag for utvalgte år, mens figur 5.2 viser hele tidslinjen fra 2024 til 2060.

**Tabell 5.2 Framskrevet behov for heldøgnsbemannede omsorgsboliger (antall plasser/beboere, avrundet). Proporsjonal = familieomsorg vokser med samme rate som behovet. Konstant = familieomsorg holder seg på 2024-nivå. Antall effektive senger.**

År	Bedre helse Proporsjonal	Bedre helse Konstant	Uendret helse Proporsjonal	Uendret helse Konstant
2024	25 900	25 900	25 900	25 900
2030	28 800	30 800	29 100	31 300
2040	32 500	37 300	36 200	43 350
2060	36 800	46 100	49 200	67 200

Kilde: KPR og SSB.

**Figur 5.2 Framskrevet behov for heldøgnsbemannede omsorgsboliger 2024–2060, fire scenarier.**

Kilde: KPR og SSB.

Også for heldøgnsbemannede omsorgsboliger begynner scenarioene å skille seg fra hverandre etter 2030, men divergensen er mindre dramatisk enn for langtidsinstitusjon. I 2060 spenner anslagene fra om lag 36 800 i det laveste scenarieret til 67 200 i det høyeste, en forskjell på om lag 30 000 beboere, mot over 60 000 for langtidsinstitusjon.

Et tydelig trekk i figuren er at de to scenarioene med (proporsjonal) vekst i familieomsorgen, det vil si «bedre helse - proporsjonal» og «uendret helse - proporsjonal», er svært like gjennom hele perioden og nesten sammenfaller mot slutten. Dette betyr at helseforutsetningen har relativt liten betydning når familieomsorgen antas å vokse proporsjonalt. Familieomsorgen er med andre ord den dominerende usikkerhetsfaktoren for denne tjenesten.

En ytterligere forklaring på mønsteret ligger i hvordan den avlastende effekten av økende familieomsorg fordeles innenfor tjenesten. De mest ressurskrevende brukerne i heldøgnsbemannede boliger er gjennomgående yngre, og siden årsverkene fra familieomsorgen fordeles etter eksisterende ressursbruk per aldersgruppe målt i timer, plasseres en relativt stor andel på yngre og mer ressurskrevende brukere. Dette gir færre nye beboere per årsverk enn om de samme årsverkene hadde blitt fordelt jevnere på tvers av aldersgrupper. Effekten av familieomsorgsforutsetningen dempes dermed relativt til hva den ellers ville vært, men den er ikke ubetydelig i absolutte tall. Denne effekten er spesifikk for tjenester der ressursbruk per bruker varierer betydelig med alder. I langtidsinstitusjon, der måleenheten er døgn, oppstår ikke tilsvarende skjevhet. En mer teknisk beskrivelse er gitt i avsnitt 3.6.

Det bør bemerkes at tallene for heldøgnsbemannede omsorgsboliger har et noe svakere tallgrunnlag enn vi har for de andre tjenestene, jf. avsnitt 3.2. Usikkerheten i det absolutte nivået er derfor noe større enn for langtidsinstitusjon, selv om den relative utviklingen mellom scenarioene er robust.

### 5.3. Korttidsplass i institusjon

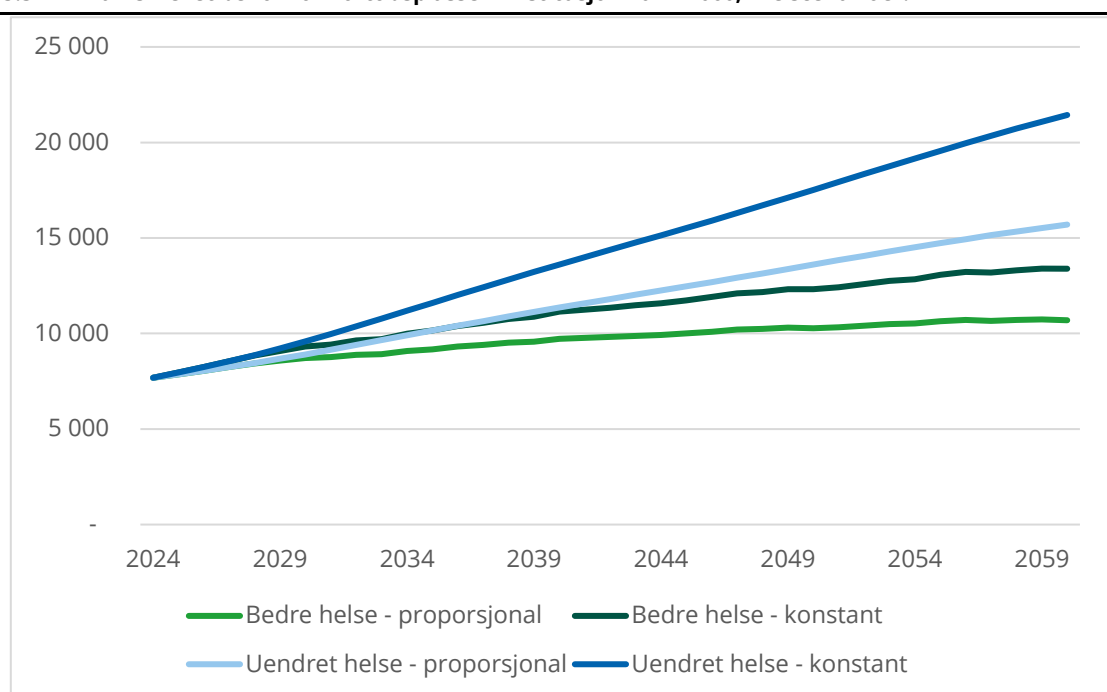
I 2024 er det om lag 7 700 korttidsplasser i institusjon. Behovet vokser i alle scenarier. Tabell 5.3 viser anslag for utvalgte år, mens figur 5.3 viser hele tidslinjen fra 2024 til 2060.

**Tabell 5.3 Framskrevet behov for korttidsplasser i institusjon (antall plasser, avrundet). Proporsjonal = familieomsorg vokser med samme rate som behovet. Konstant = familieomsorg holder seg på 2024-nivå. Antall effektive senger.**

År	Bedre helse Proporsjonal	Bedre helse Konstant	Uendret helse Proporsjonal	Uendret helse Konstant
2024	7 700	7 700	7 700	7 700
2030	8 700	9 300	8 900	9 600
2040	9 700	11 150	11 350	13 600
2060	10 700	13 400	15 700	21 450

Kilde: KPR og SSB.

**Figur 5.3 Framskrevet behov for korttidsplasser i institusjon 2024–2060, fire scenarier.**



Kilde: KPR og SSB.

Også for korttidsplassene øker forskjellen mellom scenarioene fra rundt 2030. I 2060 spenner anslagene fra om lag 10 700 plasser i det laveste scenarieret til 21 450 i det høyeste. Et interessant trekk i figur 5.3 er at behovet for heldøgns plasser i scenarioene «Uendret helse - proporsjonal» og «Bedre helse - konstant» krysser hverandre rundt 2035. I dette året oppveier altså effekten av forskjellene i forutsetninger hverandre. På lengre sikt betyr ulik familieomsorg mer enn ulik helsetilstand.

Korttidsplassene skiller seg fra de to andre tjenestene ved at de i tillegg til den demografiske utviklingen også påvirkes av faktorer som utskrivningspraksis fra sykehus og organiseringen av hjemmetjenestene. Dette bidrar til større svingninger over tid, som også er synlig i de historiske tallene i kapittel 2. Framskrivningene for korttid bør derfor tolkes med noe større forsiktighet enn for langtidsinstitusjon og heldøgnsbemannede boliger.

## 5.4. Samlet behov for heldøgnsplasser

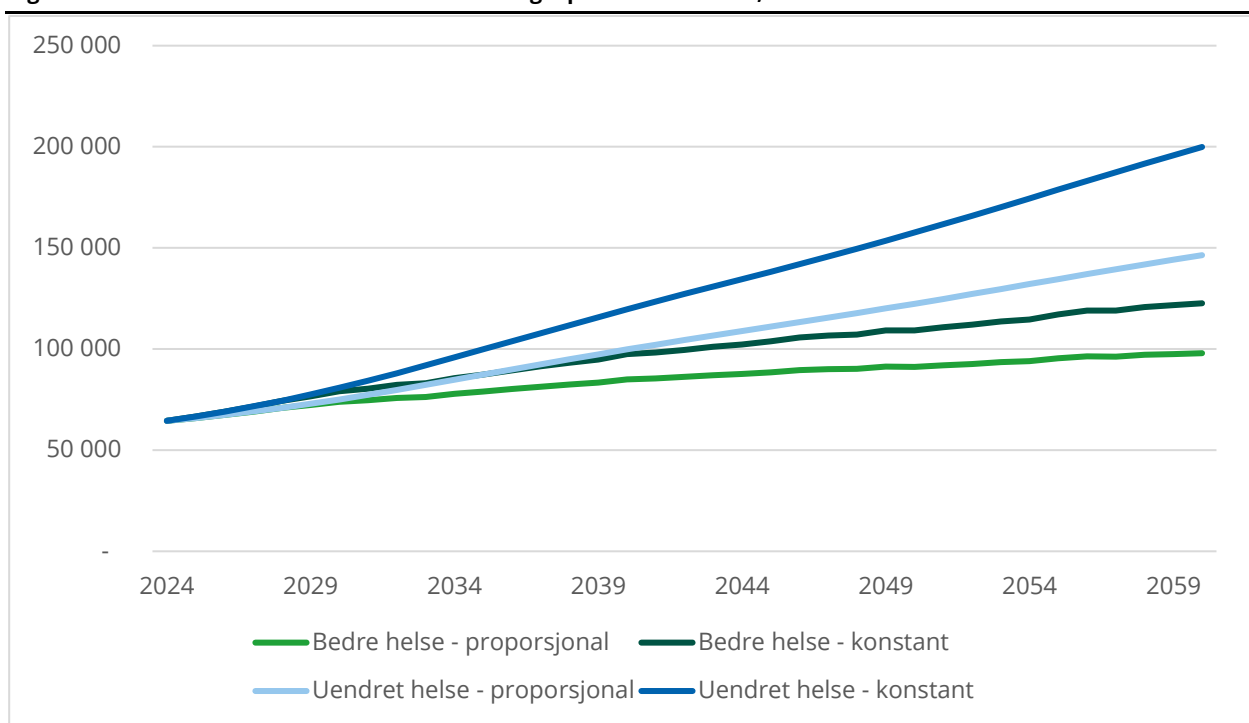
Slår man sammen langtidsinstitusjon, heldøgnsbemannede omsorgsboliger og korttidsplasser, gir de fire scenarioene et samlet bilde som vises i tabell 5.4 og figur 5.4.

**Tabell 5.4 Samlet framskrevet behov for heldøgnsplasser (langtids- + korttidsinstitusjon + heldøgnsbemannede boliger, avrundet). Antall effektive senger.**

År	Bedre helse Proporsjonal	Bedre helse Konstant	Uendret helse Proporsjonal	Uendret helse Konstant	Vekst fra 2024 i Bedre helse + Konstant
2024	64 500	64 500	64 500	64 500	-
2030	73 900	79 100	75 100	80 800	+14 600
2040	85 000	97 450	99 800	119 650	+32 950
2060	98 000	122 600	146 400	199 900	+58 100

Kilde: KPR og SSB.

**Figur 5.4 Samlet framskrevet behov for heldøgnsplasser 2024–2060, fire scenarioer.**



Kilde: KPR og SSB.

Fram mot 2030 er veksten i det samlede behovet relativt lik i de fire scenarioene. Etter 2030 begynner scenarioene å divergere, og fra 2040 og utover tiltar divergensen markant. Veksten i plassbehovet blir klart sterkest i scenarioet der både familieomsorgen og helsetilstanden forblir som i 2024 («Uendret helse + konstant familieomsorg»). Her passeres et behov på nær 200 000 plasser i 2060.

Alle scenarioene viser at behovet for heldøgnsplasser vil øke vesentlig allerede de neste 15 årene. I 2040 spenner anslagene fra 85 000 til nær 120 000 plasser, mot 64 500 i dag. Selv det laveste anslaget innebærer en vekst på over 30 prosent på 16 år, drevet i hovedsak av den sterke veksten i antall eldre over 80 år. Det er først og fremst størrelsen på veksten, ikke om den vil komme, som varierer med forutsetningene om helsetilstand og familieomsorg.

I 2060 spenner anslagene fra om lag 98 000 plasser i det laveste scenarioet til nær 200 000 i det høyeste – en forskjell på over 100 000 plasser. Selv det laveste anslaget innebærer en vekst på om lag 52 prosent fra 2024. Her er veksten drevet utelukkende av veksten i antall eldre over 80 år.

## 6. Usikkerhet og sensitivitet

Dette kapitlet diskuterer de viktigste kildene til usikkerhet og presenterer en kvantitativ sensitivitetsanalyse for familieomsorgsanslaget.

Sensitivitetsanalysen viser at resultatene er relativt robuste for moderate endringer i anslaget på familieomsorgen i 2024. Den dominerende usikkerhetsfaktoren er ikke størrelsen på dette anslaget, men forutsetningen om familieomsorgen er konstant eller vokser med samme rate som offentlig omsorg, det vil si om pårørende vil klare å øke sin innsats i takt med det voksende behovet. Dette er et strukturelt spørsmål som i stor grad avhenger av blant annet demografisk utvikling, holdninger og politiske valg.

### 6.1. Sensitivitet for anslaget på familieomsorg i 2024

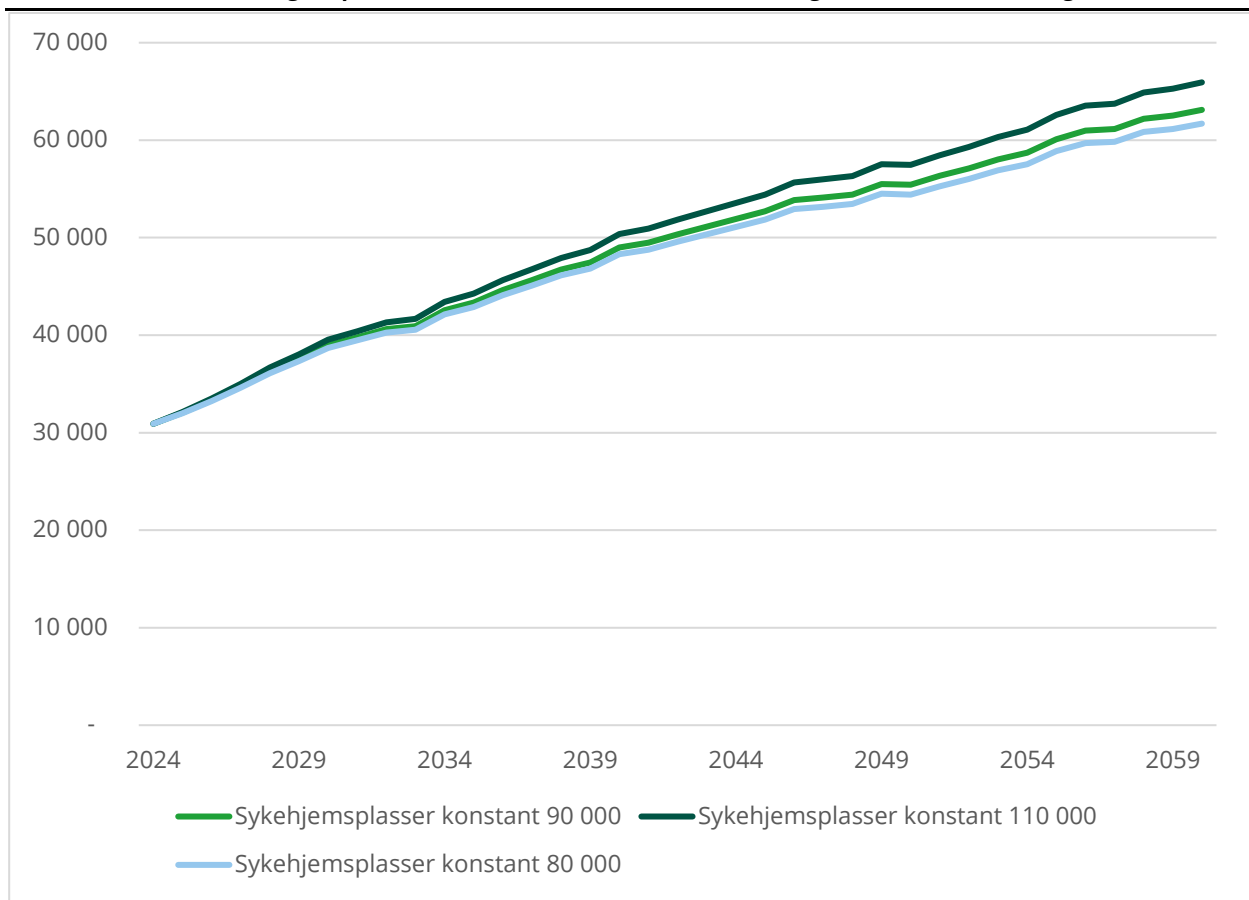
Vi viser til avsnitt 3.6 for en forklaring av hvordan endringer i forutsetningene knyttet til henholdsvis vekst og utgangsnivå for familieomsorgen påvirker våre framskrivninger av behovet for årsverk og heldøgns plasser i den offentlig finansierte omsorgen.

Forutsetningen om 90 000 årsverk fra pårørende utenfor egen husholdning (jf. avsnitt 3.6) er et anslag forbundet med betydelig usikkerhet. Den har vært benyttet i SSBs framskrivninger av ressursbehovet i offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester siden 2016 (Holmøy, Haugstveit og Otnes, 2016). Levekårsundersøkelsen om helse fra 2019 indikerer at andelen som yter pårørendeomsorg har vært stabil eller svakt stigende sammenlignet med tilsvarende undersøkelse fra 2015. Diskusjonen av undersøkelsene gjort av Pårørendealliansen og Helsedirektoratet i Menon Economics (2025) kan også tyde på et høyere nivå. Disse undersøkelsene sier imidlertid ikke noe om innsatsen fra pårørende utenfor mottakers husholdning, som er den familieomsorgen som har direkte betydning for våre resultater. Som påpekt foran skyldes dette vår forutsetning om at omsorgen fra samboere vokser med samme rate som den offentlige omsorgen.

For å illustrere hvor følsomme resultatene er for dette anslaget, er framskrivningene kjørt med tre varianter: 80 000, 90 000 og 110 000 årsverk. Analysen er gjennomført for «bedre helse»-scenarioet for langtidsinstitusjon og heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Korttids plasser er utelatt fordi andre faktorer, som utskrivningspraksis fra sykehus og organiseringen av hjemmetjenestene, dominerer usikkerheten for denne tjenesten.

Som påpekt i avsnitt 3.6, er det omsorgen som ytes av pårørende utenfor mottakerens husholdning som gir utslag i våre framskrivninger. Omsorgen innenfor husholdningen, typisk ektefelle eller samboer, er ikke inkludert i de 90 000 årsverkene vi her diskuterer. Denne typen omsorg er nært knyttet til selve samlivet og antas å vokse proporsjonalt med omsorgsbehovet.

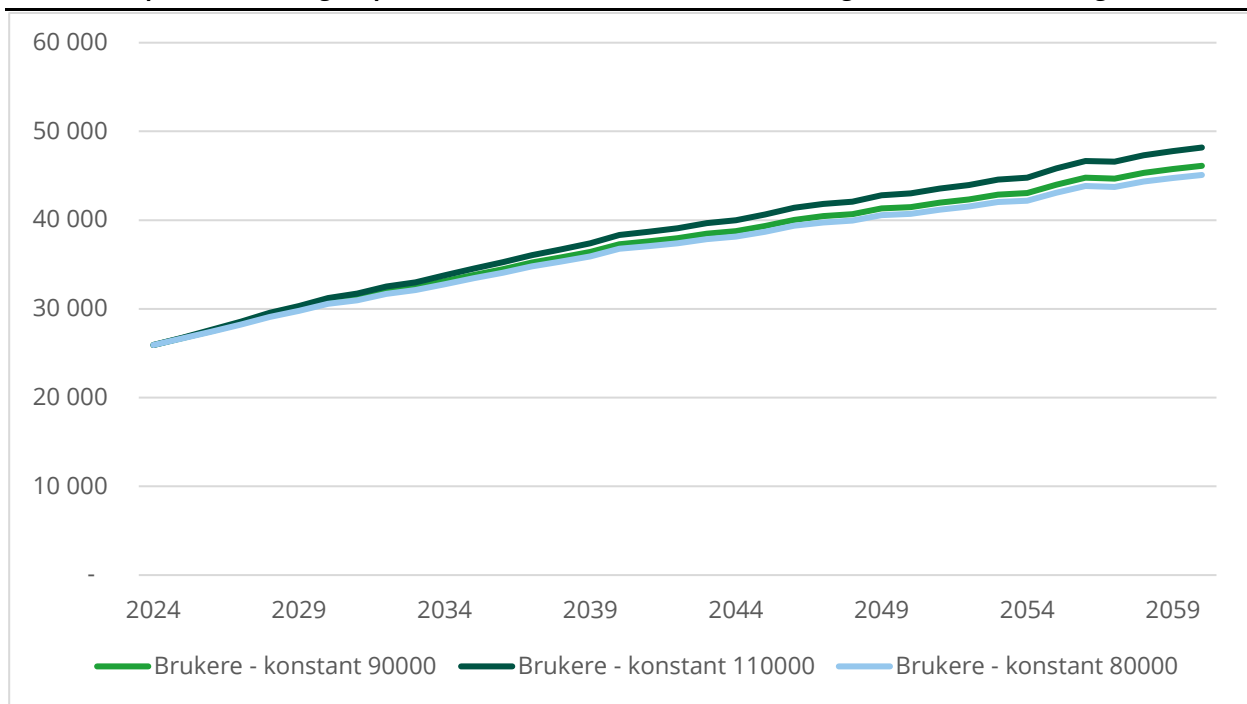
Det bemerkes at forutsetningen om proporsjonal vekst i omsorgen innenfor husholdningen ikke tar hensyn til mulige endringer i samlivsmønstre og husholdningsstruktur. Faktorer som økt andel enslige eldre, endringer i aldersforskjellen mellom par og endrede skilsmisse mønstre kan påvirke hvor mange eldre som har en ektefelle eller samboer som kan yte omsorg. Slike strukturelle endringer er ikke modellert, verken i selve framskrivningsmodellen eller i sensitivitetsanalysen.

**Figur 6.1** Framskrevet behov for langtidsplasser i institusjon under «bedre helse»-scenarioet og tre anslag på familieomsorg fra pårørende utenfor mottakerens husholdning i 2024: 80 000, 90 000 og 110 000.

Kilde: KPR og SSB.

De tre linjene ligger nær hverandre gjennom hele perioden. Små forskjeller oppstår og vokser noe fra rundt 2030. I 2060 gir et anslag på 110 000 årsverk behov for om lag 65 900 langtidsplasser, mot om lag 63 100 ved 90 000 årsverk, en forskjell på knapt 2 800 plasser. Som beskrevet i avsnitt 3.6 fordeles avlastningseffekten av økt familieomsorg proporsjonalt etter tjenestenes andel av formelle årsverk. Som forklart i avsnitt 5.1 fører dette til at det er plassbehovet i langtidsinstitusjon - den største og raskest voksende tjenesten - som påvirkes mest av endringer i familieomsorgen. Dette forklarer hvorfor linjene divergerer noe mer mot slutten av perioden.

**Figur 6.2 Framskrevet behov for heldøgnsbemannede omsorgsboliger, gitt «bedre helse»-scenarioet og tre anslag på familieomsorg fra pårørende utenfor mottakerens husholdning i 2024: 80 000, 90 000 og 110 000.**



Kilde: KPR og SSB.

For heldøgnsbemannede omsorgsboliger gir en familieomsorg på 110 000 årsverk om lag 48 200 beboere i 2060, mot 46 100 ved 90 000 årsverk, en forskjell på om lag 2 100 beboere. Andelen av familieomsorgen som avlastet det offentlige tilbudet av denne tjenesten faller fra om lag 24 prosent i 2025 til 21 prosent i 2060, siden tjenesten vokser saktere enn langtidsinstitusjon. Linjene i figur 6.2 ligger derfor jevnere gjennom hele perioden enn i figur 6.1.

Sammenlignet med spennet mellom hovedscenarioene i kapittel 5, der forskjellen mellom det laveste og høyeste anslaget overstiger 60 000 plasser samlet i 2060, er effekten av å variere anslaget på dagens familieomsorg innenfor et rimelig intervall beskjeden for begge tjenester. Den dominerende usikkerhetsfaktoren er ikke anslaget på dagens nivå, men forutsetningene om veksten framover i familieomsorgen.

Det er også verdt å merke seg to underliggende forutsetninger i modellen. For det første antas årsverksveksten hos pårørende å være proporsjonal med veksten i det offentlige i proporsjonal-scenarioet. For det andre legges det til grunn at et årsverk fra pårørende erstatter et omsorgsårsverk i den offentlige omsorgen, altså en en-til-en-substitusjon. Begge forutsetninger er usikre. Den sistnevnte er særlig krevende fordi pårørende og det offentlige ikke nødvendigvis er like effektive per årsverk, det offentlige henter stordriftsfordeler som pårørende ikke har. Dette kan innebære at behovet for offentlige plasser i konstant-scenarioet er noe overvurdert. Dette gjelder særlig de ekstra plassene som konstant-scenarioet genererer utover proporsjonal-scenarioet. Differansen mellom scenarioene «proporsjonal» og «konstant» er i 2060 over 60 000 plasser samlet, og hele denne differansen er beheftet med denne usikkerheten. I sum bidrar de ulike forutsetningene til å gjøre usikkerheten knyttet til betydningen av familieomsorg større enn det sensitivetsanalysen alene gir uttrykk for.

## 6.2. Helseforutsetningen

«Bedre helse»-scenarioet er implementert ved å forskyve aldersprofilen for tjenestebruk basert på utviklingen i aldersspesifikke dødelighetsrater, som beskrevet i avsnitt 3.5. Denne tilnærmingen

bygger på en forutsetning om at avtakende aldersspesifikk dødelighet også innebærer utsatt funksjonssvikt og dermed utsatt omsorgsbehov.

Sammenhengen mellom dødelighet og omsorgsbehov er imidlertid ikke entydig. Økt levealder kan skyldes bedre behandling av tilstander som ikke nødvendigvis reduserer omsorgsbehovet, for eksempel overlevelse etter hjerneslag eller demens. I slike tilfeller vil flere leveår ikke innebære færre år med omsorgsbehov, men snarere flere.

Det er heller ikke gitt at den historiske nedgangen i andelen eldre på sykehjem reflekterer bedre helse. Som diskutert i avsnitt 2.4 må denne utviklingen i stor grad ses i sammenheng med organisatoriske endringer.

Dersom helseeffekten er svakere enn det dødelighetsforskyvningen tilsier, vil det faktiske behovet ligge nærmere de midtre scenarioene enn det laveste. Tilsvarende er det øvre anslaget, som kombinerer uendret helse med konstant familieomsorg, beheftet med betydelig usikkerhet, blant annet som følge av forutsetningen om at årsverk fra pårørende erstatter offentlige omsorgsårsverk en-til-en, jf avsnitt 3.6.

I tillegg kommer usikkerheten knyttet til politiske føringer og kommunenes forutsetninger. En dreining mot mer hjemmetjeneste og færre heldøgns plasser enn dagens mønster vil trekke det faktiske behovet ned, uavhengig av hvilket scenario som legges til grunn.

Kommunenes ulike økonomi, geografi, boligmasse og organisering innebærer dessuten at de nasjonale anslagene kan skjule betydelig variasjon på lokalt nivå, noe som er viktig å ha i mente hvis framskrivningene brukes som grunnlag for lokal planlegging.

### **6.3. Befolkningsusikkerhet**

Framskrivningene benytter SSBs middelalternativ (MMM) som er SSBs hovedalternativ for befolkningsutvikling. Tidligere framskrivninger har vist at høy- og lavalternativet gir betydelig større spredning i anslått behov, særlig mot slutten av framskrivningsperioden. I denne rapporten er vi begrenset til MMM for å holde antall scenarioer håndterlig.

Som for alle anslag på fremtidige størrelser, er også befolkningsutviklingen usikker. Når det gjelder spørsmål som i stor grad har med antall eldre å gjøre, må man imidlertid huske disse personene er her allerede, gitt tidshorisonter kortere enn forventet levealder ved fødsel. Usikkerheten vurderes derfor som mindre avgjørende enn usikkerheten knyttet til helsetilstand og familieomsorg, spesielt på kort og mellomlang sikt. På lang sikt, mot 2060, vil imidlertid valg av befolkningsalternativ ha betydelig innvirkning på anslagene. Befolkningsframskrivingene er i seg selv usikre, og fremtidig innvandring er den komponenten som er forbundet med sterkest usikkerhet. Også trender i fruktbarhet og dødelighet kan avvike betydelig fra forutsetningene. For forventet levealder spenner alternativene i 2050 fra 83,3 til 88,4 år for menn og fra 85,9 til 90,5 år for kvinner – et spenn som har direkte betydning for størrelsen på de eldste aldersgruppene og dermed for behovet for heldøgns plasser (Tømmerås og Thomas, 2024).

### **6.4. Stabilitet i tjenestestruktur og brukerandeler**

Som dokumentert i avsnitt 3.7 viser en sammenligning av framskrevne og observerte tall for perioden 2019–2024 at sammenhengen mellom behov og tjenestebruk har endret seg raskere enn modellen forutsetter. Alle våre scenarioer vil undervurdere veksten i hjemmetjenestene og overvurdere veksten i institusjonsbaserte tjenester dersom den observerte dreiningen mot hjemmebasert omsorg fortsetter.

Dette er den kilden til usikkerhet som har størst betydning for tolkningen av resultatene på kort og mellomlang sikt, ikke fordi de demografiske forutsetningene er feil, men fordi tjenestestrukturen selv er i endring. Usikkerheten er derfor større enn det spennet mellom scenarioene alene gir uttrykk for.

Dette dreier seg imidlertid om usikkerhet knyttet til politikken som bestemmer omfang og organisering av den offentlige omsorgen. Som påpekt i avsnitt 3.7, er det gode grunner til man i langsiktige modellbaserte framskrivninger forutsetter uendret politikk.

## **6.5. Andre usikkerhetsfaktorer**

### **Teknologi og velferdsteknologi**

Økt bruk av velferdsteknologi kan gjøre det mulig for flere eldre å bo hjemme lenger med lavere ressursbruk per bruker. Dette er ikke inkludert i modellen. Effekten av teknologi på behovet for heldøgns plasser er vanskelig å kvantifisere, men kan på sikt bidra til å redusere veksten, særlig i heldøgnsbemannede omsorgsboliger og hjemmetjenestene.

### **Endringer i boligmassen**

Dersom flere eldre bor i tilrettelagte boliger med universell utforming, kan overgangen til heldøgns omsorg utsettes. Effekten avhenger av i hvilken grad boligtilpasning faktisk reduserer behovet for tjenester, og ikke bare forskyver det.

### **Kommunale prioriteringer og organisering**

Ulike kommuner har ulik tjenesteprofil og ulik terskel for tildeling av heldøgns plasser. Framskrivningene er basert på nasjonale gjennomsnittsprofiler og fanger ikke opp denne variasjonen. På lokalt nivå vil faktiske behov kunne avvike betydelig fra de nasjonale anslagene.

### **Innvandring**

SSBs befolkningsframskrivninger inkluderer innvandring, men innvandreres bruksmønster i omsorgstjenestene er ikke nødvendigvis det samme som for den øvrige befolkningen. SSB har vurdert mulige utslag av dette, men datagrunnlaget er foreløpig for tynt til å gi et godt anslag. Det er svært få eldre innvandrere i Norge i dag. Et ytterligere problem er at framtidige kohorter av eldre innvandrere ikke nødvendigvis vil ligne på dem vi observerer i dag: sammensetningen etter landbakgrunn og innvandringsårsak vil kunne endre seg betydelig. Dette gjør det svært vanskelig å beregne effekten på framtidig tjenestebruk, og innvandring er derfor ikke eksplisitt modellert.

SSBs befolkningsframskrivninger anslår at innvandrerbefolkningen vil vokse og bli eldre i tiårene fremover, med sterk vekst også i eldre aldersgrupper (Tømmerås og Thomas, 2024). Dette understreker at innvandreres fremtidige tjenestebruk vil bli et stadig mer relevant spørsmål etter hvert som datagrunnlaget bedres.

## 7. Sammenligning med framskrivningene fra 2020

Vi har sammenlignet hvert av de fire scenarioene for totalt antall heldøgns plasser i denne rapporten med scenarioer basert på tilsvarende forutsetninger i Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020). Sistnevnte baserte seg på data fra 2017 og hovedalternativet i befolkningsframskrivningene fra 2018.

Mellom disse to rundene med framskrivninger har beregningen av antall plasser i startårene, henholdsvis 2017 og 2024, endret seg. I 2020-framskrivningen ble antall plasser i 2017 hentet direkte fra skjemarapportering. I denne rapporten måler 2024-tallet på plasser såkalte effektive senger, beregnet som liggedøgn delt på 365. Dette gir et målegrunnlag som påvirkes hverken av endringer i definisjoner eller hva som skal inkluderes i tellingen.

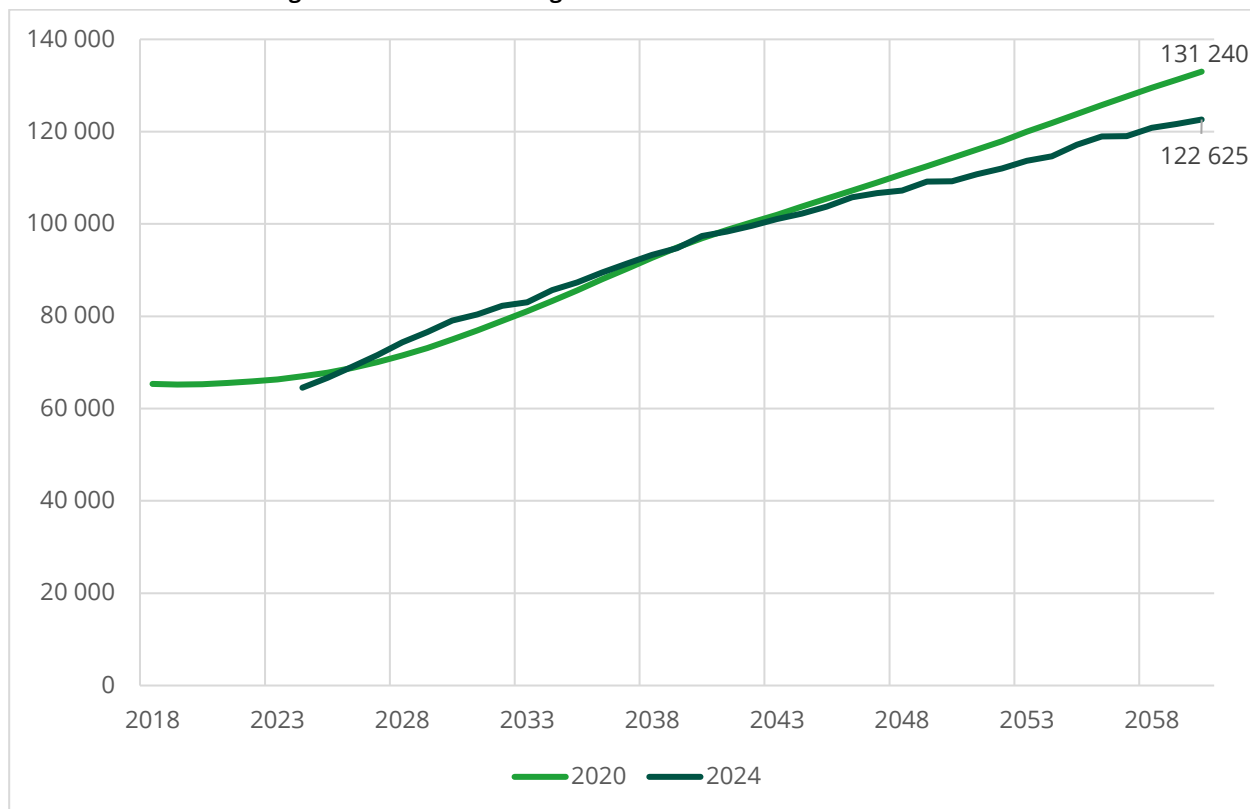
Effektive senger vil ligge noe under antall rapporterte plasser, siden ikke alle plasser er i bruk hele året. For 2017-tallet er det dessuten en feilkilde knyttet til fordelingen mellom tjenestene. Fra og med 2022 ble måten plassene telles på justert, ved at om lag 1 000 plasser ble flyttet fra korttids- til langtids plasser. Denne justeringen burde også vært gjort for 2017-tallet, men ble ikke gjennomført i framskrivningene i 2020-rapporten. Totaltallet for 2017 er likevel korrekt; det er bare fordelingen mellom tjenestene som blir feil, og omfordelingen er betydelig på tjenestenivå, særlig for korttids plasser, der de 1 000 plassene utgjør en relativt stor andel.

Konsekvensen er at en for høy andel av plassene i 2017 er klassifisert som korttids- framfor langtids plasser, og at denne skjevfordelingen videreføres gjennom hele framskrivningen, uavhengig av de korrigerede 2022-tallene. Siden langtids plasser i hovedsak bebos av personer over 80 år - aldersgruppen med sterkest vekst - blir den framskrevne veksten i langtids plasser dermed noe undervurdert i 2020-rapporten (og veksten i korttids plasser tilsvarende noe overvurdert).

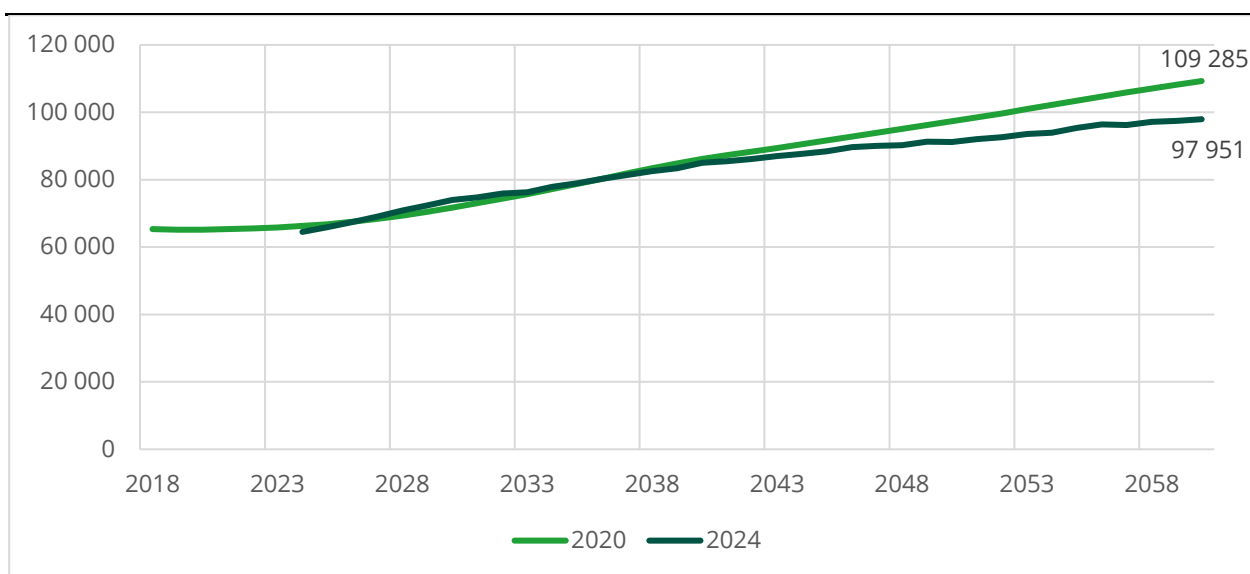
Sammenligningen av de fire scenarioene i de to framskrivningsrundene viser følgende hovedtrekk:

1. Felles i alle de fire sammenligningene i figurene 7.1-7.4 er 1) lavere befolkningsvekst, også i gruppen 80 år og eldre i befolkningsframskrivningen fra 2024 enn i tilsvarende framskrivning fra 2018; 2) Brukerfrekvensene for langtidsopphold på institusjon er lavere i 2024 enn i 2020 (se kapittel 2). Begge disse forskjellene bidrar til at antall heldøgns plasser er lavere i denne rapporten enn i 2020-rapporten.
2. Forskjellene er små for begge scenarioer som forutsetter helseforbedringer, det vil si «bedre helse og konstant familieomsorg» (figur 7.1) og scenarioet med *Lavest vekst* (figur 7.2). I begge disse er det tilnærmet ingen forskjeller før 2040. Dette innebærer at ulik beregning for effekten helseforbedringer i de to rapportene langt på vei oppveier effektene av forskjellene i befolkningsutvikling og reduserte brukerfrekvenser fra 2020 til 2024. Med andre ord gir helseforbedringer isolert sett en svakere reduksjon i brukerfrekvensene over tid i denne rapportens beregninger enn i 2020-rapporten.
3. I begge scenarioene med uendret helsetilstand, det vil si *Middels vekst* (figur 7.3) og *Sterkest vekst* (figur 7.4), ligger den nye framskrivningen lavere enn den tilsvarende fra 2020. Forskjellen i antall heldøgns plasser øker relativt sakte over tid: i *Middels vekst* fra nær 8 500 i 2024 til nær 24 500 i 2060, i *Sterkest vekst* fra 12 400 i 2024 til vel 28 000 i 2060. Merk at i *Middels vekst* er brukerfrekvensene konstante, og familieomsorgen påvirker ikke veksten. Lavere befolkningsvekst og lavere brukerfrekvenser for langtidsinstitusjon i denne rapporten enn i 2020-rapporten, motvirkes derfor ikke av endringer i effekten av helseforbedringer.

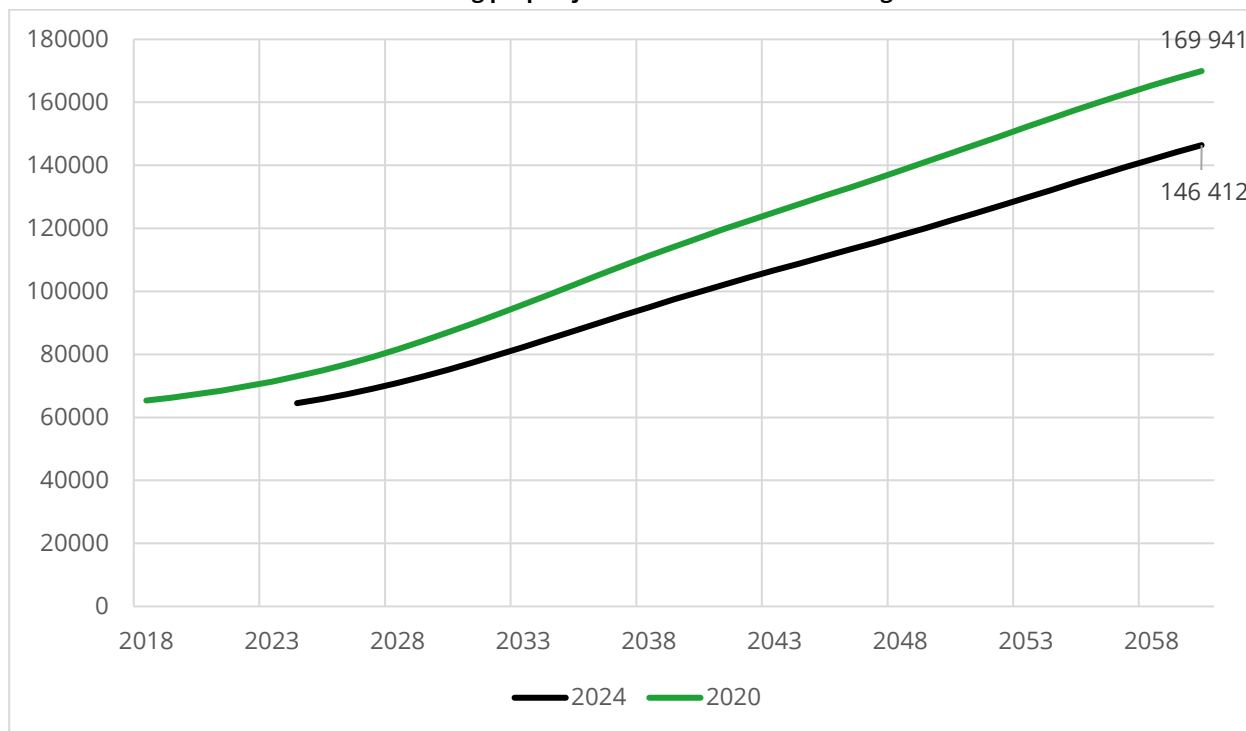
**Figur 7.1** Framskrevet samlet behov for heldøgns plasser i denne rapporten (2024) og i SSB-rapport 2020/43 (2020). Bedre helse og konstant familieomsorg



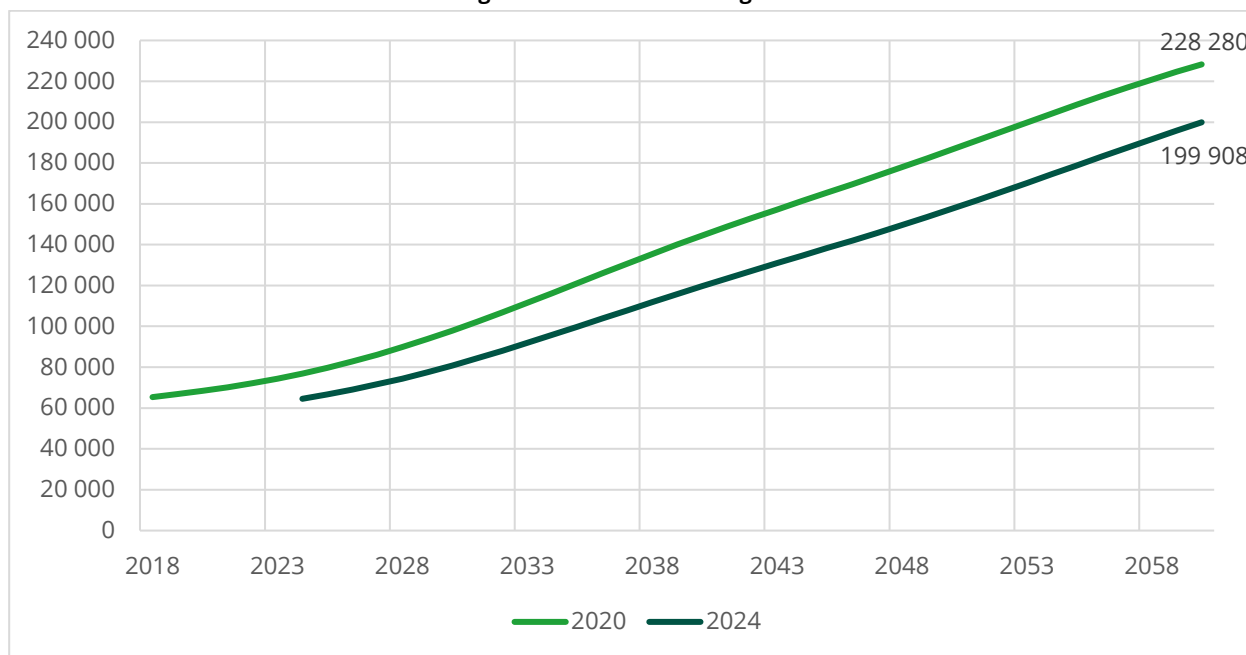
**Figur 7.2** Framskrevet samlet behov for heldøgns plasser i denne rapporten (2024) og i SSB-rapport 2020/43 (2020). Lavest vekst: Bedre helse og proporsjonal vekst i all familieomsorg



**Figur 7.3** Framskrevet samlet behov for heldøgns plasser i denne rapporten (2024) og i SSB-rapport 2020/43 (2020). Middels vekst: Uendret helse og proporsjonal vekst i all familieomsorg



**Figur 7.4** Framskrevet samlet behov for heldøgns plasser i denne rapporten (2024) og i SSB-rapport 2020/43 (2020). Sterkest vekst: Uendret helse og konstant familieomsorg



## Referanser

- Borgan, J-K. (2012): Pleie- og omsorgsstatistikk 1962-2010, Rapporter 10/2012, Statistisk sentralbyrå.
- Grønlie, T. (2004): Fra velferdskommune til velferdsstat – hundre års velferdsvekst fra lokalisme til statsdominans, Historisk tidsskrift, bind 83, s. 633–649.
- Dalen, Hanne Marit, G. Hjemås, E. Holmøy og Z. Jia (2026). *Behov for og tilgang på arbeidskraft i offentlig helse og omsorg fremover*. Rapporter 2026/18. Statistisk sentralbyrå.
- Hatland, A. og A. West Pedersen (2023): Velferdspolitik. Gyldendal Norsk Forlag 2023.
- Helsedirektoratet (u.å.a). *Rapportering av tjenester med definisjoner og rapporteringskrav – langtidsopphold i institusjon*. Hentet 02.05.2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav/langtidsopphold-i-institusjon>
- Helsedirektoratet (u.å.b). *Rapportering av tjenester med definisjoner og rapporteringskrav – oversikt*. Hentet 02.05.2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav>
- Helsedirektoratet (u.å.c). *Om funksjonsvurdering og skårinndeling*. Hentet 02.05.2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling#oversikt-over-skarinndelingen>
- Hjemås, G., Holmøy, E. og Haugstveit, F. V. (2019). *Framskrivinger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. Rapporter 2019/12. Statistisk sentralbyrå.
- Hjemås, G., E. Holmøy og F. Haugstveit (2019): *Framskrivinger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*, Rapporter 2019/12, Statistisk sentralbyrå.
- Holmøy, E., G. Hjemås og F. Haugstveit (2023): *Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk*, Rapporter 2023/3, Statistisk sentralbyrå.
- Holmøy, E., Hjemås, G. og Haugstveit, F. V. (2020). *Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060*. Rapporter 2020/43. Statistisk sentralbyrå.
- Holmøy, E. F. Haugstveit og B. Otnes (2016): *Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060*. Rapporter 2016/20. Statistisk sentralbyrå.
- Jia, Z., T. Kornstad, N.M. Stølen og G. Hjemås (2023): *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*, Rapporter 2023/2, Statistisk sentralbyrå.
- Menon Economics (2025): *Samfunnsøkonomiske kostnader av pårørendeinnsats i Norge*, Rapport 64.
- Otnes, B. (2012): «Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene», kapittel 4 i S.O. Daatland og M. Veenstra (red.): *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*, Rapport nr. 2/12, NOVA.
- Romøren, T.I. (2018): «Helse- og omsorgstjenesten i kommunene», kapittel 7 i Hatland, A., S. Kuhnle og T.I. Romøren (red.) *Den norske velferdsstaten*. Oslo, Gyldendal.
- Stortingsmelding 24 (2022–2023) «Fellesskap og meistring». [Meld. St. 24 \(2022–2023\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no).
- Tømmerås, A. M. og Thomas, M. J. (2024). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024*. Rapporter 2024/21. Statistisk sentralbyrå.

## Figurregister

Figur 2.1	Antall langtidsplasser i institusjon, korttidsplasser og beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger, 2009–2025. ....	9
Figur 2.2	Indeksert utvikling (2009=100) for antall langtidsplasser i institusjon, korttidsplasser, beboere i heldøgnsbemannede boliger og befolkningen 80 år og eldre, 2009–2025 .....	10
Figur 2.3	Andel unike brukere av langtidsopphold i institusjon per person i befolkningen, etter ettårig alder og kjønn, 2019 og 2024.....	11
Figur 5.1	Framskrevet behov for langtidsplasser i institusjon 2024–2060, fire scenarier. ....	20
Figur 5.2	Framskrevet behov for heldøgnsbemannede omsorgsboliger 2024–2060, fire scenarier. ....	22
Figur 5.3	Framskrevet behov for korttidsplasser i institusjon 2024–2060, fire scenarier.....	23
Figur 5.4	Samlet framskrevet behov for heldøgns plasser 2024–2060, fire scenarier.....	24
Figur 6.1	Framskrevet behov for langtidsplasser i institusjon under «bedre helse»-scenarioet og tre anslag på familieomsorg fra pårørende utenfor mottakerens husholdning i 2024: 80 000, 90 000 og 110 000. ....	27
Figur 6.2	Framskrevet behov for heldøgnsbemannede omsorgsboliger, gitt «bedre helse»-scenarioet og tre anslag på familieomsorg fra pårørende utenfor mottakerens husholdning i 2024: 80 000, 90 000 og 110 000. ....	28
Figur 7.1	Framskrevet samlet behov for heldøgns plasser i denne rapporten (2024) og i SSB-rapport 2020/43 (2020). Bedre helse og konstant familieomsorg .....	32
Figur 7.2	Framskrevet samlet behov for heldøgns plasser i denne rapporten (2024) og i SSB-rapport 2020/43 (2020). Lavest vekst: Bedre helse og proporsjonal vekst i all familieomsorg .....	32
Figur 7.3	Framskrevet samlet behov for heldøgns plasser i denne rapporten (2024) og i SSB-rapport 2020/43 (2020). Middels vekst: Uendret helse og proporsjonal vekst i all familieomsorg .....	33
Figur 7.4	Framskrevet samlet behov for heldøgns plasser i denne rapporten (2024) og i SSB-rapport 2020/43 (2020). Sterkest vekst: Uendret helse og konstant familieomsorg.....	33

## Tabellregister

Tabell 4.1: De fire scenarioene .....	19
Tabell 5.1 Framskrevet behov for langtids plasser i institusjon (antall plasser, avrundet). Proporsjonal = familieomsorg vokser med samme rate som behovet. Konstant = familieomsorg holder seg på 2024-nivå. Antall effektive senger. ....	20
Tabell 5.2 Framskrevet behov for heldøgnsbemannede omsorgsboliger (antall plasser/beboere, avrundet). Proporsjonal = familieomsorg vokser med samme rate som behovet. Konstant = familieomsorg holder seg på 2024-nivå. Antall effektive senger. ....	21
Tabell 5.3 Framskrevet behov for korttids plasser i institusjon (antall plasser, avrundet). Proporsjonal = familieomsorg vokser med samme rate som behovet. Konstant = familieomsorg holder seg på 2024-nivå. Antall effektive senger. ....	23
Tabell 5.4 Samlet framskrevet behov for heldøgns plasser (langtids- + korttidsinstitusjon + heldøgnsbemannede boliger, avrundet). Lavt = bedre helse + proporsjonal. Moderat = bedre helse + konstant. Høyt = uendret helse + konstant. Antall effektive senger. ....	24