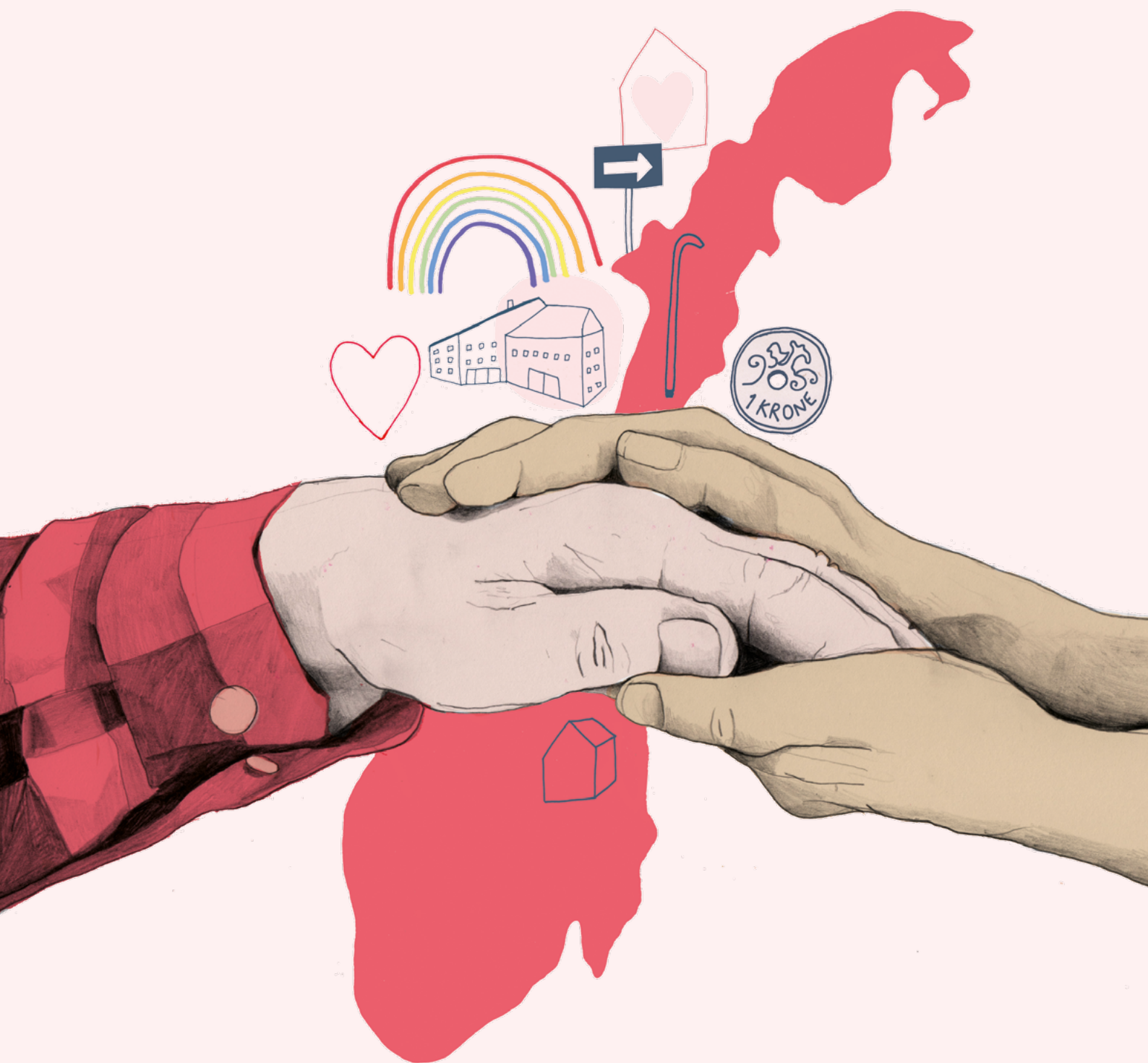




Hvem får **OMSORG I MORGEN?**

Udekte behov og ulik tilgang til eldreomsorg i Norge.

Norges Røde Kors
Postboks 1, Grønland
0133 Oslo
Norge

E-post: post@redcross.no

Forfatter: Nicholas Janicki-Berg (hovedforfatter av hele rapporten),
Nora Sandvik Ling (hovedforfatter av kapittel 2) og
Øyvind Bosnes Engen (hovedforfatter av kapittel 5)

Spesielle takk: Røde Kors vil takke Anders Barstad, Roger Hammersland
og Sindre Mikael Haugen i Statistisk sentralbyrå for
arbeidet med rapporten *Eldrebefolkningen, nå og i framtiden*
og artikkelen *1 av 4 aleneboende eldre har ingen familie i
nærheten* som utgjør en stor del av kunnskapsgrunnlaget for
denne publikasjonen.

ISBN: ISBN 978-82-7250-271-2 (Trykt, heftet)
ISBN 978-82-7250-272-9 (PDF)

Design: WJ Profil

Illustrasjoner: Kathrine Kristiansen

© Copyright 2025 Norges Røde Kors med lisensgivere. Alle rettigheter forbeholdes.

Norges Røde Kors er et aktivt medlem av RC3 som er et nettverk av analyse- og
forskningsenheter og -sentre i Røde Kors og Røde Halvmånebevegelsen. Enhetene
og sentrenes mandat er å gjennomføre og fremme forsknings- og analysearbeid
innenfor det humanitære feltet som oppfyller bevegelsens oppdrag og prinsipper.



Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
Kapittel 1: Innledning	7
Rapportens formål	8
Rapportens struktur	8
Kapittel 2: Rettslige rammer	9
Menneskerettighetene	9
Menneskerettighetene og retten til helse- og omsorgstjenester	9
Nasjonalt regelverk om helse- og omsorgstjenester	10
Eldre og diskrimineringsvern i Norge	11
Kapittel 3: Humanitære behov blant eldre	13
En større, eldre og mer sammensatt eldrebefolkning	13
De mest sårbare eldre	15
Aleneboende eldre med lav inntekt	16
Eldre uten pårørende (i nærheten)	17
Eldre innvandrere	18
Eldre skeive	19
Den samiske eldrebefolkningen	20
Kapittel 4: Tilgang til likeverdig eldreomsorg, nå og i fremtiden	24
Finnes det omsorgsfattigdom i Norge?	24
Dagens og fremtidens ressursutfordringer i omsorgstjenestene	25
Økende sosiale og geografiske ulikheter i omsorg	28
Økende press på uformell omsorg	30
Kapittel 5: Anbefalinger	32
Todelt helsevesen	32
Frivillighetens rolle	33
Gode rammer for frivillighet	33
Sluttnoter	35

Forord



Siri Beate Hatlen, president i Norges Røde Kors.

Norge er i ferd med å endre seg. Allerede om få år vil vi for første gang ha flere eldre enn barn og unge. Det at vi lever lengre og friskere er et gode. Samtidig er det en utvikling som stiller samfunnet overfor nye omsorgsutfordringer. Videre øker forskjellene i helse, inntekt og sosial støtte blant eldre. Når humanitære behov møter et presset helse- og omsorgssystem, er det en oppgave for hele samfunnet – og det er naturlig for Røde Kors å bidra med kunnskap og handling.

Denne rapporten, som er utarbeidet i nært samarbeid med SSB, belyser hvor skarpe kontrastene kan bli dersom vi ikke handler i tide. Den viser de strukturelle utfordringene: store geografiske forskjeller, et todelt helsesystem i emning og mangel på tilstrekkelig personell. Den illustrerer også de menneskelige konsekvensene: underernærte sykehjemsbeboere, aleneboende uten nettverk og utfordringer i møtet med

kommunale helse- og omsorgstjenester blant eldre med flerkulturell bakgrunn og LHBT-bakgrunn. Bak tallene finner vi enkeltmennesker som har bygget samfunnet vårt, men som i økende grad risikerer å stå uten nødvendig omsorg.

Som Norges største frivillige beredskaps- og omsorgsaktør ser Røde Kors både systemnivået og hverdagen i tusen lokalsamfunn. Våre frivillige besøksvenner møter hver uke eldre som savner sosial kontakt. De ser at kommunenes kapasitet varierer og at psykososiale behov for ofte blir nedprioritert. Frivilligheten skal ikke erstatte offentlige tjenester, men den kan forsterke verdigheten, fellesskapet og tryggheten for våre eldre – forutsatt at rammene er på plass.

Utfordringene er store, men ikke uoverkommelige. Norge har ressursene som trengs for å sikre likeverdig eldreomsorg. Det vi behøver er mer kunnskap. Med denne rapporten får vi et tydeligere bilde av hvor innsatsen trengs mest og et kompass for den videre diskusjonen om en verdig alderdom for alle. Med et bredere kunnskapsgrunnlag kan vi lettere gå fra bekymring til handling. Sammen kan vi bidra til å sikre eldre en omsorg som er trygg og tilpasset behovene til en stadig mer mangfoldig gruppe mennesker.

Siri Hatlen
president i Norges Røde Kors

Sammendrag

Norge vil få en markant økning i både andelen og antallet eldre innen 2050. Veksten forventes å være størst blant de eldste eldre som er 80 år eller mer. Samtidig vil eldre utgjøre en betydelig større andel av innvandrerbefolkningen. Disse demografiske trendene peker mot en økning i omfanget og kompleksiteten av omsorgsbehov blant morgendagens eldre. For å møte disse behovene vil det være nødvendig og utvikle og tilpasse helse- og omsorgstjenestene deretter.

Denne rapporten tar utgangspunkt i hvilke grupper blant de eldre som i mindre grad får dekket sine humanitære behov i eldreomsorgen i Norge i dag. Videre ser den på fremtidige trender og hvordan eldre menneskers behov vil ivaretas av både offentlige helse- og omsorgstjenester og uformelle omsorgsaktører innen 2050. Kunnskapsgrunnlaget er i hovedsak to analyser utført av Statistisk sentralbyrå (SSB) på oppdrag fra Røde Kors.

I dag finnes det eldre som er i en særlig sårbar situasjon på grunn av dårligere levekår, helseforhold og begrenset tilgang til omsorgshjelp. De fem særskilte gruppene som er identifisert i denne rapporten, er aleneboende med lav inntekt, eldre uten pårørende, eldre innvandrere, eldre skeive og den samiske eldrebefolkningen. Fellestrekkene ved disse gruppene er mangel på sosiale og økonomiske ressurser og begrenset tilgang til tilstrekkelige omsorgstilbud. Disse tendensene henger også sammen med hvor man bor i landet.

Offentlige tjenester er allerede overbelastet, og kvaliteten på eldreomsorgen varierer mellom kommunene. Helse- og omsorgstjenestene står ovenfor en økning i etterspørsel med opptil 65 prosent innen 2050. De fleste eldre i særlig sårbare situasjoner er avhengig av offentlige tjenester og har ikke ressurser til å søke hjelp andre steder, det være seg hos private aktører eller i familienettverk. En av fire eldre som bor alene har ikke familie i nærheten som kan bidra med hjelp. Dette stiger til en av tre i de minst sentrale kommunene. Ulike framskrivninger av SSB og andre kunnskapsinstitusjoner, tyder på at disse sosiale og geografiske ulikhetene i eldreomsorg vil bli stadig større.

Andelen eldre vil være størst i de minst sentrale kommunene og etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil øke tilsvarende. Samtidig er det nettopp her de største problemene oppstår når det gjelder å beholde tilstrekkelig bemanning. I dag har eldre som bor i kommuner med høyere inntekt, 37 prosent større sjanse for å få plass på sykehjem sammenlignet med de som bor i kommuner med lavest inntekt. Omsorgstjenestene i disse kommunene er også bedre i stand til å møte brukernes behov.

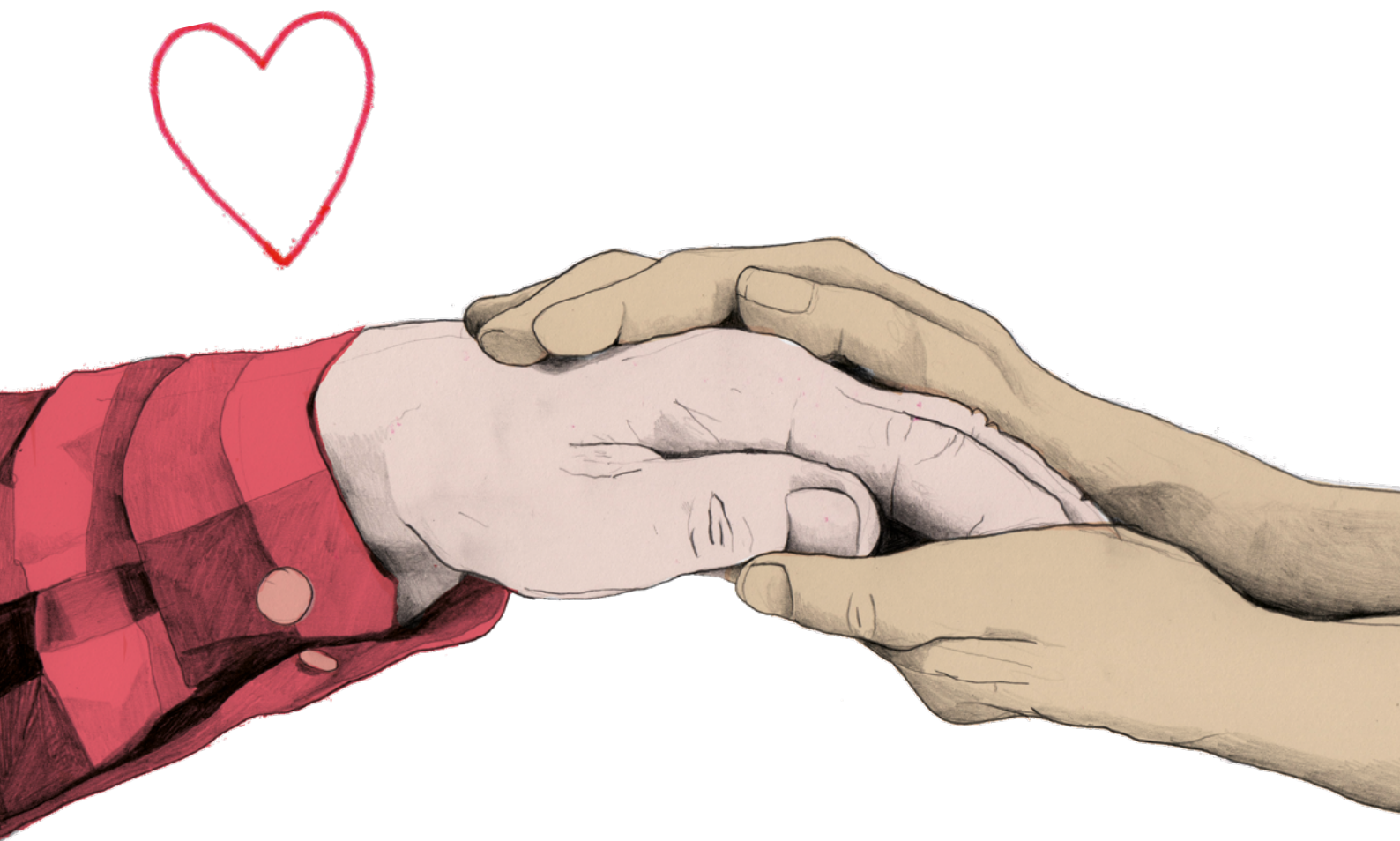
Et økt behov for helsetjenester, uten tilsvarende økning i bemanningen i offentlige tjenester, kan bidra til en mer todelt helsestruktur. Der livets tilfeldigheter, som hvor du er bosatt og om du har barn, avgjør hvilket tilbud du får. Konsekvensene for eldre mennesker med lav inntekt og uten pårørende i nærheten, vil være alvorlige.

Dessuten vil det være i strid med myndighetenes uttalte mål om likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester i hele landet.

Myndighetene satser på at pårørende og frivillige vil støtte eldre som bor hjemme på samme nivå eller mer i årene som kommer. Uformell omsorg spiller en viktig rolle i å møte eldre menneskers behov. Samtidig er pårørende og frivillige allerede under press når det gjelder å følge opp en far, mor eller eldre som har behov for.

Videre tyder flere trender på at uformell omsorg vil ha lavere kapasitet i årene som kommer.

Frivilligheten vil fortsatt utgjøre en betydelig forskjell i eldre menneskers liv fremover. For å oppnå bærekraftig eldreomsorg er det behov for flere ressurser og bedre ramme. Det må sikres forsvarlig og tilstrekkelig bemanning i helse- og omsorgstjenestene, hvor frivillige fortsatt spiller en supplerende rolle understøttet av et godt samarbeid med kommunene.



Kapittel 1: Innledning

Norge vil oppleve en betydelig endring i sin demografiske sammensetning i løpet av de neste tiårene. Så tidlig som 2037 er det framskrevet flere eldre enn barn og unge for første gang.¹ Andelen personer over 70 år vil øke fra dagens nivå på 13 prosent til 20 prosent av landets befolkning innen 2050, noe som vil medføre en dobling av eldre over 80 år.² Eldre med innvandrerbakgrunn vil også utgjøre en større andel av befolkningen. I 2050 vil 22 prosent av innvandrere være 67 år eller eldre, noe som er en betydelig økning fra dagens nivå på 6 prosent.³ Hvis disse utsiktene slår til, står vi overfor en eldrebefolkning som vil bli større og mer mangfoldig i fremtiden.

På mange måter er en aldrende befolkning en indikasjon på forbedring og utvikling i samfunnet, herunder økning i levealderen, flere funksjonsfriske leveår og bedre medisinsk behandling. En eldrebefolkning som er frisk og lever lenger, kan bidra til samfunnet ved blant annet sterkere innsats i sivilsamfunnet og støtte til familiene sine. Samtidig tar disse demografiske endringene med seg nye utfordringer for planleggingen av helse- og omsorgstjenester. Det som er klart, er at kommunale tjenester må forbedre seg for å møte en økende etterspørsel og mer komplekse omsorgsbehov, blant annet den antatte doblingen av antall personer med demens innen 2050.⁴

Allerede i dag har ulike nasjonale og internasjonale organer rettet oppmerksomheten mot kvaliteten på dagens eldreomsorgstjenester. Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) sin rapport Eldres menneskerettigheter: På stedet hvil? trekker frem vold og overgrep, uheldig legemiddelbruk og utstrakt bruk av tvungen helsehjelp som menneskerettslige utfordringer på eldreområdet. Underernæring ble for eksempel nevnt som et pågående og omfattende problem

i dagens eldreomsorg. Røde Kors utarbeidet sin rapport Omsorg under press som satte søkelyset på omsorgssvikt og varsling på sykehjem i 2024. Halvparten av sykehjemsbeboerne oppga i denne undersøkelsen at de hadde erfart minst ett tilfelle av omsorgssvikt det siste året.⁵ Beboerne understreket at det mangler tilstrekkelig og kompetent bemanning på sykehjem. En konsekvens er at personalet ikke har tid til å yte omsorg, pleie og helsehjelp. Disse og andre rapporter peker på et behov for forbedring innen helse- og omsorgstjenestene for å ivareta eldres omsorgsbehov og menneskerettigheter.

Til tross for at universell helsedekning er et grunnleggende prinsipp i den norske velferdsstaten, blir enkelte grupper i samfunnet oversett. Studier viser tydelige sosiale forskjeller i helse blant voksne i Norge. De med lav inntekt er overrepresentert og har ofte udekkede behov for helsehjelp. De har for eksempel ikke råd til å gå til legen, hente reseptbelagte medisiner eller betale for tannbehandling.⁶

Når det gjelder den eldre befolkningen, er tendensene det samme. Sosioøkonomisk status og utdanningsnivå er eksempler på forhold i samfunnet som påvirker helse og forventet levealder.⁷ Eldre med lav sosioøkonomisk status opplever flere sykdommer og helseplager sammenlignet med de med høyere sosioøkonomisk ressurs. Flere studier viser at eldre med høyere utdanning har lengre forventet levealder, med opptil 4 år.⁸ Disse ulikhetene i levealder er større i Norge sammenlignet med de andre nordiske landene.⁹

Eldre med lav inntekt og lavere utdanning bruker i større grad kommunale helse- og omsorgstjenester. Imidlertid har det vært mindre oppmerksomhet rettet mot sosiale og geografiske forskjeller i tilgang til likeverdig eldreomsorg i

Norge. Å belyse denne problemstillingen vil gi en bedre forståelse av sosial ulikhet i helse og livskvalitet blant eldre, og hvilke tiltak som må iverksettes nå og i fremtiden.

Rapportens formål

Denne rapporten belyser humanitære behov blant eldre personer og i hvilken grad deres behov ivaretas av både offentlige helse- og omsorgstjenester samt uformell omsorg, i dag og frem mot 2050. Med humanitære behov menes her situasjoner der mennesker er utsatt for, eller står i fare for, fysisk, psykisk eller sosial nød og lidelse som de ikke kan avhjelpe uten hjelp fra andre.¹⁰ I denne rapporten defineres eldre som personer som er 67 år eller eldre, men samtidig erkjennes det at det finnes forskjellige og varierende behov innenfor denne gruppen. Disse forskjellene vil bli fremhevet ved å henvise til bestemte aldersgrupper.

Som en del av denne analysen vil de eldre som befinner seg i de mest sårbare situasjonene bli identifisert basert på ulike former for humanitære behov. Nåværende og forventede sosiale, økonomiske og geografiske forskjeller i bruk av, og tilgang til, ulike omsorgstjenester vil også bli undersøkt, med særlig fokus på inntekt, bosted og tilgang til slektninger. Formålet med denne undersøkelsen er å bidra til økt kunnskap om omfanget av humanitære behov blant eldre og deres omsorgstilbud i Norge. Håpet er at dette vil bli brukt til å fremme og forbedre likeverdige tilgang til omsorgstjenester over hele landet i dag og i fremtiden.

Kunnskapsgrunnlaget til denne rapporten er to analyser utført av Statistisk sentralbyrå (SSB) på oppdrag av Røde Kors. Den første er rapporten fra Barstad og Hammersland (2025), *Eldrebefolkningen, nå og i fremtiden*, som undersøker humanitære behov blant eldre og ivaretagelse av formell omsorg, inkludert hjemmetjenester, praktisk bistand og sykehjem. Rapporten er basert på en grundig gjennomgang av statistikk og forskningslitteratur på feltet. Det andre er artikkelen *1 av 4 aleneboende eldre har ingen familie i nærheten* (Haugen, 2025). I

den artikkelen brukes Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for å kartlegge avstanden mellom bostedene til eldre personer og deres nærmeste familienettverk. Den gir innsikt i eldre menneskers tilgang på sosiale ressurser i form av kontakt og besøk fra nære familiemedlemmer, som er en viktig kilde til uformell omsorg i Norge. Analysen benytter data fra 2023, som er det mest oppdaterte statistikkgrunnlaget. Disse to kildene utgjør kunnskapsgrunnlaget for denne rapporten, med mindre andre kilder er henvist til.

Rapportens struktur

Rapporten er inndelt i syv kapitler. Etter innledningen i kapittel 1 følger en oversikt over de juridiske rammene for retten til helse- og omsorgstjenester i kapittel 2. Kapittel 3 beskriver humanitære behov blant eldre i dag og i fremtiden. Dette kapittelet identifiserer også de gruppene som befinner seg i de mest sårbare situasjonene i dag. I kapittel 4 drøftes utfordringer med tilgang til likeverdig eldreomsorg og mulige utviklingstrender. Rapporten avsluttes med kapittel 5, som inneholder en oppsummering og anbefalinger basert på analysen.



Kapittel 2: Rettslige rammer

Den eldre befolkningen i Norge er mangfoldig: Noen har betydelige humanitære behov som helse- og omsorgstjenestene må ivareta, mens andre klarer seg med mindre støtte. De rettslige rammene og minimumskravene setter grunnlaget for dagens tilbud i norsk eldreomsorg og de mulige rammene for fremtidens eldreomsorg.

De relevante rettighetene som vil gjennomgå her er fastsatt både på nasjonalt plan og på internasjonalt plan. Menneskerettighetene ligger som et bakteppe bak all norsk lovgivning og setter minstestandarden for hva en stat kan eller ikke kan gjøre overfor sin egen befolkning. Nasjonalt regelverk kan på noen måter sees på som en operasjonalisering av rettighetene som er fastslått i menneskerettighetene. Helsere rettighetene som finnes i norsk rett, inkludert helse- og omsorgstjenesteloven¹¹, pasient- og brukerrettighetsloven¹², spesialisttjenesteloven¹³ og helsepersonelloven¹⁴, har som formål å forebygge og behandle sykdom, sørge for at alle har likeverdig tilgang til helsetjenester som er tilpasset deres behov, sikre kvaliteten på helsetilbudet og sikre at ressurser utnyttes best mulig. Dette kapittelet gir ikke en fullstendig redegjørelse for det rettslige rammeverket, men et kortfattet sammendrag av de mest relevante prinsippene og kravene.

Menneskerettighetene

Menneskerettighetene gjelder alle mennesker og består av universelle krav som staten plikter å oppfylle. Alle stater i FN har sluttet seg til FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter (1948)¹⁵, som bygger på prinsippet om at sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter er udelelige. Sentralt står to FN-konvensjoner fra 1966: konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP) og konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK). Generelt kan det sies at SP-rettighetene

må oppfylles umiddelbart, mens ØSK-rettighetene skal realiseres gradvis; staten må vise fremgang og kan ikke ta tilbakeskritt. Norge har ratifisert begge konvensjonene. I tillegg har Norge ratifisert den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) som blant annet gir individer klagerett til Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) om de mener deres menneskerettigheter er brutt. SP-konvensjonen, ØSK-konvensjonen og EMD er gitt forrang i norsk rett gjennom menneskerettighetsloven¹⁶, slik at rettighetene der gjelder over norsk rett hvis det er motstrid. I 2014 ble også Grunnloven supplert med et eget menneskerettighetskapittel¹⁷ som pålegger myndighetene å respektere og sikre rettighetene. Internasjonalt har det også startet opp et arbeid i FN for å utarbeide en traktat om eldres rettigheter.¹⁸

Menneskerettighetene og retten til helse- og omsorgstjenester

ØSK-konvensjonen artikkel 12 handler om retten til helse. Denne bestemmelsen er særlig aktuell når det gjelder forsømmelser og uholdbar lav kvalitet på helse- og omsorgstjenestene.

ØSK artikkel 12 slår fast at enhver har rett til «den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk»¹⁹. Retten til den høyest oppnåelige helsestandard betyr først og fremst at myndighetene må sørge for et helsevesen som gir alle mennesker like muligheter til å oppnå så god helse som mulig. Viktige komponenter i retten til helse er tilgang til helsehjelp, rent vann og trygg mat, tilfredsstillende sanitærforhold, trygge bo- og arbeidsforhold og helseinformasjon.²⁰ Staten må også treffe de tiltakene som er nødvendig for å oppnå full virkeliggjøring av retten til helse.²¹ Forpliktelsene etter ØSK karakteriseres ofte som en innsatsforpliktelse for staten. Dette betyr at staten kan oppfylle forpliktelsen gradvis,

avhengig av hvilke ressurser den har tilgjengelig jf. ØSK artikkel 2 nr. 1. Altså, staten må ikke oppfylle rettigheten fullstendig fra dag en, men må kontinuerlig jobbe mot full realisering, og kan ikke ta tilbakeskritt. Norge har relativt sett store økonomiske ressurser, noe som vil si at det stilles krav til raskere realisering av rettigheten.

Det finnes ingen direkte rett til helse i den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK), men flere av bestemmelsene i EMK kan omfatte helse, inkludert retten til liv (artikkel 2)²², forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling (artikkel 3), frihetsberøvelse (artikkel 5), retten til privatliv (artikkel 8) og forbudet mot diskriminering (artikkel 14).²³ For eksempel kan det å unnlate å gi helsehjelp eller måten hjelpen er gitt på, krenke retten til å ikke bli utsatt for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Forbudet mot nedverdiggende eller umenneskelig behandling i EMK artikkel 3 kommer særlig til anvendelse der en person er frihetsberøvet. Ved frihetsberøvelse har staten et spesielt ansvar for helsetilstanden til vedkommende.²⁴ Dette ansvaret gjelder for enhver som staten frihetsberøver. Det omfatter også eldre som er på sykehjem eller institusjon etter tvangsvedtak, eller der oppholdet inneholder flere elementer av tvang.

Etter praksis i den Europeiske Menneskerettighetsdomstolen gir også artikkel 8 (retten til privatliv) statene en plikt til å sørge for at sykehus og institusjoner har adekvate systemer som kan beskytte pasientenes fysiske integritet. I tillegg kreves det at myndighetene sørger for at pasienter som er utsatt for feilbehandling, har en reell adgang til å klage på og få kompensasjon for feilbehandlingen.²⁵ Staten må også sørge for at helsepersonell vurderer konsekvensene av en planlagt medisinsk behandling og informerer pasientene sine på forhånd på en måte som gjør at pasientene har mulighet til å gi et informert samtykke.²⁶

Nasjonalt regelverk om helse- og omsorgstjenester

Ifølge Grunnloven § 92 skal «statens myndigheter respektere og sikre menneskerettighetene». Dette betyr at Stortinget, regjeringen, kommunale og fylkeskommunale myndigheter, andre forvaltningsorganer og domstolene har et ansvar for å sørge for at menneskerettighetene opprettholdes i Norge.²⁷ Menneskerettighetene som er diskutert over realiseres derfor gjennom nasjonale lover.

Alle som bor i Norge har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, inkludert flyktninger og innvandrere med lovlig opphold.²⁸ Personer uten lovlig opphold har derimot kun rett på øyeblikkelig helsehjelp som ikke kan vente og de må betale for tjenestene.²⁹ Omsorgstjenester faller i stor grad derfor utenfor tjenester personer uten lovlig opphold har rett til å motta.

For mennesker med lovlig opphold er helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven sentrale lover for realiseringen av deres helserettigheter. Helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven pålegger aktørene plikter, inkludert minstestandarder for hvordan tjenestene skal utformes. For pasientene eller de som mottar tjenestene er pasient- og brukerrettighetsloven den mest sentrale loven. Den fastsetter pasientenes rettigheter, gir dem rett til «nødvendige» helse- og omsorgstjenester³⁰ og beskriver retten til medvirkning og informasjon.³¹

Et sentralt prinsipp i helse- og omsorgsretten i Norge er forsvarlighetskravet. Kommunene³² og staten³³ må sørge for at helse- og omsorgstjenestene deres er forsvarlige, og helsepersonellet³⁴ må yte forsvarlig helsehjelp. Forsvarlighetskravet for kommunen innebærer at helse- og omsorgstjenestene må være organisert på en sann måte at helsepersonellet er i stand til å yte sine lovpålagte plikter og yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester.³⁵ Det kan imidlertid være vanskelig å trekke opp de helt klare linjene for hva som skal anses som forsvarlig eller ikke. Forsvarlighetskravet skal

virke som en rettslig standard, eller rettesnor, som kan variere over tid med faglig utvikling, verdioppfatninger og liknende.³⁶

Det er akseptert at kommuner med ulik økonomi og ulike prioriteringer kan ha ulik standard på omsorgstjenestene, men det finnes en nedre grense for hva som er nødvendig for at helse- og omsorgstjenester skal ansees som forsvarlig.³⁷ For å slå fast om en konkret kommune eller konkret helsepersonell har brutt forsvarlighetskravet vil man blant annet se på yrkesfaglige retningslinjer, hvordan omsorgstjenestene er gjennomført, samarbeidet og samhandlingen mellom helsepersonell og om omsorgskravet er oppfylt. Forsvarlighetskravet kan brytes både ved enkeltstående alvorlige episoder og ved mangelfulle helse- og omsorgstjenester over tid.

Et nyere eksempel på en sak hvor forsvarlighetskravet er brutt er en dom fra EMD i 2025.³⁸ I dommen ble Norge felt etter at en psykisk syk mann begikk selvmord i varetekt. Myndighetene sviktet i å koordinere helsehjelpen, og han ble verken tilstrekkelig vurdert eller fulgt opp. Retten slo fast at dette brøt forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og EMK artikkel 2 om retten til liv.

Eldre og diskrimineringsvern i Norge

Eldre har, på lik linje med alle andre, rett til å ikke bli diskriminert i helsevesenet på grunn av sin blant annet kjønnsidentitet, seksuelle orientering eller etnisitet.

Et grunnleggende utgangspunkt er Grunnloven § 98, som bestemmer at alle er like for loven og at ingen må utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling. Dette betyr at myndighetene må unngå å vedta lover og regler med diskriminerende innhold. Likestillings- og diskrimineringsloven pålegger også offentlige myndigheter å arbeide aktivt og målrettet for å fremme likestilling og hindre diskriminering gjennom konkrete tiltak, for eksempel gjennom tilrettelegging av informasjon, individuelle tilpasninger eller endring av regelverk om

nødvendig.³⁹ I tillegg har myndighetene visse positive plikter til å hindre diskriminering mellom privatpersoner.⁴⁰

EMK har ikke et selvstendig forbud mot diskriminering, men krever at rettighetene i konvensjonen skal innfris uten diskriminering.⁴¹ Man kan altså ikke ta opp en ren diskrimineringssak i den Europeiske menneskerettighetsdomstolen, men mindre en annen rettighet også er involvert. Staten har derimot en plikt til å sørge for at rettighetene etter EMK sikres uten diskriminering, men statene har stor frihet til å bestemme hvordan dette gjennomføres i praksis. ØSK-konvensjonen har, i likhet med EMK, ikke et selvstendig diskrimineringsvern, men rettighetene i konvensjonen må innfris uten diskriminering.⁴² SP-konvensjonen har derimot et generelt og selvstendig diskrimineringsforbud.⁴³

Forskjellsbehandling er kun ulovlig hvis det er basert på en personkarakteristikk, også kalt diskrimineringsgrunnlag, som er beskyttet i loven, og at forskjellsbehandlingen ikke er saklig, nødvendig eller forholdsmessig.

I Norsk rett nevner ikke Grunnloven § 98 spesifikke diskrimineringsgrunnlag, men forholder seg til ordinær lovgivning.⁴⁴ Her er likestillings- og diskrimineringsloven⁴⁵ sentral. Denne loven lister blant annet opp: kjønn, etnisitet, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder, samt kombinasjoner av disse grunnlagene. Dermed vil disse grunnlagene også omfattes av diskrimineringsforbudet i Grunnloven. Det er verdt å merke at for aldersdiskriminering har likestillings- og diskrimineringsloven noen spesifikke unntak fra forbudet mot diskriminering. Etter lovens § 9 tredje ledd gjelder ikke diskrimineringsforbudet basert på alder når det er snakk om «aldersgrenser som følger av lov eller forskrift» og «fordelaktige priser». Forarbeidene til loven sier derfor at domstoler i håndhevelse av et forbud mot aldersdiskriminering vil «legge stor vekt på lovgivers vurdering av om en aldersgrense er

saklig, nødvendig og rimelig, slik at det bare ville være aktuelt å tilsidesette lover som forskjellsbehandler på grunn av alder der dette åpenbart ikke er saklig begrunnet eller vil slå urimelig hardt ut».⁴⁶ Det er derfor noe usikkerhet knyttet til rekkevidden av vernet mot eldrediskriminering under Grunnloven § 98 gir.⁴⁷ I internasjonal rett nevner FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter⁴⁸, SP-konvensjonen, ØKS-konvensjonen eller EMK⁴⁹ alle kjønn, rase, språk, religion, nasjonal eller sosial opprinnelse og «annen status» i sine diskrimineringsvern. Alder og seksuell orientering er derimot ikke nevnt, men kan i mange tilfeller omfattes av uttrykket «annen status».⁵⁰

Ettersom ØSK-konvensjonen eksplisitt dekker retten til helse⁵¹ innebærer diskrimineringsforbudet at staten må sørge for at helsetilbudet skal være tilstrekkelig, tilbudet skal være tilgjengelig for alle uten diskriminering, være av god kvalitet, basert på vitenskapelige og medisinske krav, respektere medisinsk etikk og være tilpasset kultur, bakgrunn, kjønn og livssyklus.⁵² Det er også presisert at retten til helse må utøves uten noen form for diskriminering på grunnlag av blant annet en persons kjønnsidentitet eller seksuelle orientering.⁵³ I de øvrige konvensjonene som ikke eksplisitt dekker retten til helse, men omfatter visse aspekter av helse, må disse beskyttede aspektene også sikres uten diskriminering.



Kapittel 3: Humanitære behov blant eldre

Den norske velferdsstaten regnes som verdensledende og bidrar til høye levekår og høy forventet levealder. Universell helsedekning og et velfungerende helsevesen er sentrale komponenter som gir alle innbyggere i Norge tilgang til helse- og omsorgshjelp uavhengig av sosial og demografisk bakgrunn. Imidlertid finnes det fortsatt humanitære behov blant enkeltindivider og grupper som er utsatt for nød og lidelse⁵⁴. I mange tilfeller er hjelp, støtte og omsorg avgjørende for å avhjelpe nød og lidelse eller forhindre forverring. Disse behovene oppstår ofte på grunn av lav livskvalitet, eller ved at man risikere å få det. Denne nød og lidelse kan ta ulike former og omfatter blant annet fattigdom, fysisk lidelse og psykisk plager.⁵⁵

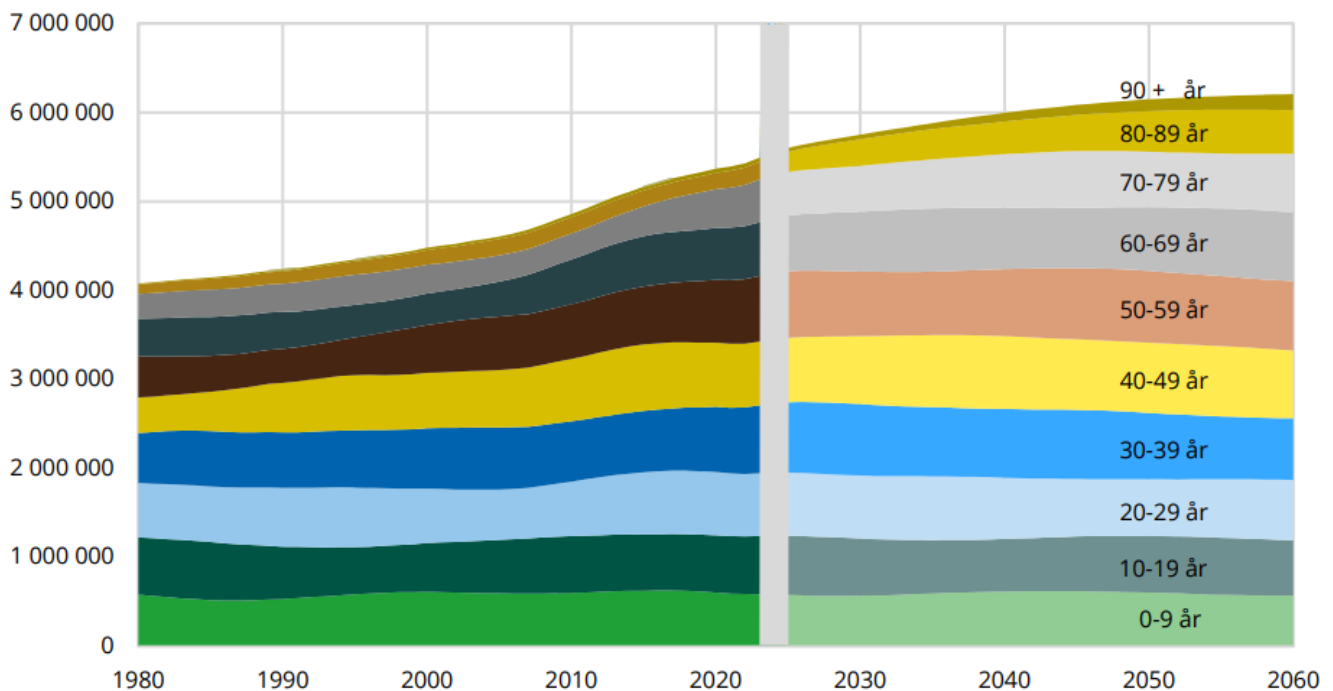
Hjelpeaktører som yter omsorg og bistand til eldre er varierte og består av blant annet familie, frivillige, offentlige og private tjenester. Blant de frivillige er Røde Kors den største humanitære organisasjonen, med over 75 års erfaring med å hjelpe og støtte eldre som bor hjemme og på sykehjem over hele landet. Besøktjenesten er organisasjonens største omsorgsaktivitet, med nærmere 9500 frivillige som årlig besøker rundt 25 000 deltakere. Målet for aktiviteten er å hindre og lindre ensomhet og utenforskap.

I dette kapittelet legger vi frem en oversikt over dagens demografiske sammensetning av eldrebefolkningen i Norge og mulige utviklingstrender frem til 2050. Deretter ser vi på fem grupper i dagens eldreomsorg som vurderes å være i en særlig sårbar situasjon med tanke på humanitære behov. Behovene beskrives både slik de fortoner seg i dag og slik de er forventet å utvikle seg i fremtiden. En grundig oversikt over disse humanitære behovene finnes i rapporten *Eldrebefolkning, nå og i fremtiden* (Barstad og Hammersland, 2025).

En større, eldre og mer sammensatt eldrebefolkning

I Norge vil det bli en betydelig aldersforskyvning i befolkningen innen 2050. I dag lever det om lag 935 000 mennesker som er 67 år eller eldre, noe som utgjør litt over 16 prosent av landets befolkning.⁵⁶ Denne aldersgruppen vil øke med rundt 54 prosent. Veksten vil være størst blant de eldste aldersgruppene både i antall og andel frem til 2050. Andelen personer som er 80 år og over vil doble seg til nesten 10 prosent.⁵⁷ Selv om andelen personer 90 år eller eldre ikke vil utgjøre en så stor andel av befolkningen fremover, forventes det at antallet vil tilnærmet tredobles.⁵⁸ Disse utviklingstrendene er visualisert i figuren 1.

Figur 1: Befolkningen etter alder, registrerte tall 1980-2024 og fremskrevne tall 2025-2060 (hovedalternativet) ⁵⁹

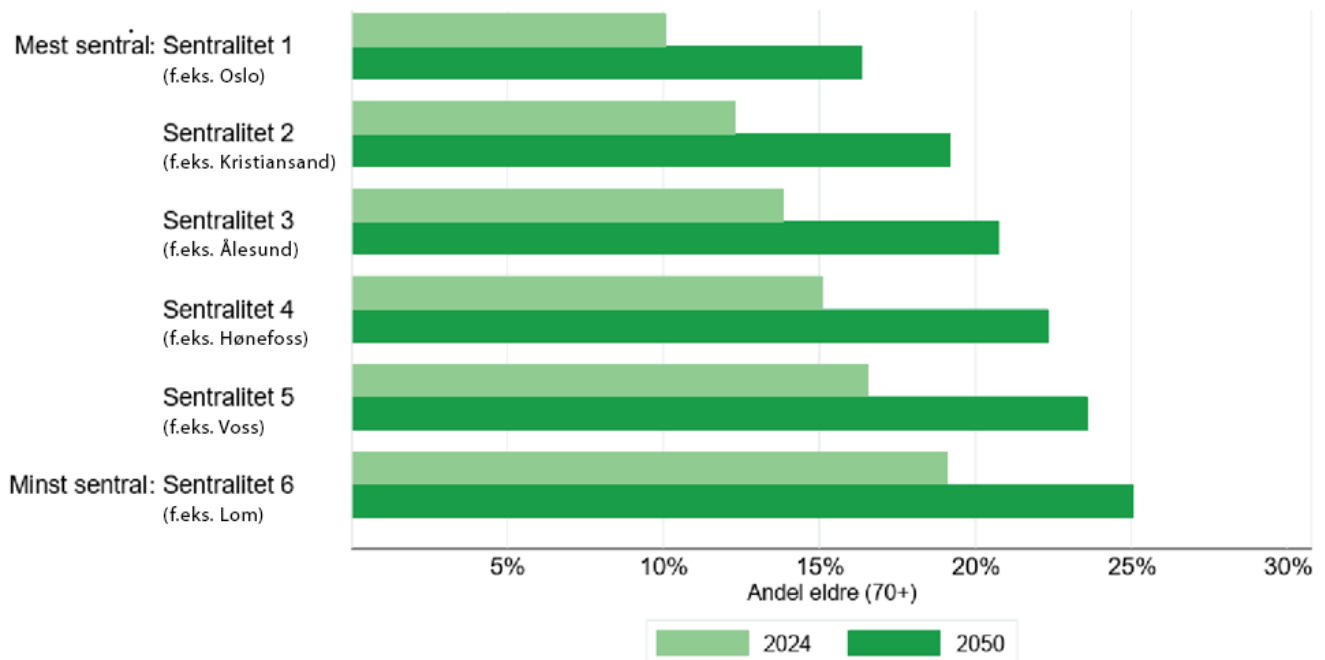


Forventet levealder ved fødsel er anslått å øke for både menn og kvinner innen 2050. Med utgangspunkt i tall fra 2023 anslår det at forventet levealder vil øke fra 81,4 år til 86 år for menn og fra 84,6 år til 88,3 år for kvinner. De anslår også at antall døde vil øke når etterkrigskullene når alder med høyere dødelighet, og dødsfallene vil overstige antall fødsler fra 2024 i Norge. Samtidig vil innvandring være den viktigste drivkraften for befolkningsveksten.

Hele Norge vil få en økning i både andelen og antallet eldre i tiden fremover, men det forventes ikke at dette vil være jevnt fordelt på alle kommuner. Andelen av kommunenes

befolkning som er over 70 år vil variere mellom 15 og 32 prosent, og aldringen vil være særlig sterk i distriktskommuner. I 2050 vil denne aldergruppen utgjøre omtrent 16 prosent av innbyggere i storbyområdene, slik som Oslo, Bergen og Trondheim, og 25 prosent i spredtbygde områder. Gjennomgående vil dette gjenspeile dagens aldersfordeling mellom disse områdene. Figur 2 illustrerer den omvendte sammenhengen mellom andelen eldre og sentraliteten i kommunene i dag og innen 2050. Disse regionale forskjellene i sosiodemografiske prognoser vil ha betydelige konsekvenser for etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester, som blir diskutert i kapittel 4.

Figur 2: Andelen eldre (70+) etter sentralitet i 2024 og 2050.⁶⁰



Befolkningsframskrivninger tyder på at befolkningen vil bli mer mangfoldig, og andelen innvandrere forventes å øke fra omtrent 17 prosent til rundt 22 prosent innen 2050. Samtidig er det forventet at antallet norskfødte med to innvandrerforeldre vil nesten doble seg.⁶¹ En stadig mer etablert innvandrerbefolkning med lengre botid vil føre til at langt flere innvandrere når pensjonsalder og blir en del av den eldre befolkningen. Framskrivingene viser at antallet eldre som er 67 eller mer, med en landbakgrunn utenfor Norge, vil femdoble seg.⁶² Andelen i aldersgruppen 80 år eller mer vil øke fra 4 til 8 prosent mellom 2020 og 2040, og deretter vil veksten bli kraftigere og nå 20 prosent i 2060.⁶³ De fleste av disse aldersgruppene vil ha bakgrunn fra Asia, Afrika, Sør- og Sentral-Amerika eller Øst-Europa utenfor EU.⁶⁴

De mest sårbare eldre

Studier tilsier at det er noen grupper innad i eldrebefolkningen som har høyere risiko for å ikke få dekket sine humanitære behov. Barstad og Hammersland (2025) identifiserer fem grupper som er mest sårbare, som ikke er tydelig adskilte og som kan ha overlappende humanitære behov. Denne analysen er basert på ulike former for nød og lidelse som er forankret i forskjellige teoretiske tilnærminger og underbygd av en gjennomgang av foreliggende forskning, statistikk og faglitteratur. Det er imidlertid viktig å understreke at data og kunnskap er begrenset på enkelte områder, noe som illustrerer behovet for økt kunnskapsproduksjon på feltet. Likevel gir denne analysen en nyttig innsikt i de humanitære og omsorgsmessige utfordringene.

Aleneboende eldre med lav inntekt

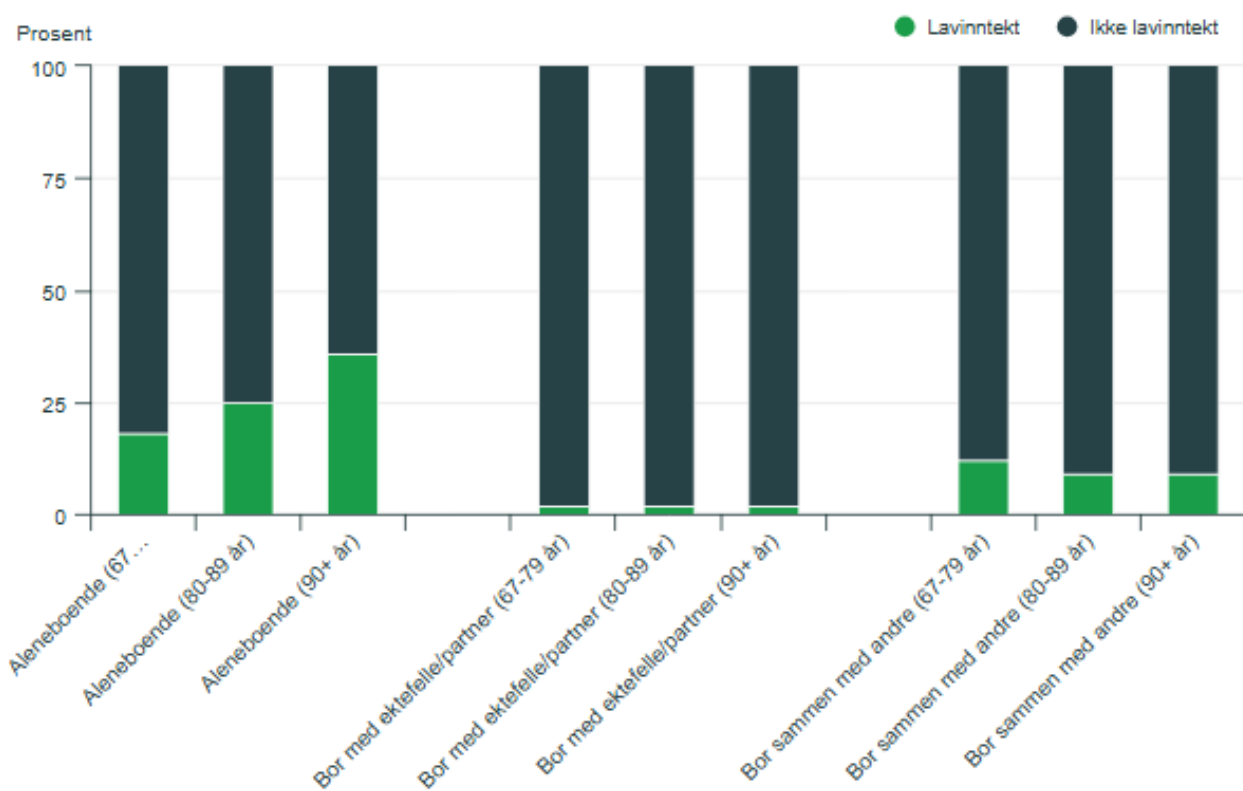
I 2023 var det 304 600 personer 67 år eller mer som bodde alene, noe som utgjorde 34 prosent av alle hjemmeboende eldre i landet. Selv om det har vært en nedgang i andelen aleneboende eldre i Norge de siste 20 årene, har antallet faktisk økt. Kvinner er overrepresentert blant eldre aleneboende, det er nesten dobbelt så mange kvinner som menn som bor alene. Levealder er en viktig forklaringsfaktor for denne kjønnsforskjellen, siden kvinner lever lenger, ofte som gjenlevende partner eller enke. En høyere andel menn som bor alene er ugift (24 prosent) sammenlignet med kvinner (11 prosent). Andelen aleneboende øker også med alderen, da de utgjør omtrent 70 prosent av de som er 90 år eller mer.⁶⁵ Det betyr at i 2023 bodd 83 prosent av hjemmeboende kvinner over 90 år alene i Norge. Som beskrevet nedenfor medfører det å bo alene ulike humanitære behov.

Befolkningsframskriving tyder på at den nedadgående trenden med eldre som bor alene kan utvikle seg annerledes fram mot 2050 på grunn av flere faktorer. Blant personer mellom 45 og 75 år har det vært en svakt økende tendens

til flere aleneboende de siste 20 år. Det kan antas at kohortene født etter 1950 har et annet forhold til ekteskap og skilsmisse sammenlignet med de forrige, noe som kan bidra til flere ugifte personer og ustabile parforhold. På den andre siden vil en fortsatt nedgang i dødelighet føre til at færre eldre vil bli enker eller enkemenn i tidlig alderdom. Det er imidlertid viktig å understreke at slike langsiktige prognoser er usikre.⁶⁶

Aleneboende eldre har i gjennomsnitt lavere inntekt og dårligere helse. Selv om andelen eldre med lav inntekt har blitt redusert siden 2012, har denne utviklingen ikke vært like positiv for de som bor alene og mottar minstepensjon. Nyere data viser at aleneboende er sterkt overrepresentert blant eldre med lav inntekt, noe som er fremhevet i figur 3. De utgjør 80 prosent av denne gruppen, og det er flere kvinner enn menn.⁶⁷ En del av denne gruppen opplever økonomiske vansker som påvirker deres hverdag. Flere undersøkelser viser at dette kan føre til begrensninger i kostholdet, som for eksempel manglende råd til å kjøpe kjøtt og fisk, noe som medfører økt risiko for underernæring og helsemessige problemer.

Figur 3: Andelen eldre (67 år eller eldre), fordelt etter husholdningstype, aldersgruppe og inntektsnivå i 2023.⁶⁸



Ensomhet er mer utbredt blant eldre som bor alene, og de som har økonomiske vansker. En studie fant at omtrent 50 prosent av aleneboende eldre var ensomme noen ganger eller oftere sammenlignet med 20 prosent av de som bor med andre. De har også høy risiko for å oppleve utenforskap. Ensomhet øker også med alderen, og som nevnt over er kvinner overrepresentert i denne aldersgruppen. Ensomhet og sosial isolasjon er faktorer som har en negativ innvirkning på helse, kognitive evner og forventet levealder.

De som bor alene og i lavinntekt, har en betydelig høyere bruk av offentlige omsorgstjenester, særlig hjemmehjelp og hjemmesykepleie.⁶⁹ I 2023 mottok 44 prosent av de som var aleneboende med lav inntekt minst én kommunal helse- og omsorgstjeneste, sammenlignet med 18 prosent av den totale eldre befolkningen. De svake økonomiske og sosiale ressursene som denne gruppen har til rådighet, begrenser tilgjengeligheten av omsorgstilbud. De mangler økonomi til å kjøpe private tjenester og har mindre tilgang til omsorgshjelp fra pårørende, noe som fører til en større avhengighet av offentlige tjenester. Imidlertid er det ikke likeverdig tilgang til omsorgstjenester i hele Norge, noe vi vil se nærmere på i kapittel 4. Geografisk beliggenhet er for eksempel en avgjørende faktor, og eldre som bor i kommuner med lavere inntektsnivå opplever mer begrenset tilgang til kommunale tjenester.⁷⁰

Eldre uten pårørende (i nærheten)

Uformell omsorg i form av partnere, barn og andre pårørende er en viktig omsorgsressurs for eldre. Familiemedlemmer gir praktisk hjelp, omsorg og støtte, herunder psykososial støtte som reduserer risikoen for isolasjon og ensomhet. De kan også fungere som en talsperson i møte med helsevesenet, noe som igjen kan gi bedre tilgang til tjenester og ressurser.

Selv om de aller fleste eldre har minst ett familiemedlem, har omtrent 30 600, eller 3 prosent, av hjemmeboende eldre på 67 år og over ikke familie i Norge. Denne andelen er

hele 9 prosent blant aleneboende eldre, og den høyeste andelen finnes i de mest folkerike kommunene. I denne gruppen er det også kjønns- og inntektsforskjeller. Det er flere eldre med lav inntekt som ikke har familiemedlemmer, enn de med høyere inntekt, henholdsvis 12 prosent og 3 prosent. Det er også en litt høyere andel menn som bor alene og ikke har familie, og en enda høyere andel som ikke har barn.

Framskrivninger tilsier at det i fremtiden vil være forholdsmessig færre personer i aldersgruppen 50-66 år, som utgjør flertallet av potensielle omsorgspersoner i dag, sammenlignet med personer på 85 år og eldre som vil ha behov for hjelp.⁷¹ Det neste tiåret forventes dette forholdstallet å halveres på grunn av økt levealder og kommende store kull eldre med relativt få barn. Rogne og Syse (2017) framskriver også at andelen barnløse menn over 75 år vil nesten fordobles innen 2040. Den beregnes ved hjelp av familieomsorgskoeffisienten⁷² og vil påvirke både formelle og uformelle omsorgstilbud. Disse utviklingstrekkene tilsier at det vil bli en økning i antall eldre mennesker med færre ressurser og tilgang til omsorgspersoner i form av pårørende.

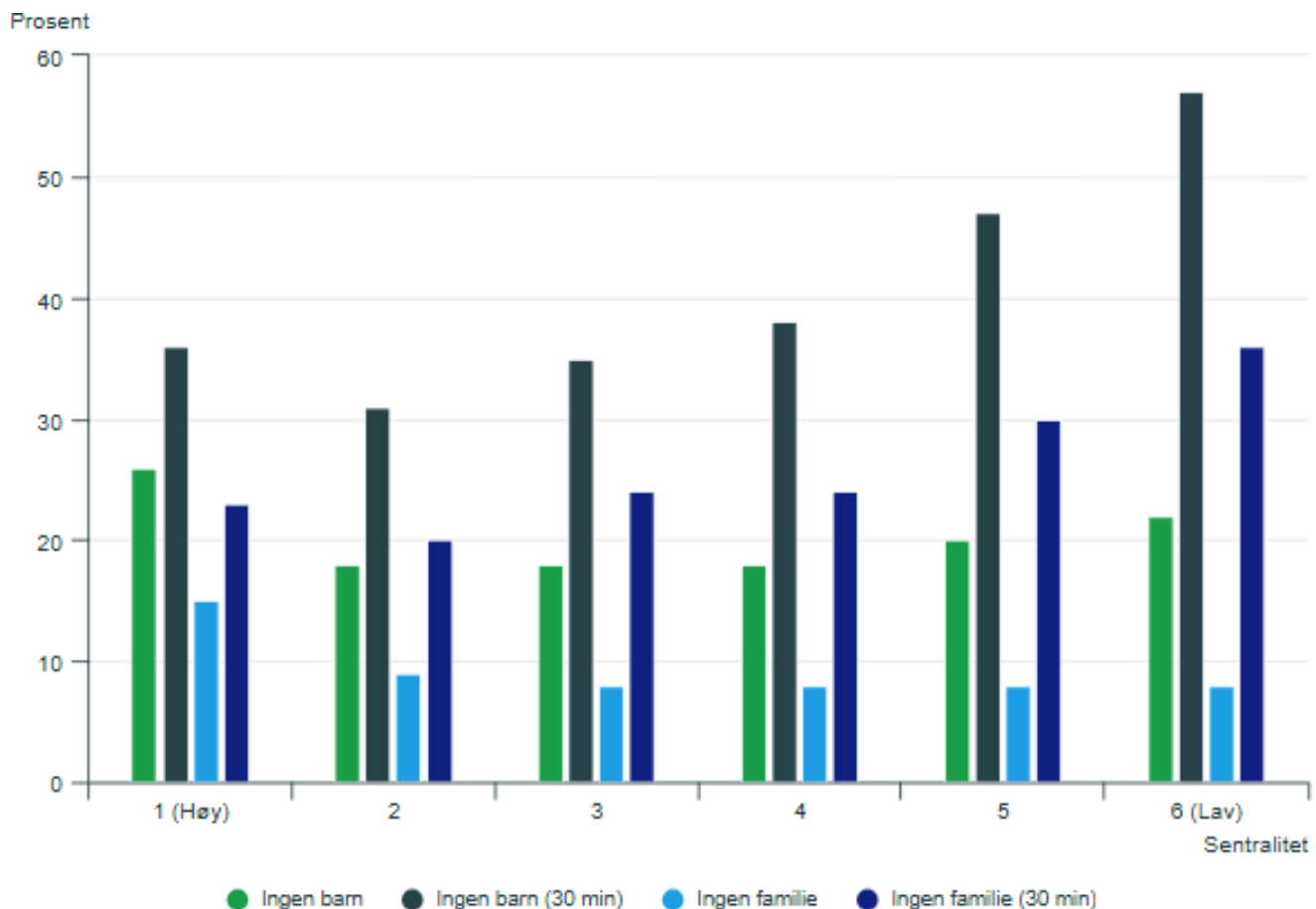
Videre spiller geografisk nærhet en viktig rolle hva gjelder muligheten for bistand og hjelp fra pårørende, da enkelte omsorgsoppgaver ofte krever fysisk tilstedeværelse og interaksjon. Studier viser at en reiseavstand på over 30 minutter kan redusere hyppigheten av fysisk kontakt mellom eldre og familiemedlemmer. Med dette som utgangspunkt, er det verdt å se nærmere på geografisk nærhet mellom eldre og voksne familiemedlemmer for å identifisere om noen grupper har mindre besøk og kontakt med potensielle uformelle omsorgspersoner. Det har også særlig betydning for aleneboende eldre som er mer avhengige av uformell omsorg.

Ifølge SSBs analyse har under en fjerdedel av aleneboende eldre ingen familiemedlemmer som bor i nærheten og innenfor 30 minutters kjøreavstand.⁷³ Som nevnt tidligere bor de fleste aleneboende eldre uten familie, i de mest

folkerike kommunene. Manglende nærhet til familiemedlemmer er imidlertid mer utbredt i mindre sentrale områder (se figur 4). I disse kommunene er det en tredjedel av de aleneboende eldre som ikke har familie innenfor

30 minutters kjøreavstand. På fylkesnivå er det Innlandet og Troms og Finnmark som skiller seg ut med 30 prosent av aleneboende eldre uten familie i nærheten.

Figur 4: Andelen eldre (67 år eller eldre) med ulike familienettverk fordelt etter sentralitet i 2023.⁷⁴



Voksne barn er ofte en viktig uformell omsorgsperson til hjemmeboende eldre og med tanke på denne relasjonen er det 37 prosent av aleneboende eldre som ikke bor innen 30 minutter fra sine barn. Igjen ser vi en kjønnsforskjell innad i denne gruppen, hvor nesten halvparten av menn sammenlignet med om lag en tredjedel av kvinnene ikke bor i nærheten av barna sine. Gjennomgående er det også flere eldre med lav inntekt som ikke bor i nærheten av barna sine eller ikke har barn i det hele tatt (23 prosent).

Eldre innvandrere

Innvandrere er definert som personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre⁷⁵. I det norske samfunnet er de utsatt for utfordringer knyttet til dårligere levekår, utestenging og diskriminering.⁷⁶ Eldre innvandrere står også overfor slike utfordringer. Samtidig er de ikke en homogen gruppe og har ulike og varierende humanitære behov basert på blant annet landbakgrunn og innvandringsgrunn. Dette kapittelet gir ikke en fullstendig redegjørelse

over alle disse variasjonene, men et kortfattet sammendrag av de humanitære behovene som bidrar til at eldre innvandrere er en av de mest sårbare gruppene i eldreomsorgen.⁷⁷

Studier tilsier at de fleste innvandrere som ankommer til Norge har gjennomgående god helse og lavere dødelighet enn den øvrige befolkning. Denne forskjellen avtar imidlertid med økende botid, særlig blant de med oppholdstid på 30 år eller lengre.⁷⁸⁷⁹ Dårligere levekår er en medvirkende faktor. Eldre med bakgrunn fra blant annet Afrika, Asia og Europa utenom EU/EØS⁸⁰ vil øke mest i antall innen 2050. Det er innvandrere født utenfor EØS og vestlige land som er overrepresentert blant de med lav sosioøkonomisk status, sosiale ressurser og livskvalitet.⁸¹

En stor andel eldre med innvandrerbakgrunn bor i lavinntektshusholdninger og disse tallene øker og forventes å fortsette å øke i fremtiden. I 2022 var omtrent 25 prosent av eldre med lav inntekt i alderen 70–74 år innvandrere, noe som er 9 prosent høyere enn i 2012. Lavere pensjonsrettigheter er en viktig medvirkende faktor til denne utviklingen, som henger sammen med at mange innvandrere har svak eller manglende tilknytning til arbeidsmarkedet tidligere i livet. Lavere pensjon gir større risiko for å bo i lavinntektshusholdninger. Innvandrere er overrepresentert i denne gruppen sammenlignet med den øvrige befolkningen.⁸² De gjelder særlig for eldre med landbakgrunn fra Afrika, Asia og Europa utenom EU/EØS.⁸³

Som nevnt tidligere i dette kapittelet kan økonomiske vansker ha en påvirkning på blant annet levekår, som kan medføre helsekonsekvenser. Konkrete eksempler på slike levekår er at syv prosent av eldre innvandrere bor trangt, mens kun én prosent av andre eldre gjør det.⁸⁴ Andelen trangbodde er aller høyest blant nyankomne innvandrere fra EU-land i Sentral-Europa, Afrika og Asia.

I 2016 gjennomført SSB en levekårsundersøkelser blant personer med innvandrerbakgrunn fra

12 utvalgte land⁸⁵ som blant annet omfattet egevaluering av helse og funksjonsevnen. Gjennomgående oppga informantene i aldersgruppen 55-74 år at de vurderte sin helse og funksjonsevne lavere enn den øvrige befolkningen. Mulige forklaringer på disse forskjellene omhandler livsstil og krevende yrker, som kan føre til langvarige helsekonsekvenser. I tillegg har studier vist at eldre innvandrere har høyere risiko for psykiske lidelser, særlig de som har opplevd traumatiske hendelser, samt at mange av dem ikke oppsøker hjelp.⁸⁶ På den annen side bidrar sterke familienettverk og andre faktorer til at noen innvandrergrupper er mindre utsatt for psykiske helseproblemer enn andre.

Tidligere studier tilsier at innvandrere bruker helse- og omsorgstjenester i noe mindre grad enn den øvrige befolkningen, herunder dagaktivitetstilbud, hjemmetjenester, praktisk bistand og sykehjem.⁸⁷ Det er for eksempel en lavere andel eldre med bakgrunn fra Afrika, Asia og Europa utenom EU/EØS⁸⁸ som mottar hjemmetjenester, særlig mellom 75 og 85 år.⁸⁹ Noen studier om eldre innvandreres erfaringer med helse- og omsorgstjenester, fremhever at de opplever utfordringer med å navigere i systemet og få tilgang til verdig eldreomsorg.⁹⁰ Språkbarrierer blir ofte nevnt som et hinder for at omsorgsbehov blir dekket og tilpasset den enkelte person.⁹¹ Dette gjelder særlig for demenspasienter, da tap av et andrespråk kan være et trekk i sykdomsutviklingen. På samme måte kan manglende kunnskap om kultur og tradisjoner i helse- og omsorgstjenester skape en følelse av fremmedgjøring og misforståelser.⁹² Disse situasjonene og erfaringene kan skade tilliten til offentlige tjenester og personalet, noe som kan hindre oppsøking av hjelp, reduserer livskvalitet og medføre helsekonsekvenser.

Eldre skeive

Selv om det er anerkjent at skeive kan brukes som samlebegrep for seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter, dreier det seg i denne rapporten om seksuell orientering og tiltrekning. I denne sammenhengen henviser det derfor til seksuelle minoriteter og personer som

identifiserer seg som lesbiske, homofile, bifile og personer som er seksuelt tiltrukket av alle kjønn eller andre kjønn.⁹³

Omtrent hver tjuende person i Norge i dag identifiserer seg som noe annet enn heterofil. Undersøkelser blant skeive tyder på at de har mer utfordrende levekår enn heterofile, blant annet dårlig helse, økonomiske vansker og dårlige boforhold.⁹⁴ Generelt sett er flere utsatt for psykiske problemer, og ensomhet er mer utbredt blant skeive sammenlignet med den øvrige befolkningen.⁹⁵ Omfanget og intensiteten av humanitære behov varierer i den skeive befolkningen, herunder eldre. Til tross for at det mangler studier om eldre skeive i norsk sammenheng, gir foreliggende litteratur klare indikasjoner på at mange av dem befinner seg i en sårbar situasjon.

I Livskvalitetsundersøkelsen 2022 oppgir om lag 3,5 prosent i aldersgruppen 67 til 79 år at de identifiserer seg med en annen orientering enn heterofil.⁹⁶ I større grad var skeive lite tilfreds med egen økonomi, noe som særlig gjelder for de i aldersgruppen 67 til 79 år.⁹⁷ I denne aldersgruppen mener 21 prosent at de ikke vil klare å betale en uventet regning, sammenlignet med 9 prosent av de som identifiserer seg som heterofile.⁹⁸ Det er også litt flere ikke-heterofile enn heterofile i aldersgruppen 67 til 79 år som anser helsen sin som dårlig, henholdsvis 9 og 10 prosent, men forskjellen er marginal og ikke statistisk signifikant.⁹⁹

Sosial diskriminering på grunn av kjønnsidentitet og seksuell identitet rammer også eldre skeive. Eldre skeive kan dessuten bære på traumatiske opplevelser knyttet til å vokse opp i en tid der deres seksuelle legning i mindre grad ble akseptert og til og med fordømt og forbudt ved lov. For mange har disse holdningene og tilhørende handlinger ført til at de blant annet har blitt marginalisert, utsatt for vold og avvist av familien.¹⁰⁰ Enkelte har funnet trygghet og fellesskap innenfor LHBT-miljøet i stedet. Disse sosiale nettverkene kan spille en sentral rolle i livet deres langt inn i alderdommen.¹⁰¹

Det mangler forskning om skeives erfaringer med omsorgstjenester. I de få studiene som finnes, fremkommer det at eldre skeive frykter diskriminering på grunn av manglende bevissthet og kunnskap blant ansatte og andre pasienter i helse- og omsorgstjenestene.¹⁰² Dette har ført til at enkelte eldre går tilbake i skapet i møte med eldreomsorgen av frykt for negative reaksjoner på deres legning.¹⁰³ Noen studier trekker frem manglende forståelse og åpenhet om skeive i helse- og omsorgstjenestene. For eksempel blir partnere av samme kjønn ikke sett på som «ekte» partnere og blir ekskludert fra kommunikasjon og beslutninger om partnerens omsorg og velferd.¹⁰⁴

Selv om slike erfaringer ofte skyldes manglende kunnskap og bevissthet, kan de bidra til å skape mistillit og hindre eldre skeive i å søke hjelp til helse- og omsorgsoppgaver. Gjennomgående er det færre eldre skeive som lever i et parforhold og færre har egne barn sammenlignet med den øvrige befolkningen. På grunn av mangelen på uformelle kilder til omsorg og hjelp betyr dette større avhengighet av kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er mulig at utviklingstrekk vil endre seg i fremtiden på grunn av blant annet større aksept, synlighet og støtte for skeive foreldre i samfunnet, men det mangler datagrunnlag på dette feltet i dag.

Den samiske eldrebefolkningen

Det finnes ingen offisiell befolkningsdata som angir det nøyaktige antallet samer som bor i Norge eller hvor stor andel de utgjør av den totale befolkningen. SSBs antall samer er basert på en geografisk inndeling som omfattes av virkeområdet for sametingets tilskuddsordninger for næringslivet (STN).¹⁰⁵ STN-området består av 21 kommuner og 10 delkommuneområder som ligger nord for Saltfjellene i fylkene Nordland, Troms og Finnmark.

I 2025 bor det om lag 53 000 personer i STN-området, inkludert både personer som anser seg selv som samer og personer som ikke gjør det. I disse STN-områdene utgjør personer på 70 år og eldre omtrent 20 prosent av befolkningen.¹⁰⁶ Mange samer bor utenfor STN-områdene, men

det er en mangle på data om denne gruppen. Registreringsdata om stemmerett i valg til Sametinget viser at det i 2021 var henholdsvis 1 520 og 4 276 personer som tilhørte valgkretsene Sørsamisk og Sør-Norge.¹⁰⁷ Disse personene er juridisk definert som tilhørende den samiske befolkningen, ved at de oppfatter seg selv som samer og at de eller deres forfedre (opp til oldeforeldre) har samisk som hjemmespråk eller at deres foreldre har stått i valgmanntallet.¹⁰⁸

Selv om det finnes relativt lite kunnskap om de humanitære behovene til den samiske eldrebefolkningen, tyder foreliggende litteratur og studier på at de har høyere risiko for å ha udekkede humanitære behov. Av de få undersøkelsene som finnes er det lite som tyder på forskjeller i helse og bruk av helsetjenester mellom den samiske befolkningen og majoritetsbefolkningen. Det er imidlertid studier som viser at samer er mer utsatt for vold og diskriminering enn ikke-samer i samfunnsarenaer. Noen studier peker på en sammenheng mellom etnisk diskriminering, psykisk stress og selvopplevd helse. Så vidt vi vet finnes det ikke forskning som entydig viser en sammenheng mellom fornorsking og selvopplevd helse.¹⁰⁹ Men en studie viste at samer som hadde vært utsatt for etnisk diskriminering, selv rapporterer om større grad av helseutfordringer slik som kroniske plager.¹¹⁰

En intervjuundersøkelse i en samisk kommune, med kommuneledere og innbyggere i alderen 57 til 74 år, belyste utfordringene eldre samer opplever. De erfarte for eksempel at lange avstander, manglende tilgang på apotek og dårlig infrastruktur, vanskeliggjorde hverdagen for de eldre.¹¹¹ STN-området er preget av

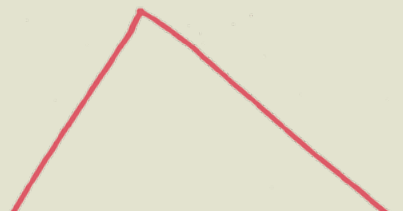
spredt bebyggelse og lav befolkningstetthet, sammenlignet med gjennomsnittet i Norge.¹¹² Som nevnt tidligere i rapporten, skiller fylkene Troms og Finnmark seg ut ved å ha en stor andel eldre som bor alene uten familie i nærheten. Når det gjelder økonomiske ressurser, har den samiske befolkningen lavere inntekter og opplever større økonomiske vanskeligheter sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Én av fire samer oppgir i en undersøkelse at de har problemer med å klare seg økonomisk i hverdagen.¹¹³

I likhet med de tidligere omtalte minoritetsgruppene, opplever eldre samer barriere når det gjelder å oppsøke og motta verdig eldreomsorg innenfor offentlige helse- og omsorgstjenester. Noen studier trekker frem at den samiske befolkningen er mindre tilfreds med hjelpetilbudet, sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Språkforskjeller er en særlig utfordring for eldre samiske pasienter, da de ikke kan bruke sitt eget morsmål. Dette kan svekke kvaliteten på helsetjenestene og øke risikoen for feilbehandling.¹¹⁴ For eksempel trekker enkelte forskningsstudier frem at samer snakker om helse og sykdom på indirekte måter og ved bruk av metaforer.¹¹⁵ Som nevnt tidligere, kan personer med demens være spesielt utsatt, da de ofte mister andre språk og morsmålet blir desto viktigere. Mangelen på et miljø i sykehjemmet som gjenspeiler aspekter ved samisk kultur kan også skape en følelse av utrygghet. I tillegg viser en kvalitativ studie til at eldre personer bærer med seg en historie med fornorsking, som kan hindre dem i å søke hjelp fra helsevesenet.¹¹⁶ Dette kan medføre helsekonsekvenser ved at helseproblemer ikke oppdages tidlig, noe som kan forverre plager og forhindre tidligere behandling.

Oppsummering

Frem til 2050 forventes det en betydelig økning i antall personer over 67 år i Norge, spesielt blant de eldste eldre. Denne aldringstrenden vil sannsynligvis være sterkest i mindre sentraliserte områder. Videre forventes den eldre befolkningen å bli mer mangfoldig, og det anslås at personer med bakgrunn fra Asia, Afrika, Sør- og Sentral-Amerika eller Øst-Europa utenfor EU vil utgjøre en betydelig høyere andel av de eldre.

Allerede i dag ser vi særskilte grupper i eldreomsorg som er mer sårbare på grunn av dårligere levekår, helseforhold og begrensede familienettverk. Gruppene skissert i dette kapitlet skiller seg ut på grunn av sammensatte humanitære behov. Manglende sosiale og økonomiske ressurser er et gjennomgående trekk blant disse gruppene, noe som også kan henge sammen med hvor de bor i landet. Tilstrekkelige kommunale helse- og omsorgstjenester er spesielt viktig for disse gruppene, da de både kan ha større behov for disse tjenestene og mangle ressurser til å søke omsorg andre steder, enten hos private aktører eller i familienettverk. Studier viser imidlertid at eldre med minoritetsbakgrunn opplever barrierer når det gjelder å søke om og motta verdig eldreomsorg innenfor offentlige helse- og omsorgstjenester. Dette kan føre til lavere tillit til tjenestene og hindre dem i å søke hjelp, noe som kan få konsekvenser for livskvaliteten og helsen deres. Som det vil bli nærmere omtalt i neste kapittel, står kommunale helse- og omsorgstjenester overfor store utfordringer fremover.



Kapittel 4: Tilgang til likeverdig eldreomsorg, nå og i fremtiden

Et velfungerende og ressurssterkt helsevesen er en forutsetning for at alle innbyggere i Norge skal få tilgang til helse- og omsorgstjenester uavhengig av sosial og demografisk bakgrunn. Fremtidige utviklingstrekk med tanke på eldre personers omsorgsbehov, og forventet etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, er et komplekst felt. En rekke faktorer vil spille inn, herunder blant annet høy forventet levealder, bedre overlevelse ved sykdom og fremskritt innen medisinsk teknologi. På den ene siden er det mulig at flere eldre vil leve med tilstander som krever kontinuerlig behandling og oppfølging. På den andre siden opplever eldre forbedringer i funksjonsevnen og reduksjon i kognitiv svikt over tid, noe som kan redusere behovet for langvarige omsorgstjenester. Noen studier antyder at medisinsk utvikling og velferdsteknologi kan bidra til at mange lever selvstendige liv lenger.¹¹⁷

I dette kapittelet vil vi først drøfte i hvilken grad det finnes mangler i tilgangen til tilstrekkelig omsorg for eldre i Norge i dag. Dette vil bli rammet inn av begrepet omsorgsfattigdom, og i hvilken grad dette gjelder helse- og omsorgstjenester i Norge. Deretter vil dagens og fremtidens drivkrefter som står bak ulikhet belyses. Dette vil hovedsakelig ta for seg inntekts- og geografiske forskjeller. Vi setter søkelys på pågående og kommende ressursutfordringer innen både kommunale helse- og omsorgstjenester, og uformell omsorg, nemlig pårørende og frivillige. De forventede konsekvensene for tjenestetilbudet og fordelingen av helse- og omsorgsansvar vil fremheves.

Finnes det omsorgsfattigdom i Norge?

Ifølge Kröger (2022) betyr omsorgsfattigdom manglende tilgang på adekvat omsorg som følge av en kombinasjon av individuelle behov og samfunnsmessige begrensinger. Det fremhever situasjoner der personer med omsorgsbehov ikke får tilstrekkelig støtte fra verken formelle eller uformelle tjenester. Konseptet er nyttig for å synliggjøre ulikheter i tilgangen til likeverdig omsorg og å støtte utviklingen av politikk som tar sikte på å håndtere disse ulikhetene.¹¹⁸

Kröger (2022) fant i sin studie at følgende grupper hadde høyere risiko for at deres omsorgsbehov ikke ble dekket: eldre personer i lavinntekt, aleneboende og de som var 85 år eller eldre. Så vidt vi vet finnes det ingen omfattende studier som har undersøkt omsorgsfattigdom, som definert over, i norsk sammenheng. Derfor konkluderer Barstad og Hammersland (2025) med at det ikke er god nok dokumentasjon til å fastslå at det foreligger omsorgsfattigdom i Norge. Imidlertid finnes det udekkede omsorgsbehov i dag og utviklingstrekk innen ulikhet kan forverre denne situasjonen i fremtiden.

Nye data og undersøkelser tilsier at det er mangler når det kommer til kvalitet i omsorgstjenester i Norge, særlig på sykehjem og i hjemmetjenesten. En rapport¹¹⁹ basert på en undersøkelse blant 715 sykepleiere, fant at viktige pleieoppgaver, som kroppsvask og hjelp til å spise, ofte ble utelatt. 63 prosent oppga at noen ganger eller ofte måtte pasientene vente lenger enn fem minutter etter at de hadde ringt etter hjelp. En undersøkelse utført av Røde Kors i 2024 blant 190 beboere på sykehjem viste at over halvparten av de spurte hadde opplevd eller vært

vitne til en eller annen form for omsorgssvikt. Mangel på mosjon og sosialisering samt ignorering eller det å bli oversett var de hyppigste formene for omsorgssvikt oppgitt av beboerne.

Undersøkelser tyder på at ressursutfordringer har ført til prioritering av ulike former for behov og omsorg i helse- og omsorgstjenestene.

¹²⁰ Terskelen for hva som anses som et legitimt behov i en situasjon med begrensede ressurser har blitt høyere, noe som har ført til at grunnleggende medisinsk behandling blir prioritert. Psykososiale behov blir oftest nedprioritert både i hjemmetjenesten og på sykehjem til tross for at undersøkelser tilsier at ensomhet stiger med alder særlig blant de over 85 år. En studie av over 700 pleiefaglig helsepersonell i 46 sykehjem viste at oppgaver knyttet til psykososial omsorg ofte manglet på sykehjem.¹²¹ Umøtte sosiale og emosjonelle behov kan skape eller forsterke ensomhet og sosial isolasjon, noe som igjen kan medføre negative helsemessige og kognitive konsekvenser. De eldste og aleneboende er allerede mest utsatt for å oppleve dette.

Data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) tyder på at mange eldre i omsorgstjenester ikke får dekket andre viktige behov, slik som regelmessig tannhelsekontroll. I 2024 hadde bare 48 prosent av dem som bodde på sykehjem i lang tid blitt vurdert eller behandlet av tannhelsepersonell i løpet av de foregående 12 månedene.¹²² Dette er en nedgang fra de to forrige årene som var 55 prosent i 2023 og 52 prosent i 2022. Dette er lave tall når man tar hensyn til at tannhelsetjenester er gratis for de som mottar hjemmesykepleie eller bor på institusjon i mer enn tre måneder. Nye tall viser at Norge gjennomgående er blant landene med høyest andel av udekket behov for tannundersøkelse eller tannbehandling sammenlignet med andre europeiske land.¹²³ Selv om personer over 65 år har et lavere udekket behov for tannpleie enn yngre aldersgrupper, er det fortsatt et gap i tjenestetilbudet. Forskning viser at udekket behov for tannhelsetjenester har konsekvenser for fysisk, psykisk og sosial helse.¹²⁴

Ernæring er et annet eksempel på et udekket behov. Ifølge data fra 2024 hadde 59 prosent av beboerne på langtidsopphold i institusjoner blitt vurdert for risiko for underernæring i løpet av de siste 12 månedene. Av de vurderte var 36 prosent i fare for underernæring, og bare litt over halvparten av dem hadde fått utarbeidet en individuell ernæringsplan.¹²⁵ Tallene er like bekymringsfulle for hjemmeboende eldre, hvor litt over 28 prosent ble vurdert for risiko for underernæring i 2024. Av denne gruppen var 32 prosent i risikosonen.¹²⁶

Et fellestrekk ved studier som belyser udekkede behov i eldreomsorgen, er mangel på ressurser, for eksempel tidsbegrensninger, bemanningsproblemer og nedprioriteringer. I det neste avsnittet vil vi se nærmere på ressursutfordringene i helse- og omsorgstjenestene, sammen med mulige utviklingstrender på dette området i lys av en forventet større, eldre og mer sammensatt eldrebefolkning.

Dagens og fremtidens ressursutfordringer i omsorgstjenestene

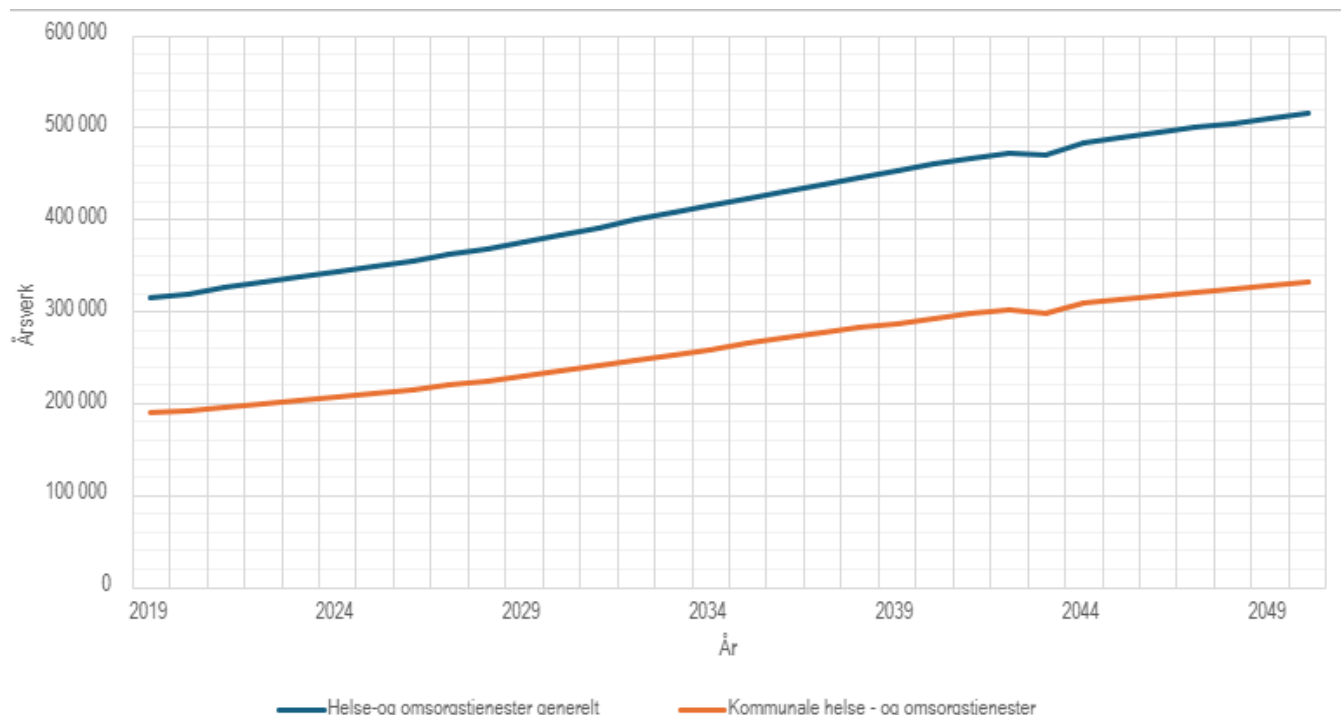
Mangel på personale og ressurser har vært en utbredt og mye omtalt utfordring innen helse- og omsorgstjenestene i Norge. Flere studier har antydnet at kompetansen og kapasiteten i kommunale helse- og omsorgstjenester ikke har økt i takt med økningen i antall pasienter, kompleksiteten i behovene og omfanget av oppgavene. Tilstrekkelig bemanning og kompetanse i den kommunale eldreomsorgen er avgjørende for å yte et likeverdig tilbud. Som denne rapporten har gått inn i allerede, viser studier at det er en sammenheng mellom underbemanning og kvaliteten på tjenester. Andre konsekvenser er at omsorgsbehov blir nedprioritert og omsorgsoppgaver blir skjøvet over fra kommunale tjenester til familie, frivillige og private tilbud.

En undersøkelse fra NAV i 2024 avdekket at Norge mangler 3750 sykepleiere og at 40 prosent av helse- og omsorgstjenestene rapporterte om rekrutteringsvansker. En annen undersøkelse¹²⁷

blant nesten 5000 sykepleiere fant at halvparten av de som jobbet i sykehjem og hjemmetjenesten enten ønsket å slutte eller var usikre på om de ønsket å fortsette å jobbe i disse tjenestene. Arbeidsbelastningen og tidspress ble oppgitt som de vanligste årsakene. Underbemanning og vanskelige arbeidsforhold skaper en nedadgående spiral, hvor færre sykepleiere fører til økt arbeids- og tidspress, noe som igjen reduserer arbeidstakernes evne til å prestere godt og ha høy jobbtilfredshet. Dette kan bidra til økt sykefravær, høyere gjennomtrekk og vanskeligheter med å rekruttere og beholde personale. Dette igjen går på bekostning av kvaliteten på tjenestene og mulighetene til i tilstrekkelig grad å møte omsorgsbehovene til tjenestemottakerne.¹²⁸

Framskrivninger viser at helse- og omsorgstjenester mest sannsynlige står overfor en økning i etterspurt årsverk på opptil 65 prosent i Norge innen 2050. Alternative scenarier varierer fra minimum 9 prosent til maksimalt 150 prosent.¹²⁹ Etterspørselen etter tjenester vil variere avhengig av sektoren, og veksten er for eksempel anslått til å øke med 75 prosent innen kommunale helse og omsorgstjenester fra 2019 til 2050 (se figur 5). Denne veksten skyldes først og fremst det økende antallet eldre, snarere enn en forbedring av standarden på tjenestene som tilbys. Helsepersonellkommissjonens anbefaling fra 2023 om at personellet ikke kan øke vesentlig, var basert på en forutsetning om at det mest moderate scenariet vil inntreffe i fremtiden.¹³⁰

Figur 5: Etterspørsel etter årsverk i helse- og omsorgstjenester (hovedscenarior)



Syse og Hjemås (2024) er klare på at det er mangel på arbeidskraft innenfor kommunale tjenester, spesielt sykepleiere og helsepersonell, som må tas tak i for å forhindre forverring i fremtiden. Det antas at friskere aldring vil redusere bruken av helse- og omsorgstjenester, men i løpet av de siste ti årene har økt levealder ikke ført til noen målbar reduksjon i tjenestebruken.¹³¹ Fremtidige utviklingstrekk i arbeidsstyrken innen helse- og omsorgstjenester avhenger av en rekke forhold. En effektiv organisering av tjenestene har blitt fremhevet som en viktig faktor i denne sammenhengen, slik som bedre samhandling og fleksibilitet.

Flere studier peker på økende kompleksitet i helsetjenestene, preget av utvidede ansvarsområder og oppgaver. Andelen sykehjemsbeboere med langtidsopphold og omfattende bistandsbehov har økt fra 82 til 89 prosent mellom 2014 og 2024. En lignende trend finnes blant brukere av praktisk bistand og hjemmetjenester. Denne økende kompleksiteten har imidlertid ikke blitt ledsaget av en proporsjonal økning i bemanning eller faglig kompetanse. Statistikk og forskning om sykepleierbemanning i norske sykehjem og hjemmetjenesten viser en høy avhengighet av ufaglært arbeidskraft som midlertidig ansatte. Videre er det en sterk sammenheng mellom omfattende bruk av ufaglært arbeidskraft og lavere tjenestekvalitet.¹³²

Det er en tendens til å begrense og målrette dagens omsorgstjenester til dem som har de mest alvorlige behovene. Tønnessen and Nortvedt (2024)¹³³ peker på at det finnes ingen klare retningslinjer eller prioriteringskriterier i Norge. Som følge av dette blir slike beslutninger overlatt til den enkelte helsearbeider, uten forankring i faglige eller etiske normer. De konkluderer med at det er svært problematisk når velferdsstatens ambisjoner, som er nedfelt i lovgivning og politiske retningslinjer, ikke kan realiseres innenfor eksisterende rammeverk. Samtidig blir fagpersoner i frontlinjen overlatt til å håndtere komplekse etiske dilemmaer uten adekvate verktøy eller støtte, noe som setter

både sykepleierverdier og velferdsstatens kjerneprinsipper i fare.

Et annet aspekt ved de stadig knappere ressursene innen helse og omsorg er prioriteringen av tjenester mellom yngre og eldre befolkningsgrupper. Det er vist at personer mellom 18 og 49 år mottar betydelig flere timer per uke med helse- og omsorgstjenester sammenlignet med personer mellom 80 og 89 år, henholdsvis 69 og 13 timer, til tross for at de har samme bistandsbehov. Etter å ha intervjuet beslutningstakere i norske kommuner, konkluderte Gautun og Grødem (2015)¹³⁴ at drivkraften bak økningen i tjenester for yngre brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester, innbefatter en tolkning av omsorgsbehovet til de ulike gruppene. Yngre ble ansett for å være i en mer aktiv fase av livet hvor de kunne jobbe og studere, og ble derfor ansett å ha sosiale behov som ville gi sterke samfunnsmessige gevinster, for eksempel å bidra til arbeidsstyrken. Yngre brukere var også mer bevisste på sine rettigheter, hadde høyere forventninger og utnyttet muligheter for å fremme sine interesser på en mer effektiv måte. Selv om informantene var tilbakeholdne med å antyde at yngre brukere «tar fra» eldre, erkjente de likevel at det i tider med begrensede ressurser og nødvendig prioritering er lettere å kutte ned på tjenester for de eldre brukerne.



Økende sosiale og geografiske ulikheter i omsorg

Norske myndigheter har et mål om likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester, men en rekke undersøkelser bekrefter at det er sosiale og geografiske forskjeller i tilgjengeligheten av disse tjenestene. Disse ulikhetene forsterkes av varierende kommunale ressurser og ulike demografiske mønstre.

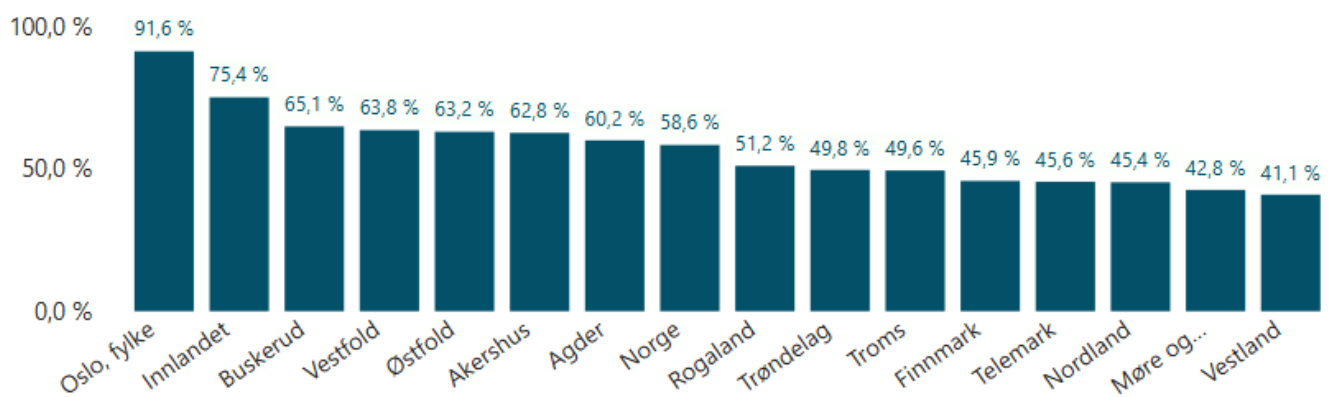
Personer med lavere inntekt har en høyere bruk av kommunale omsorgstjenester på grunn av at de opplever større stress i livet, dårligere levekår, kortere levetid og dårligere helse generelt. Bruken av tjenester er enda høyere blant eldre som også bor alene og mangler sosiale ressurser som familienettverk. Samtidig er de i en svakere posisjon sammenlignet med personer med høyere inntekt når det gjelder tilgang til disse tjenestene. Studier tyder på at personer med høyere økonomisk status har større sannsynlighet for å benytte seg av private helsetjenester, mens personer med lavere inntekter ofte er avhengige av et overbelastet offentlig system. Hvis forholdene for utvidelse av private tjenester vedvarer, vil det skape en todelt helsestruktur, hvor tilgang til, og kvalitet på, helsetjenester avhenger av økonomiske ressurser.

Kvalitative studier tilsier at sosiale ressurser i form av pårørende og andre relasjoner har mye å si, da de kan fungere som en talsperson. Hartford Kvæl og Gautun (2023) trekker frem at

eldre med pårørende, særlig de med kunnskap om helsevesenet, hadde en fordel når det gjaldt tilgang til kommunale tjenester. Ressurssterke pårørende har kunnskap og evne til å støtte og kjempe for interessene til eldre foreldre eller andre familiemedlemmer, noe som påvirker tilgang til verdige tjenester. Som skissert i forrige kapittel, har en lavere andel eldre med lav inntekt og aleneboende tilgang til slike sosiale ressurser. Dette tyder på at disse to undergruppene kan oppleve de største utfordringene og barrierene med å navigere og få tilgang til helse- og omsorgstjenester.

Hagen (2024)¹³⁵ hevder at en mangel på klare nasjonale minimumskrav til innholdet i offentlige helse og omsorgstjenester og ulikheter i kommunenes inntekter står i veien for likeverdig tilgang til tjenester. Tidligere i dette kapitlet ble det skissert at det finnes en høy andel av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke får god nok vurdering og oppfølging av underernæring og tannhelse. De nasjonale kvalitetsindikatorne viser også til betydelige geografiske forskjeller. Figur 6 viser at det er en variasjon på om lag 51 prosentpoeng mellom fylkene hva gjelder andelen sykehjemsbeboere med langtidsopphold som hadde blitt vurdert for underernæring det siste året. Oslo fylke vurderte 92 prosent av denne gruppen, mens Vestland hadde en andel på 41 prosent.¹³⁶

Figur 6: Andel vurdert for risiko for underernæring siste 12 måneder, blant beboere 67 år og eldre, i 2024¹³⁷

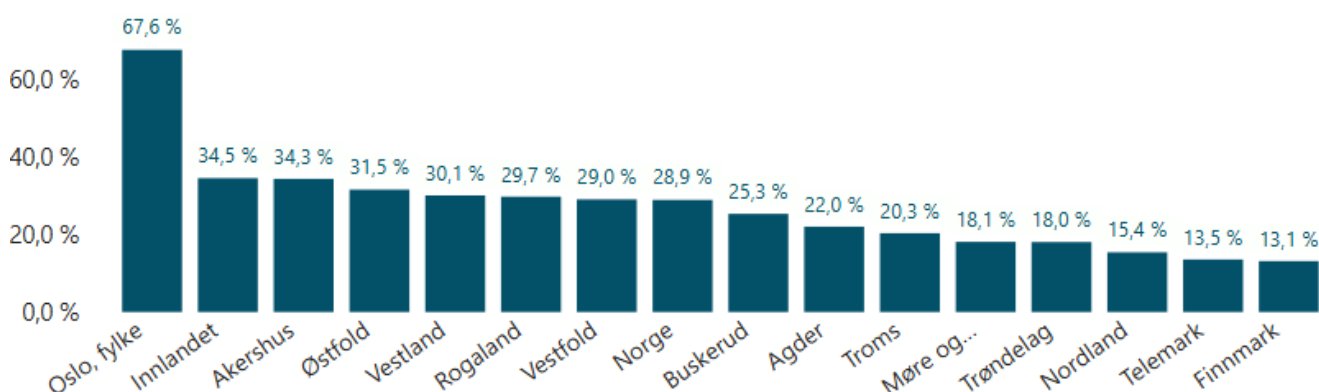


Andel av sykehjemsbeboere som har blitt vurdert av tannhelsepersonell varierer også blant fylkene, med den høyeste og laveste andelen på henholdsvis 67 og 34 prosent.¹³⁸ Vi ser en like stor forskjell når det gjelder legemiddelgjennomgang og, i mindre grad, andelen innbyggere som har blitt vurdert av lege de siste 12 månedene.¹³⁹

Når det gjelder mottakere av hjemmetjenester, er det indikasjoner på lignende geografiske

variasjoner på fylkesnivå i 2024. Den høyeste andelen hjemmeboende eldre som ble vurdert for undernærming bodde i Oslo, mens den laveste andelen bodde i Finnmark (se figur 7). Forskjellene mellom disse fylkene er store, med en variasjon fra 68 prosent til 13 prosent. I 2022 begynte 80 prosent av eldre med dagaktivitetstjenester innen 15 dager etter datoen for vedtak, som igjen varierte mellom 96 og 54 prosent mellom fylkene.

Figur 7: Andel vurdert for risiko for underernæring siste 12 måneder, blant hjemmeboende 67 og eldre, i 2024¹⁴⁰



Hagen (2024)¹⁴¹ gjennomførte nylig en analyse av kommunale inntekter og utgifter til omsorgs- og pleietjenester og virkningen på tjenestefordelingen. Analysen viser at brukere i kommunene med høyest inntekt har omtrent 37 prosent større sannsynlighet for å få plass på sykehjem sammenlignet med brukere i kommunene med lavest inntekt. En annen studie fant tilsvarende tendenser ved undersøkelse av den langsiktige fordelingen av offentlige hjemmetjenester i Norge. Kommuner med høyere disponibel inntekt er bedre i stand til å yte tjenester for å møte brukernes behov.¹⁴² Intervju-undersøkelser med kommunale helse- og omsorgsledere har fremhevet at mens noen kommuner får de ressursene de ber om, opplever andre at rammeverket er strammere og at konkurransen om ressurser med andre sektorer er tøffere. De var også tydelig på at utfordringene vil øke i styrke fremover på grunn av demografisk utviklingstrekk.¹⁴³

Som nevnt i kapittel 3 forventes det en økende geografisk ubalanse i den aldrende befolkningen innen 2050, hvor eldre vil utgjøre en større andel i de minst sentrale kommunene. Geografiske områder som forventes å få en mindre økning i antallet eldre, vil mest sannsynlig opprettholde en eldrebefolkning med høyere utdanningsnivå, inntekt og formue. I stor grad vil denne sosiale demografiske trenden være motsatt for de mindre sentrale områdene som vil oppleve en mer markant aldring av befolkningen, noe som vil øke etterspørselen etter og utgifter til kommunale omsorgstjenester.

Videre tyder utviklingstrekk på at disse områdene vil få flere eldre som har mindre økonomiske ressurser og relativt færre i yrkesaktive alder, noe som vil bidra til å redusere kommuneøkonomi. Dette kan føre til at mer sentrale områder er bedre rustet til å tiltrekke seg helsepersonell ved å tilby høyere lønn og

bedre arbeidsforhold, mens mindre velstående områder sliter med å konkurrere og rekruttere. Som følge av dette vil områder med et økende antall pleietrengende eldre stå overfor de største utfordringene når det gjelder å rekruttere og beholde tilstrekkelig bemanning. Som fremhevet tidligere i denne rapporten, bor eldre mennesker i distriktskommuner i større grad lenger unna familiemedlemmer, noe som begrenser deres tilgang til uformell omsorg. En slik utvikling vil få alvorlige konsekvenser for disse tjenestebrukene uten tilstrekkelige ressurser og målrettede tiltak for å tilpasse seg de endrede behovene til den eldre befolkningen.

Økende press på uformell omsorg

En annen utviklingstrend er det økende presset på uformelle omsorgspersoner. Blix, Stalsberg og Moholt (2021)¹⁴⁴ påpeker at myndighetene forventer at pårørende og frivillige vil støtte eldre som bor hjemme på samme nivå eller høyere i årene som kommer. Samtidig hevder Førland (2024)¹⁴⁵ at den siste utviklingen flytter grensene mellom formell og uformell omsorg, og legger større ansvar for å dekke omsorgsbehov på tjenestemottakerne selv, deres familier og frivillige.

I dag legger pårørende ned en betydelig innsats for å ta vare på eldre familiemedlemmer. En undersøkelse fra 2022 viste at 55 prosent av sysselsatte personer mellom 45 og 67 år gir praktisk hjelp til minst én foreldre hver måned eller oftere.¹⁴⁶ Demografiske trender tyder på at en utvidelse av den uformelle omsorgen kan bli vanskelig å oppnå. Som skissert i kapittel 3, vil det i snitt bli færre pårørende i alderen 50 –66 år per eldre 85 år og oppover i løpet av det neste tiåret, noe som vil redusere familieressurser som er en viktig form for uformell omsorg. Nedgangen forventes å være størst i små kommuner innen 2040, og allerede i dag bor en tredjedel av eldre alene i disse områdene uten familie i nærheten.

Frivillighet er en annen form for uformell omsorg som kan bidra til å dekke sosiale, kulturelle og fysiske behov blant eldre mennesker.¹⁴⁷ Godt samarbeid med lokale myndigheter er viktig for å sikre at frivilliges innsats treffer målgruppen og oppnår sine mål. Levekårsundersøkelsen viser at 51 prosent av de mellom 55 og 66 år har vært frivillig i løpet av det siste året og bidratt betydelig til frivillig arbeid målt i gjennomsnittlig antall timer per måned.¹⁴⁸ Av 9500 frivillige i Røde Kors besøkstjeneste er majoriteten i denne aldersgruppen, og de støtter både hjemmeboende eldre og de som bor på sykehjem. Hvis utsiktene for ulikhet mellom generasjoner slår til, vil det også trolig påvirke kapasiteten innen frivillighet.

Allerede i dag erfarer Røde Kors økt press på frivilligheten. En uformell intern undersøkelse viste at frivillige er blitt bedt om å gjøre oppgaver som går utover deres rolle som frivillige. Det inkluderte å kjøre eldre til nødvendige legetimer, hjelpe dem med å få i seg mat, samt hjelp med personlig økonomi. Noen oppgir at de også har blitt forventet å hjelpe eldre med å håndtere legemidler.¹⁴⁹

Selv om en større andel innvandrere i befolkningen kan bidra til å lette byrden som skyldes en synkende gruppe familieomsorgspersoner, vil denne effekten trolig være moderat. Personer med innvandrerbakgrunn kan for eksempel bli omsorgspersoner selv eller gjøre det mulig for andre å bli det, men denne effekten vil sannsynligvis være moderat. Kulturell assimilering over tid kan føre til at innvandrerfamilier tar i bruk lignende omsorgsmønstre som majoritetsbefolkningen. Den demografiske endringen forventes å bli så markant at slike uformelle omsorgsbidrag bare delvis kan kompensere for det.

Oppsummering

I dag finnes det ulikheter i tilgang til og kvalitet på helse- og omsorgstjenester, for eksempel tannhelse og tiltak mot underernæring. Helse- og omsorgstjenestene står overfor en økning i etterspørselen fra brukere med opptil 65 prosent innen 2050 i Norge. Framskrivinger tyder på at enkelte grupper har høyere risiko for at deres behov ikke blir dekket gitt geografisk beliggenhet, inntekt og ressursene i de kommunale tjenestene der de bor. Dette er i strid med norske myndigheters mål om likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester, som er i tråd med velferdsstatens grunnleggende prinsipper.

Personer med mindre sosiale og økonomiske ressurser er og vil fortsette å være i en svakere posisjon, da de er mer avhengige av et overbelastet offentlig system, mens de med økonomiske ressurser har større tilgang til private helsetjenester. Samtidig spiller kommunale inntekter også en viktig rolle, da de påvirker sannsynlighet å få plass på sykehjem og tilby andre tjenester som møtes deres behov. En høyere andel eldre med lav inntekt og aleneboende er også uten pårørende som kan kjempe for deres interesse, hjelpe dem å navigere og øke muligheten for å få tilgang til verdige helse- og omsorgstjenester. Disse forutsetningene forventes å oppstå i mindre sentrale områder som står over en sterkere aldringstrend, høyere etterspørsel etter tjenester og de største ressursutfordringene.

Myndighetene satser på at uformell omsorgsinnsats fra pårørende og frivillige vil opprettholdes eller øke i fremtiden. Det er ingen tvil om at pårørende og frivilligheten spiller en viktig og sentral rolle i å møte eldre personers behov, men demografiske trender tilsier at en utvidelse av denne innsatsen kan bli vanskelig fremover. Det kommer til å være omtrent halvparten så mange personer som er hovedomsorgspersoner (mellom 55 og 66 år) sammenlignet med personer 85 år og over.

Kapittel 5: Anbefalinger

Denne rapporten er basert på to analyser utført av Statistisk sentralbyrå (SSB) på oppdrag av Røde Kors som identifiserer det som er og ventes å være de viktigste humanitære behovene blant eldre i Norge i årene fremover. Flere av konklusjonene om fremtidige trender innen eldreomsorgen gir grunn til bekymring.

For det første får ikke brukere i eldreomsorg alle sine helse- og omsorgsbehov dekket. Dette gjelder særlig de som bor alene, har lav inntekt, begrenset familienettverk og minoritetsgrupper. Blant annet viser den til undersøkelser med pleiepersonell i sykehjem, som tyder på at det å utelate helse- og omsorgshjelp er en vanlig hendelse. Det er i tråd med funnene i Røde Kors' egen rapport, Omsorg under press, som ble publisert i 2024. Her oppga halvparten av de spurte sykehjemsbeboerne å ha opplevd eller sett minst ett tilfelle av omsorgssvikt det siste året.

Denne rapporten avdekker også store geografiske forskjeller i eldreomsorgen. Eldre i kommuner med høy inntekt har større sannsynlighet for å få sykehjems plass og bedre tilgang til andre tjenester enn de som bor i kommuner med lavest inntekt. Det er dessuten lavere tilfredshet med tjenestene i kommunene med lavere inntekt. De geografiske ulikhetene kan bli større i årene som kommer. Aldringen ventes å bli sterkest i de minst sentrale kommunene, og tilsvarende vil etterspørselen etter tjenester være høyest. Samtidig er det nettopp her man har størst problemer med å rekruttere helsepersonell.

Videre fremhever denne rapporten at flere utviklingstrekk som taler for at den uformelle omsorgen får lavere kapasitet i årene fremover. Vi kan med andre ord ikke ta for gitt at pårørende står klare til å overta omsorgen når presset på de offentlige tjenestene øker. Dette vil også bidra til forskjeller mellom eldre basert på sosiale og økonomiske ressurser.

Todelt helsevesen

I 2023 la den regjeringsoppnevnte Helsepersonellkommissjonen frem sine anbefalinger om hvordan vi skal utdanne, rekruttere og beholde personell i helse- og omsorgstjenestene. Kommisjonen hevdet blant annet at andelen årsverk i helse- og omsorgstjenestene ikke kan øke vesentlig i årene fremover.

I rapporten fra SSB kalles denne forutsetningen urealistisk. Forskerne mener dessuten at den kan få alvorlige konsekvenser. Hvis myndighetene følger en slik politikk, kan det ifølge rapporten føre til et todelt helsevesen. Hvis behovet for helsetjenester øker, uten at de offentlige tjenestene bemannes opp tilsvarende, blir personellveksten i privat sektor desto større. De med høy inntekt får rask og effektiv behandling i privat sektor. De med lavere inntekt må nøye seg med et underfinansiert og overbelastet offentlig helsevesen.

Røde Kors deler denne bekymringen. Siden rekrutteringsutfordringene er størst i de kommunene der aldringen er sterkest, frykter vi at en slik politikk vil ytterligere forsterke de geografiske forskjellene i eldreomsorgen. Siden den uformelle omsorgskapasiteten ventes å bli mindre, frykter vi at en slik politikk særlig vil ramme dem som ikke har pårørende rundt seg.

Vi frykter dessuten at en slik politikk kan forsterke forekomsten av omsorgssvikt i tjenesten. I Røde Kors-rapporten Omsorg under press syntes omsorgssvikt å være forbundet med underbemanning og tidspress. Den hyppigste forklaringen på at sykehjemsbeboere unnlot å varsle om omsorgssvikt var for eksempel at de ansatte var fraværende eller for travle. Beboernes fremste anbefaling for å forebygge omsorgssvikt var bedre bemanning og mindre tidspress.

Frivillighetens rolle

Røde Kors mener frivilligheten har en viktig rolle å spille i eldreomsorgen i årene fremover. Samtidig mener vi det er åpenbart at de frivillige ressursene må brukes på riktig måte.

Besøktstjenesten er den største frivillige aktiviteten til Røde Kors i Norge. Våre frivillige besøksvenner besøker mer enn 25 000 personer årlig. En stor del av dem som får besøk er eldre som bor på sykehjem eller bruker hjemmetjenester.

Både SSB-rapporten og Røde Kors' egne analyser viser at det er behovene for sosial kontakt og fysisk aktivitet som eldre i størst utstrekning ikke får dekket. Det er også her frivilligheten har best forutsetninger for å utgjøre en viktig forskjell. Derfor er formålet med Røde Kors' besøktstjeneste nettopp å forebygge ensomhet og tilby meningsfylt menneskelig kontakt.

Men i en del tilfeller forventer kommunene at våre frivillige gjør langt mer enn det. I en uformell undersøkelse blant dem som organiserer besøktstjenesten over hele landet, svarte flertallet at deres frivillige var blitt bedt om å gjøre oppgaver som går utover formålet. Det kunne handle om å kjøre eldre til legetimer, hjelpe dem å få i seg mat, hjelpe til med personlig økonomi, hjelpe til med personlig hygiene – eller til og med legemiddelhåndtering.

Gode rammer for frivillighet

I en situasjon der det er krevende å skaffe nok penger og ansatte til omsorgstjenesten, kan det være politisk fristende å overlate noen av kommunens omsorgsoppgaver til de frivillige. Dette vil vi advare mot. Da oppnår man i verste fall å skremme de frivillige fra seg og gi dårligere vilkår for frivillighetens kjerneoppgaver.

Noe av det viktigste myndighetene kan gjøre for å utnytte kraften i frivilligheten er tvert imot å sørge for forsvarlig og tilstrekkelig bemanning i omsorgstjenestene. Det er typisk at de frivillige får oppgaver de egentlig ikke skal utføre når de ansatte uten forvarsel blir utilgjengelige. Er det nok ansatte til å løse de grunnleggende omsorgsoppgavene, så er risikoen betydelig mindre for at disse oppgavene overlates til frivillige. Da kan de frivillige konsentrere seg om å tilby den viktige menneskelige kontakten.

Dessuten bør myndighetene legge til rette for et best mulig samarbeid med frivilligheten. Dette kan for eksempel skje gjennom tydelige avtaler og koordinering mellom kommuner og frivillige foreninger, der det kommer klart frem hva som er de ulike partenes ansvar og oppgaver. Samtidig er det viktig at nasjonale og lokale myndigheter ikke tolker de juridiske rammene for frivillige i omsorgstjenesten mer strengt enn nødvendig. Det er ikke til eldrebefolkningens beste hvis sykehjem ikke kan tillate frivillig aktivitet fordi omsorgstjenesten har en unødige streng praktisering av reglene om eksempelvis personvern og taushetsplikt.

Røde Kors' anbefalinger til myndighetene:

- Sikre en **forsvarlig og tilstrekkelig bemanning** i helse- og omsorgstjenestene. Se bort fra påstanden om at andelen helsepersonell ikke kan øke vesentlig.
- **Prioritere eldre menneskers udekkede psykososiale behov.** Alle kommuner må ha et lavterskeltilbud for eldre med psykiske helseutfordringer.
- Sørge for at **frivillige forblir et supplement** til de offentlige helse- og omsorgstjenestene – ikke overlate grunnleggende omsorgstjenester til frivillige.
- Legge til rette for **godt og forutsigbart samarbeid** mellom kommunene og frivilligheten – alle kommuner bør inngå avtaler med frivillige organisasjoner. Alle kommuner må ha en **kontaktperson eller koordinator** for frivillig aktivitet.

Sluttnoter

- 1 Statistisk sentralbyrå. (2024). Seniorer i Norge 2024. (Rapport 178) https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/seniorer-i-norge-2024/_/attachment/inline/a4172794-4624-4bca-a487-78b12dba586d:d4efe-6a9a5d28bb2ef36591c01c5b89fae47524f/SA178_web.pdf
- 2 Hammersland, R. & Barstad, A. (2024). Humanitære behov i Norge. Status 2022. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/humanitaere-behov-i-norge.status-2022>
- 3 Statistisk sentralbyrå. (2024). Seniorer i Norge 2024. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/seniorer-i-norge-2024/_/attachment/inline/a4172794-4624-4bca-a487-78b12dba586d:d4efe6a9a5d28bb2ef36591c01c5b89fae47524f/SA178_web.pdf
- 4 Gjører, L., Strand, B. H., Kjellvik, G., Kvello-Alme, M., & Selbæk, G. (2020). Forekomst av demens i Norge. N. s. f. a. o. helse. https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf
- 5 190 beboere deltok i undersøkelsen, og omsorgssvikt ble definert som forsømmelse, psykisk vold eller fysisk vold
- 6 Skretting Lunde, E. & Ramm, J. (2021). Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd (Rapport 2021/23). https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester-2/_/attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-ba9f3ce43847:b350717de363e3cfb2a08ad6e985e2f810e6ceac/RAPP2021-23_web.pdf
- 7 Strand Heiene, B., Lie Berg, C., Syse, A., ... Engdahl, B. L. (2023). Helse hos eldre i Norge. <https://www.fhi.no/he/fr/folkkehelse/rapporten/grupper/eldre/?term=#sosial-ulikhet-i-helse-blant-eldre> (lest 20.06.2025)
- 8 Syse, A., Grøholt, E. K., Madsen, C., Aarø, L. E., Strand Heiene, B. & Næss, O. E. (2022). Sosiale helseforskjeller i Norge. Folkehelse rapport <https://www.fhi.no/he/fr/folkkehelse/rapporten/grupper/eldre/?term=#sosial-ulikhet-i-helse-blant-eldre> (lest 20.06.2025)
- 9 Enroth, L., Jasilionis, D., Németh, L., Strand, B. H., Tanjung, I., Sundberg, L., ... Brønnum-Hansen, H. (2022). Changes in socioeconomic differentials in old age life expectancy in four Nordic countries: the
- 10 Hammersland, R. & Barstad, A. (2022). Humanitære behov i Norge. Status 2022. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/humanitaere-behov-i-norge.status-2022>
- 11 Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011 § 1-1). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- 12 Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999 §§ 1-1). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- 13 Spesialisthelsetjenesteloven (1999 §1-1) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- 14 Helsepersonelloven. (1999 § 1). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- 15 UN General Assembly. (1948). Verdenserklæringen om menneskerettighetene (Norsk, Bokmål). <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/norwegian-bokmal-norsk-bokmal>
- 16 Menneskerettsloven. (1999). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. (LOV-1999-05-21-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30>
- 17 Kongeriket Norges Grunnlov. (1814 §92-113). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. (LOV-1814-05-17). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>
- 18 A/HRC/58/L.24/Rev.1
- 19 Den internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. (ØSK). (16.12.1966, trådte i kraft 03.01.1976). Artikkel 12. <https://fn.no/avtaler/menneskerettigheter/konvensjon-om-%C3%B8konomiske-sosiale-og-kulturelle-rettigheter>
- 20 E/C.12/2000/4 General Comment No. 14 (2000) avsnitt 4 og 11
- 21 Prop. 92 L (2020–2021) punkt 5.1
- 22 For det eneste eksempelet fra Norge se Haugen v. Norge (59476/21) (varetekt), *Center of Legal Resources on behalf of Valentine Campenau v Romaina*
- 23 For mer om forbudet mot diskriminering se under.
- 24 Slawomir Musial v. Polen, (28300/06) avsnitt 85 flg. (fengselsopphold), M.S. v Kroatia, (75450/12) avsnitt 95 flg. og Bures v. Tsjekkia (37679/08) (begge psykiatrisk institusjon) avsnitt 83 flg.
- 25 Vasileva v. Bulgaria (23796/10) avsnitt 63; Ibrahim Keskin v. Tyrkia (10491/12) avsnitt 60–65
- 26 Vasileva v. Bulgaria (23796/10) avsnitt 69.
- 27 HR 2022- 401-A avsn. 46.
- 28 Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999 §§ 2-1 – 2-8). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- 29 Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold § 2
- 30 Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999 §§ 2-1). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- 31 Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999 §§ 3-1- 3-7). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- 32 Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011 § 1-2 & 4-1). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- 33 Spesialisthelsetjenesteloven (1999 §1-2 & 2-2) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- 34 Helsepersonelloven. (1999 § 1 & 4). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- 35 Helsedirektoratet. (2025). Forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/bilder-film-og-lyddopptak-i-helse-og-omsorgstjenesten/rettslige-rammer/forsvarlighetskravet-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- 36 Helsedirektoratet. (2018). § 4. Forsvarlighet. Helsepersonelloven med kommentarer. Rundskriv. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse#paragraf-4-forsvarlighet>, Prop. 91 L. 2010-2011
- 37 Prop. 91 L (2010-2011) s. 264
- 38 Haugen v. Norway

- 39 Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017 § 24). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering. (LOV-2017-06-16-51). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>
- 40 Prop. 81 L (2016-2017) punkt 4.3
- 41 Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK). CETS 005 (04.11.1950, trådte i kraft 03.09.1953). Artikkel 14. <https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/ud/veiledninger/2005/den-europeiske-menneskerettighetskonvens/id88366/>
- 42 Den internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. (ØSK). (16.12.1966, trådte i kraft 03.01.1976). Artikkel 2. <https://fn.no/avtaler/menneskerettigheter/konvensjon-om-%C3%B8konomiske-sosiale-og-kulturelle-rettigheter>
- 43 Konvensjon om sivile og politiske rettigheter. (SP). (16.12.1966, trådte i kraft i 23.03.1976). Artikkel 26. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/fn/fn-konvensjoner/fns-konvensjon-om-sivile-og-politiske-rettigheter-sp/id88149/>
- 44 Dok. 16 (2011-2022) punkt. 26.6.2.3 s. 147, og Innst. 186 S (2013-2014).
- 45 Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017 § 6). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering. (LOV-2017-06-16-51). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>
- 46 Dok. nr. 16 (2011–2012), kapittel 26.6.2.6, s. 151.
- 47 4Prop. 81 L (2016–2017), kapittel 4.3, s. 36 hvor det blant annet heter: «Samtidig innebærer forskjellene mellom Grunnloven § 98 og diskrimineringsforbudene i de ulike menneskerettskonvensjonene, blant annet med hensyn til ordlyd, at det ikke uten videre er klart hvilken vekt menneskerettskonvensjonene skal ha i tolkningen av Grunnloven § 98.»
- 48 UN General Assembly. (1948). Verdenserklæringen om menneskerettighetene (Norsk, Bokmål), Artikkel 7. <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/norwegian-bokmal-norsk-bokmal>,
- 49 Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK). CETS 005 (04.11.1950, trådte i kraft 03.09.1953). Artikkel 14. <https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/ud/veiledninger/2005/den-europeiske-menneskerettighetskonvens/id88366/>
- 50 Alder: Prop. 81 L (2016-2017) punkt 15.3, Schwizgebel v. Sveits, (25762/07) avsnitt 85, Khamtokhu og Aksenchik v. Russland, (60367/08) avsnitt 62; Handbook on European non-discrimination law, Publications office of the European Union, 2018, s. 190 flg., CESCR General Comment No. 6: The Economic, Social and Cultural Rights of Older Persons, Seksuell orientering: Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK), Artikkel 14 s. 42, Van Kück v. Tyskland (35968/97) avsnitt 69, Identoba og andre v. Georgia (73235/12) avsnitt 96, CESCR General Comment no. 20 (2009) - Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights, CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12).
- 51 Se diskusjon over og konvensjonens artikkel 12
- 52 Prop. 92 L (2020-2021), punkt 5.1
- 53 4E/C.12/2000/4 General Comment No. 14 (11 august 2000) avsnitt 33 og E/C.12/GC/20 General Comment No. 20 (2. juli 2009) avsnitt 32
- 54 Hammersland, R. & Barstad, A. (2022). Humanitære behov i Norge. Status 2022. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/humanitaere-behov-i-norge.status-2022>
- 55 Se Barstad og Hammersland (2025) for en grundig oversikt over de seks former for nød og lidelse,
- 56 Statistisk sentralbyrå. (2025). 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 - 2025. Statistikkbanken. 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 - 2025. Statistikkbanken (lest 24.06.2025)
- 57 Tømmerås, A. M. & Thomas, M. J. (2024) Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024 - Sammendrag av forutsetninger og resultater (Rapport 2024/21). https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2024/_/attachment/inline/56957464-1d50-49e9-bc81-2dc79db88829:fcbe4afe4b905e2b91a7a998b90c23d392d44ddc/RAPP2024-21.pdf
- 58 Tømmerås, A. M. & Thomas, M. J. (2024) Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024 - Sammendrag av forutsetninger og resultater (Rapport 2024/21). https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2024/_/attachment/inline/56957464-1d50-49e9-bc81-2dc79db88829:fcbe4afe4b905e2b91a7a998b90c23d392d44ddc/RAPP2024-21.pdf
- 59 Tømmerås, A. M. & Thomas, M. J. (2024) Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024 - Sammendrag av forutsetninger og resultater (Rapport 2024/21). https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2024/_/attachment/inline/56957464-1d50-49e9-bc81-2dc79db88829:fcbe4afe4b905e2b91a7a998b90c23d392d44ddc/RAPP2024-21.pdf, s. 14.
- 60 Barstad, A. og Hammersland, R. (2025). Eldrebefolkningen, nå og i framtiden. Statistisk sentralbyrå, s. 59.
- 61 Tømmerås, A. M. & Thomas, M. J. (2024) Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024 - Sammendrag av forutsetninger og resultater (Rapport 2024/21). https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2024/_/attachment/inline/56957464-1d50-49e9-bc81-2dc79db88829:fcbe4afe4b905e2b91a7a998b90c23d392d44ddc/RAPP2024-21.pdf
- 62 Aalandslid, V. (2024). Økende antall eldre, men fortsatt blant de yngste i Europa. Seniorer i Norge. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/okende-antall-eldre-men-fortsatt-blant-de-yngste-i-europa>.
- 63 Syse, A. og Tønnessen, M. (2022). Flere eldre innvandrere blant framtidens brukere av omsorgstjenester: A Larger Share of Future Long-Term Care Service Users Will Be Immigrants. Tidsskrift for omsorgsforskning. 8(2), 8–29.
- 64 Tømmerås, A. M. & Thomas, M. J. (2024) Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024 - Sammendrag av forutsetninger og resultater (Rapport 2024/21). https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2024/_/attachment/inline/56957464-1d50-49e9-bc81-2dc79db88829:fcbe4afe4b905e2b91a7a998b90c23d392d44ddc/RAPP2024-21.pdf
- 65 Haugen, S. M. (2025) 1 av 4 aleneboende eldre har ingen familie i nærheten. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/1-av-4-aleneboende-eldre-har-ingen-familie-i-naerheten>.
- 66 Barstad, A. og Hammersland, R. (2025). Eldrebefolkningen, nå og i framtiden. Statistisk sentralbyrå
- 67 Haugen, S. M. (2025) 1 av 4 aleneboende eldre har ingen familie i nærheten. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/1-av-4-aleneboende-eldre-har-ingen-familie-i-naerheten>.
- 68 Haugen, S. M. (2025) 1 av 4 aleneboende eldre har ingen familie i nærheten. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/1-av-4-aleneboende-eldre-har-ingen-familie-i-naerheten>, avs. «Lavinntekt mer utbredt blant eldre kvinner»
- 69 Haugen, S. M. (2025) 1 av 4 aleneboende eldre har ingen familie i nærheten. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/1-av-4-aleneboende-eldre-har-ingen-familie-i-naerheten>.

- 70 Barstad, A. og Hammersland, R. (2025). Eldrebefolkningen, nå og i framtiden. Statistisk sentralbyrå.
- 71 Syse, A. & Hjemås, G. (2024). Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester? Michael, 21, 39-51. doi:10.5617/michael.10950
- 72 Familieomsorgskoeffisienten er «...forholdstallet mellom antallet 50–66 år og 85 år og eldre...» (Syse & Hjemås, 2024, «Økt familieomsorg», avsn 1).
- 73 Beregning av kjøretid «Vegnettet som har blitt benyttet for å beregne kjørerutene [...]Fergestrekninger (kun bilferger) har i vegnettet blitt gitt en effektiv hastighet på mellom 10 og 13 km/t. Det er vanskelig å beregne kjøretider helt presist for områder som er avhengige av fergeforbindelser...» (Haugen, 2025, «1 av 4 aleneboende eldre har ingen familie som bor i nærheten», avsn 3.)
- 74 Haugen, S. M. (2025) 1 av 4 aleneboende eldre har ingen familie i nærheten. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/1-av-4-aleneboende-eldre-har-ingen-familie-i-nærheten,avs%20%201%20av%204%20aleneboende-eldre-i-de-minst-sentrale-kommunene-mangler-familie-i-nærheten>
- 75 Dzamarija, M.T (2022). Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse, (Rapport 2022/2). https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/eldre-innvandrere-i-norge.demografi-boforhold-inntekt-formue-og-helse/_/attachment/inline/cb-7dac40-d211-4b7e-b435-9ac91ec37381:47310c1740eaf-4b1a054f7a92073f79836883241/RAPP2022-02.pdf
- 76 Hammersland, R. & Barstad, A. (2022). Humanitære behov i Norge. Status 2022. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/humanitaere-behov-i-norge.status-2022>
- 77 Se Hammerstad og Barstad (2025) og Dzamarija (2022) for en grundig oversikt over forskjellene og overlappene mellom undergrupper innenfor gruppen eldre med innvandrerbakgrunn.
- 78 Dzamarija, M.T (2022). Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse, (Rapport 2022/2). https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/eldre-innvandrere-i-norge.demografi-boforhold-inntekt-formue-og-helse/_/attachment/inline/cb-7dac40-d211-4b7e-b435-9ac91ec37381:47310c1740eaf-4b1a054f7a92073f79836883241/RAPP2022-02.pdf
- 79 Cvetkovic, Z. & Li Sverre, B. (2021, 16.09). Innvandrere i Norge eldes raskere og har flere kroniske plager, Nyheter, Senter for omsorgsforskning. <https://www.ntnu.no/omsorgsforskning/innvandrere-i-norge-eldes-raskere-og-har-fle-re-kroniske-plager>
- 80 Definert som Afrika, Asia (inkl. Tyrkia), Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS. (SSB, 2022, s. 10)
- 81 Løyland Omholt, E. (2023). Sterkere inntektsvekst blant innvandrere og deres barn, <https://www.ssb.no/inn-tekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/sterkere-inntekts-vekst-blant-innvandrere-og-deres-barn>
- 82 Normann, T. M. (2019). Lavinntekt blant eldre: Aleneboende minstepensjonister har lite å rutte med, Inntekter i den eldre befolkningen. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/aleneboende-minstepensjonister-har-lite-a-rutte-med>
- 83 Definert som Afrika, Asia (inkl. Tyrkia), Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS. (SSB, 2022, s. 10)
- 84 Dzamarija, M. T (2022). Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse, (Rapport 2022/2). https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/eldre-innvandrere-i-norge.demografi-boforhold-inntekt-formue-og-helse/_/attachment/inline/cb-7dac40-d211-4b7e-b435-9ac91ec37381:47310c1740eaf-4b1a054f7a92073f79836883241/RAPP2022-02.pdf
- 85 Polen, Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Tyrkia, Irak, Iran, Afghanistan, Pakistan, Sri Lanka, Vietnam, Eritrea og Somalia.
- 86 Ingebretsen, R. (2017). Eldre innvandrere og deres pårørende trenger også hjelp. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 54(1), 64-74. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2017as01ae-Eldre-innvandrere-og-deres-paerorende-og-deres-ogsa-hjelp
- 87 Nasjonalt sentre for aldring og helse (u.å.). Hvem er de eldre innvandrerne? <https://www.aldringoghelse.no/demens/minoriteter-eldre-innvandrere-og-demens/hvem-er-de-eldre-innvandrerne/#:~:text=Samtidig%20vet%20vi%20ogs%C3%A5%20at%20eldre%20innvandrere%20i,syke-hjem%20like%20mye%20som%20de%20eldre%20fra%20majoritetsbefolkningen>
- 88 Definert som Afrika, Asia (inkl. Tyrkia), Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS. (SSB, 2022, s. 10)
- 89 Dzamarija, M.T (2022). Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse, (Rapport 2022/2). https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/eldre-innvandrere-i-norge.demografi-boforhold-inntekt-formue-og-helse/_/attachment/inline/cb-7dac40-d211-4b7e-b435-9ac91ec37381:47310c1740eaf-4b1a054f7a92073f79836883241/RAPP2022-02.pdf
- 90 Nasjonalt sentre for aldring og helse (u.å.). Hvem er de eldre innvandrerne? <https://www.aldringoghelse.no/demens/minoriteter-eldre-innvandrere-og-demens/hvem-er-de-eldre-innvandrerne/#:~:text=Samtidig%20vet%20vi%20ogs%C3%A5%20at%20eldre%20innvandrere%20i,syke-hjem%20like%20mye%20som%20de%20eldre%20fra%20majoritetsbefolkningen>
- 91 Syse, A. & Tønnessen, M. (2022). Flere eldre innvandrere blant framtidens brukere av omsorgstjenester: A Larger Share of Future Long-Term Care Service Users Will Be Immigrants. Tidsskrift for omsorgsforskning, 8(2),8–29.
- 92 Sagbakken, M., Ingebretsen, R. & Storstein Spilker, R. (2020). How to adapt caring services to migration driven diversity? A qualitative study exploring, PLOS ONE, 22, 15(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243803>
- 93 Gram, K. H. (2021). 1 av 3 skeive lite tilfreds med egen psykisk helse. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-skeive-lite-tilfreds-med-egen-psykisk-helse,avs.1>
- 94 Engvik, M. (2022). Dårligere levekår blant ikke-heterofile. (SSB analyser 2022/1). <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/darligere-levekar-blant-ikke-heterofile>
- 95 Gram, K. H. (2021). 1 av 3 skeive lite tilfreds med egen psykisk helse. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-skeive-lite-tilfreds-med-egen-psykisk-helse>
- 96 Engvik, M. (2022). Dårligere levekår blant ikke-heterofile. (SSB analyser 2022/1). <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/darligere-levekar-blant-ikke-heterofile>
- 97 Gram, K. H. (2021). 1 av 3 skeive lite tilfreds med egen psykisk helse. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-skeive-lite-tilfreds-med-egen-psykisk-helse>
- 98 «Beløpet for den uforutsette utgiften justeres årlig i h.h.t. Levekårsundersøkelsen EU-SILC og var i 2020 spesifisert til 18 000 kr og i 2021 19 000 kr» (Engvik, 2022, «Trang økonomi utbredt blant ikke-heterofile», avs. 2).
- 99 Engvik, M. (2022). Dårligere levekår blant ikke-heterofile. (SSB analyser 2022/1). <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/darligere-levekar-blant-ikke-heterofile>

- 100 Bromseth, J. & Siverskog, A. (2023). "Han gikk in i gardero-
ben igen". *Äldre LGBTI-personers møte med vård och omsorg
i Norden. Nordiska ministerrådet* [http://dx.doi.org/10.6027/
temanord2023-547](http://dx.doi.org/10.6027/
temanord2023-547)
- 101 Bromseth, J. & Siverskog, A. (2023). "Han gikk in i gardero-
ben igen". *Äldre LGBTI-personers møte med vård och omsorg
i Norden. Nordiska ministerrådet* [http://dx.doi.org/10.6027/
temanord2023-547](http://dx.doi.org/10.6027/
temanord2023-547)
- 102 Jakobsen, M. D., Bromseth, J., Siverskog, A., & Krane, M. S.
(2023). The provision of healthcare services to older LGBT
adults in the Nordic countries: a scoping review. *Scandina-
vian Journal of Primary Health Care*, 41(4), 359–371. [https://
doi.org/10.1080/02813432.2023.2242713](https://
doi.org/10.1080/02813432.2023.2242713)
- 103 Nordahl, V. M. & Tørresen, A. R. (2023, 08.09). Kommuner
bryter loven: – Skeive går tilbake i skapet når de blir eldre.
NRK. [https://www.nrk.no/sorlandet/for-darlig-eldreomsorg-
for-skeive-_mange-gar-tilbake-i-skapet-1.16519131](https://www.nrk.no/sorlandet/for-darlig-eldreomsorg-
for-skeive-_mange-gar-tilbake-i-skapet-1.16519131)
- 104 Jakobsen, M. D., Bromseth, J., Siverskog, A., & Krane, M. S.
(2023). The provision of healthcare services to older LGBT
adults in the Nordic countries: a scoping review. *Scandina-
vian Journal of Primary Health Care*, 41(4), 359–371. [https://
doi.org/10.1080/02813432.2023.2242713](https://
doi.org/10.1080/02813432.2023.2242713)
- 105 En list av sametingets tilskuddsordninger til næringsutvik-
ling (SNT) områdene finnes: [https://www.ssb.no/befolkning/
folketall/statistikk/samiske-forhold](https://www.ssb.no/befolkning/
folketall/statistikk/samiske-forhold)
- 106 Statistisk sentralbyrå (2025) 07529: Folkemengde per
1. januar. STN-området, etter alder, statistikkvariabel, år
og kjønn. Statistikkbanken. [https://www.ssb.no/statbank/
table/07529/tableViewLayout1/](https://www.ssb.no/statbank/
table/07529/tableViewLayout1/) (lest 03.07.2025)
- 107 Sønstebo, A. (2022). Samisk statistikk 2022 (Rapport
2022/5). [https://www.ssb.no/befolkning/folketall/
artikler/samisk-statistikk-2022/_/attachment/inline/
f875051e-8543-463f-bb4f-e58045a99dbb:1b198daa0fe0ec-
2b8700eb521ea17e420c14009e/RAPP2022-05_web.pdf](https://www.ssb.no/befolkning/folketall/
artikler/samisk-statistikk-2022/_/attachment/inline/
f875051e-8543-463f-bb4f-e58045a99dbb:1b198daa0fe0ec-
2b8700eb521ea17e420c14009e/RAPP2022-05_web.pdf)
- 108 Sametinget. (2024). Stemmerett ved sametingsvalget. [https://sametinget.no/politikk/valg/for-deg-som-skal-stemme/
stemmerett-ved-sametingsvalget/](https://sametinget.no/politikk/valg/for-deg-som-skal-stemme/
stemmerett-ved-sametingsvalget/) (lest 03.07.2025)
- 109 Blix, B. H. (2016). Helse- og omsorgstjenester til den sa-
miske befolkningen i Norge. Senter for omsorgsforskning.
[https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsfors-
kning-xmlui/handle/11250/2414949](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsfors-
kning-xmlui/handle/11250/2414949)
- 110 Torheim, L. E., Sevenius Nilsen, T., Leino, T. M., Tvedten, H.
M & Løvdal Gulseth, H. (2024). Helse i den samiske befolk-
ningen. Folkehelserapporten. [https://www.fhi.no/he/fr/
folkehelserapporten/grupper/helse-i-den-samiske-befolknin-
gen/?term=#samisk-befolkning-og-levekr](https://www.fhi.no/he/fr/
folkehelserapporten/grupper/helse-i-den-samiske-befolknin-
gen/?term=#samisk-befolkning-og-levekr)
- 111 Anderssen, J. S. & Gjernes, T. (2021). Aldring i et samisk sam-
funn. Septentrio Report. DOI: <https://doi.org/10.7557/7.5777>
- 112 Sørlien Molstad, C. (2025). Befolkningsnedgang i samiske
kjerneområder. (Statistisk sentralbyrå). (Rapport 2022/5).
[https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/samiske-
forhold/artikler/befolkningsnedgang-i-samiske-kjerne-
omrader](https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/samiske-
forhold/artikler/befolkningsnedgang-i-samiske-kjerne-
omrader)
- 113 Torheim, L. E., Sevenius Nilsen, T., Leino, T. M., Tvedten, H.
M & Løvdal Gulseth, H. (2024). Helse i den samiske befolk-
ningen. Folkehelserapporten. [https://www.fhi.no/he/fr/
folkehelserapporten/grupper/helse-i-den-samiske-befolknin-
gen/?term=#samisk-befolkning-og-levekr](https://www.fhi.no/he/fr/
folkehelserapporten/grupper/helse-i-den-samiske-befolknin-
gen/?term=#samisk-befolkning-og-levekr)
- 114 Sollund Krane, M. (2021). Helse- og omsorgstjenester til
den samiske befolkningen i Norge. Senter for omsorgsfors-
kning. [https://www.utviklingssenter.no/helse-og-omsorgstje-
neste-til-den-samiske-befolkningen-i-norge-final.pdf](https://www.utviklingssenter.no/helse-og-omsorgstje-
neste-til-den-samiske-befolkningen-i-norge-final.pdf)
- 115 Blix, B. H. (2016). Helse- og omsorgstjenester til den sa-
miske befolkningen i Norge. Senter for omsorgsforskning,
nord. [https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsfors-
kning-xmlui/handle/11250/2414949](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsfors-
kning-xmlui/handle/11250/2414949)
- 116 Johansen, M. J. (2016). Veiviseren. Lederutfordringer på
veien fra visjonspregede styringskrav til samisk kulturfor-
ståelse (Mastergradsoppgave). Nord universitet, Bodø.
- 117 Adrian Farner Rogne and Astri Syse, Framtidens Eldre i
by Og Bygd Befolkningsframskrivninger, Sosiodemografi
Ske Mønstre Og Helse (Statistics Norway, 6 November
2017) <[https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publi-
kasjoner/_attachment/328026?_ts=15f811146d0](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publi-
kasjoner/_attachment/328026?_ts=15f811146d0)>; Gill
Livingston and others, 'Dementia Prevention, Intervention,
and Care: 2020 Report of the Lancet Commission', *The
Lancet*, 396.10248 (2020), pp. 413–46, doi:10.1016/S0140-
6736(20)30367-6.
- 118 Kröger, T. (2022). Care Poverty. When Older
People's Needs Remain Unmet. Palgrave Mac-
Millan. [https://library.oapen.org/bitstream/hand-
le/20.500.12657/54435/1/978-3-030-97243-1.pdf](https://library.oapen.org/bitstream/hand-
le/20.500.12657/54435/1/978-3-030-97243-1.pdf)
- 119 Olsen, R. M., Andfossen, N. B., Andreassen Devik, S.,
Fredwall, T. E., Førland, O. & Moholt J-M. (2023). Ufull-
stendig Helse- Og Omsorgshjelp Og Kompetansebehov i
Sykehjem. (Senter for omsorgsforskning rapportserie nr
1/2023). [https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgs-
forskning-xmlui/handle/11250/3049970](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgs-
forskning-xmlui/handle/11250/3049970)
- 120 Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2024). 'Sykepleiefaglige
Prioriteringer i Kommunale Tjenester – Hvor Ble Det Av
Omsorgen?', *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 10(2), 232–37,
doi:10.18261/tfo.10.2.15.
- 121 Olsen, R. M., Andfossen, N. B., Andreassen Devik, S., Fred-
wall, T. E., Førland, O. & Moholt J-M. (2023) Ufullstendig Hel-
se- Og Omsorgshjelp Og Kompetansebehov i Sykehjem.
(Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 1/2023).
[https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-x-
mlui/handle/11250/3049970](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-x-
mlui/handle/11250/3049970)
- 122 Helsedirektoratet. (2024). Sykehjemsbeboere vurdert av
tannhelsepersonell siste 12 måneder. [https://www.helsedi-
rektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-hel-
se-og-omsorgstjenester/beboere-p%C3%A5-sykehjem-vur-
dert-av-tannhelsepersonell-siste-12-m%C3%A5neder](https://www.helsedi-
rektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-hel-
se-og-omsorgstjenester/beboere-p%C3%A5-sykehjem-vur-
dert-av-tannhelsepersonell-siste-12-m%C3%A5neder) (lest
25.06.2025)
- 123 Eurostat. (2024). Unmet health care needs statistics [https://
ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?tit-
le=Unmet_health_care_needs_statistics](https://
ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?tit-
le=Unmet_health_care_needs_statistics) (lest 21.06.2025)
- 124 Dyrli, A. (2018, 17.09). Tannhelsen kan gi pekepinn på frem-
tidig helsetilstand hos eldre. Nasjonalt senter for aldring og
helse. [https://www.aldringoghelse.no/tannhelsen-kan-gi-pe-
kepinn-pa-fremtidig-helsetilstand-hos-eldre/](https://www.aldringoghelse.no/tannhelsen-kan-gi-pe-
kepinn-pa-fremtidig-helsetilstand-hos-eldre/)
- 125 Helsedirektoratet. (2024). Oppfølging av risiko for
underernæring hos beboere på institusjon. [https://
www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/
kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8l-
ging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem](https://
www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/
kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8l-
ging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem)
(lest. 21.06.2025)
- 126 Helsedirektoratet. (2024). Oppfølging av risiko for underer-
næring hos hjemmeboende. [https://www.helsedirektoratet.no/
statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgs-
tjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemme-
boende#:~:text=Tall%20for%202023%20viser%20at,var%20
andelen%2021%20C8%20prosent.](https://www.helsedirektoratet.no/
statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgs-
tjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemme-
boende#:~:text=Tall%20for%202023%20viser%20at,var%20
andelen%2021%20C8%20prosent.) (lest. 21.06.2025)
- 127 Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er
selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere
i hjemmesykepleien og sykehjem. (NOVA Rapport 6/2016).
NOVA. [https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-
r6-16-25-mai-2016_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-
r6-16-25-mai-2016_2.pdf)
- 128 Gautun, H. (2020). En utvikling som må snus - Bemanning
og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleie (NOVA
Rapport 14/20). NOVA. [https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/
bitstream/handle/20.500.12199/6417/NOVA-Rapport-14-20
.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/
bitstream/handle/20.500.12199/6417/NOVA-Rapport-14-20
.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- 129 Se Barstad og Hammersland (2025) og kapittelet «Ald-
ringen i samfunnet og den framtidige veksten i helse- og
omsorgsektoren» for mer informasjon om beregningen.
- 130 NOU 2023: 4. (2023). Tid for handling - Personellet i en
bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgs-
departementet

- 131 Syse, A. & Hjemås, G. (2024). Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige hel- se- og omsorgstjenester? Michael, 21, 39-51. doi:10.5617/ michael.10950
- 132 Gautun, H. (2021). 'For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien', Søkelys på arbeidslivet, 38(2), 142-157. doi:10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05. men disse sammenligningene gir et overdrevent positivt bilde av sykepleierbemanningen i Norge. I sammenlignin- ger av OECD-land telles kun antall yrkesaktive sykepleiere per 1000 innbyggere. Det tas ikke hensyn til variasjon i utbredelsen av deltidsarbeid, sykefravær og permisjoner, ulik organisering av tjenestene og arbeidsdelingen mellom tjenestene og familien.»»container-title»:»Søkelys på arbeidslivet»,»DOI»:»10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05»,»ISSN»:»1504-8004»,»journalAbbreviation»:»Staffing adequacy in nursing homes and home-care services»,»lan- guage»:»nob»,»license»:»Navngivelse-Ikkekommersiell 4.0 Internasjonal»,»note»:»Accepted: 2022-02-15T14:55:51Z\ npublisher: Universitetsforlaget»,»source»:»oda.oslomet. no»,»title»:»For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien»,»title-short»:»For få på jobb?»,»URL»:»https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/ handle/11250/2979205»,»author»:»Gautun»,»gi- ven»:»Heidi»,»accessed»:»{«date-parts»:»[[«2025»,6,3]],»is- sued»:»{«date-parts»:»[[«2021»,9,24]]}],»schema»:»https:// github.com/citation-style-language/schema/raw/master/ csl-citation.json»}
- 133 Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2024). Sykepleiefaglige Pri- oriteringer i Kommunale Tjenester – Hvor Ble Det Av Omsorgen?, Tidsskrift for Omsorgsforskning, 10(2), 232–37. doi:10.18261/tfo.10.2.15.
- 134 Gautun H. and Skevik Grødem, A. (2015). Prioritising Care Services: Do the Oldest Users Lose Out?, International Jour- nal of Social Welfare, 24(1), 73–80. doi:10.1111/ijsw.12116. as older people typically have a higher need for such services. What is often overlooked, however, is that older users increasingly compete with younger users for the same limited care resources. We ask: How do employees in the Norwegian care sector make decisions regarding the allocation of services to younger and older users? To answer this question, we interviewed decision-makers in Norwegian municipalities. Despite providing for equal rights to services, laws allow for an interpretation of needs and this can result in the unequal distribution of services. Our study indicates that needs are defined differently for younger and older users, which affects the amount, type and content of the services allocated to younger and older people. When resources are scarce and priorities must be established, the services to the oldest suffer. Key Practi- tioner Message: •The article lays the groundwork for an open debate about the allocation of resources to users in different life phases; •The analysis conceptualises and ma- kes explicit important normative decisions made by practi- tioners.»»container-title»:»International Journal of Social Welfare»,»DOI»:»10.1111/ijsw.12116»,»ISSN»:»1468-2397»,»is- sue»:»1»,»language»:»en»,»license»:»© 2014 The Author(s)
- 135 Hagen, T. P. (2024). Statlige prioriteringer, kommunal respons. Tidsskrift for omsorgsforskning, 10(2), 90-107. <https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.7>
- 136 Helsedirektoratet. (2024). Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon. [https:// www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/ kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8l- ging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8l- ging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem) (lest. 21.06.2025)
- 137 Helsedirektoratet. (2024). Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon. [https:// www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/ kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8l- ging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8l- ging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem) (lest. 21.06.2025)
- 138 Helsedirektoratet. (2024). Sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder. <https://www.helsedi- rektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-hel- se-og-omsorgstjenester/beboere-p%C3%A5-sykehjem-vur- dert-av-tannhelsepersonell-siste-12-m%C3%A5neder> (lest. 21.06.2025)
- 139 Helsedirektoratet. (2024). [https://www.helsedirektoratet. no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-hel- se-og-omsorgstjenester/Sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder. https:// www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennom- gang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-hel- se-og-omsorgstjenester/Sykehjemsbeboere%20som%20har%20f%C3%A5tt%20legemiddelgjennomgang%20siste%2012%20m%C3%A5neder) (lest. 21.06.2025)
- 140 Helsedirektoratet. (2024). [https://www.helsedirektoratet. no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-hel- se-og-omsorgstjenester/Oppfølging av risiko for underer- næring hos hjemmeboende. https://www.helsedirektoratet. no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-om- sorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A- Æring-hos-hjemmeboende](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-hel- se-og-omsorgstjenester/Oppfølging%20av%20risiko%20for%20under- n%C3%A6ring%20hos%20hjemmeboende) (lest. 21.06.2025)
- 141 Hagen, T. P. (2024). Statlige prioriteringer, kommunal respons. Tidsskrift for omsorgsforskning, 10(2), 90-107. <https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.7>
- 142 Langørgen, A. (2004). Needs, Economic Constraints, and the Distribution of Public Home-Care, Applied Economics, 36(5), 485–96, doi:10.1080/00036840410001682197.
- 143 Rasmussen, I., Brekke Holden, M. & Mariussen Skille, M. (2022). Tapere og vinnere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten Likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av alder og bosted. (Rapport 2022/12). [https:// www.nsf.no/sites/default/files/2022-10/Vista_analyse_rap- port_2022-12_tapere_og_vinnere_i_den_kommunale_hel- se_og_omsorgstjenesten.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-10/Vista_analyse_rap- port_2022-12_tapere_og_vinnere_i_den_kommunale_hel- se_og_omsorgstjenesten.pdf)
- 144 Blix, B. H., Stalsberg, H., og Moholt, J.-M. (2021). Demogra- fisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. Tidsskrift for omsorgsforskning, 7(1), 1-14. [https://doi. org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-03](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-03)
- 145 Førland, O. (2024). 10. Conceptualizing Needs When Allo- cating Public Long-Term Care Services in the Welfare State. In The Political Economy of Care (pp. 231-251). [https://doi. org/10.18261/9788215057880-24-10](https://doi.org/10.18261/9788215057880-24-10)
- 146 Gautun, H. & Bratt, C. (2023). Help and Care to Older Parents in the Digital Society. Nordic Journal of Working Life Studi- es, 13(4). <https://doi.org/10.18291/njwls.137453>
- 147 Helsedirektoratet. (2022). Folkehelse i et livsløpsperspektiv - Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding. Hel- sedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-inn- spill-til-ny-folkehelsemelding](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-inn- spill-til-ny-folkehelsemelding)
- 148 Haugland, I. & Bergesen Dalen, H. (2024). Seniorer er mindre ensomme enn andre, Senior i Norge, Statistisk sen- tralbyrå. [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/ levekår/artikler/seniorer-er-mindre-ensomme-enn-andre](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/seniorer-er-mindre-ensomme-enn-andre)
- 149 Hatlen, S. & Eika, M. (2024, 21.10). Frivillige kan ikke overta offentlig ansvar for eldreomsorg, Kommunale Rapport. <https://www.kommunal-rapport.no/meninger/frivilli- ge-kan-ikke-overta-offentlig-ansvar-for-eldreomsorg/787263>

