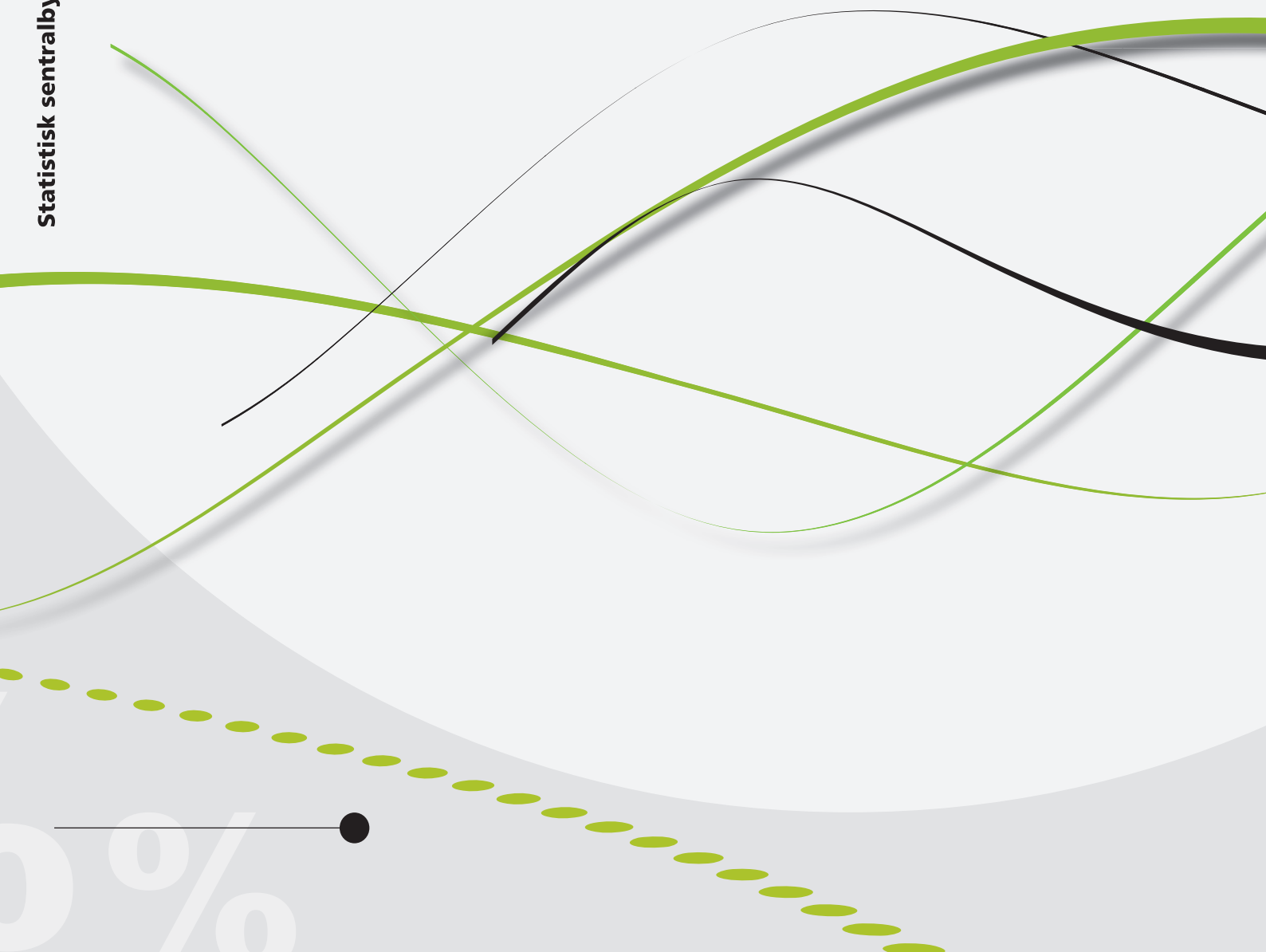




Adrian Farner Rogne og Astri Syse

Framtidens eldre i by og bygd

Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse



Adrian Farner Rogne og Astri Syse

Framtidens eldre i by og bygd

Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske
mønstre og helse

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

© Statistisk sentralbyrå
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

Publisert 6. november 2017

ISBN 978-82-537-9618-5 (trykt)
ISBN 978-82-537-9619-2 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

Standardtegn i tabeller	Symbol
Tall kan ikke forekomme	.
Oppgave mangler	..
Oppgave mangler foreløpig	...
Tall kan ikke offentliggjøres	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Foreløpig tall	*
Brudd i den loddrette serien	—
Brudd i den vannrette serien	
Desimaltegn	,

Forord

Helse- og omsorgsdepartementet har finansiert et prosjekt om framtidens eldre, som del av oppfølgingen av Flere år – flere muligheter, regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn (2016). Leveringen er tredelt: Denne rapporten utgjør Del 2. Del 1 består av en artikkel i *Økonomiske analyser* om antatt sysselsetting og forsørgerbyrde framover (Kornstad 2017). Del 3 består i tabeller for enkeltkommuner, tilgjengelig som vedlegg til rapporten på ssb.no.

Seniorforsker Astri Syse har ledet prosjektet. Forfatterne takker Aina Strand i Helse- og omsorgsdepartementet for kommentarer til et tidlig utkast av rapporten.

Statistisk sentralbyrå, 31. oktober 2017

Kjetil Telle

Sammendrag

Denne rapporten beskriver den geografiske fordelingen og variasjonen i den eldre befolkningen de siste ti år, og gjør antakelser om hvordan dette kan tenkes å utvikle seg framover mot 2040, det vil si 20-25 år fram i tid. Antakelsene om fremtiden er basert på observerte trender, og tar utgangspunkt i hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås befolkningsframskriving på kommune- og fylkesnivå fra 2016. Denne framskrivingen dekker perioden 2016-2040.

Historiske utviklingstrekk ligger til grunn for antakelsene som er gjort for fremtiden, og beskrivelsen av hvordan utviklingen har vært de siste årene i ulike fylker og kommuner er viet stor plass. Vi beskriver en økt sentralisering, særlig av yngre personer. Både befolkningsaldringen og de eldres ressurser er ujevnt fordelt, og beskrives inngående i denne rapporten. Vi viser at yngre kohorter i all hovedsak har en høyere utdanning enn eldre. Etter hvert som yngre kohorter trer inn i de eldres rekker kan vi derfor forvente at utdanningsnivået blant eldre vil øke tilsvarende. Dersom utdanning er en god indikator på hvor ressurssterke de eldre vil være, kan vi forvente en klart mer ressurssterk eldre befolkning i fremtiden. Dette kan innebære at framtidens eldre på enkelte områder kan komme til å være mer selvstendige og i bedre stand til å håndtere enkelte utfordringer i hverdagen. Samtidig finner vi regionale variasjoner i utdanningsnivå i ulike aldersgrupper i befolkningen. Når det gjelder økonomi, finner vi at eldre kohorter gjennomgående har høyere median nettoformue enn yngre kohorter. Samtidig ser vi at eldres økonomiske ressurser ujevnt fordelt i landet, med de implikasjonene det kan tenkes å få for framtidige eldres økonomiske handlingsrom. Eldres boligforhold og familieliv er dels nært knyttet sammen. Vi finner at andelen barnløse menn har økt de siste årene, og denne trenden framskrives videre slik at vi kan forvente langt flere barnløse eldre menn framover. Når det gjelder familieforhold er situasjonen mer uavklart, men det antas å bli færre aleneboende de nærmeste årene. Dette understøttes av analyser av kjønnsforskjeller blant eldre, som har blitt redusert de siste ti årene, i alle regioner. Vi ser også at innvandringen til Norge har økt, og at innvandrere fordeler seg ujevnt i fylker og regioner. Framover forventer vi flere eldre innvandrere, og enkelte regioner vil oppleve dette i større grad enn andre. Forskning og statistikk på eldres helse og sykkelighet de siste årene viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før – kanskje snarere flere. Likevel ser det ut til at de klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere. Dette kan henge sammen med bedre medisinsk behandling, bedre fysiske omgivelser og teknologi som tilrettelegger for at eldre kan klare seg selv, og at eldre i dag har mer utdanning enn eldre hadde før i tiden. Imidlertid er det fortsatt usikkerhet om hvordan helsen vil være for framtidige eldre generasjoner, gitt ulike risikofaktoreksponeringer i forskjellige fødselskull og den økte utbredelsen av kroniske sykdommer.

Oppsummert viser rapporten hvordan enkelte geografiske områder kan få en relativt beskjedent vekst i andelen eldre fram mot 2040, og således være i en fordelaktig situasjon med hensyn til viktige sosiodemografiske kjennetegn i befolkningen, som utdanning, inntekt, gjeld, formue, innvandringskjennetegn, familiesituasjon og helse. Andre områder vil derimot kunne få en større andel eldre hvor situasjonen på disse områdene ikke vil være fullt så fordelaktige. Våre analyser viser at også eldre selv vil bidra til å påvirke den totale ressurstilstanden. Som et eksempel vil framtidens eldre flere steder kunne ha høyere utdanning, en mer fordelaktig økonomisk situasjon (også med hensyn til bolig), og færre vil bo alene. Mye vil imidlertid avhenge av utviklingen i helsen til framtidige eldre, og ulike scenarioer for dette er viet stor plass. En rekke andre forhold vil også kunne påvirke hvordan vi som individer og som samfunn vil kunne møte et aldrende samfunn, som endringer i teknologi og kommunikasjon som bidrar til mer

selvstendige eldre, medisinsk utvikling som gjør at flere kan ta et økt ansvar for oppfølging av egen helse med videre, men dette faller utenfor rapportens tema.

Det er opplagt at det er relativt stor usikkerhet rundt både framskrevne befolkningstall, utviklingen i Eldres helse og andre forhold som påvirker deres ressurser. Dette innebærer at resultatene som her presenteres må tolkes forsiktig. Tallene i seg selv er således mindre interessante enn de antatte trendene som beskrives, men også trendene må tolkes med varsomhet.

Abstract

This report describes the geographical distribution and variation of the elderly population over the past decade, and makes assumptions about how this may change 20-25 years from now, until 2040. The assumptions about the future are based on observed trends, primarily over the last ten years, in combination with the main alternative in Statistics Norway's regional population projections from 2016.

Historical trends form the basis of the assumptions made for the future, and a description of how developments have been during the past ten years in different counties and municipalities comprise a pronounced portion of the report. We describe an increased centralization, especially of younger people. Both the population aging and the elderly's resources are unevenly distributed across regions. We show that younger cohorts generally have a higher education than older ones. As younger cohorts enter old age, we can therefore expect that the level of education among the elderly will increase accordingly. If education is a good indicator of how resourceful the elderly will be, we can likely expect a more resourceful future older population. This may indicate that the future elderly in certain areas may be more independent and better able to handle certain challenges in everyday life. At the same time, we find variations in education levels in different age groups across regions. In terms of economy, we find that older cohorts generally have higher median net wealth than younger cohorts. At the same time, we see that the elderly's economic resources are unevenly distributed in the country, with likely implications for future elderly's economic sphere of action. We find that the proportion of childless men has increased in recent years, and this trend is projected to continue. We thus expect the number of childless elderly men to increase in the years to come. When it comes to family relationships and living arrangements, the situation is more unclear. However, fewer elderly are expected to live alone, and this is supported by analyzes of gender differences among the elderly, which have been reduced over the last decade, in all regions. We also find that immigration to Norway has increased, and that immigrants are spread unevenly across counties and regions. In the future, we expect more elderly immigrants, and some regions will experience immigrant aging to a greater extent than others. Research and statistics on older people's health and morbidity in recent years show that the number of years with disease has not decreased – but perhaps increased – lately. Nevertheless, the old population today appear to be coping better with disease than previous cohorts of elderly. This may be a result of better medical treatment, improved physical environment and technology that makes it possible for older people to manage independently, and that older people today have higher education than elders before them. However, there is still uncertainty as to how the health will progress for future older generations, given different risk factor exposures in different birth cohorts and the increased prevalence of chronic diseases.

The results from the historical trends and the population projections indicate that the differential aging across regions may have consequences for the municipalities' resource access and needs. The report shows how certain geographic areas may be expected to experience relatively modest growth in the proportion of elderly, thus being in an advantageous situation regarding important socio-demographic characteristics such as education, income, debt, wealth, immigration characteristics, family situation and health – while other areas will have a larger proportion of elderly where the situation may be less advantageous. Our analyses also show that the resources of the elderly themselves are likely to affect the overall resource situation. As an example, future older individuals are expected to have higher education, a more favorable economic situation (including housing) and fewer will live alone. Much, however, will depend on how the health of future elderly turns out, and different scenarios for this are thus discussed.

There is pronounced uncertainty associated with both the projected population forecasts and the expected trends in older people's health and other resources. This means that the results presented here must be interpreted carefully. The actual numbers are in themselves thus less interesting than the presumed trends we describe. However, also the trends must be interpreted with caution.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	6
1. Bakgrunn og problemstillinger	9
1.1. Norge eldes.....	9
1.2. Formålet med analysene.....	10
1.3. Rapportens oppbygging.....	11
2. Datagrunnlag og analysestrategi	12
2.1. Data.....	12
2.2. Metode.....	14
3. Historisk og framskrevet demografisk utvikling	18
3.1. Nasjonale perspektiver.....	18
3.2. Fylkesvise forskjeller i aldring framover.....	20
4. Aldring og omsorgsbyrder for eldre i kommunene	28
4.1. Omsorgsbyrder og alderssammensetning i hver kommune.....	29
4.2. Stor regional variasjon i aldring.....	79
5. Utdanningsnivået i ulike kohorter	81
5.1. Nasjonale tall for kohortenes utdanningsnivå.....	81
5.2. Kohortenes utdanningsnivå i hvert fylke.....	84
5.3. Flere eldre med høyere utdanning men økende regional variasjon.....	123
6. Median formue og gjeld i ulike kohorter	124
6.1. Nasjonale tall for median formue og gjeld i kohortene.....	125
6.2. Median formue og gjeld i ulike kohorter i hvert fylke.....	127
6.3. Regionale forskjeller i formue og gjeld.....	146
6.4.inntekt, sysselsetting og selvforsørgelse.....	146
7. Eldre og boligforhold	151
7.1. Flyttemønstre i yngre og eldre år.....	151
7.2. Et nasjonalt perspektiv på dagens situasjon – og mulige framtidsbilder.....	154
7.3. Regionale forskjeller.....	155
7.4. Flytting og boforhold blant personer med innvandrerbakgrunn.....	158
7.5. Boligforhold, aldring og helse.....	159
7.6. Boligfordeling og muligheter framover.....	160
8. Utvikling i familiemønstre	162
8.1. Foreldreskap og samliv.....	162
8.2. Framtidige familiemønstre på nasjonalt nivå.....	167
8.3. Regionale forskjeller i framtidige familiemønstre.....	169
9. Utvikling i innvandring, nasjonalt og regionalt	171
9.1. Dagens situasjon.....	171
9.2. Framtidig innvandring og usikkerhet.....	176
9.3. Et nasjonalt perspektiv på framtidig innvandring.....	177
9.4. Et regionalt perspektiv på framtidig innvandring.....	180
10. Utvikling i helse	184
10.1. Utviklingen over tid i eldres helse på nasjonalt nivå.....	184
10.2. Utviklingen over tid i eldres helse på regionalt nivå.....	186
10.3. Tjenester relatert til helse, nasjonalt og regionalt.....	188
10.4. Sammenhengen mellom helse og sosiodemografiske kjennetegn.....	191
10.5. Tre scenarioer for framtidig helse.....	194
11. Muligheter og utfordringer framover	202
11.1. Oppsummering på tvers av kapitlene.....	202
11.2. Utfordringer og muligheter på nasjonalt nivå.....	207
11.3. Store regionale variasjoner i eldres ressurser og ressurstilgang.....	208
11.4. Avsluttende kommentarer.....	211
Referanser	213
Vedlegg A: Regionale inndelinger i BEFREG	221
Figurregister	227
Tabellregister	229

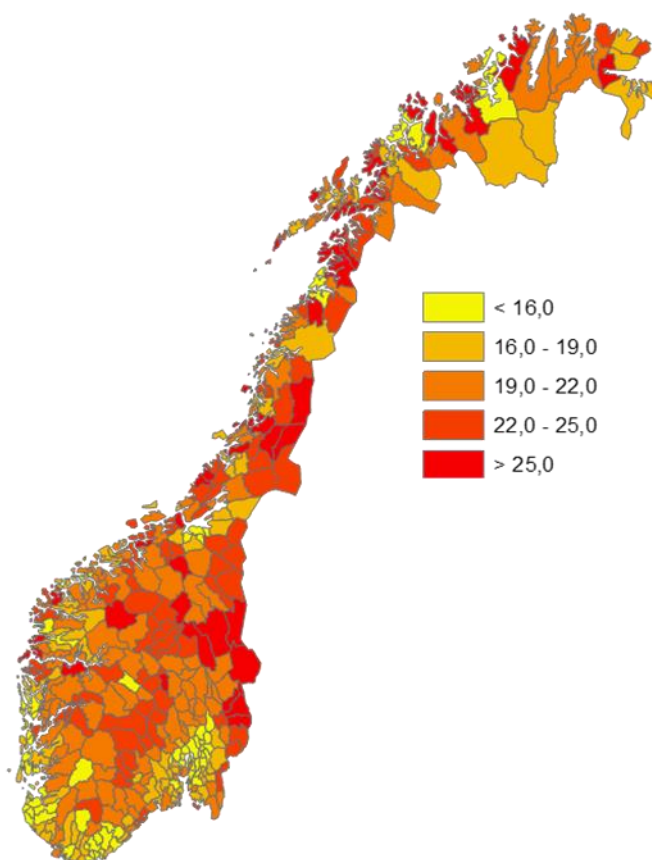
1. Bakgrunn og problemstillinger

1.1. Norge eldes

I dag er det 875 000 personer i Norge som har fylt 65 år. Aldri tidligere har Norge hatt så mange eldre. Aldringen i Norge sett under ett har imidlertid fram til nå vært svakere enn i mange tilsvarende land, og i europeisk sammenheng har Norge en relativt ung befolkning (Statistisk sentralbyrå 2017a). Men som vist i figur 1.1 er det store regionale variasjoner i aldringen i Norge, og enkelte kommuner opplever i dag en markert aldring også i et internasjonalt perspektiv.

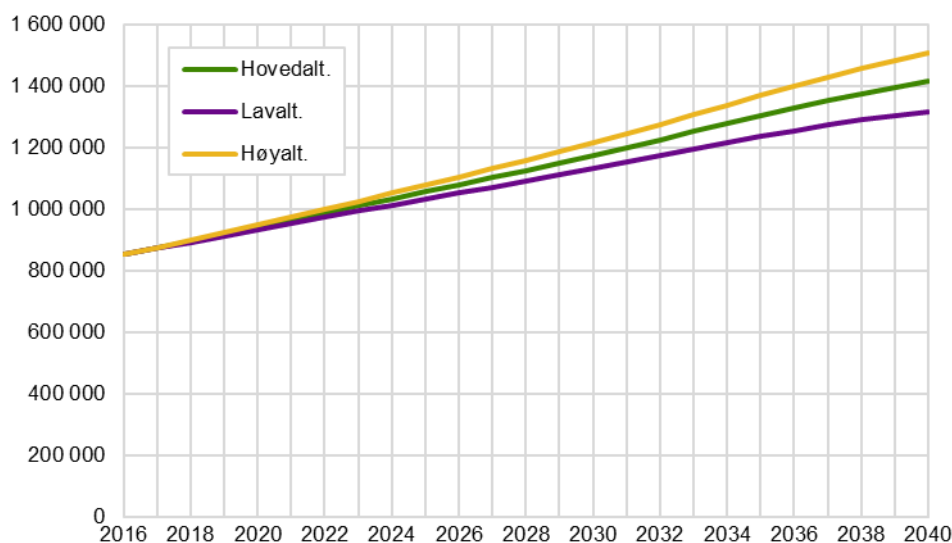
Aldringen av en befolkning bestemmes i hovedsak av hvor mange som fødes, hvor mange som inn- og utvandrer og hvor høy levealderen er. Jo flere nyfødte, jo flere (unge) innvandrere, jo færre (unge) utvandrere og jo lavere levealder, jo yngre blir befolkningen. Tilsvarende vil få fødte, få innvandrere, mange utvandrere og en høy levealder gi en gammel befolkning.

Figur 1.1 Registrert andel 65 år og eldre i norske kommuner 2017



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

På nasjonalt nivå utgjør eldre over 65 år nesten 17 prosent av befolkningen – og både antallet og andelen eldre forventes å øke fram mot 2040. I 2040 vil det, ifølge hovedalternativet i 2016-framskrivingen fra Statistisk sentralbyrå, være mer enn 1,4 millioner som er i denne aldersgruppen i Norge (se figur 1.2).

Figur 1.2 Registrert (2016) og framskrevet (2017-2040) antall personer 65 år og eldre i tre alternativer¹

¹ Lavalternativet referer til alternativet lav nasjonal vekst, mens høyalternativet referer til høy nasjonal vekst.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

De små barnekullene som ble født i mellomkrigstiden har bidratt til at antall personer over 70 år faktisk gikk ned gjennom store deler av 2000-tallet, på tross av en sterk levealdersutvikling (Statistisk sentralbyrå 2017a). I tillegg har store barnekull i etterkrigstiden bidratt til at antallet eldre lenge har vært relativt lavt sammenliknet med antallet i yngre aldersgrupper. I Norge har vi også hatt høyere fruktbarhet de siste tiårene enn mange land lenger sør på kontinentet, og en tilstrømming av relativt unge innvandrere som også har bidratt til å dempe aldringen. Men dette bildet er i rask endring. Den høye fruktbarheten i etterkrigstiden, kombinert med økende levealder, fører nå til økt aldring av befolkningen. I 2040 er det personer født i 1975 eller tidligere som vil være 65 år eller eldre.

Personer født i 1946 ble 70 år i 2016, og i årene framover vil de store kullene som ble født mellom andre verdenskrig og begynnelsen av 1970-tallet sakte men sikkert nå de høyere aldersgruppene. Fruktbarhetsnivået lå i 2016 på 1,71 barn per kvinne. Dette er relativt høyt i europeisk sammenheng, men likevel den laveste fruktbarheten i Norge siden 1986. Lav fruktbarhet og en fortsatt økning i levealderen vil bidra til at befolkningen eldes raskere i tiden framover.

Samtidig som befolkningen i Norge blir eldre, er det store geografiske variasjoner i aldringsmønsteret. Særlig er det store forskjeller mellom byer og mindre sentrale strøk. Befolkningen i byene er klart yngre, og tilflytting og innvandring bidrar til å dempe aldringen. I mindre sentrale kommuner er en større andel av befolkningen eldre ettersom mange unge – særlig kvinner – flytter til byene for å gå på skole, jobbe eller studere. Dette gjør at det blir færre kvinner igjen i disse områdene til å føde barn, slik at aldringen i disse områdene forsterkes over tid.

1.2. Formålet med analysene

Formålet med analysene i denne rapporten er å få mer kunnskap om hvordan situasjonen kan tenkes å bli for eldre i ulike regioner i Norge framover. Analysene tar utgangspunkt i utviklingen i sosiodemografiske kjennetegn hos eldre det siste tiåret, som vi vet har betydning for hvordan alderdommen vil arte seg for neste generasjon eldre, deres nærmeste, for arbeids- og næringsliv, sivilsamfunn og for kommunene som skal legge til rette for at eldre får en best mulig alderdom. Andre

viktige forhold, som medisinsk og teknologisk utvikling, belyses imidlertid ikke her.

Med utgangspunkt i utviklingen de siste ti år og hovedalternativet i de regionale befolkningsframskrivingene (heretter forkortet til framskrivingene) fra 2016, gjør vi antakelser om den regionale fordelingen av eldre framover, og diskuterer hvordan den eldre befolkningen i ulike deler av landet kan tenkes å bli sammensatt. Vi skisserer både utfordringer og muligheter som (sosio)demografiske endringer kan føre til. Forhåpentligvis kan dette være til hjelp i planleggingsøyemed for lokale myndigheter og deres samarbeidspartnere, selv om man må være varsom i bruken av tallene da de ikke sier hvordan utviklingen vil bli, bare hvordan den kan tenkes å bli under ulike forutsetninger. Videre er det ønskelig at resultatene i rapporten skal kunne bidra til videre forskning, scenario-tenkning og utviklingsarbeid for å legge til rette for aktiv aldring i bygd og by.

Hvor mye ressurser en generell befolkningsaldring vil kreve, avhenger i stor grad av hvorvidt framtidens eldre vil være friske, selvstendige og i stand til å bidra i samfunnet. Hvorvidt framtidens eldre vil være i bedre helse og ha mer ressurser enn hva som er tilfellet i dag, diskuteres hyppig. Mens regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, *Flere år – flere muligheter*, slår fast at 'Framtidens eldre vil være sprekere og friskere enn gårsdagens eldre' (2016), er forskningen på dette området langt mindre entydig (Chatterji mfl. 2015; Langballe og Strand 2015). En vesentlig del av rapporten er dermed viet tenkning rundt ulike helsealternativer. I denne rapporten har vi lagt vekt på særlig tre aspekter av helse: funksjon, sykkelighet og dødelighet. Dette er et nokså snevert helseperspektiv, jamfør Verdens helseorganisasjons definisjon fra 1948: 'Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller skade'.¹ De tre aspektene vi ser på, inngår imidlertid som en vesentlig del av helsebegrepet til Verdens helseorganisasjon.

Eldre bidrar i dag både i og utenfor arbeidslivet, i frivillig arbeid og i uformell omsorg for partnere, venner, barnebarn med videre. Samtidig er de også storforbrukere av helse- og velferdstjenester. Således vil eldres helse og velferd ha stor betydning for deres muligheter for å bidra i samfunnet, og for deres behov for tjenester fra andre. Fordi aldringen er så ujevnt geografisk fordelt, vil enkelte kommuner oppleve en svært sterk aldring, med store konsekvenser for ressursbruk og inntektskilder, mens andre kommuner vil berøres i langt mindre grad. Dette innebærer at de neste årene vil være vesentlige når det gjelder å planlegge for en best mulig alderdom for de det gjelder, deres nærmeste og lokalmiljøet de er en del av.

1.3. Rapportens oppbygging

I denne rapporten oppsummerer vi statistikk og forskning på sammensetningen av dagens og framtidens eldre befolkning, deres ressurser, hvordan eldres helse har utviklet seg de siste ti årene, hvordan deres forbruk av helse-, pleie- og omsorgstjenester har vært, og hvordan fordelingen er når det gjelder karaktertrekk som har betydning for helse og bruk av denne typen tjenester. Vi ser særlig på utdanningsnivå, formue, sosiale nettverk (familie) og innvandrerbakgrunn. Dernest diskuterer vi hvordan dette kan tenkes å endre seg fram mot 2040, og ser på hvilke konsekvenser dette vil kunne få. Avslutningsvis belyser vi enkelte regionale særtrekk når det gjelder utfordringer og muligheter.

¹ Definisjonen til Verdens helseorganisasjon er blitt kritisert for å bruke ordet 'fullstendig'. Ved å inkludere dette ordet stilles så store krav at nesten *ingen* per definisjon vil kunne oppnå god helse. Et slikt helsebegrep er vanskelig å operasjonalisere, og vil fordre svært omfattende og komplekse data.

Mer spesifikt gir kapittel 2 en oversikt over generelle datakilder og metoder som er benyttet i arbeidet med denne rapporten. Detaljer som er spesifikke for et enkeltkapittel er imidlertid stort sett inkludert i det aktuelle kapittelet. Kapittel 3 beskriver demografiske utviklingstrekk de siste ti år, med fokus på aldring. I kapittel 4 presenteres framskrevne resultater for ulike aldringsmål. Kapittel 5 beskriver utdanningsmønstre i ulike kohorter, og viser hvordan framtidens eldre i snitt forventes å ha langt høyere utdanning enn dagens og gårsdagens eldre. I kapittel 6 presenteres fordelinger av formue og gjeld i ulike fylker, og det diskuteres hvordan dette kan tenkes å utvikle seg videre. Resultater for inntekt og sysselsetting er detaljert omtalt i Kornstad (2017) og oppsummeres derfor bare kort avslutningsvis, og funnene her må ses i sammenheng med de som er presentert i kapittel 4. I kapittel 7 oppsummeres kort kunnskapen om eldres boligforhold. Kapittel 8 skisserer utviklingstrekk i familiemønstre, og viser til framskrivinger fra andre på dette feltet. Kapittel 9 beskriver innvandrere i Norge, og gir svært grove anslag for hvordan det framtidige antallet innvandrere kan tenkes å bli i ulike regioner framover, basert på svært forenklede antakelser. Kapittel 10 omhandler helse og hvordan eldres helse har utviklet seg og kan tenkes å bli i framtiden. Også her er det gjort svært enkle antakelser, og ulike scenarioer diskuteres. Kapittel 11 er en oppsummering på tvers av forutgående kapitler, og gir en samlet vurdering av muligheter og utfordringer framover, for eldre selv og for lokalsamfunnet de er en del av.

Deler av tallgrunnlaget for figurene, kartene og tabellene som er presentert i rapporten er tilgjengelig som vedlegg til rapporten på ssb.no.

2. Datagrunnlag og analysestrategi

Med utgangspunkt i utviklingen de siste ti årene og hovedalternativet i de regionale framskrivingene fra 2016, gjøres det antakelser om den regionale fordelingen av eldre framover, og hvordan den eldre befolkningen i ulike deler av landet kan tenkes å få det.

Materialet som er benyttet, er registerdata fra Statistisk sentralbyrå. Analysene er i all hovedsak deskriptive. Der det er gjort antakelser, er disse detaljert beskrevet og begrunnet i de enkelte underkapitlene. Antakelsene er i hovedsak sterke forenklinger av virkeligheten. Det er stor usikkerhet knyttet til framskrevne tall, og enda større usikkerhet knyttet til antakelsene som er gjort. Dette er nærmere beskrevet under.

2.1. Data

Registerdata fra Statistisk sentralbyrå

For den registrerte utviklingen i gjenstående levetid, antallet og andeler eldre, medianalder, omsorgsbyrder for eldre, utdanning, familiemønstre og innvandringsbakgrunn benytter vi i all hovedsak registerdata fra Statistisk sentralbyrå.

Befolkningsframskrivinger

I kapittel 3 og 4 benyttes hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger for kommunene fra 2016, mens kapittel 9 tar utgangspunkt i hovedalternativet i de nasjonale framskrivingene. Disse framskrivingene er dokumentert i øvrige publikasjoner (Cappelen mfl. 2016; Leknes mfl. 2016; Leknes 2016; Syse mfl. 2016a; Syse mfl. 2016b; Tønnessen mfl. 2016). Her framskrives befolkningen på nasjonalt og regionalt nivå, med antakelser om innvandring, utvandring, fruktbarhet, dødelighet og med flyttemønstre basert på data for flyttinger de siste ti årene. Antall personer etter kjønn og alder fordeles så på kommunene.

Framskrivningene følger kommunestrukturen fra 1. januar 2016, så grenseendringer og kommunesammenslåinger som er planlagt eller som har funnet sted siden den gang, er ikke tatt høyde for her.

Ulike aldringsmål

Flere ulike mål kan beskrive aldringen av en befolkning, og de vil gi litt ulike perspektiver. Her har vi valgt å beskrive utviklingen i gjenstående levetid, antallet og andeler i eldre aldersgrupper, medianalder og omsorgsbyrden for eldre. Dette gjør vi både nasjonalt og for fylkene. For kommunene viser vi også framskrevne omsorgsbyrder for eldre og aldersfordelinger. Medianalderen er den alderen som deler befolkningen i to, slik at halvparten av befolkningen er eldre enn medianen, og halvparten er yngre. Medianalder er et robust mål som ikke påvirkes i særlig grad av ekstremverdier, og er særlig hensiktsmessig i de tilfellene der aldersfordelingen ikke er symmetrisk. Dette målet påvirkes dermed ikke av markerte forskjeller i forventet gjenstående levetid blant de eldste, og siden gjenstående levetid presenteres separat i denne rapporten, er medianalder valgt som ett av flere mål for å komplementere beskrivelsene av historiske og framskrevne aldersfordelinger. Omsorgsbyrder, også kalt forsørgerbyrder eller avhengighetskvoter, er et mye brukt mål i demografien fordi det betegner forholdet mellom personer i ulike aldersgrupper. Omsorgsbyrden for eldre (OBE) er et mål på forholdet mellom antall personer i eldre aldersgrupper som typisk ikke arbeider og antall personer i eldre der folk typisk arbeider. Et slikt mål sier altså noe om forholdet mellom ulike aldersgrupper i befolkningen, men tar ikke hensyn til den faktiske sysselsettingen i disse gruppene, eller hvorvidt eldre *faktisk* er 'omsorgstrengende'. Likevel er det et enkelt og mye brukt mål som kan være illustrerende for sider ved befolkningsstrukturen som har stor betydning for arbeidstilbud og offentlige inntekter på den ene siden, og pensjonsutgifter, pleie- og omsorgsbehov og liknende på den andre siden.² I denne rapporten har vi valgt å beregne OBE som forholdet mellom antall over 65 år og antall i alderen 20-64 år. 65 år er valgt som grense fordi dette ligger nær gjennomsnittlig faktisk pensjoneringsalder i Norge, som er rundt 64 år for kvinner og 65 år for menn (OECD 2015).

Sosiodemografiske kjennetegn

I denne rapporten benyttes et vidt perspektiv på sosiodemografiske kjennetegn. For å belyse sammenhenger og viktige utviklingstrekk har vi valgt å også inkludere variabler som ikke vanligvis inngår, som for eksempel boligforhold og familiemønstre, i begrepet. De sosiodemografiske kjennetegnene som benyttes i denne rapporten, inkluderer høyeste fullførte utdanningsnivå (data fra Nasjonal Utdanningsdatabase, NUDB), gjeld og formue, samt en oppsummering av sysselsetting (Kornstad, 2017), foreldreskap og samlivsstatus, innvandrer kjennetegn og boforhold. For registrert utvikling benytter vi i all hovedsak registerdata fra Statistisk sentralbyrå, supplert med informasjon fra spørreundersøkelser der dette er hensiktsmessig. For antakelsene om den framtidige utviklingen, tar vi utgangspunkt i de observerte trendene der kjennetegnene er relativt faste. Der disse i større grad varierer, støtter vi oss i større grad på andres arbeid. Dette gjelder særlig antakelser om familieforhold. Hvilke data og/eller undersøkelser vi benytter, er nærmere omtalt i de ulike underkapitlene.

² I et regionalt perspektiv bør det understrekes at kommunene blir kompensert over statsbudsjettet for såkalte 'demografikostnader', som innebærer at kommunene får økte overføringer når andelen eldre øker.

Helse, helseatferd og bruk av helsetjenester

Statistisk sentralbyrås helse- og levekårsundersøkelser utgjør hovedgrunnlaget for beskrivelsen av trendene i Eldres helse til nå og antakelsene vi gjør om eventuelle endringer i framtiden. Resultatene er i hovedsak hentet fra levekårsundersøkelsen 2015, som er den sist publiserte (2016a). For å vurdere utviklingen over tid, er det også gjort noen sammenlikninger med tidligere undersøkelser. Disse undersøkelsene om helse følger helsetilstanden til den norske befolkningen, og sentrale tema innbefatter sykdommer, virkninger av sykdom, symptomer på helseproblemer, funksjonsevne, levevaner, samt bruk av helsetjenester. Det er dermed et vidt helsebegrep som kartlegges. I tillegg kartlegges informasjon om husholdningen, arbeid, sosial kontakt og aktivitet for å se helsetilstanden opp mot andre viktige levekårsområder. Undersøkelsene er intervjubaserte, hvor de som intervjues, selv rapporterer om sykdom, funksjonshemminger og ulike forhold ved helsetilstanden. Helse- og levekårsundersøkelsene har den hjemmeboende befolkningen som målgruppe. Eldre som bor på sykehjem, blir ikke intervjuet. Det er således de friskeste av de eldre, de som bor i eget hjem, som deltar. Svarprosentene i helse- og levekårsundersøkelsene er relativt høye (rundt 60 prosent), men frafallet er høyere blant de eldre. Fordi noe av frafallet kan knyttes til at eldre forhindres fra å delta på grunn av dårlig helse, er utvalget av eldre trolig noe skjevt.

Vi benytter også resultater fra Krefregisteret og Dødsårsaksregisteret. I tillegg støtter vi oss på publisert informasjon fra andre norske pågående og avsluttede undersøkelser som inkluderer helse. Eksempelvis kan nevnes NorLAG og LOGG (<https://blogg.hioa.no/norlag?lang=en> og www.Statistisk-sentralbyrå.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/life-course-generation-and-gender-logg-2007). Paneldelen av NorLAG-undersøkelsen følges i skrivende stund opp med en tredje runde. Fordi kunnskapen om helsen til eldre og utviklingen i denne er dels mangelfull, er det igangsatt flere store helseundersøkelser som også inkluderer mer objektive helsemål. Som eksempler kan nevnes Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) (www.ntnu.no/hunt) og Tromsø-undersøkelsen (https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/gruppe?p_document_id=367276). Disse undersøkelsene pågår fortsatt, og per i dag refererer nylig publiserte studier hovedsakelig til situasjonen rundt ti år tilbake i tid (se for eksempel Morseth mfl. 2016 og Bosnes mfl. 2017), selv om noen har oppfølging også i nyere tid (se for eksempel Aunsmo og Holmen 2017, Bergland mfl. 2017 og Strand mfl. 2016).

Helsetjenestebruk undersøkes som et eget aspekt. I hvilken grad bruk av tjenester relatert til helse er et godt mål på funksjon og sykkelighet, diskuteres nærmere i kapittel 10. Data på Eldres bruk av helse-, pleie- og omsorgstjenester kan hentes fra registre på individ- (IPLOS) og regionalt (KOSTRA) nivå, som administreres av Statistisk sentralbyrå. I tillegg finnes det registerdata på bruk av primær- og spesialisthelsetjenester. I denne rapporten refererer vi til andres oppsummeringer av disse dataene. Fordi den antatte framtidige utviklingen i bruk av helse-, pleie- og omsorgstjenester er godt beskrevet av andre, baserer vi antakelsene om framtidig bruk i stor grad på allerede eksisterende studier.

2.2. Metode

Det er i all hovedsak benyttet deskriptive metoder i denne rapporten. I kapitler hvor det er gjort spesifikke antakelser om framtiden, er dette nærmere beskrevet i de enkelte underkapitlene.

I kapittel 3 og 4 benytter vi hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås regionale framskrivinger fra 2016. Disse framskrivingene er godt dokumentert andre steder (se for eksempel Cappelen mfl. 2016; Leknes mfl. 2016; Leknes 2016; Syse mfl. 2016a; Syse mfl. 2016b; Tønnessen mfl. 2016). Befolkningen framskrives på

nasjonalt og regionalt nivå, med antakelser om innvandring, utvandring, fruktbarhet, dødelighet og flyttemønstre, hovedsakelig basert på data for de siste ti årene. Antall personer etter kjønn og alder fordeles så på kommunene. Framskrivningene følger kommunestrukturen fra 1. januar 2016, så grenseendringer og kommunesammenslåinger som er planlagt eller som har funnet sted siden den gang, er ikke tatt høyde for her. Når det gjelder dødelighet og levealder, er endringer i risikofaktorer som vi vet har betydning, som for eksempel endringer i røykevaner, økende grad av overvekt, økt kreftforekomst og endringer i hjerte- og karddødelighet bare implisitt tatt hensyn til i den grad endringer som allerede har skjedd, er gjenspeilet i de historiske dødsratene.

Kapittel 3 og 4 viser deskriptive analyser over den registrerte utviklingen med hensyn til aldring de siste ti årene, samt framskrevet antall eldre i ulike aldersgrupper i hver kommune og hvert fylke i årene fram til 2040, beregnet ved hjelp av hovedalternativet i de regionale framskrivningene fra 2016. I tillegg viser vi framskrevet medianalder i fylkene. Vi har også beregnet framskrevne omsorgsbyrder for eldre for hver kommune og hvert fylke, definert som forholdet mellom antall over 65 år og antall i alderen 20-64 år. 65 er valgt som grense fordi dette ligger nær gjennomsnittlig faktisk avgangsalder (pensjoneringsalder) i Norge som er beregnet til 64,3 år for kvinner og 65,2 år for menn (OECD 2015).

Kapittel 5 viser en deskriptiv analyse over utviklingen i fødselskohorters høyeste oppnådde utdanningsnivå. Fordi de som vil være eldre i 2040 i all hovedsak allerede har oppnådd sitt endelige utdanningsnivå, slipper vi å gjøre spesifikke antakelser om fremtiden og kan benytte de observerte trendene direkte til å anslå utdanningsnivået for eldre i fremtiden.

Hoveddelen av kapittel 6 er viet median formue og gjeld i ulike kohorter på tvers av norske fylker. Her gjøres en deskriptiv analyse over registrert utvikling over kohorter. Denne informasjonen kan ikke benyttes direkte, da gjeld og formue endrer seg over tid og over livsløpet. Informasjonen benyttes derfor kun for å gjøre kvalitative antakelser om en mulig framtidig utvikling. Avslutningsvis i kapitlet oppsummeres en studie av Kornstad (2017). I dette underkapitlet er metodeomtalen kun overfladisk beskrevet siden en omfattende beskrivelse av data og metode finnes i selve artikkelen.

Kapittel 7 omhandler boligforhold. Siden det ikke eksisterer tidsserier tilbake i tid, har vi i hovedsak støttet oss på registrerte tall for situasjonen i 2015 i dette kapitlet. I tillegg har vi sett noe på levekårsundersøkelser med relevant informasjon om boligforhold som dekker noen flere år tilbake i tid. Vi støtter oss også på andres forskning på området. Mangelen på tidsserier og trender gjør det utfordrende å lage antakelser for fremtiden. Vi begrenser oss derfor her til å kommentere på dagens situasjon og enkelte utviklingstrekk, samt reflektere rundt mulige framtidige utviklinger på dette området.

I kapittel 8 viser vi den deskriptive utviklingen i foreldreskap, samlivsstatus og aleneboenhet. Når det gjelder foreldreskap, har de fleste menn og kvinner i Norge fått sine barn før 45 års alder. Dermed kan denne informasjonen benyttes direkte for å estimere andelen eldre med og uten barn i fremtiden. Imidlertid varierer både samlivsstatus og aleneboenhet over livsløpet, og det er også forskjeller knyttet til kohort og periode. Dette krever avanserte metoder og resultatene er beheftet med betydelig usikkerhet. I antakelser om fremtiden støtter vi oss derfor i dette kapitlet på andres beregninger på nasjonalt nivå (Keilman og Christiansen 2010) når vi gjør kvalitative antakelser om situasjonen fram mot 2040.

I kapittel 9 har vi gjort en deskriptiv analyse av innvandrere i Norge de siste ti årene etter ulike innvandrerkjennetegn. For å gjøre antakelser om fremtiden, har vi

tatt utgangspunkt i den nasjonale framskrivingen fra 2016 for å få et estimat på totalantallet etter landgruppe, botid og alder i 2040. For å gjøre antakelser om den regionale fordelingen av innvandrere i 2040 har vi tatt utgangspunkt i den regionale fordelingen i dag, samt benyttet forutsetningene fra en særskilt regional innvandrerskriving fra 2011 (Texmon 2012). Dette er nærmere beskrevet og eksemplifisert i kapittel 9.

I kapittel 10 benytter vi deskriptive analyser og oppsummeringer av andres funn til å si noe om utviklingen i eldres helse de siste ti årene. Når det gjelder framtiden, er det stor usikkerhet knyttet til hvorvidt økningen i levealder vil gi flere, færre eller like mange år i god helse som i dag. Av den grunn har vi i dette kapittelet valgt å presentere ulike scenarier for dette. Antakelsene som ligger til grunn for scenarioene er nærmere beskrevet i selve kapittelet. Kort oppsummert forsøker vi å ta hensyn til hvordan den faktiske utviklingen har vært for utdanning, økonomiske forhold, familiesituasjon og innvandring, da disse kjennetegnene er sterkt assosiert med helse og bruk av tjenester knyttet til helse (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Generelt om usikkerhet knyttet til befolkningsframskrivninger

Analysen av tidligere framskrivninger har vist at det er stor usikkerhet befestet til antakelser om framtiden sammenliknet med den observerte, registrerte utviklingen (Rogne 2016). På nasjonalt nivå viser vi derfor scenarier for ulike aldringsalternativer. Generelt blir usikkerheten større for mindre grupper, og de regionale framskrivingene er dermed mer usikre enn de nasjonale. Både de nasjonale og de regionale framskrivingene vektlegger kun demografiske forhold, og tar ikke høyde for planer eller framtidige hendelser som kan tenkes å påvirke befolkningsutviklingen, som bygging av boliger, utvikling av infrastruktur, utbygging av helse- og omsorgstjenester og liknende (Rogne og Tønnessen, 2014). Av plasshensyn har vi likevel kun valgt å skissere antakelser kun basert på hovedalternativet når vi ser på særtrekk ved fylker og kommuner. En fordel med å se på eldre, er at de som vil bli gamle i 2040 allerede er født – og i stor grad også bosatt – der de forventes å bli gamle. Dette minsker usikkerheten når det gjelder den eldre befolkningen. En analyse av treffsikkerheten ved regionale framskrivninger er grundigere diskutert i Rogne og Tønnessen (2014). Utdypende informasjon om ulike forutsetninger som ligger til grunn for de ulike befolkningsalternativene er behørig skissert på www.ssb.no/folkfram. Framskrevne tall for ulike alternativer er tilgjengelige i Statistikkbanken, se for eksempel tabell 11167 (nasjonalt nivå) og tabell 11168 (regionalt nivå).

Avvik i 2016-framskrivingen

2016-framskrivingen ble publisert i juni 2016. Per i dag er det dermed kun mulig å evaluere avvik på svært kort sikt. I hovedalternativet for 2016-framskrivingen ble det framskrevet et folketall 1.1.2017 på 5 270 550 innbyggere. Det faktiske folketallet ble 5 258 317. Framskrivningene anslo altså et høyere folketall og en høyere befolkningsvekst i 2016 enn det faktisk ble. Avviket var på drøyt 12 200 innbyggere. Det tilsvarer 0,2 prosent av folkemengden og 28 prosent av befolkningsveksten. Dette er høyere avvik enn det som er vanlig første året etter publisering (Økonomiske analyser 1/2017, s. 65). Hovedårsaken til avviket er at nettoinnvandringen ble betydelig lavere enn framskrevet. Hovedalternativet framskrev en nettoinnvandring på 37 700, mens den faktiske nettoinnvandringen ble på 26 100 – altså nesten 12 000 lavere. Det kan se ut til at omtrent to tredeler skyldes at innvandringen ble lavere enn framskrevet, mens en tredel skyldes at utvandringen ble høyere. For antall fødte og døde var avvikene relativt små.

Kommunetallene viser at avvikene ble størst for Oslo og Trondheim, målt i antall innbyggere. I Oslo ble folketallet drøyt 5 000 lavere enn framskrevet, mens det i Trondheim ble nær 1 000 høyere. Det tilsvarer 0,75 prosent av Oslos folketall og

0,5 prosent av Trondheims. For de fleste andre storbyene ble folketallet lavere enn framskrevet. Størst prosentvis avvik var det i Leka, med 4,3 prosent for lave framskrivinger (avvik på 24 innbyggere), og Træna med 3,7 prosent for høye framskrivinger (avvik på 18 innbyggere). For små kommuner er det alltid en høyere risiko for store avvik i prosent. For 308 av Norges 428 kommuner var imidlertid avviket mellom framskrevet og faktisk folkemengde 1.1.2017 på under 1 prosent.

Dersom avviket som er observert dette første året holder seg (eller akkumuleres) framover, betyr det at aldringen fram mot 2040 vil bli mer markert enn det som er skissert her, fordi innvandrere i gjennomsnitt er yngre enn gjennomsnittet i den bosatte befolkningen i Norge. Samtidig er det slik at store avvik på kort sikt ikke nødvendigvis innebærer markerte avvik på lengre sikt, og framskrivinger er primært et verktøy for å skissere mulige utviklinger noe fram i tid.

3. Historisk og framskrevet demografisk utvikling

3.1. Nasjonale perspektiver

Noe av målsettingen med denne rapporten er å bidra med et kunnskapsgrunnlag for scenariotenkning og utviklingsarbeid for å legge til rette for aktiv aldring, i både bygd og by. For å kunne si noe informativt og kvalifisert om mulige utviklings- trekk framover, er det viktig å undersøke og forstå den historiske utviklingen som har vært. I dette kapitlet ser vi både på den registrerte og den framskrevne utviklingen. Først ser vi på den nasjonale utviklingen, deretter oppsummerer vi kort noen regionale særtrekk. Flere detaljerte analyser av den forventede framtidige utviklingen på regionalt nivå presenteres i kapittel 4.

Som omtalt i kapittel 2, benytter vi hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger fra 2016, hvor befolkningen framskrives på nasjonalt og regionalt nivå, med antakelser om innvandring, utvandring, fruktbarhet, dødelighet og med flyttemønstre basert på data for flyttinger de siste ti årene.

Levealderen fortsetter å stige

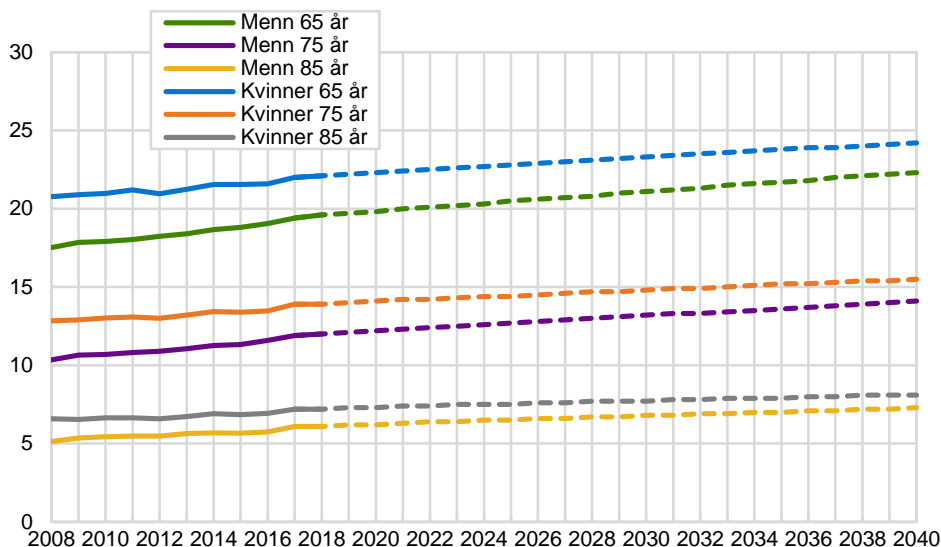
Gjenstående levetid for eldre har økt over den siste tiårsperioden, for både menn og kvinner (figur 3.1). For dagens 65-åringer er forventet gjenstående levetid litt over 19 år for menn og 21,6 år for kvinner. I hovedalternativet, beregnet ved samme mål, vil de i 2040 ha en gjenstående forventet levetid på henholdsvis 22,3 år og 24,2 år. For 75-åringer er forventet gjenstående levetid 11,6 år for menn og 13,5 år for kvinner i dag, mens den i 2040 vil være 14,1 år for menn og 15,5 år for kvinner. Forventet gjenstående levetid vil være 7,3 år for menn og 8,1 år for kvinner som er 85 år i 2040, mens den i dag er henholdsvis 5,8 og 6,9 år. Økningen den siste tiårsperioden har vært langt sterkere for menn enn kvinner – og denne minskningen i forskjellene videreføres framover. Forskjellen mellom kjønnene forventes også å bli mindre jo eldre folk blir.

Medisinske framskritt og færre risikofaktorer i hverdagen (mindre røyking, tryggere arbeidsplasser, færre transportulykker, færre miljøgifter etc.) taler for at dødeligheten vil fortsette å gå ned. Hvor raskt dette vil gå – og hvor kraftig nedgangen vil bli – er imidlertid usikkert. Samtidig er det også en mulighet for pandemier og medisinske tilbakeslag, som for eksempel resistens mot antibiotika. Kosthold og fysisk aktivitet påvirker også hvor lenge vi lever, og dersom store samfunnsgrupper får en mer stillesittende livsstil og økt fedme, kan dette slå negativt ut for levealdersutviklingen. Dette diskuteres nærmere i kapittel 10 som omhandler helse.

Medianalderen øker svakt

Historisk sett har økningen i medianalder skjedd relativt tregt, men dette har endret seg noe den siste tiden. De siste ti årene har den økt med rundt ett år, til 39 år. Ifølge hovedalternativet vil den øke med ytterligere tre år fram til 2040.

Figur 3.1 Registrert (2008-2016) og framskrevet (2017-2040) forventet gjenstående levetid ved alder 65, 75 og 85 år for menn (blå) og kvinner (rød). Hovedalternativet



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Økning i antallet og andelen eldre

Fram til 2040 vil antallet eldre personer øke betraktelig, som illustrert i tabell 3.1. Veksten er relativt markert i alle alternativer, selv om alternativene med høy levealder og sterk aldring gir en langt sterkere vekst enn alternativene med lav levealder og svak aldring. Detaljer om forutsetningene som ligger til grunn for de ulike alternativene er nærmere beskrevet i Leknes med flere (2016).

I hovedalternativet vil gruppen som er 65 år og eldre øke med mer enn 60 prosent før 2040. I dag utgjør gruppen 16,6 prosent av befolkningen, men den vil øke til 22,4 prosent i 2040. Tilsvarende vil gruppen som er 75 år og eldre øke fra rundt 7 prosent til 11,7 prosent. Dette er en konsekvens av at de store etterkrigskullene etter hvert vil nærme seg alderdommen og at eldre lever stadig lenger. Samtidig er de yngre kullene relativt små og fruktbarheten forutsettes å holde seg nokså lav også framover. Hvis vi kun ser på gruppen som er 85 år og eldre, som i dag er storbrukere av pleie- og omsorgstjenester, vil antallet her mer enn dobles før 2040 ifølge Statistisk sentralbyrås hovedalternativ. I prosent vil gruppen øke fra litt over 2 prosent i dag, til nesten 4 prosent i 2040. Også antallet som er 95 år og eldre forventes å øke kraftig.

Tabell 3.1 Antall (N) og prosent (%) eldre i ulike aldersgrupper. Registrert (2008 og 2017) og framskrevet (2040) i fem alternativer

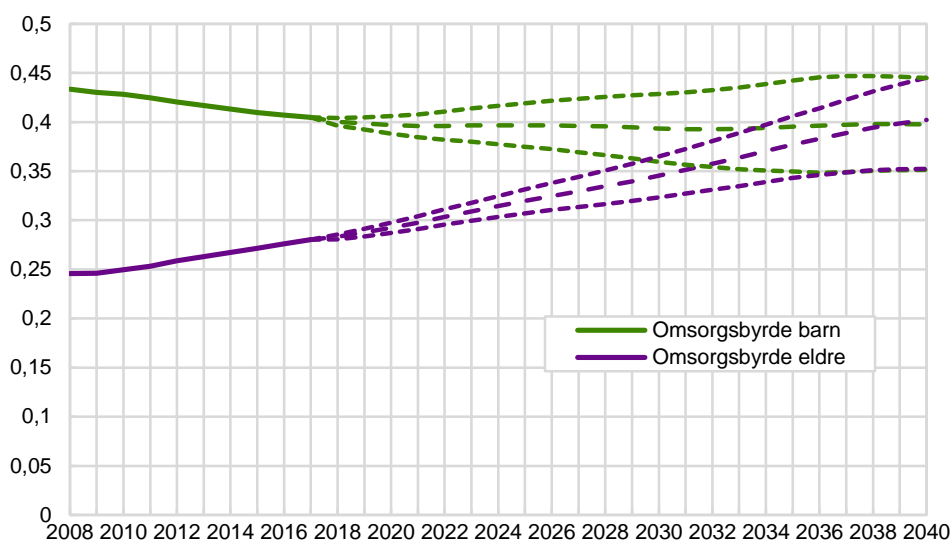
	Hele befolkningen	65+ år		75+ år		85+ år		95+ år	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Registrert 2008	4 737 171	693 308	14,6	355 878	7,5	105 987	2,2	6 414	0,1
Registrert 2017	5 258 317	874 822	16,6	369 309	7,0	116 378	2,2	9 872	0,2
Ulike alt. 2040									
Hovedalternativet	6 331 400	1 415 300	22,4	740 500	11,7	249 500	3,9	23 400	0,4
Lav levealder	6 226 800	1 325 500	21,3	667 700	10,7	207 600	3,3	15 100	0,2
Høy levealder	6 427 000	1 499 700	23,3	811 100	12,6	293 900	4,6	35 700	0,6
Sterk aldring	6 025 700	1 493 000	24,8	809 700	13,4	293 700	4,9	35 700	0,6
Svak aldring	6 805 800	1 334 000	19,6	669 400	9,8	207 700	3,1	14 100	0,2

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Sterk økning i omsorgsbyrden for eldre

De siste ti årene har omsorgsbyrden for eldre (OBE) i Norge steget, fra rundt 0,25 til 0,28. Dette innebærer at antallet eldre (65 år og eldre) har steget raskere enn antallet personer i yrkesaktiv alder (20-64 år). Samtidig har omsorgsbyrden for barn (0-19 år, OBB) gått ned omtrent tilsvarende, slik at den totale omsorgsbyrden har holdt seg relativt stabil på rundt 0,68. Dette indikerer at det i dag er rundt 68 barn og eldre per 100 personer i yrkesaktiv alder. Figur 3.2 viser utviklingen fram mot 2040 – og som det framgår av figuren, vil det på dette tidspunktet være like mange eldre som barn og unge i Norge – en situasjon vi ikke har opplevd før. I 2040 vil det være 40 eldre per 100 personer i yrkesaktiv alder.

Figur 3.2 Omsorgsbyrde for barn (rød) og eldre (blå). Registrert og framskrevet i tre alternativer (hovedalternativet og alternativet for sterk og svak aldring) fram til 2040¹



¹ Omsorgsbyrden for eldre er definert som forholdet mellom antallet 65 år og eldre og antallet i alderen 20-64 år. Omsorgsbyrden for barn er definert som forholdet mellom antallet 0-19 år og antallet 20-64 år. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

3.2. Fylkesvise forskjeller i aldring framover

Aldringen i Norge er ulikt geografisk fordelt. Ulike aldringsmål gir litt ulike resultater, men generelt er det relativt stort samsvar mellom hvilke fylker og kommuner som klassifiseres som 'gamle' og 'unge'. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 4. Oppsummert er andelen eldre i dag høyest i de minst sentrale kommunene, og synker med økende grad av sentralitet. De siste ti årene har vi sett en økende flyttestrøm mot byene, særlig blant unge voksne. Disse trendene framskrives videre i Statistisk sentralbyrås framskrivinger. At unge personer flytter til bynære strøk fører også til at langt de fleste barn blir født der. Det betyr at Statistisk sentralbyrå framskriver en sentralisering av befolkningen og relativt lavere aldring i sentrale strøk. For utkantstrøkene blir dette motsatt: Der forutsettes det en svakere befolkningsvekst eller -nedgang og sterk aldring. Dette er fordi eldre er relativt bofaste og sjeldent flytter på seg. Aldringen er generelt sterkest i nord og i innlandet.

Relativt moderate regionale forskjeller i gjenstående levetid

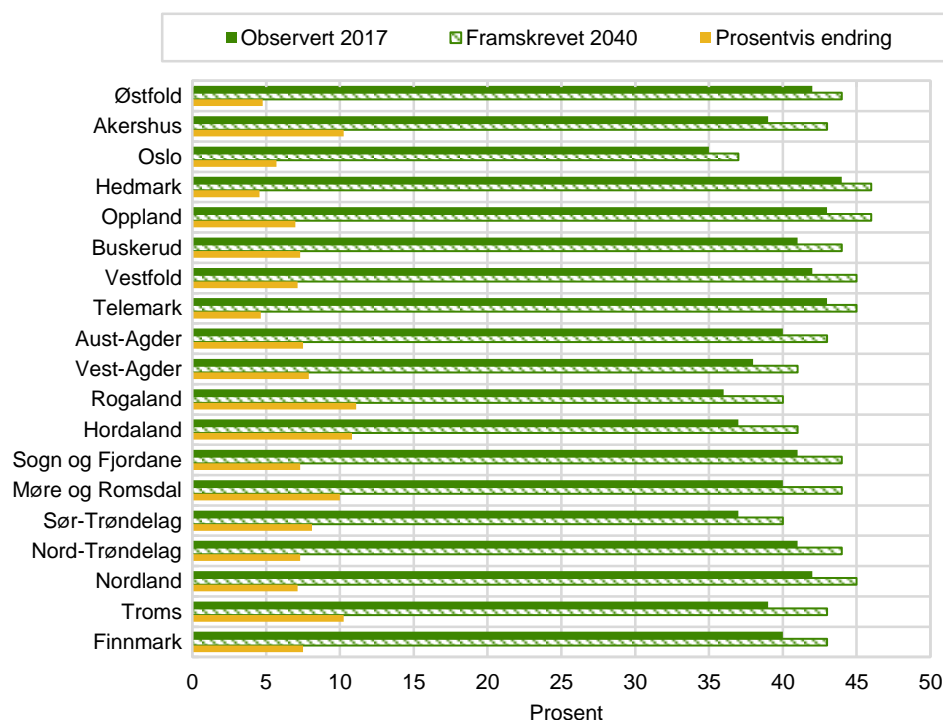
Gjenstående levetid på fylkesnivå for femårsperioden 2011-2015 ble publisert i 2016, og viser at det er markante forskjeller i forventet levealder ved fødselen mellom norske fylker. Fordi det hovedsakelig er markerte forskjeller i tidlig død (det vil si dødelighet i alder 20-60 år) i ulike regioner, reduseres forskjellene i gjenstående levetid med økende alder. Ved alder 65 kan menn i Møre og Romsdal forvente å leve lengst (rundt 19 år) – mens menn i Finnmark kan forvente å leve kortest (rundt 17 år). Forskjellen har økt, fra 1,6 år i 2006-2010, til 2,1 år i dag. For

kvinner er Sogn og Fjordane på topp (22,3 år) og Finnmark på bunn (20,3 år), men her er forskjellen noe redusert, fra 2,3 år i perioden forut. For Oslos bydeler er variasjonen større – enkelte bydeler har høyere gjennomsnittlig levetid enn fylket på topp, mens andre har lavere gjennomsnittlig levetid enn Finnmark. Fordi framskrivingene benytter utgangsnivået i alders- og kjønns spesifikke forskjeller i dødelighet mellom fylker og Oslos store bydeler, vil de relative forskjellene holde seg noenlunde konstante fram mot 2040 i alle Statistisk sentralbyrås alternativer.

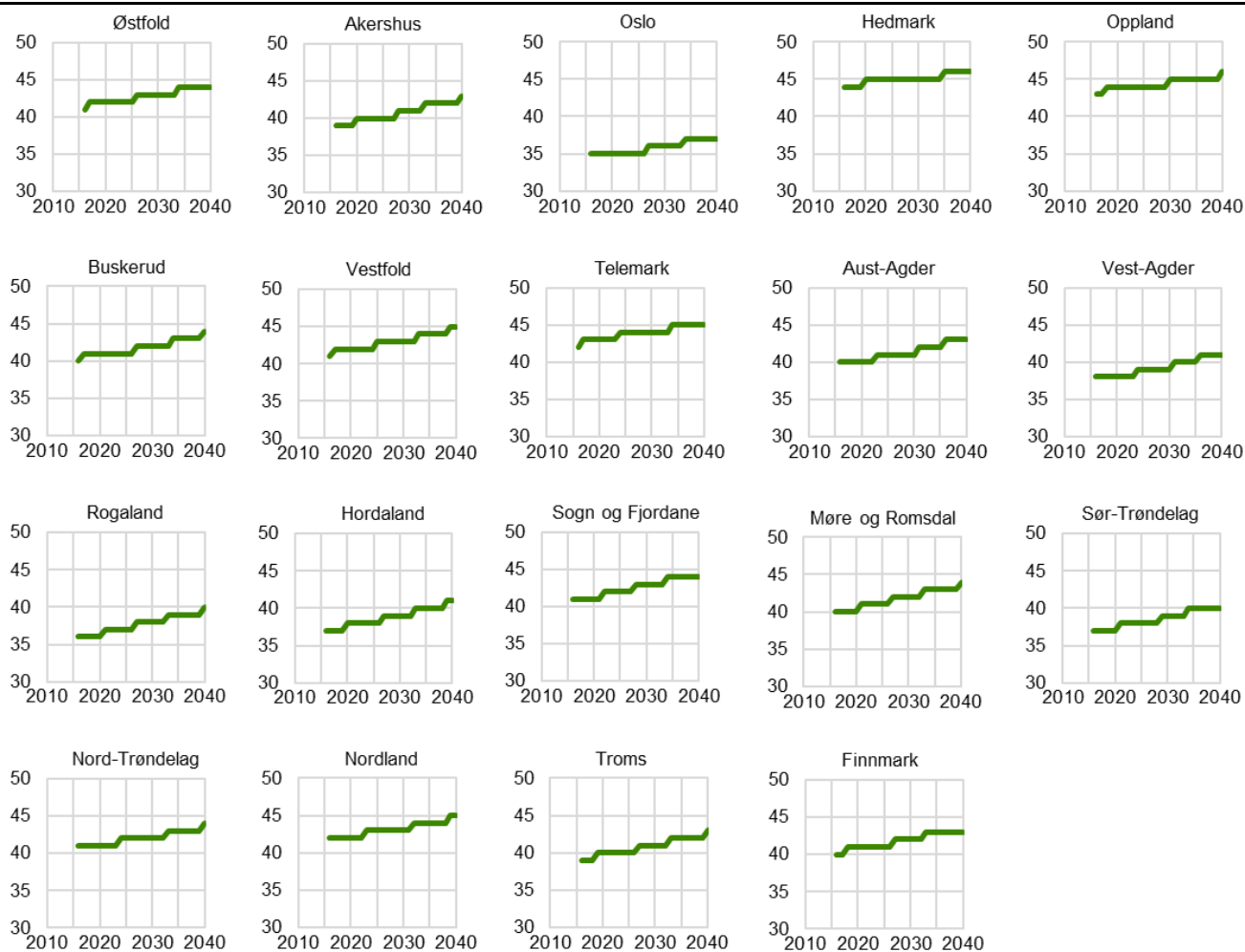
Regionale forskjeller i medianalder

Figur 3.3 viser medianalderen i 2017, framskrevet i hovedalternativet i 2040 og endringen som forventes, mens figur 3.4 også viser utviklingen over tid i årene fram mot 2040. I dag har Oslo den laveste medianalderen (35,5 år), mens Hedmark har den høyeste (44,5 år). Det er altså et sprik på hele ni år i medianalder mellom norske fylker. Kun fem fylker har en lavere medianalder enn den nasjonale: Oslo, Vest-Agder, Rogaland, Hordaland og Sør-Trøndelag. De øvrige 14 fylkene har en høyere medianalder enn det nasjonale gjennomsnittet. I hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger finner vi den svakeste økningen i medianalder i Østfold, Oslo, Hedmark og Telemark, der medianalderen kun vil øke med to år fram mot 2040, mens den framskrevne økningen i medianalder er sterkest i Akershus, Rogaland, Hordaland, Møre og Romsdal og Troms, der medianalderen vil kunne øke med hele fire år fram mot 2040.

Figur 3.3 Registrert (2017) og framskrevet (2040) medianalder for fylkene og prosentvis endring. Hovedalternativet



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 3.4 Framskrevet utvikling over tid i medianalder i fylkene. Hovedalternativet

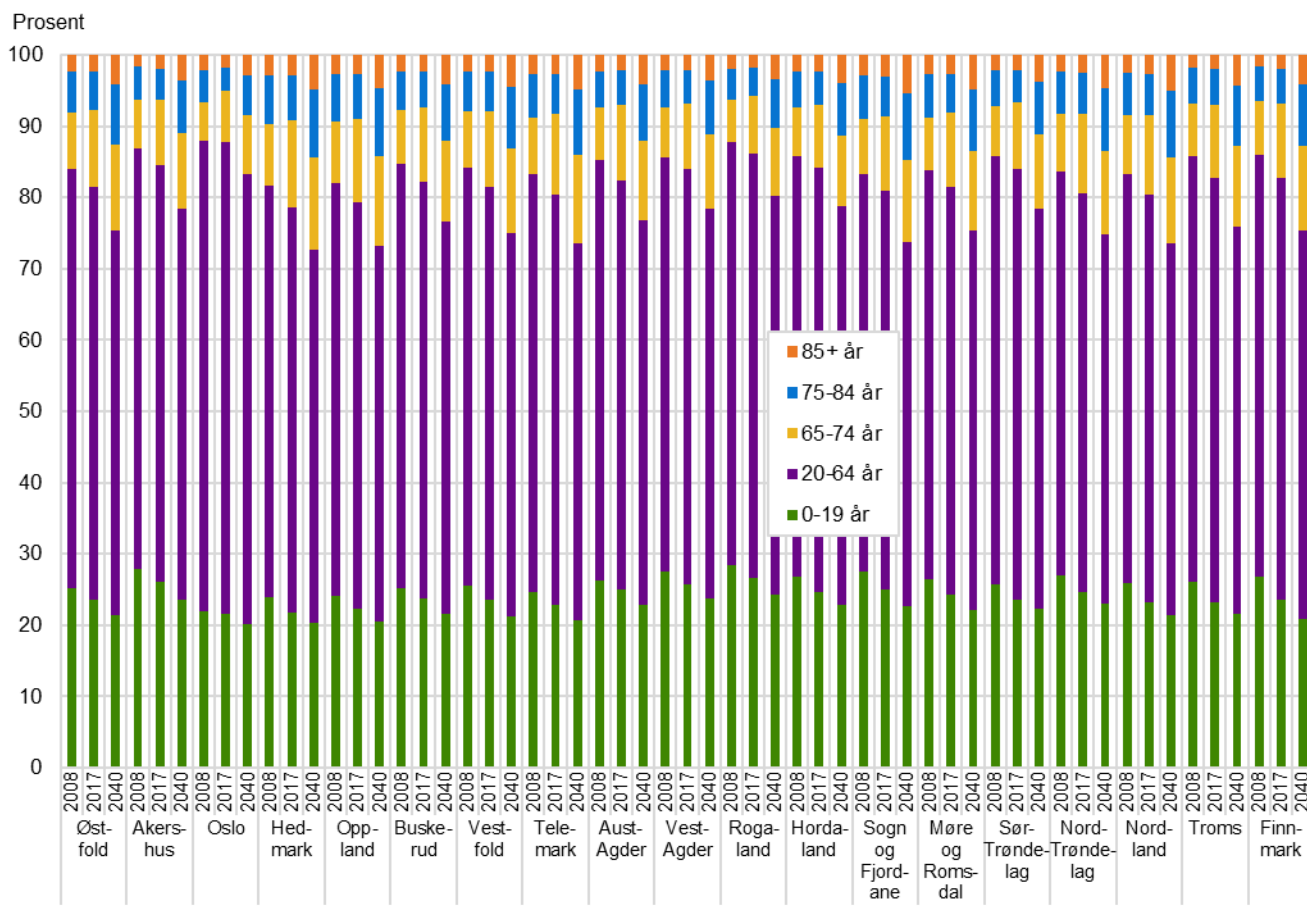
¹ Merk at medianalderen her er målt i hele år (heltall). I virkeligheten er folk i gjennomsnitt et halvt år eldre enn alderen sin, så tall for medianalder blir mer presise med et påslag på et halvt år.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Store regionale forskjeller i økningen i antallet og andelen eldre

Alderssammensetningen i de eldre lagene av befolkningen er viktig for kommunenes og fylkenes planlegging. For eksempel vil en sterk økning i antallet i aldersgruppen 85 år og eldre kunne innebære behov for å øke tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, mens det at flere nærmer seg slutten av 60-årene i hovedsak vil ha betydning for tilbudet av arbeidskraft.

Figur 3.5 viser befolkningssammensetningen i 2008, 2017 og framskrevet i hovedalternativet i 2040 for alle fylker. I denne figuren er det mulig å se på endringer over tid i registrert og framskrevet utvikling. Tabell 3.2 viser tre eldre aldersgrupper som prosentandel av hele befolkningen i fylket, og den framskrevne endringen fra 2017 til 2040 i prosentpoeng. Ifølge Statistisk sentralbyrås framskrivinger vil andelen eldre i befolkningen øke i alle fylker framover. Fylkene med den høyeste andelen personer 65 år og eldre i dag (rundt 20 prosent) er Hedmark, Oppland, Telemark og Nordland. Oslo er fylket med den lavest andelen eldre (12 prosent). For Oslos del er dette sterkt drevet av en relativt høy innvandring som har bidratt til å senke andelen, mens fylker som for eksempel Hedmark, Oppland og Telemark har relativt få innvandrere. Til sammenlikning har de store byene (med unntak av Oslo) en lav andel eldre, like under 10 prosent.

Figur 3.5 Fylkesvis registrert (2008 og 2017) og framskrevet (2040) andel av befolkningen etter alder. Hovedalternativet



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Som det framgår av Tabell 3.2, er det andelen i aldersgruppen 75-84 år som vil øke mest i samtlige fylker fram mot 2040 ifølge Statistisk sentralbyrås hovedalternativ. Den framskrevne økningen i denne gruppen er lavest i Oslo og Hordaland, og høyest i Telemark.

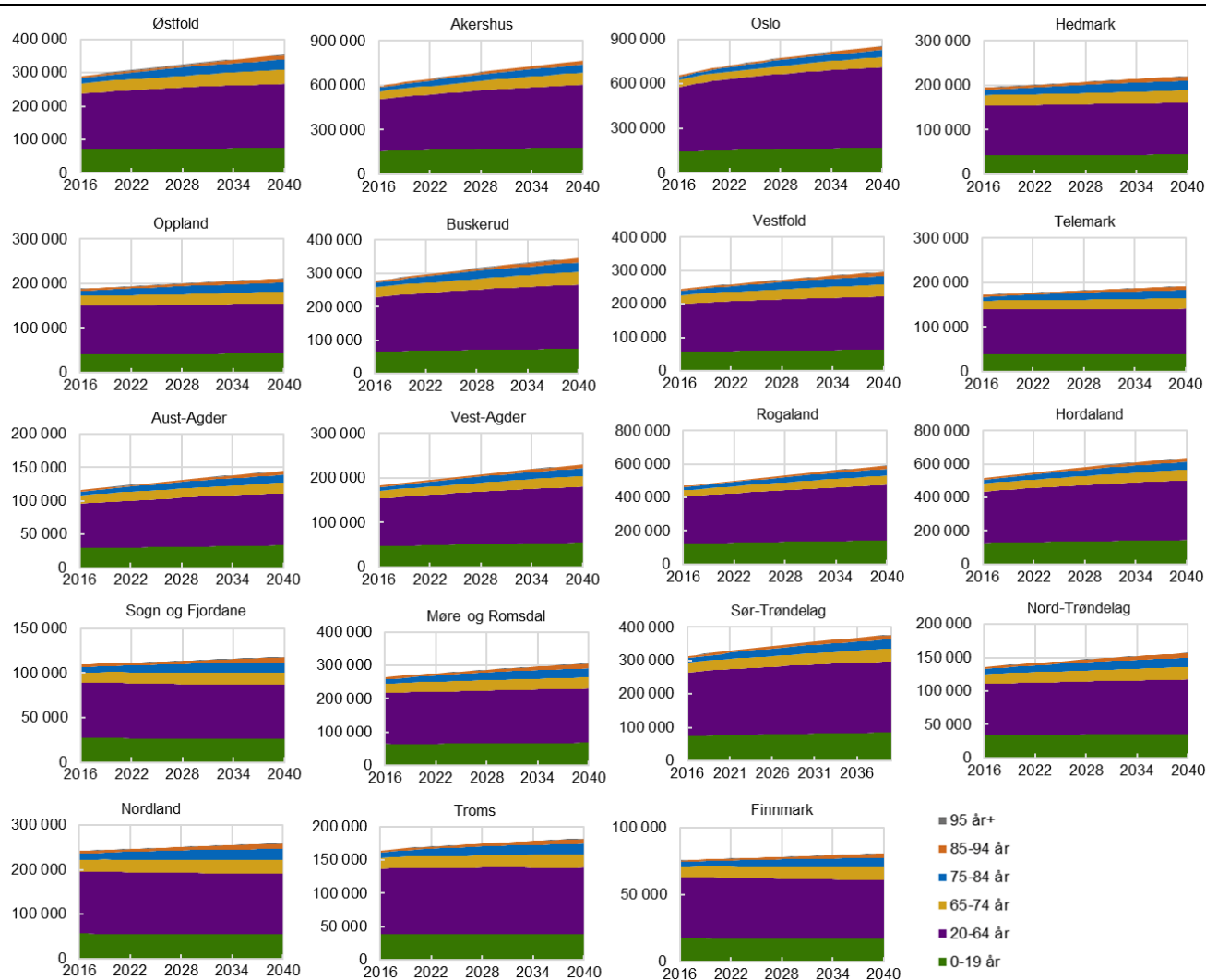
Tabell 3.2 Registrert (2017) og framskrevet (2040) andel eldre i ulike aldersgrupper for fylkene. Hovedalternativet

Aldersgruppe	65-74 år			75-84 år			85+ år		
	Andel i 2017	Framskrevet andel i 2040	Prosentpoeng endring	Andel i 2017	Framskrevet andel i 2040	Prosentpoeng endring	Andel i 2017	Framskrevet andel i 2040	Prosentpoeng endring
Østfold	10,9	12,1	1,2	5,3	8,5	3,2	2,3	4,1	1,8
Akershus	9,1	10,7	1,6	4,5	7,4	2,9	1,9	3,6	1,7
Oslo	7,2	8,2	1,0	3,3	5,6	2,3	1,8	2,9	1,1
Hedmark	12,2	12,8	0,6	6,2	9,6	3,4	2,9	4,9	2,0
Oppland	11,8	12,6	0,8	6,1	9,5	3,4	2,8	4,7	1,9
Buskerud	10,4	11,3	0,9	5,1	8,0	2,9	2,3	4,1	1,8
Vestfold	10,7	11,9	1,2	5,5	8,7	3,2	2,4	4,4	2,0
Telemark	11,5	12,5	1,0	5,5	9,3	3,8	2,7	4,8	2,1
Aust-Agder	10,5	11,2	0,7	4,9	8,0	3,1	2,1	4,1	2,0
Vest-Agder	9,2	10,4	1,2	4,8	7,5	2,7	2,1	3,7	1,6
Rogaland	8,1	9,5	1,4	4,0	6,9	2,9	1,8	3,4	1,6
Hordaland	9,0	10,0	1,0	4,7	7,3	2,6	2,3	3,9	1,6
Sogn og Fjordane	10,4	11,5	1,1	5,7	9,4	3,7	3,0	5,4	2,4
Møre og Romsdal	10,5	11,2	0,7	5,3	8,7	3,4	2,7	4,8	2,1
Sør-Trøndelag	9,2	10,3	1,1	4,6	7,4	2,8	2,1	3,7	1,6
Nord-Trøndelag	11,1	11,6	0,5	5,7	8,9	3,2	2,6	4,7	2,1
Nordland	11,1	12,0	0,9	5,8	9,5	3,7	2,6	4,9	2,3
Troms	10,2	11,3	1,1	5,0	8,4	3,4	2,0	4,3	2,3
Finnmark	10,3	12,0	1,7	5,0	8,6	3,6	1,9	4,1	2,2

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 3.6 viser et mer detaljert bilde for fylkene, framskrevet for hvert år mot 2040. Her de eldste aldersgruppene delt ytterligere opp slik at befolkningen fra 65 år og over er gruppert i 10-års aldersgrupper, mens befolkningen i alderen 20-64 og 0-19 år utgjør separate grupper. Når det gjelder aldersgruppen 95 år og eldre er den framskrevne endringen relativt lik over hele landet, målt i prosentpoeng (rundt 0,2). I denne gruppen har levealderen stor betydning. Derfor er det også de to fylkene med høyest og lavest levealder (Sogn og Fjordane og Finnmark) som ifølge framskrivingene vil få henholdsvis den største og minste endringen i andel personer over 95 år.

Figur 3.6 Framskrevet alderssammensetning i fylkene fram mot 2040. Hovedalternativet



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Stor regional variasjon i eldeomsorgsbyrder

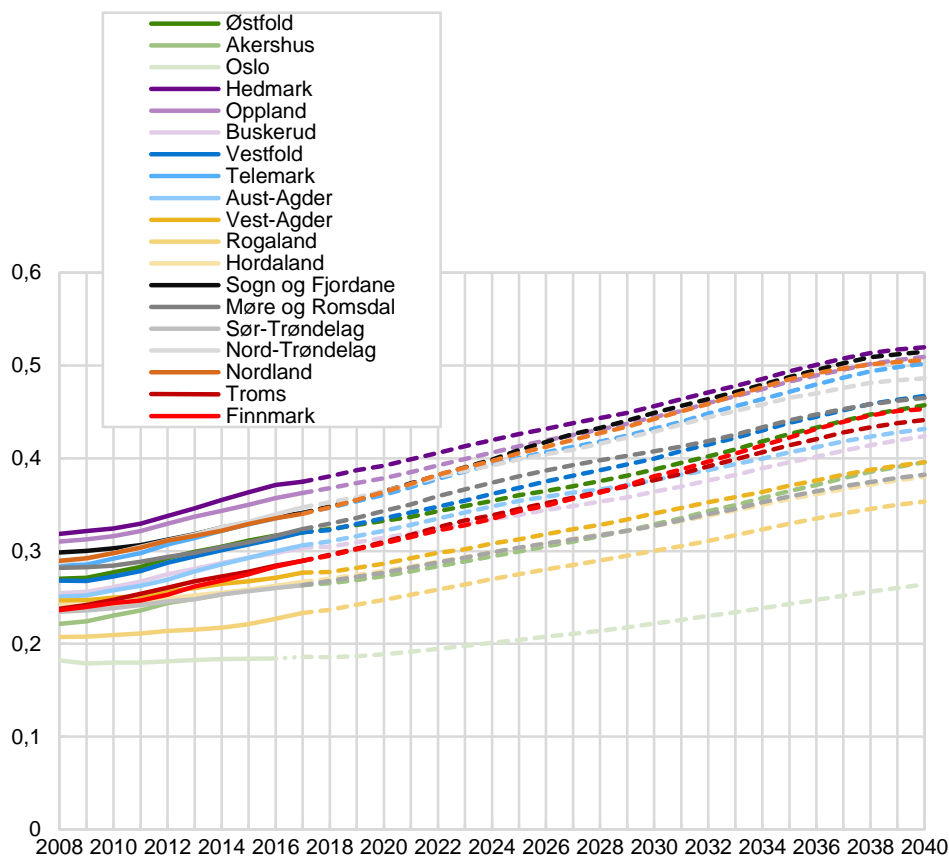
I 2017 er omsorgsbyrden for eldre lavere enn for Norge totalt (0,28) i Oslo (0,19), Rogaland (0,23), Akershus og Sør-Trøndelag (0,26), Vest-Agder (0,27) og Hordaland (0,27). Troms og Finnmark ligger omtrent på det nasjonale gjennomsnittet, mens de øvrige fylkene ligger høyere. Høyest ligger Hedmark (0,37).

Ifølge Statistisk sentralbyrås hovedalternativ vil omsorgsbyrden for eldre øke over de neste par tiårene i *alle* fylker. Det er relativt vanlig å flytte når man er ung, mens det er mer sjeldent å flytte mellom fylker og kommuner etter 50-60 års alder i Norge, slik at fylker som allerede ligger høyt vil se den første økningen. I Sogn og Fjordane, Nordland og Finnmark ventes aldringen som følger av en økning i antall eldre å forsterkes av en reduksjon i antallet i yngre aldersgrupper. I de andre

fylkene forventes aldringen å dempes noe av befolkningsveksten i yngre aldersgrupper.

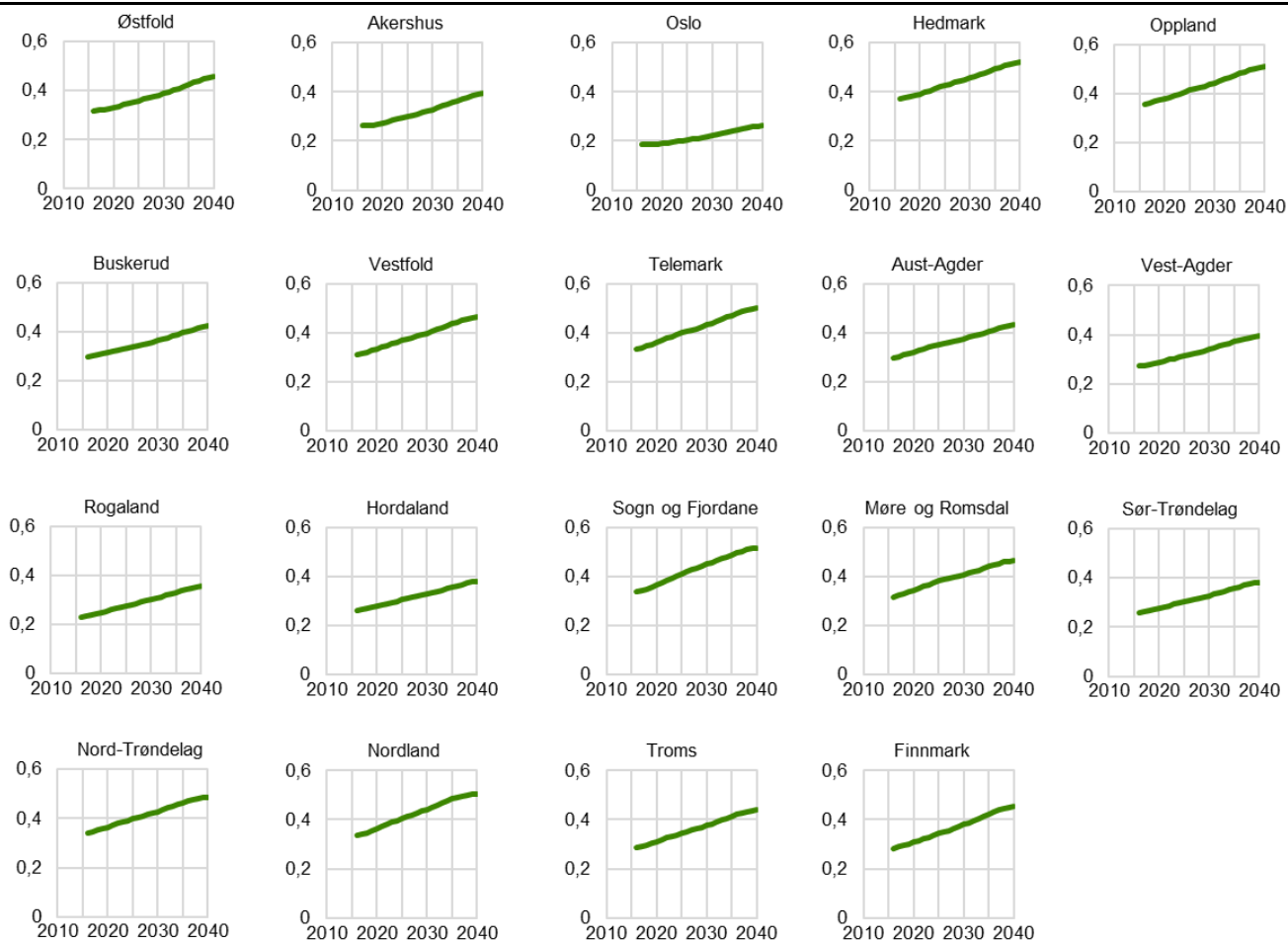
Figur 3.7, 3.8 og 3.9 viser et tydelig skille mellom by og land: Fylker med storbyer (som Oslo, Rogaland, Sør-Trøndelag og Hordaland) har i utgangspunktet relativt lave omsorgsbyrder, og i disse fylkene forventes omsorgsbyrdene å øke saktere eller i omtrent samme takt som i de øvrige fylkene. Fylker med mer rurale bosettingsmønstre (som Hedmark, Oppland, Sogn og Fjordane og Telemark) har i utgangspunktet en eldre befolkning, og i disse fylkene forventes forholdstallet mellom eldre og yngre å øke markant.

Figur 3.7 Registrerte og framskrevne omsorgsbyrder for eldre på fylkesnivå. Hovedalternativet¹

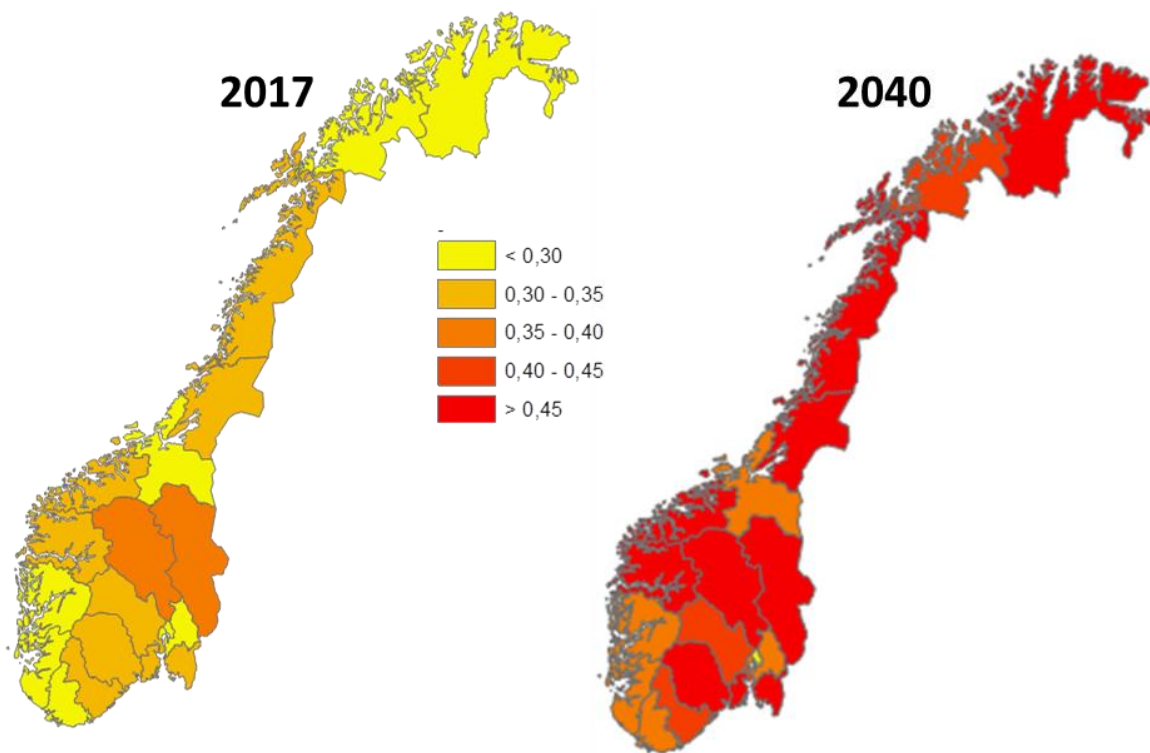


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 3.8 Framskrevne omsorgsbyrder for eldre i fylkene. Hovedalternativet



Figur 3.9 Registrert (2017) og framskrevet (2040) omsorgsbyrde for eldre på fylkesnivå. Hovedalternativet



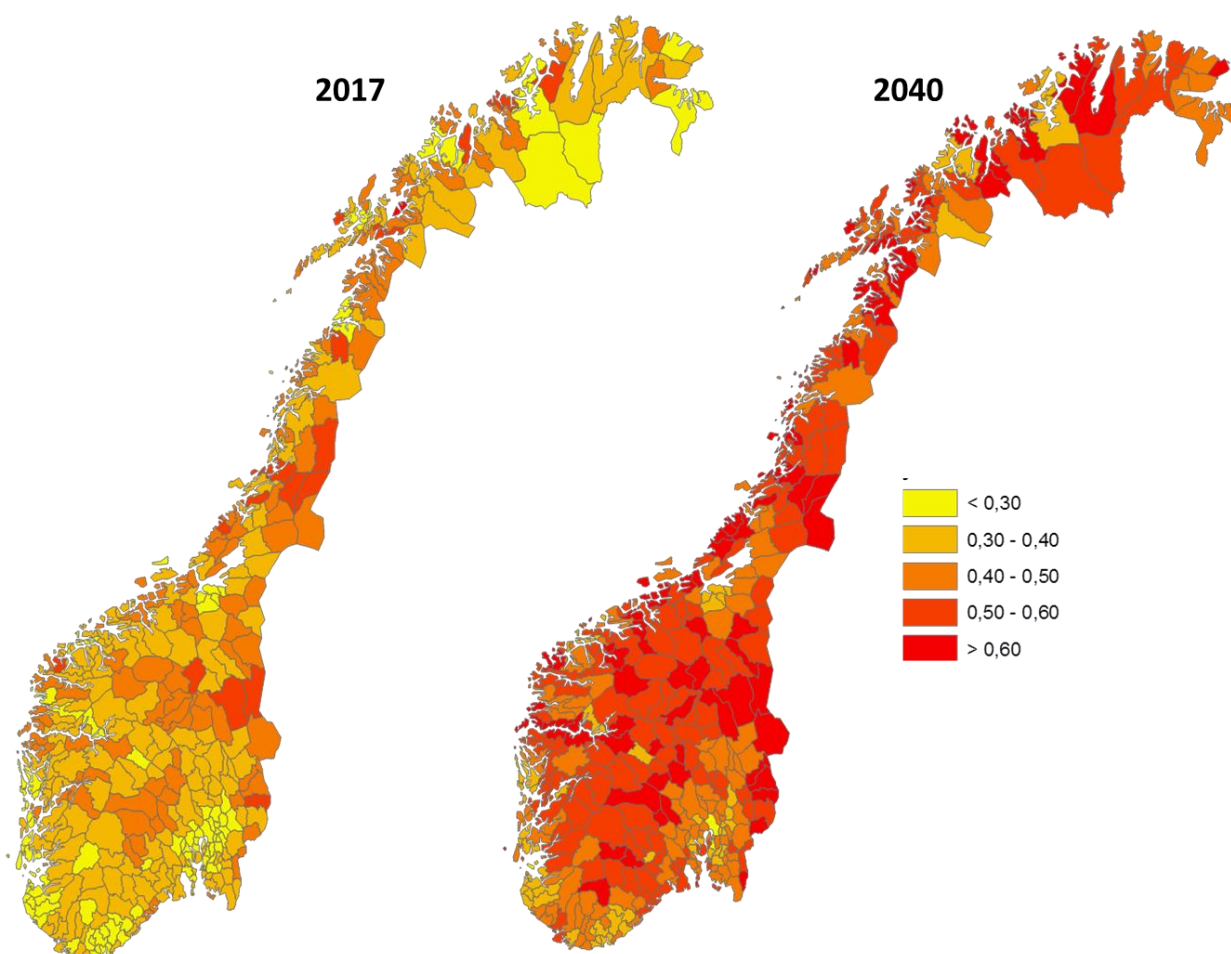
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Oppsummert kommer de ulike målene for aldring i stor grad til samme konklusjon når det gjelder å beskrive hvilke fylker som er 'unge' og 'gamle'. Oslo er det yngste fylket i Norge i dag, mens Hedmark er det eldste. Andelen 90 år og eldre er imidlertid et unntak, fordi dette målet i så sterk grad er drevet av utviklingen i levealder. Målt ved dette målet er Finnmark det yngste fylket, mens Sogn og Fjordane er det eldste fylket. Dette forventes å endre seg noe framover.

4. Aldring og omsorgsbyrder for eldre i kommunene

I dette kapitlet benytter vi hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger for kommunene fra 2016, og presenterer mer detaljerte tall og figurer over aldring på regionalt nivå, samt utviklingen i årene fram mot 2040. Rent konkret beskriver vi her utviklingen i antallet og andelen eldre i kommunene og i utvalgte prognoseregioner.³ Videre har vi beregnet framskrevne omsorgsbyrder for eldre for hver kommune, definert som forholdet mellom antallet 65 år og eldre og antallet i alderen 20-64 år. En illustrasjon av situasjonen i dag og i 2040 er vist i figur 4.1.

Figur 4.1 Registrert (2017) og framskrevet (2040) omsorgsbyrde for eldre på kommunenivå. Hovedalternativet



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

³ I gjennomgangen av resultatene i dette kapitlet henviser vi også til en regional inndeling som brukes i Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivinger, nemlig prognoseregioner. En oversikt over prognoseregionene som er brukt i framskrivingene finnes i vedlegg A.

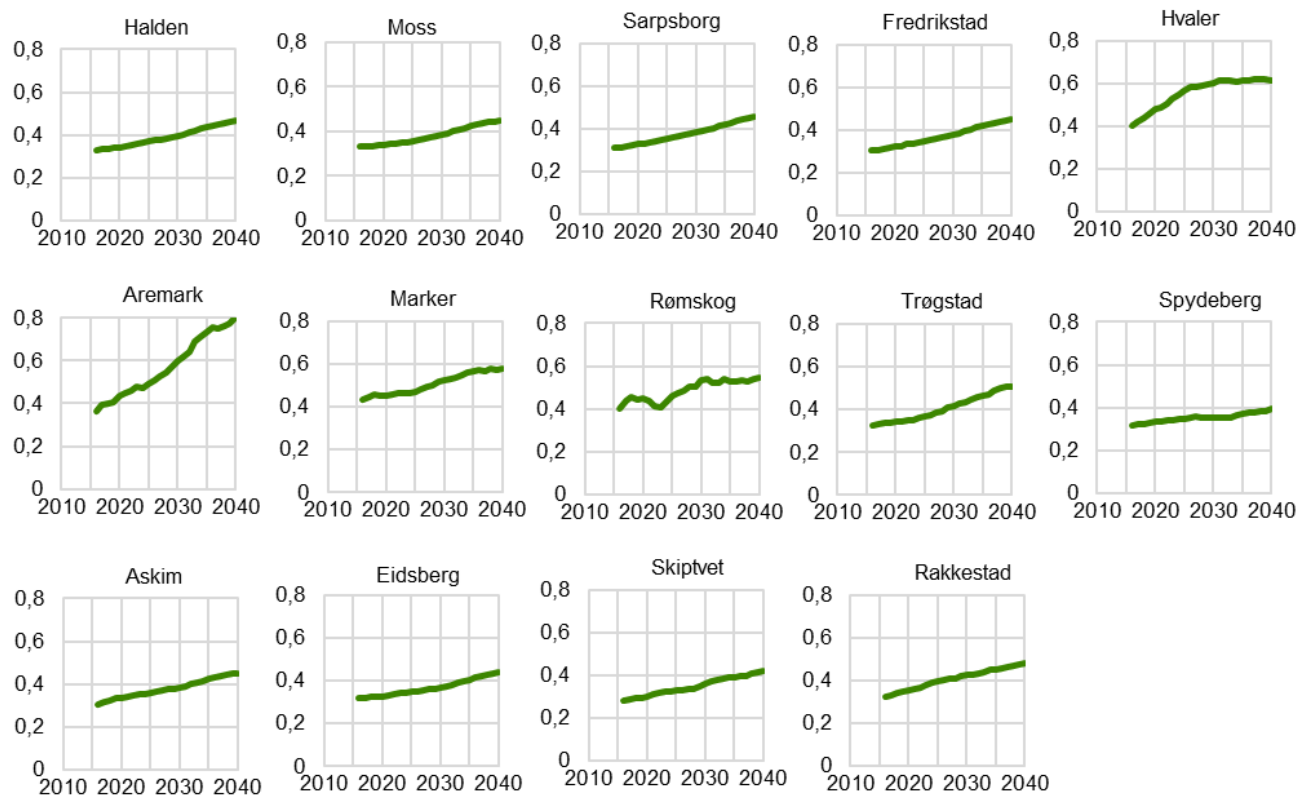
4.1. Omsorgsbyrder og alderssammensetning i hver kommune

I denne delen gjennomgås framskrevet omsorgsbyrde og alderssammensetning for alle kommunene i Norge. Disse er gruppert etter prognoseregioner (se vedlegg A). Prognoseregionene er regionale inndelinger i Statistisk sentralbyrås regionale framskrivingsmodell, BEFREG. Det finnes mange andre måter å gruppere kommuner innad i fylker på, men prognoseregionene er valgt her fordi disse samsvarer med modellen tallene er generert fra.

Oppsummert er det slik at tallene for små kommuner vil være mindre sikre enn tall fra større kommuner. Likeledes er de framskrevne anslagene kun basert på trender i regionale mønstre for fruktbarhet, levealder, flytting og innvandring de siste ti årene. Det er dermed ikke tatt hensyn til planer om nedleggelse eller oppstart av bedrifter og offentlige funksjoner, framtidige infrastrukturprosjekter, boligbygging eller lignende. Ved bruk av framskrivningene i praktisk planlegging oppfordres det derfor til å ta lokale forhold med i betraktning. De framskrevne tallene kan likevel si noe om hvordan befolkningen vil se ut ved å bruke historien som rettesnor, men det understrekes at det er hovedlinjer i en mulig utvikling som kommuniseres.

Omsorgsbyrder i kommuner i Østfold

For alle kommunene i Østfold er det framskrevet en klar økning i omsorgsbyrdene fram mot 2040 (figur 4.2). Særlig i Aremark kommune øker omsorgsbyrden sterkt i Statistisk sentralbyrås framskrivninger. I prognoseregionen Moss, som omfatter Moss, Råde, Rygge og Våler, ligger omsorgsbyrdene i 2016 i hovedsak mellom 0,32 og 0,35. Dette gjelder kommunene Rygge, Moss og Råde. Omsorgsbyrden i Våler er derimot noe lavere, med 0,24. I tiden fram mot 2040 øker omsorgsbyrden i Våler til 0,33 i Statistisk sentralbyrås framskrivninger, mens omsorgsbyrdene i de øvrige kommunene øker til mellom 0,45 og 0,52. Prognoseregionen Fredrikstad/Sarpsborg omfatter kommunene Fredrikstad, Sarpsborg, Rakkestad og Hvaler. I de tre førstnevnte kommunene er det framskrevet en forholdsvis lik utvikling i omsorgsbyrdene, og disse øker fra mellom 0,31 og 0,33 i 2016 til mellom 0,45 og 0,48 i 2040. I Hvaler kommune er omsorgsbyrden i 2016 klart høyere, med 0,4, og denne øker i Statistisk sentralbyrås framskrivninger til hele 0,62. Askim/Mysen-regionen omfatter Marker, Rømskog, Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg, Skiptvet og Hobøl. Her ligger omsorgsbyrdene i 2016 mellom 0,25 og 0,33 i kommunene Hobøl, Skiptvet, Askim, Spydeberg, Eidsberg og Trøgstad, og de framskrevne omsorgsbyrdene i 2040 varierer her mellom 0,39 i Hobøl og 0,51 i Trøgstad. Kommunene Rømskog og Marker har i 2016 noe høyere omsorgsbyrder, på henholdsvis 0,40 og 0,43, og i hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivninger øker omsorgsbyrdene for eldre i disse kommunene til henholdsvis 0,55 og 0,58. Når det gjelder de to kommunene i Halden-regionen øker omsorgsbyrdene i Statistisk sentralbyrås framskrivninger fra 0,33 i 2016 til 0,47 i 2040 i Halden og fra 0,36 til 0,81 i samme periode i Aremark. 0,81 er den høyeste framskrevne omsorgsbyrden i fylket i 2040, og svarer til i overkant av 1,2 personer i aldersgruppen 20 til 64 for hver person i aldersgruppen 65 år og over.

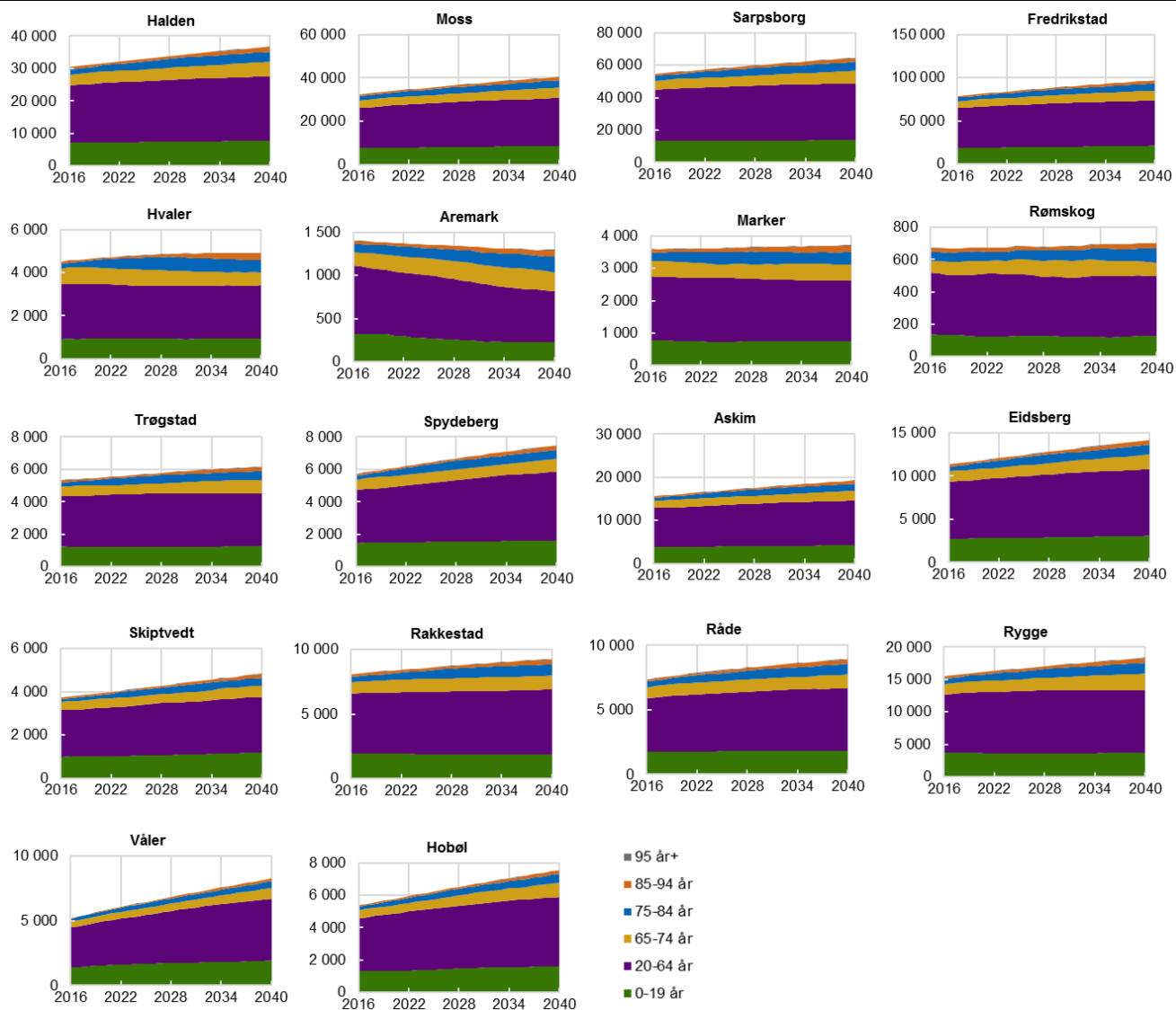
Figur 4.2 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Østfold

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Østfold

Figur 4.3 viser alderssammensetningen i kommunene i Østfold fram mot 2040, og vi ser at det er framskrevet befolkningsvekst i nesten alle kommunene framover. Unntaket er Aremark kommune. Det er også framskrevet en svak vekst i kommunene Marker og Rømskog. Alle kommunene har også fått framskrevet en sterk økning i andelen eldre, og det er særlig aldersgruppen 75-84 som bidrar til denne økningen.

Figur 4.3 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Østfold



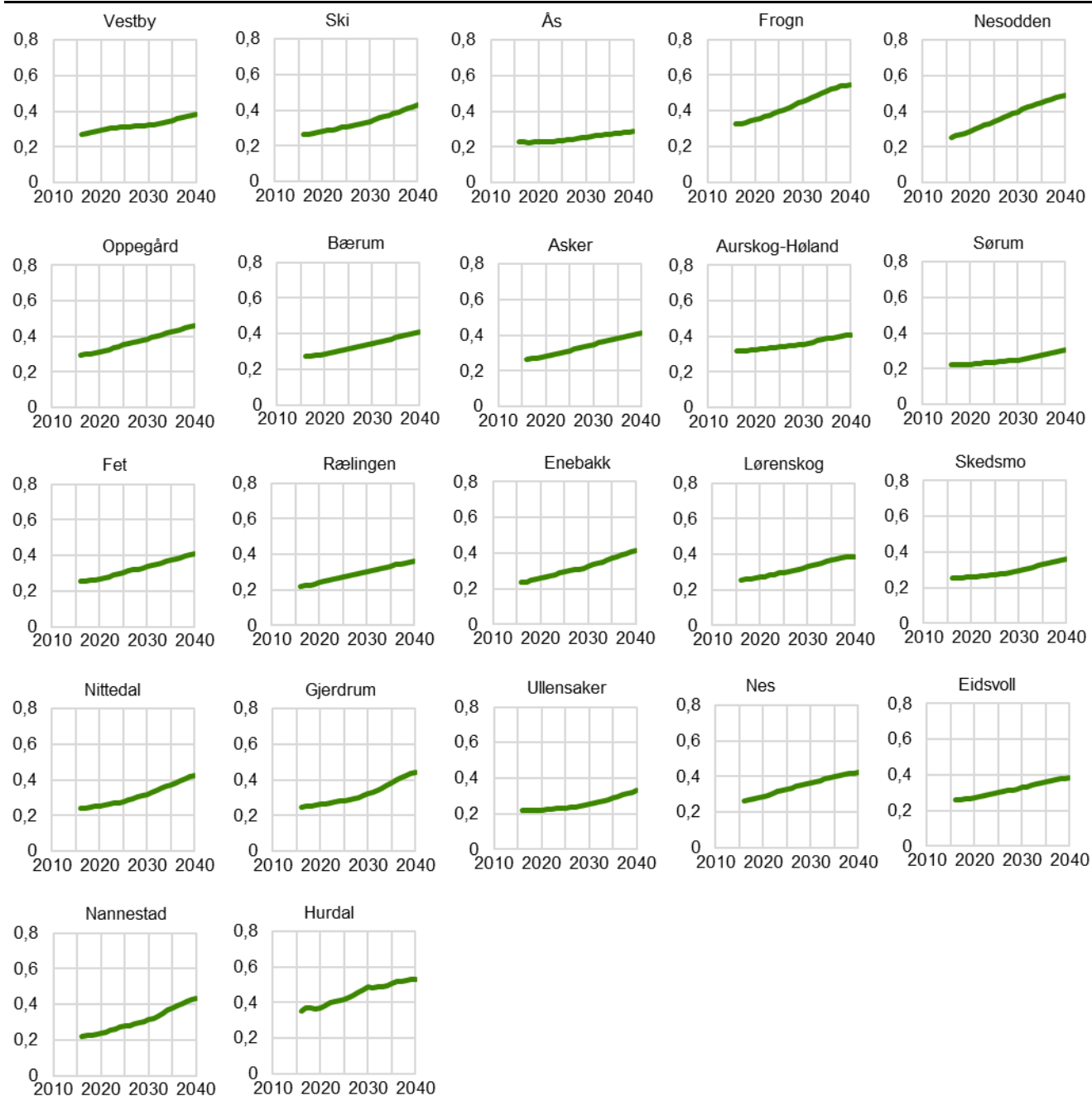
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Akershus

Akershus er et fylke med en forholdsvis ung befolkning, der det er framskrevet en moderat aldring fram mot 2040 (figur 4.4). Follo-regionen omfatter kommunene Vestby, Ski, Ås, Frogn, Nesodden og Oppegård. Kommunene i Follo-regionen har alle omsorgsbyrder på mellom 0,23 og 0,33 i 2016. Ifølge Statistisk sentralbyrås framskrivinger kommer aldringen i Follo-regionen til å bli sterkest i kommunene Nesodden og Frogn, der antall i aldersgruppen 65 og over per person i aldersgruppen 20-64 er ventet å øke til henholdsvis 0,49 og 0,54 i 2040. Lillestrøm-regionen omfatter kommunene Aurskog-Høland, Sørum, Fet, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Skedsmo, Nittedal, Gjerdrum og Nes. I kommunene i Lillestrøm-regionen er det framskrevet en forholdsvis moderat økning i omsorgsbyrdene framover. Disse ligger i dag på mellom 0,22 og 0,26, med unntak av i Aurskog-Høland kommune, der omsorgsbyrden i 2016 var på nærmere 0,32. I denne regionen har Enebakk, Nittedal, Gjerdrum, Fet, Nes og Aurskog-Høland fått framskrevne omsorgsbyrder på over 0,4 i 2040, noe som svarer til rundt 2,5 personer i aldersgruppen 20-64 per person i alderen 65 år og over. I kommunene Rælingen, Sørum, Skedsmo og Lørenskog er de framskrevne omsorgsbyrdene i 2040 noe lavere. I Ullensaker/Eidsvoll-regionen, som omfatter Ullensaker, Eidsvoll, Nannestad og Hurdal, er omsorgsbyrdene i 2016 på omtrent samme nivå som flertallet av kommuner i Lillestrøm-regionen, men her skiller én kommune (Hurdal) seg ut med en noe høyere omsorgsbyrde i 2016, på 0,35. Den framskrevne

Økningen i omsorgsbyrder er her sterkest i kommunene Nannestad og Hurdal, som har fått framskrevet omsorgsbyrder i 2040 på henholdsvis 0,43 og 0,53. Omsorgsbyrdene i Asker og Bærum er i dag omtrent like store (0,27), og de forventer å øke i takt til 0,41 i 2040.

Figur 4.4 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Akershus

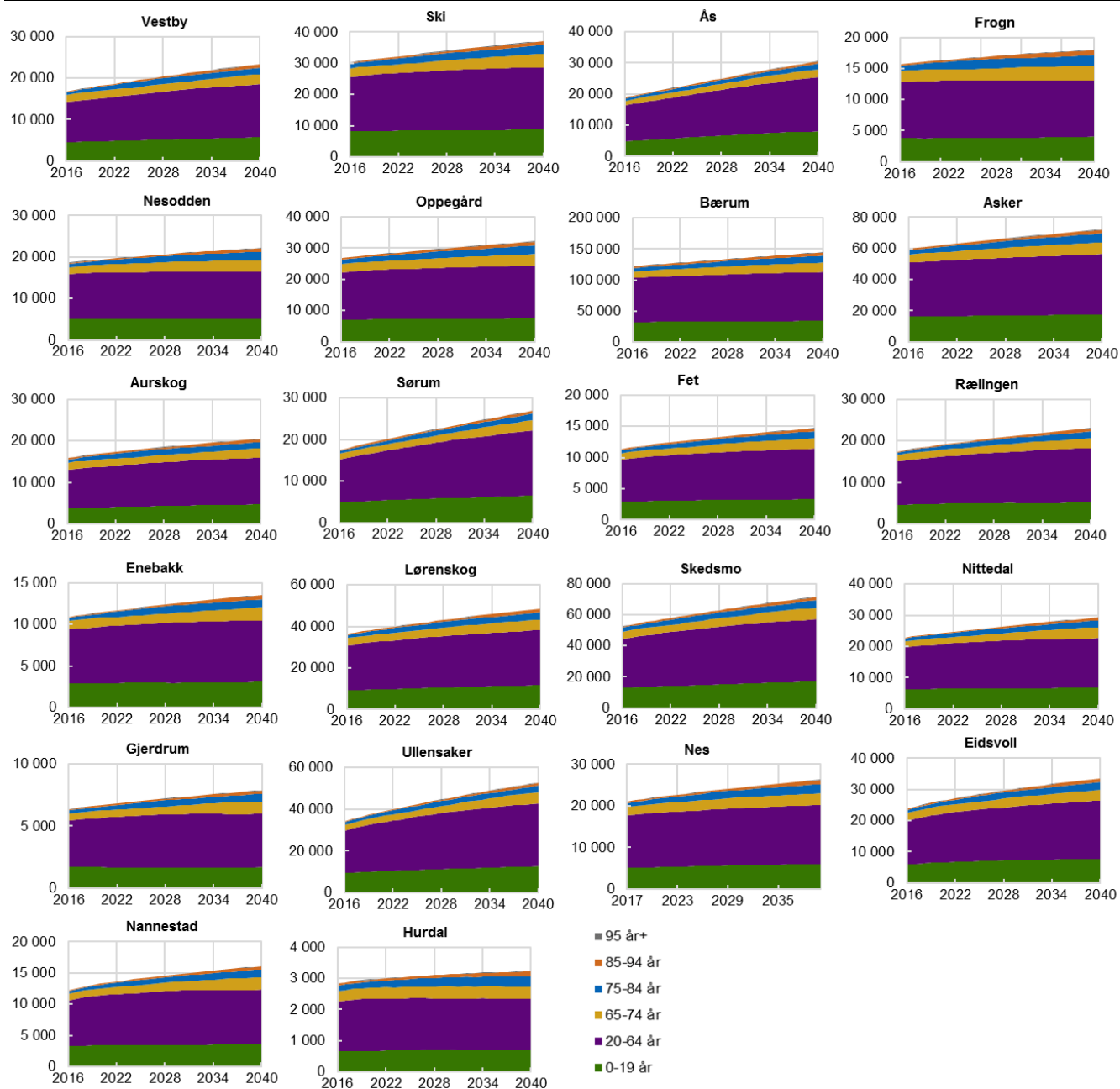


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Akershus

Det er framskrevet befolkningsvekst i alle kommunene i Akershus, og i de fleste kommunene er det framskrevet en særlig sterk økning i andelen eldre (figur 4.5). Blant de eldre er det særlig antall personer i aldersgruppen 65-74 år som øker sterkt i årene fram mot 2040 i hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger.

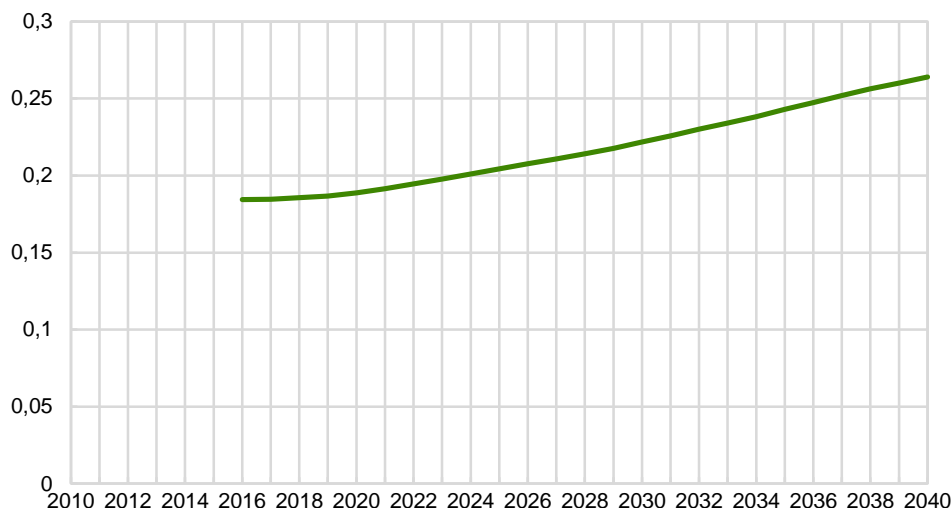
Figur 4.5 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Akershus



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrden i Oslo

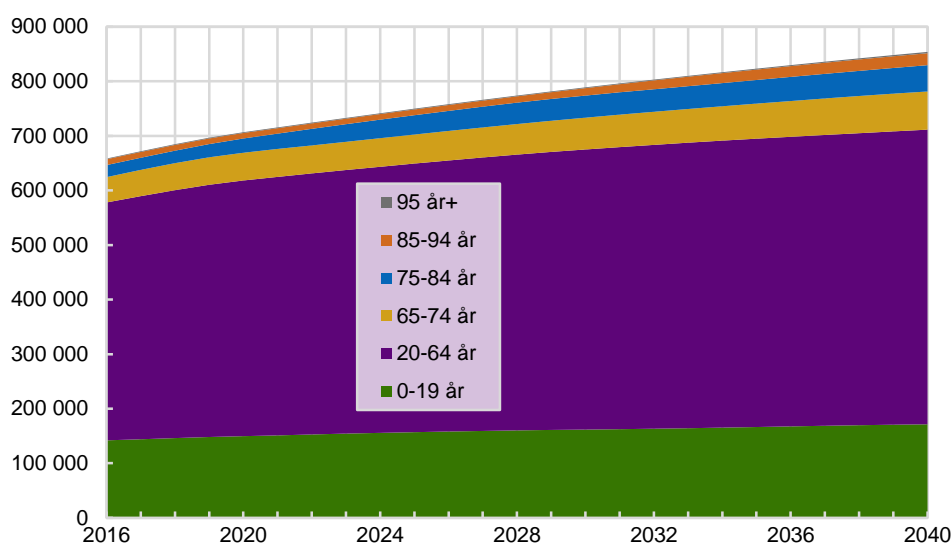
Oslo kommune hadde i 2016 en omsorgsbyrde på i overkant av 0,18. Dette er Norges nest laveste omsorgsbyrde, nest etter Gjesdal kommune i Rogaland. Dette skyldes i stor grad innvandring og innflytting av unge personer til byen. Som vist i figur 4.6 er den framskrevne omsorgsbyrden i Oslo kommune stabil de første årene, men øker så svakt men jevnt og trutt til i overkant av 0,26 i 2040.

Figur 4.6 Framskrevet omsorgsbyrde i Oslo kommune

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i Oslo kommune

I Oslo er det framskrevet en svært moderat aldring sammenliknet med de andre fylkene (figur 4.7). Fram mot 2040 er det framskrevet at andelen i alderen 65 år og over vil øke fra rundt 12,2 prosent til 16,7 prosent. Halvparten av denne økningen skyldes en framskrevet økning i aldersgruppen 75-84 år, fra henholdsvis 3,4 til 5,6 prosent av befolkningen.

Figur 4.7 Framskrevet alderssammensetning i Oslo kommune

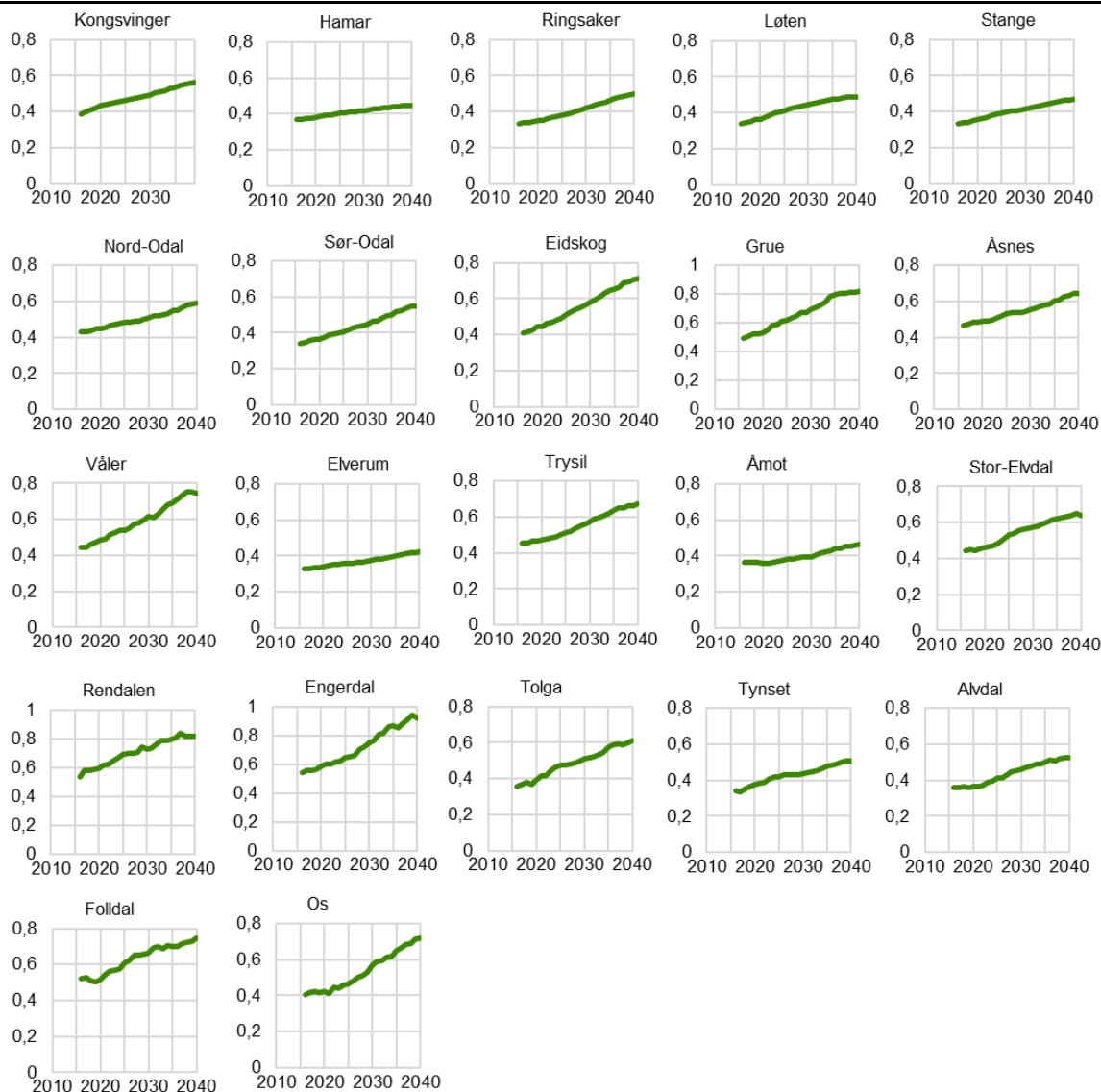
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Hedmark

Hedmark er i dag Norges eldste fylke, målt ved omsorgsbyrde eller andelen i aldersgruppen 65 år og over. Men det er stor variasjon mellom kommunene i Hedmark når det gjelder nåtidige og framskrevne omsorgsbyrder for eldre (figur 4.8). Kommunene i Hamar-regionen (Hamar, Ringsaker, Løten og Stange) har generelt lave omsorgsbyrder i 2016, sammenliknet med de fleste andre kommunene i fylket. Omsorgsbyrdene varierer her mellom 0,33 og 0,37. I disse kommunene er det også framskrevet en relativt moderat økning i omsorgsbyrdene fram mot 2040, til mellom 0,44 og 0,5. Kongsvinger-regionen omfatter Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Grue og Åsnes. I Kongsvinger-regionen er omsorgsbyrdene i 2016 i hovedsak høyere enn i Hamar-regionen. Her

varierer omsorgsbyrdene mellom 0,34 i Sør-Odal og 0,49 i Grue kommune. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker omsorgsbyrdene klart mest i Eidskog og Grue, til henholdsvis 0,71 og 0,82 personer i alderen 65 år og over per person i alderen 20-64. I Sør-Odal, Kongsvinger, Nord-Odal og Åsnes er den framskrevne økningen i omsorgsbyrder noe svakere, og disse kommunene ender i 2040 med framskrevne omsorgsbyrder på henholdsvis 0,55, 0,57, 0,59 og 0,64. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger omfatter Elverum-regionen kommunene Elverum, Åmot, Stor-Elvdal, Våler, Trysil og Engerdal. I kommunene Elverum og Åmot øker omsorgsbyrdene fra 0,33 og 0,36 til 0,42 og 0,47. Stor-Elvdal, Våler og Trysil har i 2016 omsorgsbyrder mellom 0,44 og 0,46, og disse er framskrevet å øke til henholdsvis 0,64, 0,75 og 0,67. I Engerdal er den framskrevne økningen i omsorgsbyrde sterkere, fra 0,54 i 2016 til 0,92 i 2040. Dette innebærer at det er framskrevet nesten like mange i aldersgruppen 65 og over som i aldersgruppen 20-64. Prognoseregionen Tynset omtaler kommunene Tynset, Alvdal, Tolga, Os, Folldal og Rendalen. I de tre førstnevnte kommunene ligger omsorgsbyrdene i 2016 mellom 0,34 og 0,36. Os kommune har en høyere omsorgsbyrde, på 0,41, mens Folldal og Rendalen har de høyeste omsorgsbyrdene, på 0,52 og 0,53. I hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker omsorgsbyrdene til henholdsvis 0,51, 0,53, 0,61, 0,72, 0,75 og 0,82.

Figur 4.8 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Hedmark

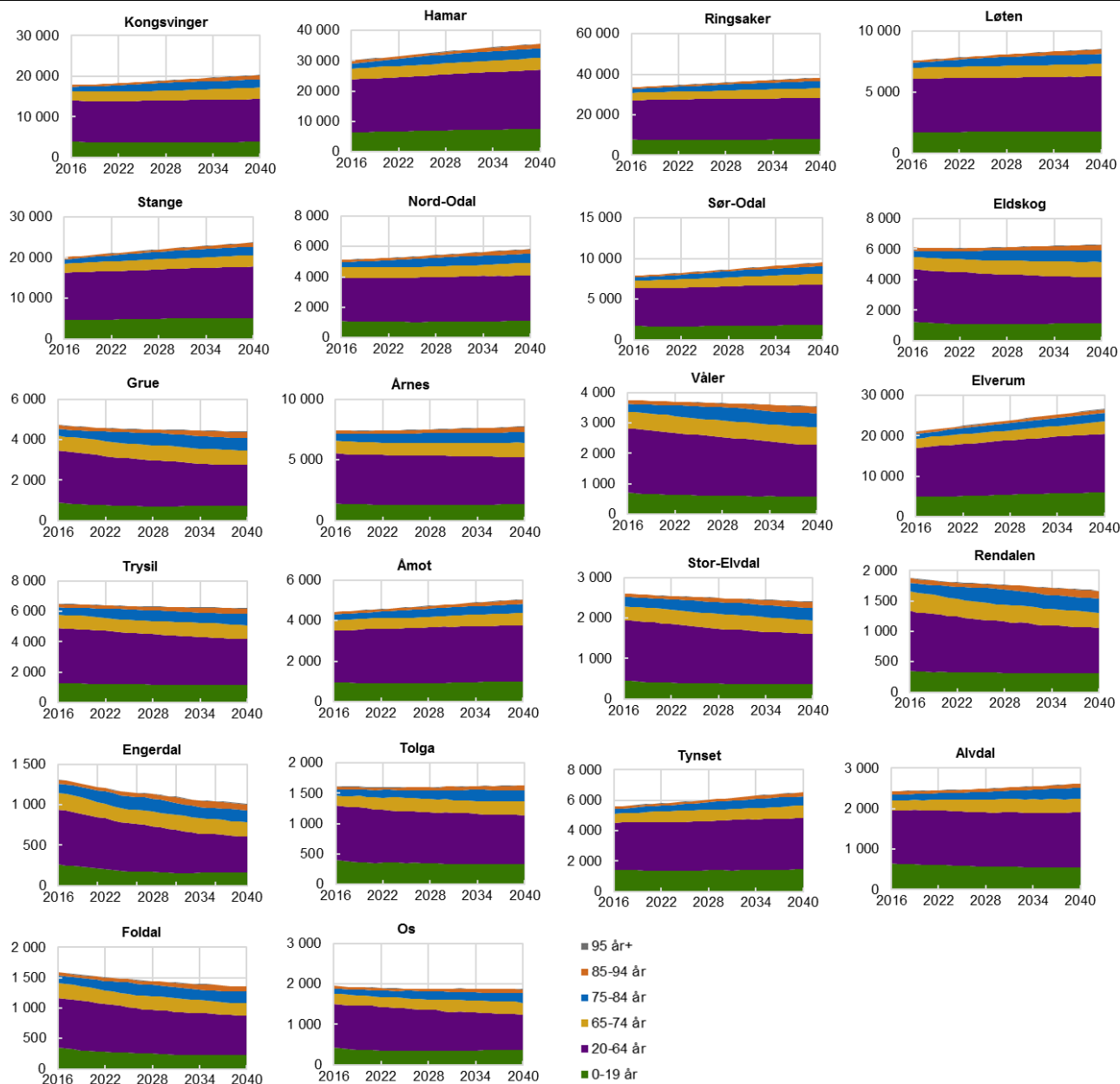


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Hedmark

I Hedmark er det framskrevet en sterk økning i andelen eldre, og i flere kommuner forsterkes den framskrevne aldringen av en generell befolkningsnedgang (figur 4.9). I Hedmark er det særlig andelen i aldersgruppen 75-84 som øker i Statistisk sentralbyrås framskrivninger, men det er også framskrevet en klar økning i andelen 85-94 år, og en relativt sett liten økning i andelen i aldersgruppen 65-74 år.

Figur 4.9 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Hedmark

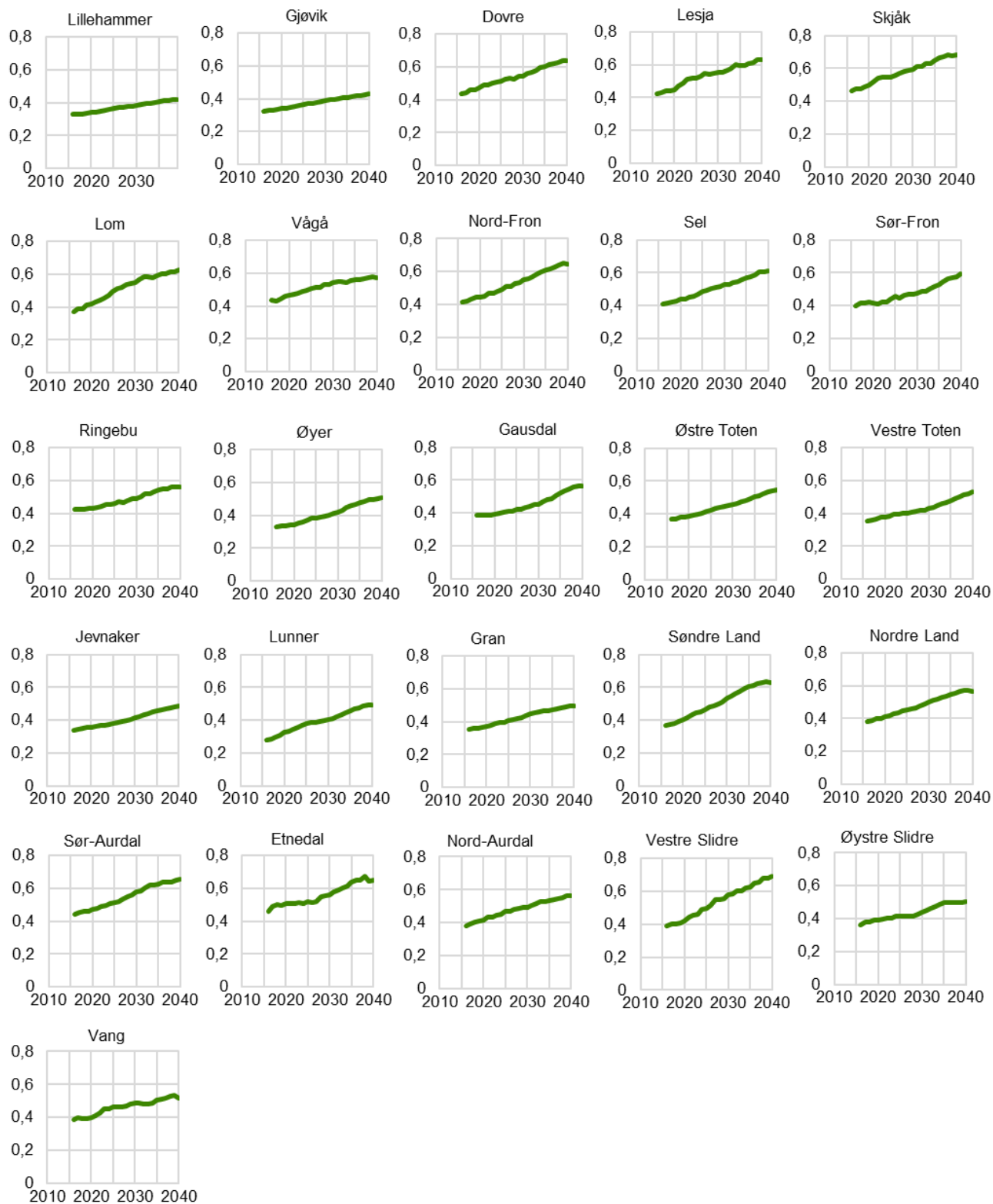


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Oppland

Mange av kommunene i Oppland har i dag høye omsorgsbyrder, og ifølge Statistisk sentralbyrås framskrivinger forventes disse også å øke sterkt i årene fram mot 2040 (figur 4.10). En økning i omsorgsbyrdene er framskrevet i alle Opplandskommunene, men det er også store forskjeller mellom kommuner i den framskrevne aldringen. Blant kommunene i prognoseregionene Nord-Gudbrandsdalen (Dovre, Lesja, Skjåk, Lom, Vågå og Sel) og Midt-Gudbrandsdalen (Nord-Fron, Sør-Fron og Ringeby) er mønstrene for utviklingen i omsorgsbyrder i hovedsak forholdsvis like. Omsorgsbyrdene i 2016 varierer mellom 0,37 (Lom kommune) og 0,46 (Skjåk kommune), mens de framskrevne omsorgsbyrdene i 2040 varierer i spennet mellom 0,56 og 0,68 i henholdsvis Ringeby og Skjåk. Lillehammer-regionen omfatter kommunene Lillehammer, Øyer og Gausdal. I Lillehammer-regionen er dagens omsorgsbyrder noe lavere, (mellom 0,33 og 0,38), og de framskrevne omsorgsbyrdene er også i hovedsak lavere i denne regionen. Den høyeste framskrevne omsorgsbyrden i Lillehammer-regionen i 2040 er på 0,57, og er framskrevet i Gausdal kommune. En omsorgsbyrde på 0,57 tilsvarer en befolkning der det er 1,75 personer i aldersgruppen 20-64 år for hver person i aldersgruppen 65 år og over. Blant kommunene i Valdres-regionen (Sør-Aurdal, Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre Slidre, Øystre Slidre og Vang) har Sør-Aurdal og Etnedal de høyeste omsorgsbyrdene i 2016, på rundt 0,45. Her er det også framskrevet en sterk økning i omsorgsbyrdene til 0,65 i 2040. Den sterke økningen i omsorgsbyrde i Valdres er imidlertid framskrevet i Vestre Slidre kommune, der omsorgsbyrden er framskrevet å øke fra 0,39 i 2016 til 0,69 i 2040. I Hadeland-regionen finner vi kommunene Jevnaker, Lunner og Gran. I Hadeland-regionen er omsorgsbyrdene i alle kommunene framskrevet til i underkant av 0,5 i 2040. Omsorgsbyrdene i Gjøvik-regionen (Gjøvik, Østre Toten, Vestre Toten, Søndre Land og Nordre Land) varierer i 2016 mellom 0,32 i Gjøvik og 0,38 i Nordre Land. Den største økningen i omsorgsbyrde er framskrevet i Søndre Land, der omsorgsbyrden vil øke fra 0,37 i 2016 til 0,63 i 2040 dersom Statistisk sentralbyrås hovedalternativ slår til.

Figur 4.10 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Oppland

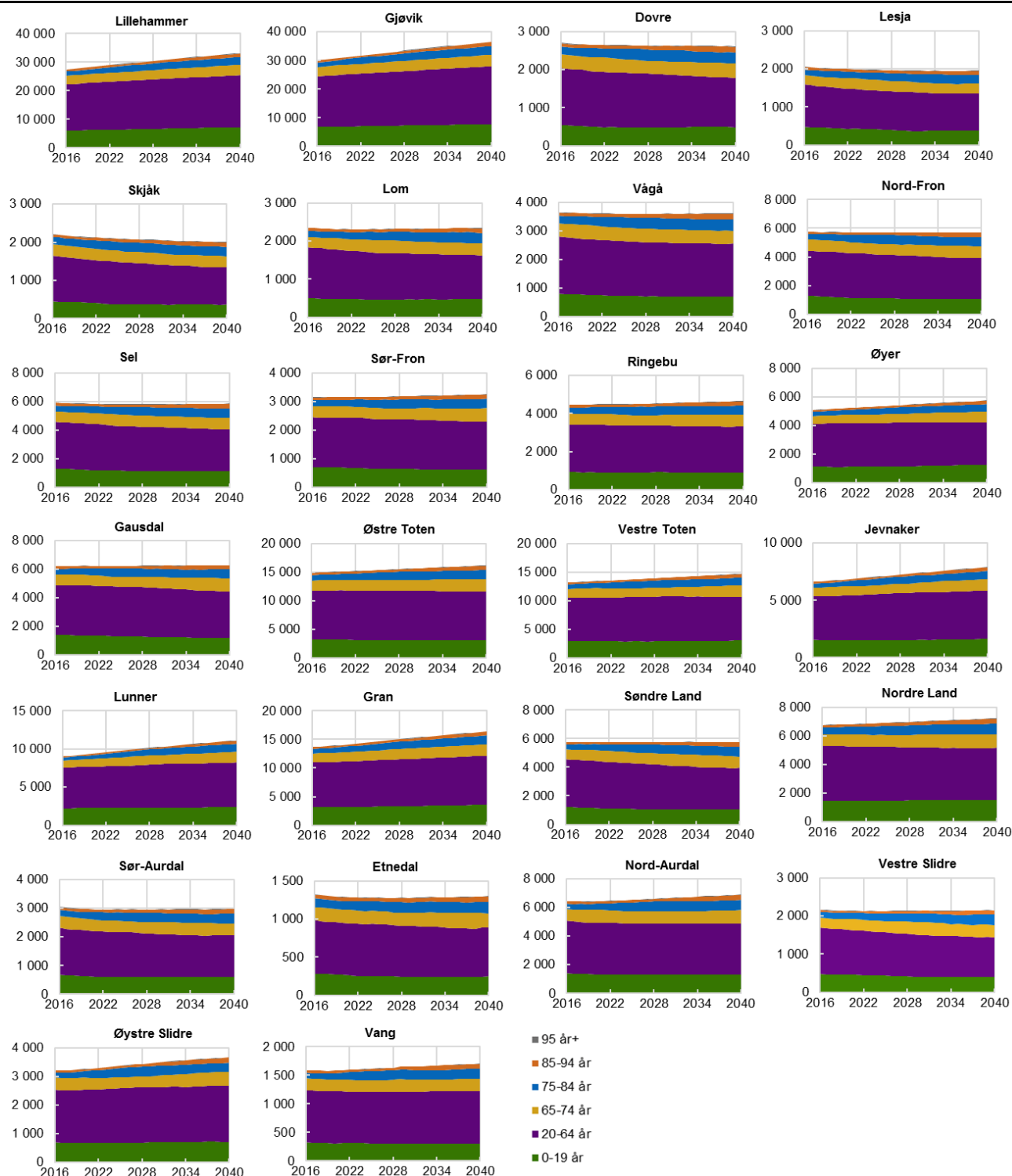


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Oppland

I alle kommunene i Oppland er det framskrevet en økning i andelen eldre, men i motsetning til i Hedmark er det få kommuner som i tillegg har fått framskrevet en klar generell befolkningsnedgang. I de fleste kommunene er det framskrevet et økende, forholdsvis stabilt eller svakt synkende folketall i kommunene fram mot 2040 (figur 4.11). I Oppland er det særlig andelen i aldersgruppen 75-84 år som øker sterkt i hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivninger, men det er også framskrevet en sterk økning i andelen i aldersgruppen 85-94 år i flere kommuner.

Figur 4.11 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Oppland

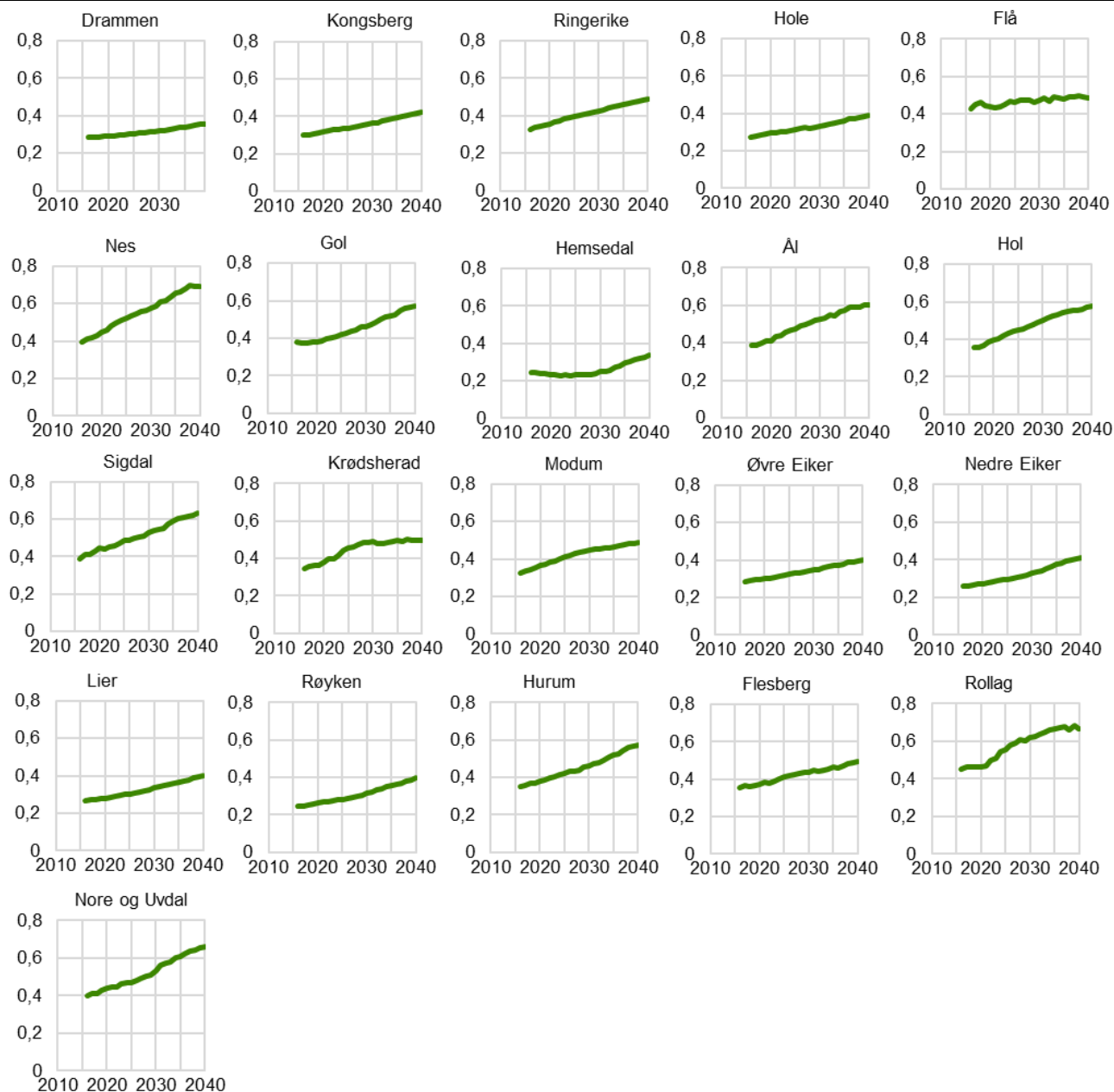


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Buskerud

Sammenliknet med de andre fylkene ligger omsorgsbyrden i Buskerud i 2016 rundt midten av fordelingen, mens den framskrevne økningen i omsorgsbyrde i fylket er forholdsvis svak. Fylket beveger seg fra en 9. plass i 2016 til en 7. plass i 2040 på lista over fylker med lavest omsorgsbyrde (Figur 3.7). I Drammensregionen (Drammen, Sigdal, Modum, Øvre Eiker, Nedre Eiker, Lier, Røyken og Hurum) er den minste økningen i omsorgsbyrde framskrevet i Drammen kommune fra 0,29 til 0,36, mens den klart største økningen er ventet i kommunene Hurum og Sigdal, fra henholdsvis 0,35 og 0,39 i 2016 til 0,57 og 0,63 i 2040. I kommunene Nedre Eiker, Øvre Eiker, Røyken og Lier er omsorgsbyrdene framskrevet til rundt 0,4 i 2040, mens den framskrevne omsorgsbyrden i Modum kommune samme år er noe høyere, på 0,48. Prognoseregionen Hønefoss omfatter kommunene Ringerike, Hole og Krødsherad. I Hønefoss-regionen er det framskrevet forholdsvis moderate økninger i omsorgsbyrdene – fra 0,28 til 0,39 i Hole, fra 0,33 til 0,49 i Ringerike, og fra 0,34 til 0,5 i Krødsherad. En omsorgsbyrde på 0,5 betyr at det er to personer i alderen 20 til 64 for hver person i aldersgruppen 65 år og over. Lengre nord i fylket, i prognoseregionen Hallingdal (Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol), har Flå kommune den høyeste omsorgsbyrden i 2016, på 0,43, men også den svakeste framskrevne økningen i omsorgsbyrde, til 0,49 i 2040. En sterkere økning i omsorgsbyrder er framskrevet i Hol, Gol, Ål og Nes, der omsorgsbyrdene i Statistisk sentralbyrås framskrivninger er ventet å øke fra mellom 0,36 og 0,4 til mellom 0,57 og 0,69. Hemsedal kommune har fylkets laveste omsorgsbyrder i 2016, med 0,24, og i Statistisk sentralbyrås framskrivninger beholder kommunen denne posisjonen fram mot 2040, da omsorgsbyrden er framskrevet til 0,34. Sørvest i fylket, i Kongsberg-regionen, er det framskrevet en relativt moderat økning i omsorgsbyrdene i Kongsberg og Flesberg, og en langt sterkere økning i omsorgsbyrdene i Nore og Uvdal og Rollag fra henholdsvis 0,4 og 0,45 til 0,66 og 0,67.

Figur 4.12 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Buskerud

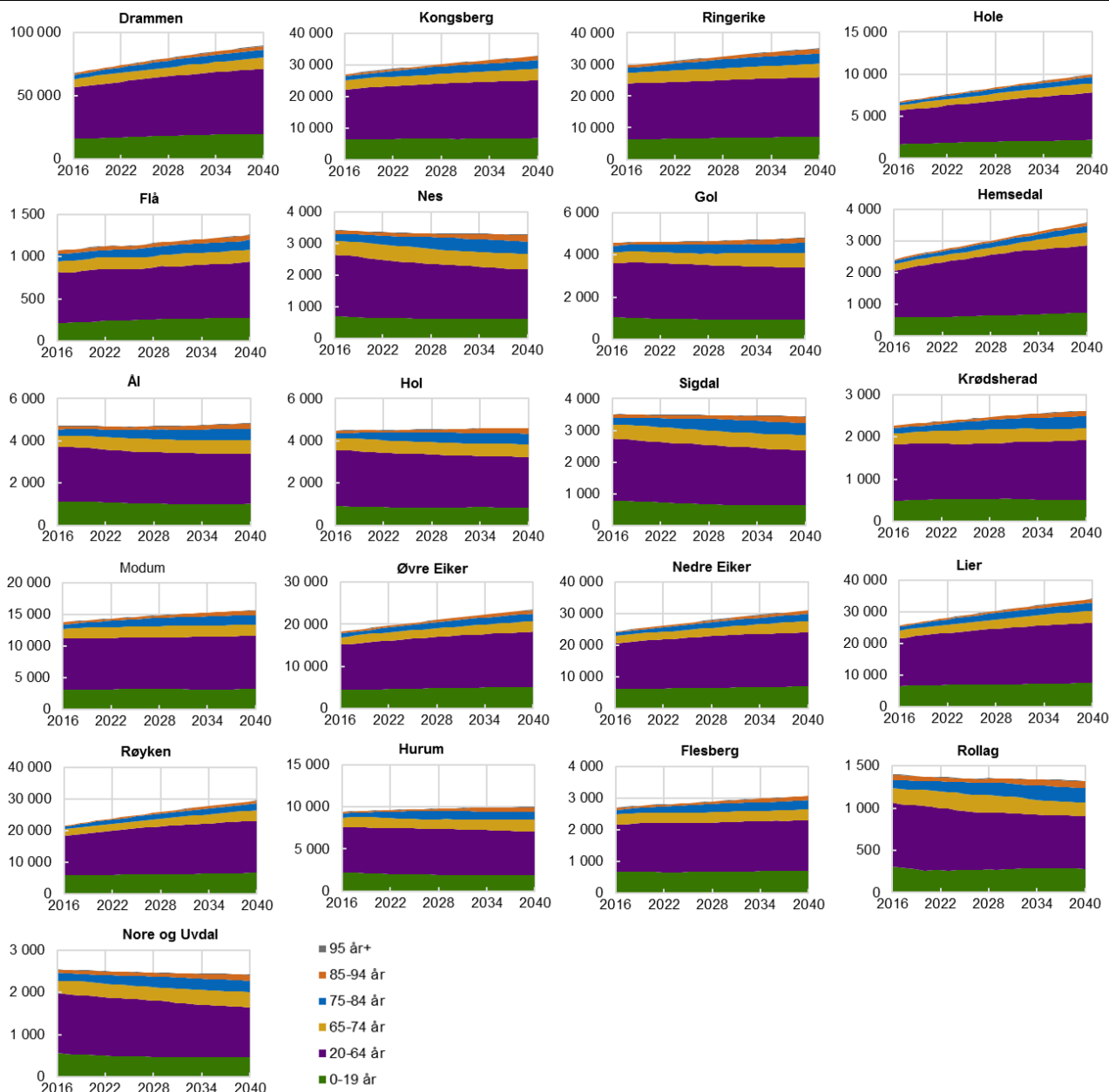


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Buskerud

I Buskerud er det framskrevet en økning i antall eldre i alle kommunene, men også befolkningsvekst i de fleste kommunene (figur 4.13). Sammenliknet med de andre fylkene i landet er særlig den framskrevne økningen i andelene i aldersgruppene 65-74 og 75- 84 moderat i Buskerud. Likevel forventes særlig kommunene Nes og Rollag å oppleve en forsterket aldring på grunn av på en framskrevet befolkningsnedgang.

Figur 4.13 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Buskerud



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

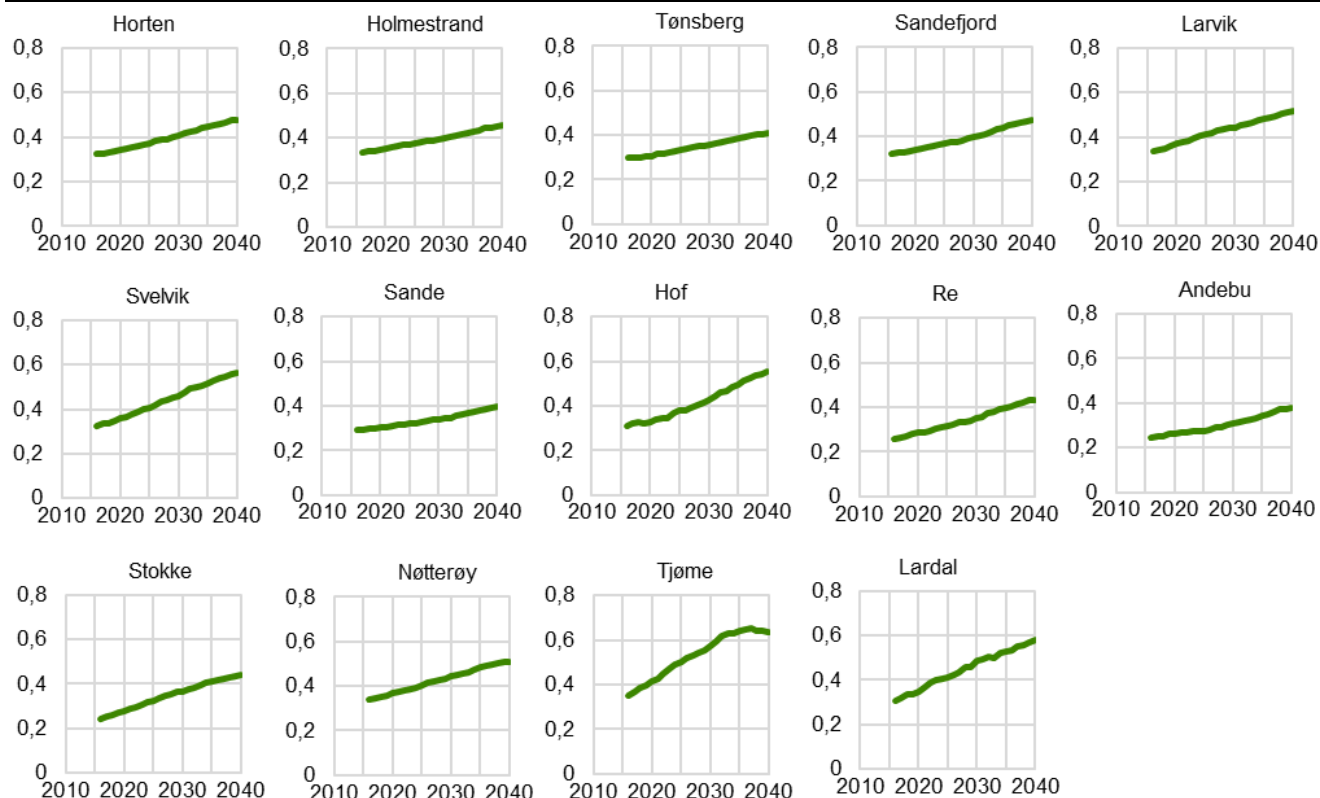
Omsorgsbyrder i kommuner i Vestfold

1. januar 2017 ble kommunene Sandefjord, Andebu og Stokke slått sammen til én kommune (Sandefjord). I den forbindelse ble også området Vear overført fra Stokke kommune til Tønsberg kommune. Dette medførte en endring i befolknings sammensetningen i både Tønsberg og Stokke kommune, og dermed også i nye Sandefjord kommune som ikke er tatt høyde for i Statistisk sentralbyrås framskrivninger. Omsorgsbyrdene som presenteres i figur 4.14 er derfor basert på kommunestrukturen i 2016, før kommunesammenslåing og grenseendring, og leseren bør ta høyde for dette når resultatene tolkes.

Kommunene Sande og Svelvik utgjør en egen prognoseregion, og har i 2016 omsorgsbyrder på henholdsvis 0,29 og 0,32. Det er framskrevet en langt sterkere økning i omsorgsbyrden i Svelvik enn i Sande. Omsorgsbyrdene er framskrevet til 0,4 i Sande og 0,57 i Svelvik. Prognoseregionen Tønsberg/Horten omfatter kommunene Horten, Tønsberg, Re, Andebu, Stokke, Nøtterøy og Tjøme. Før sammenslåingen var omsorgsbyrdene i Andebu og Stokke på i overkant av 0,24, mens de er framskrevet til henholdsvis 0,38 og 0,44 i 2040. I Tønsberg-regionen

forøvrig er omsorgsbyrden i 2016 lavest i Re kommune, med 0,26. I de øvrige kommunene varierer omsorgsbyrdene mellom 0,3 i Tønsberg og 0,35 i Tjøme. I likhet med Stokke er omsorgsbyrdene i Re og Tønsberg framskrevet til i overkant av 0,4 i 2040. Den høyeste framskrevne omsorgsbyrden Vestfold i 2040 finner vi i Tjøme kommune, på 0,63. En omsorgsbyrde på 0,63 svarer til i underkant av 1,6 personer i alderen 20 til 64 for hver person i alderen 65 år og over. I prognoseregionen Sandefjord/Larvik (Lardal, Sandefjord og Larvik) er omsorgsbyrdene i 2016 på mellom 0,3 og 0,34, og framskrevet til henholdsvis 0,58, 0,47 og 0,51. I Hof kommune er det framskrevet en sterk økning i omsorgsbyrden, fra 0,31 i 2016 til 0,55 i 2040, mens den framskrevne økningen i omsorgsbyrde er klart svakere i Holmestrand.

Figur 4.14 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Vestfold

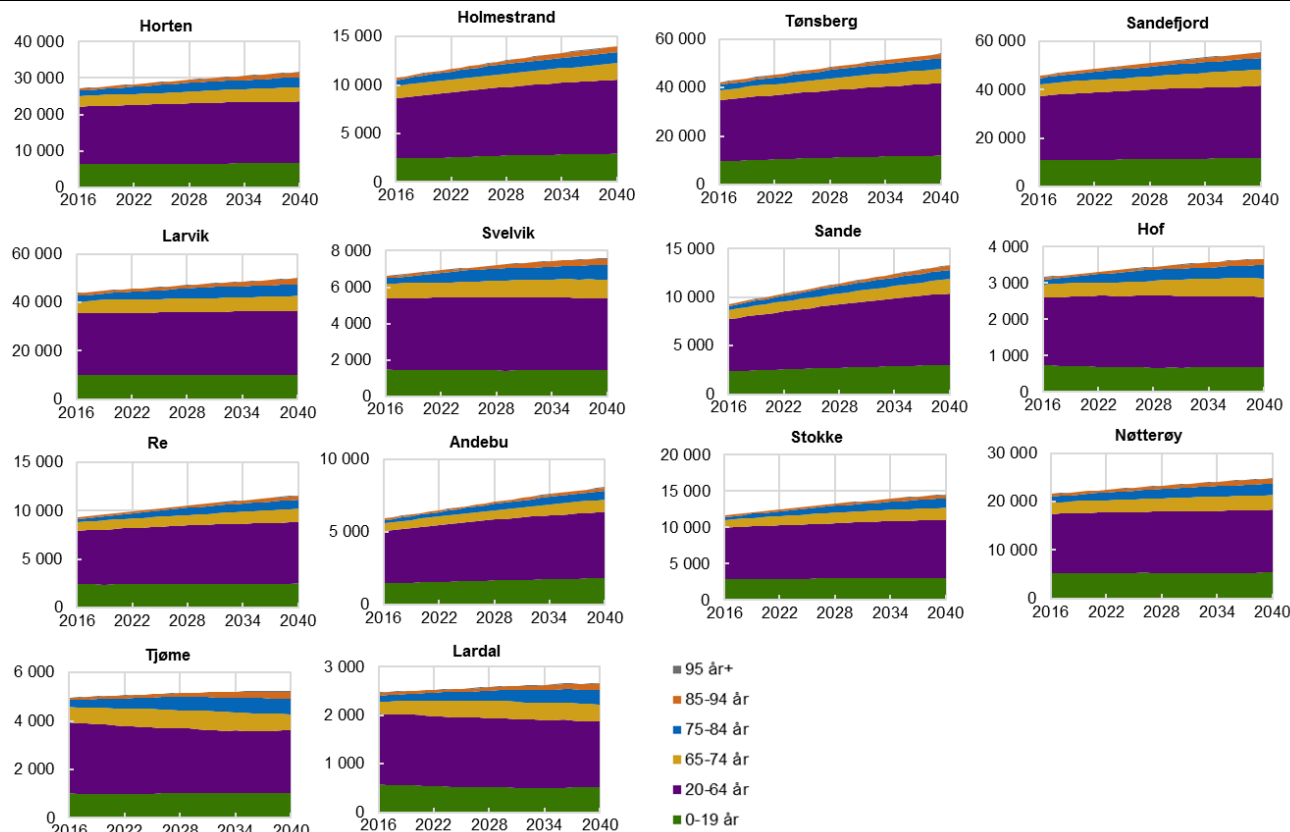


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Vestfold

I Vestfold er det framskrevet både befolkningsvekst og en økning i antall eldre i alle kommunene fram mot 2040 (figur 4.15). Også her er det aldersgruppen 75-84 år som øker mest som andel av befolkningen, men relativt til andre fylker er det særlig framskrevet en sterk økning i andelen 65-74 år.

Figur 4.15 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Vestfold

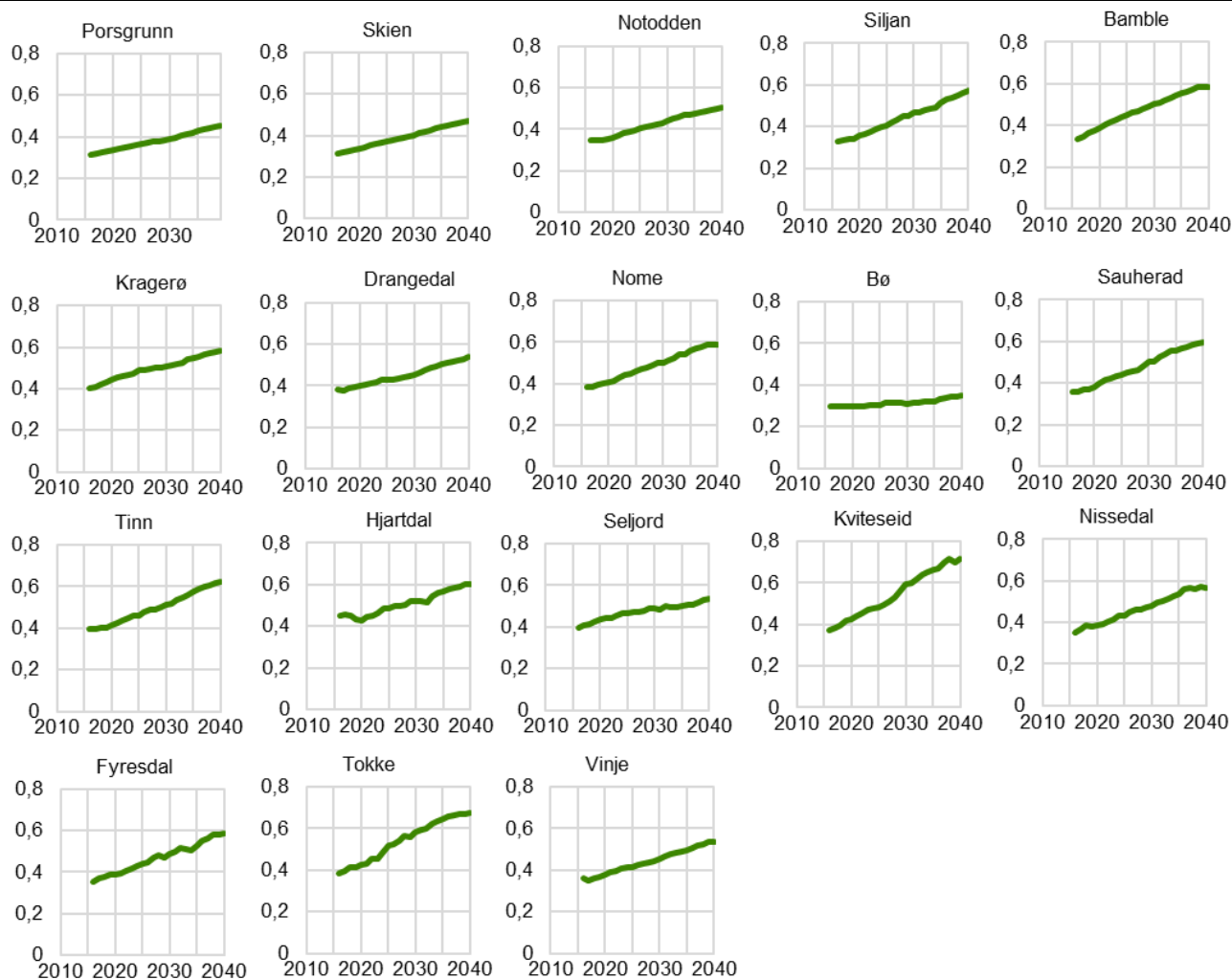


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Telemark

Telemark er i utgangspunktet et fylke med høy omsorgsbyrde, og omsorgsbyrden på fylkesnivå er i Statistisk sentralbyrås framskrivinger ventet å øke sterkt i årene fram mot 2040. Men som vist i figur 4.16, vil den framskrevne økningen i omsorgsbyrder for enkelte kommuner i Telemark være klart svakere enn økningen for fylket samlet. Kommunene i Skien/Porsgrunn-regionen (Porsgrunn, Skien, Siljan, Bamble og Nome) har et forholdsvis likt utgangspunkt, med omsorgsbyrder mellom 0,31 og 0,34 i 2016. Unntaket er Nome kommune, som har en noe høyere omsorgsbyrde på 0,38. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker omsorgsbyrdene fram mot 2040 til rundt 0,46 i Skien og Porsgrunn og til rundt 0,58 i Siljan, Bamble og Nome. I Vest-Telemark (Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke og Vinje) er omsorgsbyrdene i 2040 også forholdsvis like, og varierer mellom 0,35 i Nissedal og 0,4 i Seljord. De framskrevne omsorgsbyrdene i 2040 varierer imidlertid mellom i overkant av 0,53 i Seljord og Vinje og 0,71 i Kviteseid. 0,71 er den høyeste framskrevne omsorgsbyrden i fylket, og svarer til rundt 1,4 personer i alderen 20-64 per person i alderen 65 år og over. I Drangedal og Kragerø er omsorgsbyrdene i 2016 på henholdsvis 0,38 og 0,4, og i Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker disse til 0,54 og 0,58 i 2040. Omsorgsbyrden i Tinn kommune er i utgangspunktet på samme nivå, på 0,4, men den framskrevne økningen i omsorgsbyrde er sterkere her, og i 2040 er den framskrevne omsorgsbyrden på 0,62. Notodden/Bø-regionen omfatter kommunene Notodden, Bø, Sauherad og Hjartdal. Her er omsorgsbyrden i 2016 lavest i Bø kommune, og her er det framskrevet en svak økning i omsorgsbyrden fra 0,3 i 2016 til 0,35 i 2040. Den framskrevne økningen i omsorgsbyrder er klart sterkere i kommunene Notodden, Sauherad og Hjartdal, og i 2040 er de framskrevne omsorgsbyrdene på 0,5 i Notodden og på rundt 0,6 i Sauherad og Hjartdal.

Figur 4.16 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Telemark

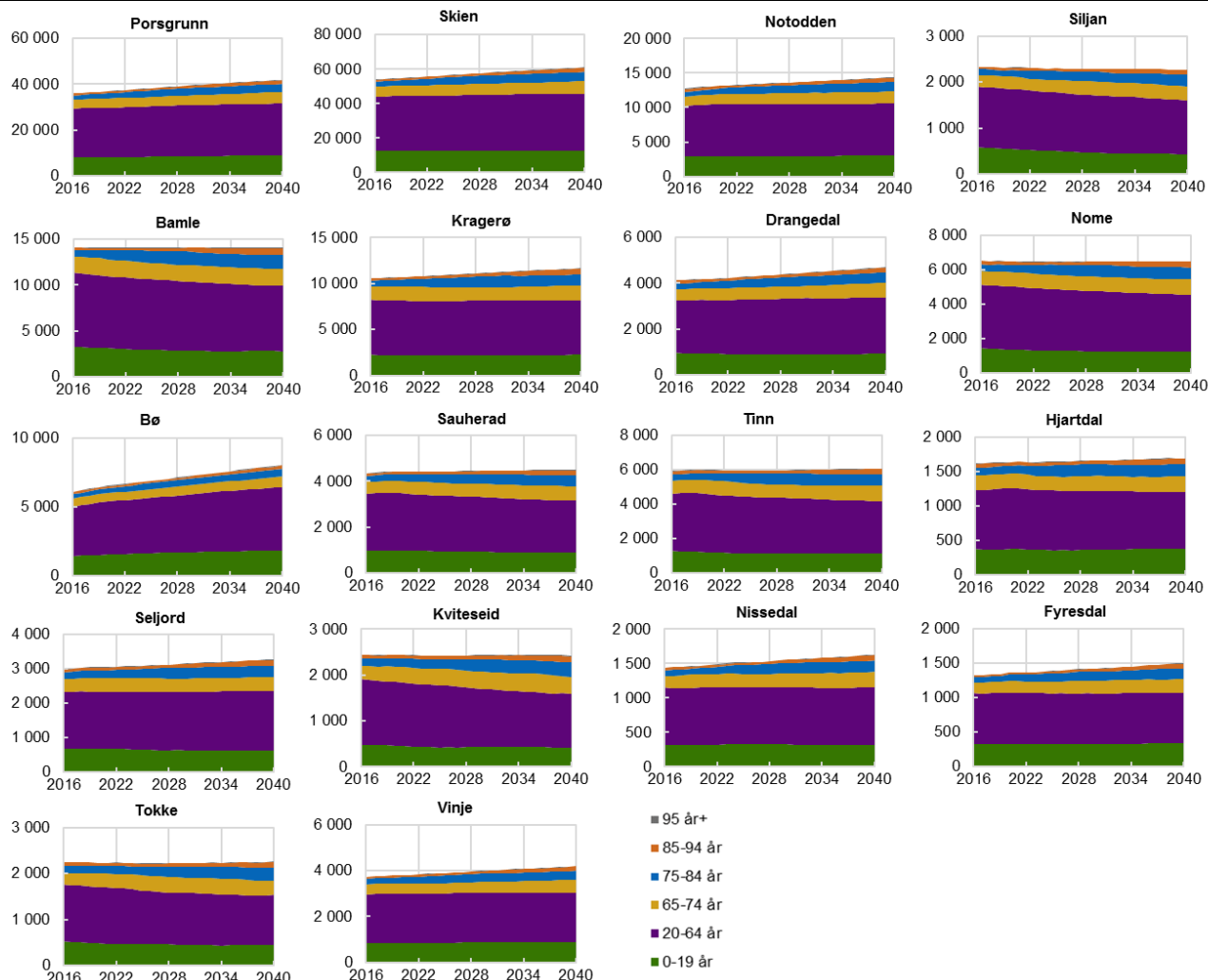


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Telemark

I hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger har det blitt framskrevet noenlunde stabilt eller økende folketall i alle kommunene i Telemark (figur 4.17), men i flere av kommunene har det også blitt framskrevet en sterk økning i antall og andel eldre. Sammenliknet med de andre fylkene i landet er det i Telemark fylke framskrevet en særlig sterk økning i andelen i aldersgruppen 75-84 år, men det er også framskrevet en relativt sterk økning i andelen i aldersgruppen 85-94 år.

Figur 4.17 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Telemark

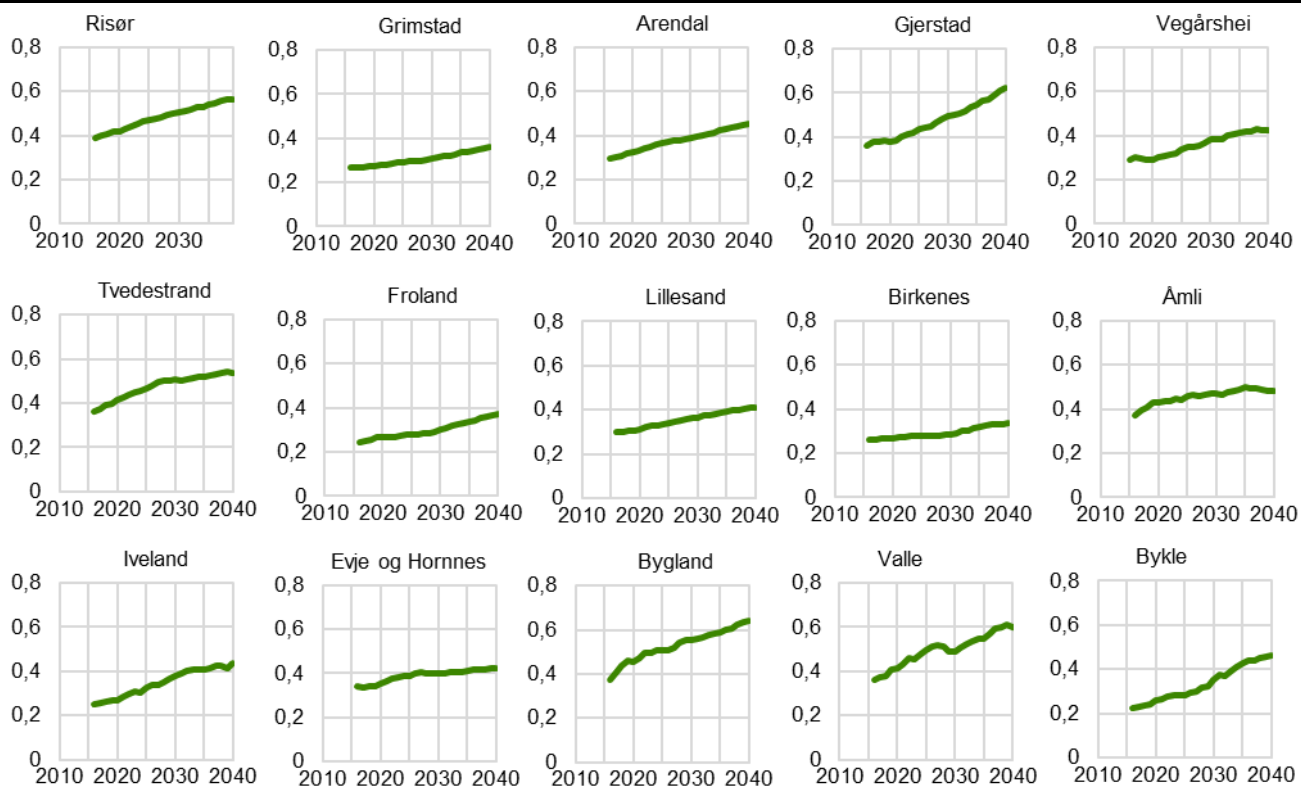


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Aust-Agder

I Statistisk sentralbyrås framskrivninger øker omsorgsbyrdene i alle kommunene i Aust-Agder fram mot 2040 (figur 4.18). Men det er allikevel betydelig variasjon mellom kommunene i både tempo og utgangsnivå for den framskrevne økningen i omsorgsbyrder. I Birkenes og Lillesand er den framskrevne økningen i omsorgsbyrder fram mot 2040 forholdsvis moderat, fra henholdsvis 0,26 og 0,3 i 2016 til 0,34 og 0,41 i 2040. Prognoseregionen Risør omfatter kommunene Risør, Gjerstad og Grimstad. Grimstad kommune har en omsorgsbyrde i 2016 på nivå med Birkenes, og framskreven omsorgsbyrde i 2040 på 0,36. Kommunene Risør og Gjerstad har forholdsvis høye omsorgsbyrder i 2016, og framskrevne omsorgsbyrder på henholdsvis 0,57 og 0,62 i 2040. I prognoseregionen Setesdal (Evje og Hornnes, Bykle, Iveland, Valle og Bygland) er den framskrevne økningen i omsorgsbyrder i Evje og Hornnes kommune er ikke veldig stor (fra 0,34 i 2016 til 0,42 i 2040). Men i de øvrige kommunene i regionen er den framskrevne økningen i omsorgsbyrder klart sterkere. I Bykle, Iveland, Valle og Bygland er omsorgsbyrdene framskrevet å øke fra henholdsvis 0,22, 0,25, 0,36 og 0,37 til 0,47, 0,43, 0,6 og 0,64. Blant kommunene i Arendal-regionen (Arendal, Vegårshei, Tvedestrand, Froland og Åmli) er det stor variasjon i de framskrevne omsorgsbyrdene. I kommunene Arendal og Vegårshei er omsorgsbyrdene i underkant av 0,3 i 2016, og framskrevet til i overkant av 0,4 i 2040. Tvedestrand og Åmli har omsorgsbyrder på 0,37 i 2016, og framskrevne omsorgsbyrder på henholdsvis 0,54 og 0,48 i 2040. Froland har klart lavere nåtidig og framskrevet omsorgsbyrde enn de andre kommunene i regionen, på 0,24 i 2016 og framskrevet til 0,37 i 2040.

Figur 4.18 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Aust-Agder

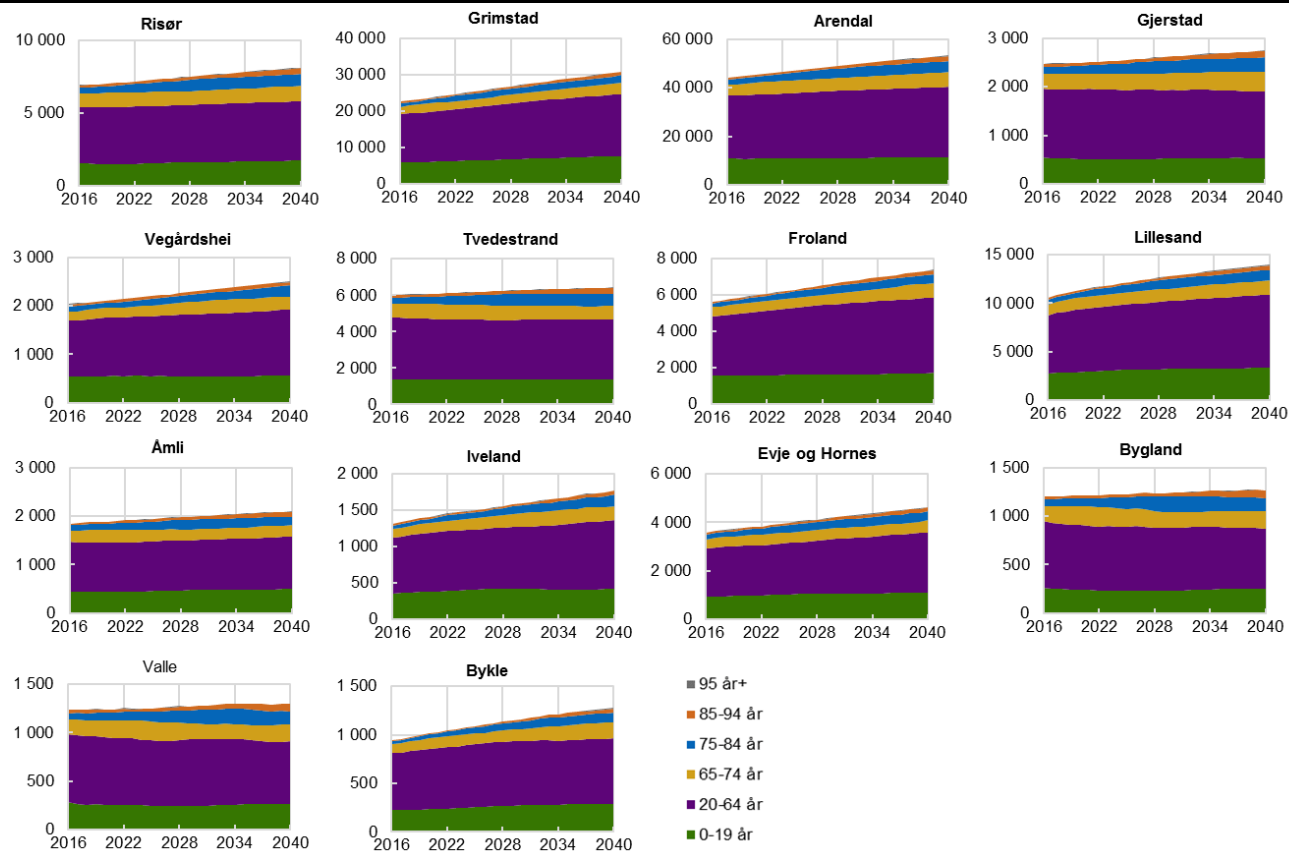


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Aust-Agder

I Aust-Agder er det framskrevet befolkningsvekst i alle kommunene, men også en betydelig økning i andelen eldre i flere kommuner (figur 4.19). Sammenliknet med de andre fylkene er økningen i andelen i alderen 65-74 forholdsvis svak, og det meste av økningen i andelen eldre kommer av at det er framskrevet en relativt moderat økning i andelen av befolkningen i aldersgruppene 75-84 og 85-94 år.

Figur 4.19 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Aust-Agder

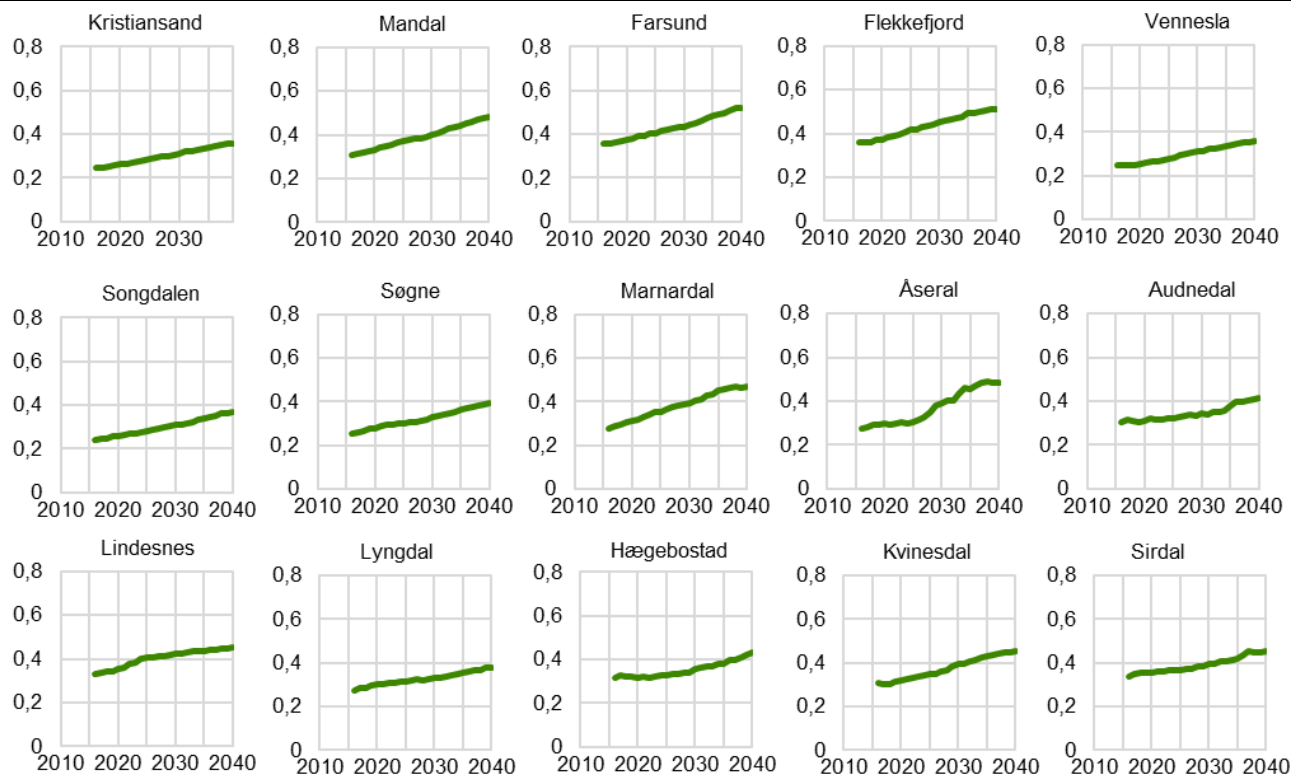


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Vest-Agder

Sammenliknet med mange andre fylker i Norge, er den framskrevne økningen i omsorgsbyrde i Vest-Agder forholdsvis moderat (figur 4.20). Lengst øst i fylket, i Kristiansand-regionen hadde alle de fire kommunene, inkludert Kristiansand kommune i 2016 omsorgsbyrder på rundt 0,25. I kommunene Songdalen, Kristiansand og Vennesla er omsorgsbyrdene i 2040 framskrevet til rundt 0,36, mens omsorgsbyrden i Søgne kommune er framskrevet til 0,39 i samme år. Lenger vest i fylket, i Mandal-regionen (Mandal, Marnardal, Åseral, Audnedal og Lindesnes), er dagens omsorgsbyrder noe høyere. Disse varierer mellom 0,28 i Åseral kommune og 0,33 i Lindesnes kommune. I disse kommunene er også de framskrevne omsorgsbyrdene i 2040 høyere enn i kommunene i Kristiansands-regionen. I Åseral, Marnardal og Mandal er omsorgsbyrdene i 2040 framskrevet til mellom 0,47 og 0,48. I Audnedal og Lindesnes er den framskrevne økningen i omsorgsbyrder noe svakere. Dersom hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger slår til vil omsorgsbyrdene her øke fra dagens nivå på henholdsvis 0,31 og 0,33 til 0,41 og 0,45 i 2040. Lenger vest, i Lyngdal/Farsund-regionen (Lyngdal, Farsund og Hægebostad), har Farsund kommune den høyeste framskrevne omsorgsbyrden i fylket i 2040, på 0,52. En omsorgsbyrde på 0,52 tilsvarer at det bor i underkant av to personer i alderen 20-64 i kommunen på 0,52 for hver person i alderen 65 år og over. Lyngdal har en klart lavere framskrevet omsorgsbyrde i 2040 på 0,38, mens Hægebostad har fått framskrevet en omsorgsbyrde på 0,43 i 2040. Lengst vest, i Flekkefjord-regionen (Flekkefjord, Kvinesdal og Sirdal) er omsorgsbyrdene i Kvinesdal og Sirdal framskrevet til rundt 0,45 i 2040, mens Flekkefjord kommune har fått framskrevet en høyere omsorgsbyrde på 0,51 i 2040.

Figur 4.20 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Vest-Agder

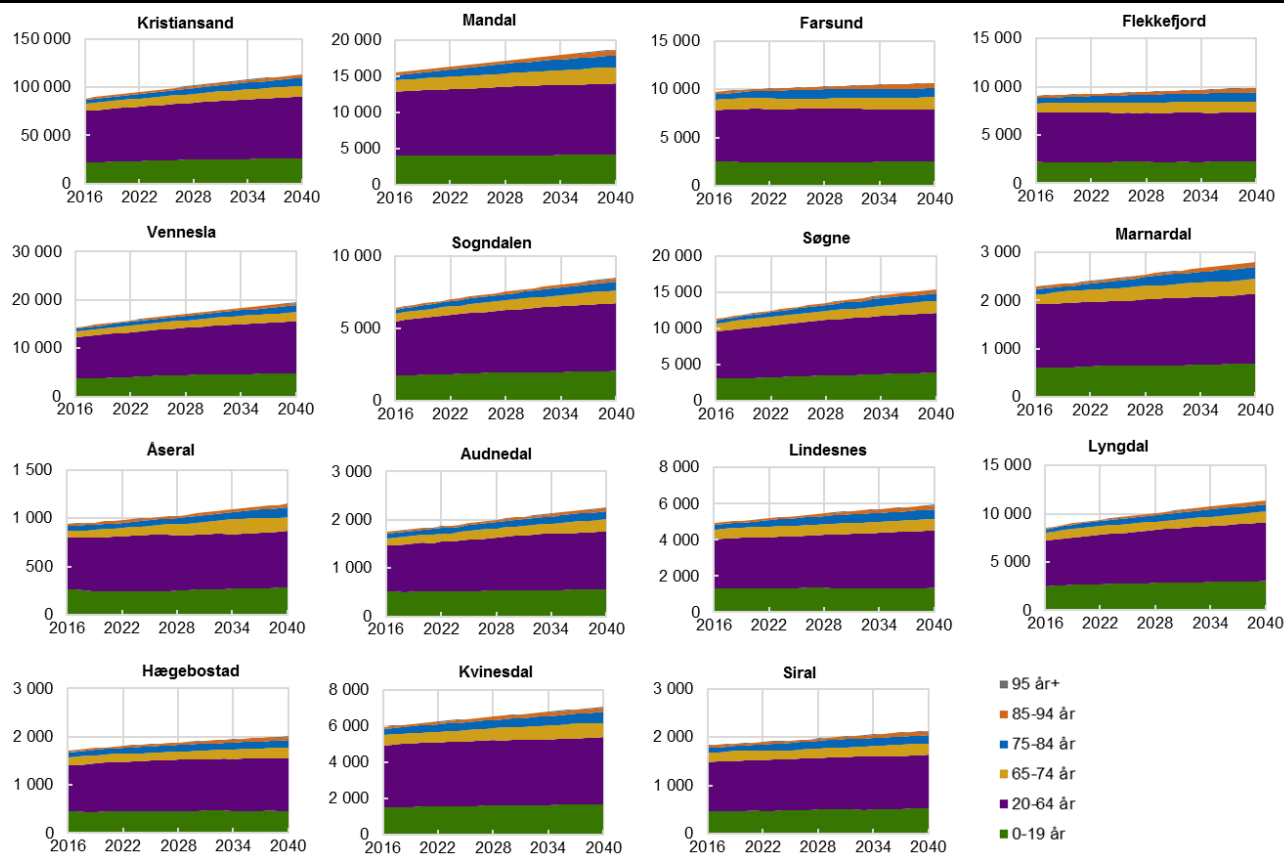


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Vest-Agder

I likhet med Aust-Agder er det i Vest-Agder framskrevet befolkningsøkning i alle kommunene fram mot 2040. Også her er det framskrevet en moderat økning i andelen eldre (figur 4.21), og i motsetning til de andre fylkene i landet er den framskrevne økningen i andelen eldre særlig svak i aldersgruppene 75-84 og 85-94 år.

Figur 4.21 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Vest-Agder



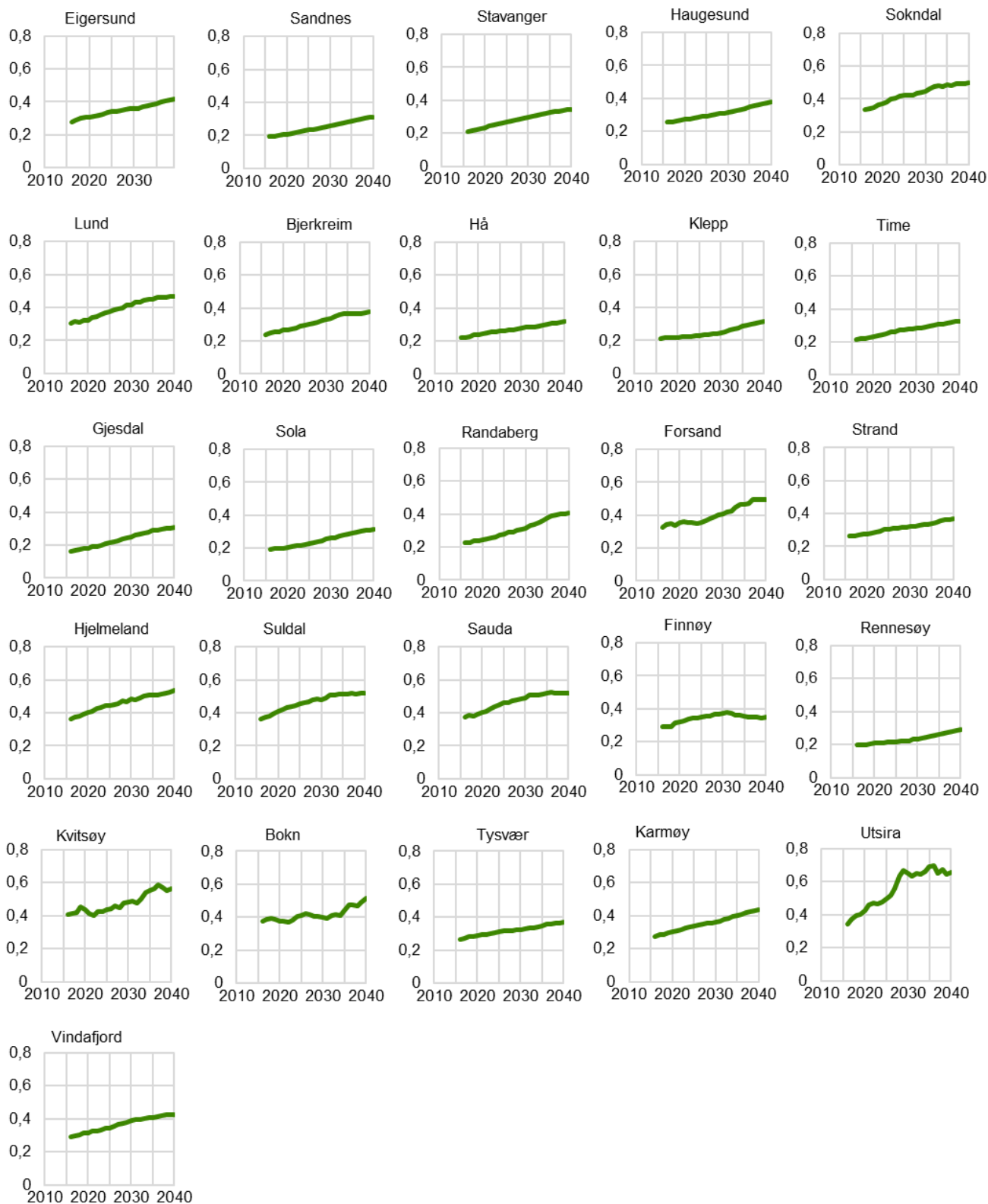
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Rogaland

Rogaland er et fylke med en forholdsvis ung befolkning, men med stor variasjon mellom kommunene i andelen eldre og utsikter til framtidige omsorgsbyrder (figur 4.22). De laveste omsorgsbyrdene i Rogaland, både i 2016 og framskrevet til 2040, finner vi i området rundt Stavanger og sør på Jæren. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger er Rogaland delt inn i fem prognoseregioner. Stavanger kommune utgjør en egen prognoseregion, og prognoseregionen Stavanger/Sandnes omfatter kommunene Gjesdal, Sandnes, Sola, Rennesøy, Randaberg, Strand, Finnøy, Forsand, Hjelmeland og Kvitsøy. I Stavanger, Sandnes, Sola og Rennesøy ligger omsorgsbyrdene i 2016 mellom 0,19 og 0,21, mens Gjesdal kommune har en omsorgsbyrde på 0,16. I disse kommunene øker omsorgsbyrdene til mellom 0,29 og 0,35 i 2040 i hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger. I kommunene Randaberg, Strand og Finnøy er omsorgsbyrdene på henholdsvis 0,22, 0,26 og 0,29, og i Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker disse til 0,41, 0,37 og 0,35 i 2040. I kommunene Forsand, Hjelmeland og Kvitsøy er omsorgsbyrdene i 2016 på henholdsvis 0,32, 0,36 og 0,41, og disse er framskrevet å øke fram mot 2040 til 0,49, 0,53 og 0,56 personer i aldersgruppen 65 år og over for hver person i alderen 20 til 64. I prognoseregionen Jæren er omsorgsbyrdene framskrevet å øke fra i overkant av 0,2 til i overkant av 0,3 i kommunene Time, Klepp og Hå. Bjerkreim, Eigersund, Lund og Sokndal utgjør prognoseregionen Egersund. Her er det klare forskjeller mellom kommunene i omsorgsbyrder i 2016, men disse øker noenlunde parallelt fra henholdsvis 0,24, 0,28, 0,31 og 0,33 til 0,38, 0,42, 0,47 og 0,49. I Haugesund-regionen (Haugesund, Suldal, Sauda, Bokn, Tysvær, Karmøy, Utsira og Vindafjord) ligger omsorgsbyrdene mellom 0,26 og 0,29 i Haugesund, Tysvær, Karmøy og Vindafjord. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker omsorgsbyrdene til i overkant av 0,37 i Haugesund og Tysvær, og rundt 0,43 i Karmøy og Vindafjord. I Suldal, Sauda og Bokn kommune ligger omsorgsbyrdene i 2016 rundt 0,37, og disse øker i Statistisk sentralbyrås framskrivinger til rundt 0,52. I Utsira kommune øker den framskrevne omsorgsbyrden først sterkt fra 0,34 i

2016 til 0,63 i 2028, og varierer deretter mellom 0,63 og 0,7 i tiden fram mot 2040. En omsorgsbyrde på 0,7 svarer til rundt 1,4 personer i alderen 20 til 64 for hver person i alderen 65 år og over. Samtidig er det verdt å minne om at Statistisk sentralbyrås framskrivinger for kommunene er svært usikre i mindre kommuner og på lengre sikt (Rogne og Tønnessen, 2014).

Figur 4.22 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Rogaland

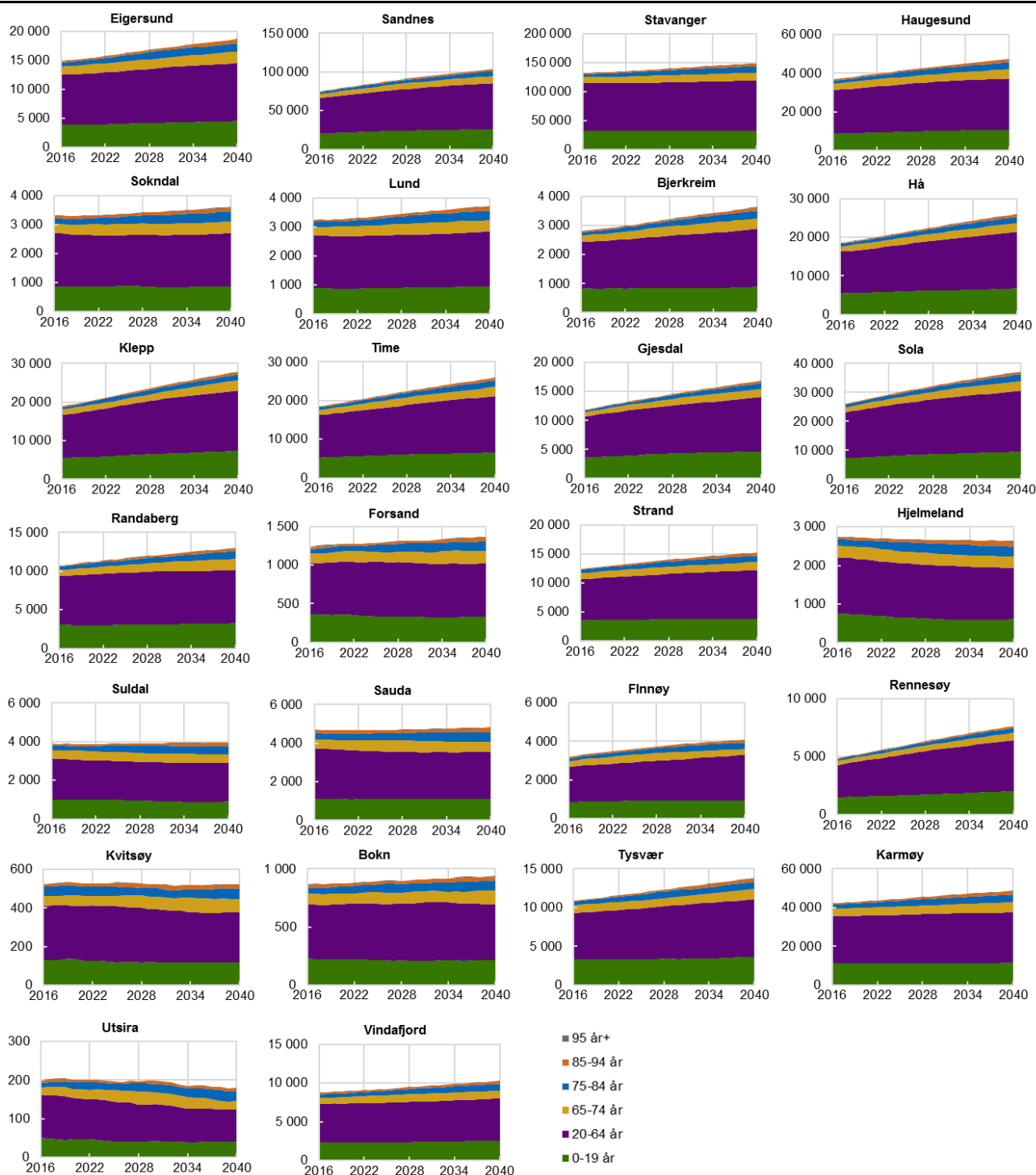


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Rogaland

Blant kommunene i Rogaland er det store forskjeller mellom kommunene i den framskrevne befolkningsutviklingen (figur 4.23). Mens det er framskrevet en klar befolkningsøkning i enkelte kommuner, som Gjesdal, Hå, Klepp, Rennesøy Sandnes, Sola, Strand, Time og Tysvær, er det framskrevet en svak befolkningsnedgang i Hjelmeland og en sterkere nedgang i Utsira kommune. Sammenliknet med de andre fylkene er det framskrevet en middels sterk økning i andelen eldre i Rogaland, og det er særlig de mindre sentrale kommunene i fylket som har fått framskrevet en sterk aldring, mens den framskrevne økningen i andelen eldre i bykommunene og kommunene rundt Stavanger er klart svakere.

Figur 4.23 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Rogaland

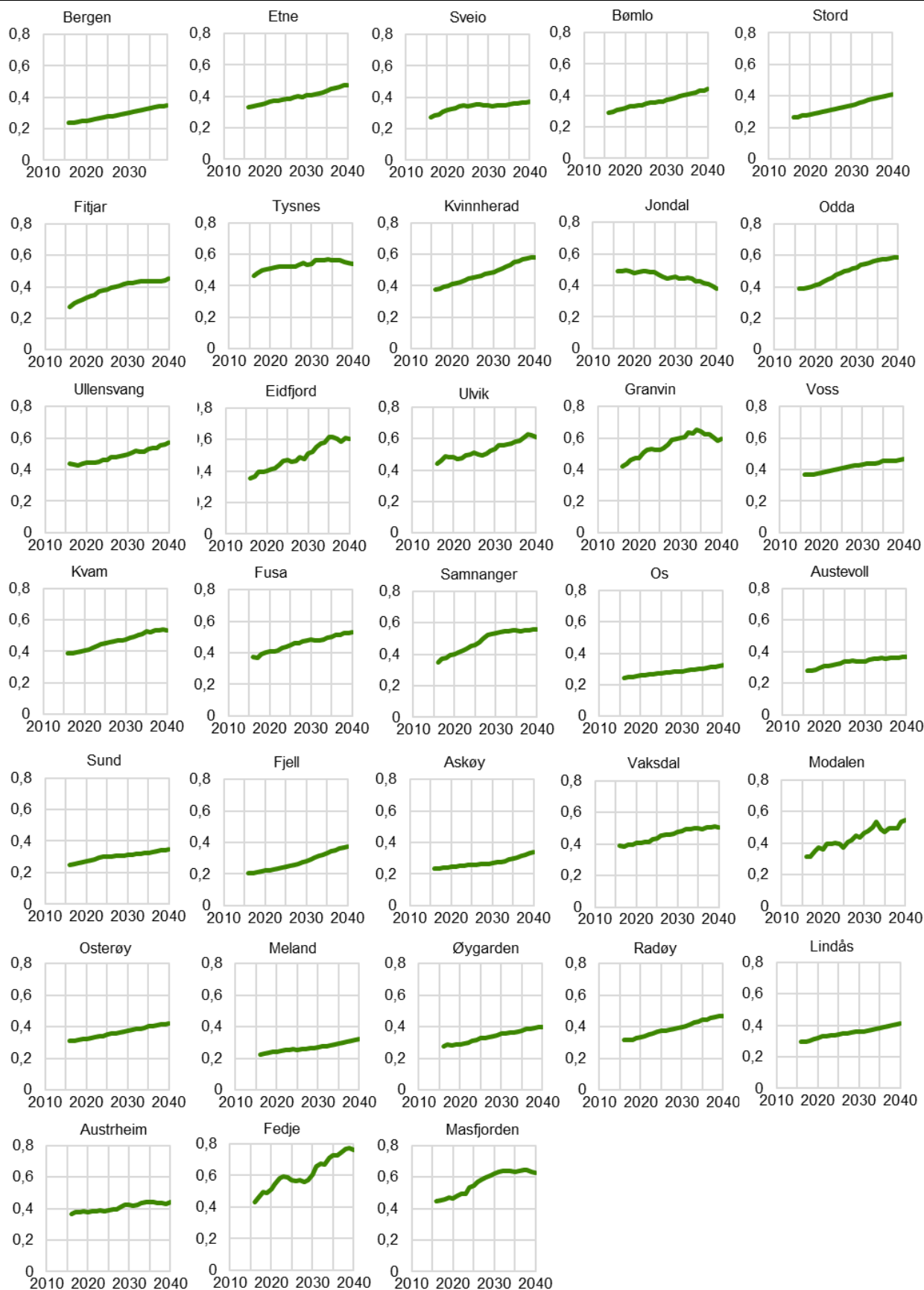


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Hordaland

I Statistisk sentralbyrås framskrivinger omfatter Bergensregionen 18 kommuner i Nordhordland og Midthordland (Kvam, Fusa, Samnanger, Os, Austevoll, Sund, Fjell, Askøy, Vaksdal, Modalen, Osterøy, Meland, Øygarden, Radøy, Lindås, Austrheim, Fedje og Masfjorden), mens Bergen by er skilt ut som en egen region. Som vist i figur 4.24 ligger omsorgsbyrdene for kommunene Bergen, Fjell, Meland, Askøy, Os, Sund, Øygarden, Austevoll og Lindås i 2016 på mellom 0,2 og 0,3, og de er framskrevet å øke til mellom 0,32 og 0,41 i 2040. I kommunene Osterøy, Modalen, Radøy, Samnanger, Austrheim, Fusa, Vaksdal og Kvam ligger omsorgsbyrdene i 2016 mellom 0,3 og 0,4, og her er omsorgsbyrdene framskrevet å øke til mellom 0,42 og 0,56. I Fedje kommune er den framskrevne økningen i omsorgsbyrde klart sterkere enn i regionen for øvrig, og i Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker omsorgsbyrden her fra 0,43 i 2016 til 0,76 i 2040. Til slutt har Masfjorden kommune i 2016 en omsorgsbyrde på 0,44, og denne øker til 0,63 i 2040 i hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger. I prognose-regionen Odda, som omfatter kommunene Eidfjord, Odda, Ullensvang og Jondal har Eidfjord den laveste omsorgsbyrden i 2016, med 0,36. Deretter følger Odda med 0,39, Ullensvang med 0,44 og Jondal med 0,49. I hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger er imidlertid økningen i omsorgsbyrder sterkest i Eidsfjord, fulgt av Odda, Ullensvang og Jondal, slik at de framskrevne omsorgsbyrdene i 2040 er høyest i Eidfjord, med 0,6, fulgt av Odda med 0,59, og Ullensvang med 0,57. I Jondal kommune er det faktisk framskrevet en nedgang i omsorgsbyrden til 0,38 i 2040. Kommunene Voss, Granvin og Ulvik utgjør i Statistisk sentralbyrås framskrivinger prognoseregionen Voss. I Voss kommune øker den framskrevne omsorgsbyrden fra 0,37 i 2016 til 0,46 i 2040, mens omsorgsbyrdene i Granvin og Ulvik øker fra henholdsvis 0,42 og 0,44 til 0,59 og 0,61. I Granvin kommune er det framskrevet en nedgang i omsorgsbyrden mot slutten av perioden. I Sunnhordland (Etne, Sveio, Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes og Kvinnherad) er det betydelig spredning i omsorgsbyrdene i 2016. Mens kommunene Stord, Fitjar, Sveio og Bømlo har omsorgsbyrder under 0,3, er omsorgsbyrden i Tysnes på 0,46. Når det gjelder de framskrevne omsorgsbyrdene i 2040 er disse lavest i Sveio (0,37) og høyest i Kvinnherad (0,58).

Figur 4.24 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Hordaland



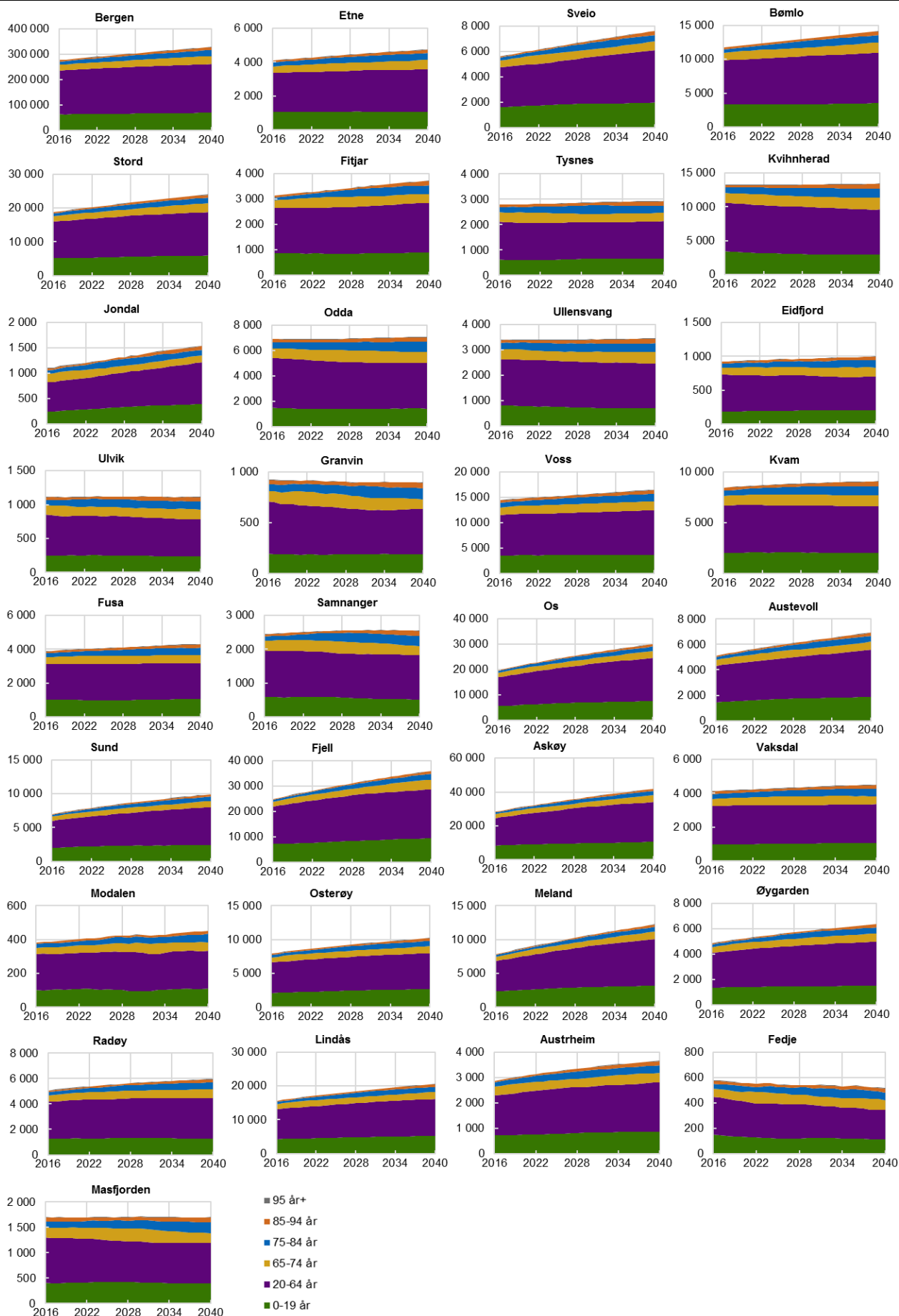
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Hordaland

I Hordaland er det framskrevet en befolkningsvekst eller et forholdsvis stabilt folketall i nesten alle kommunene (figur 4.25). Et unntak er Fedje kommune, der

hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger viser en befolkningsnedgang fram mot 2040. Som i alle andre fylker er det økningen i aldersgruppen 75-84 år som bidrar mest til økningen i andelen eldre, men sammenliknet med de andre fylkene øker andelen i denne gruppen forholdsvis svakt i Hordaland.

Figur 4.25 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Hordaland

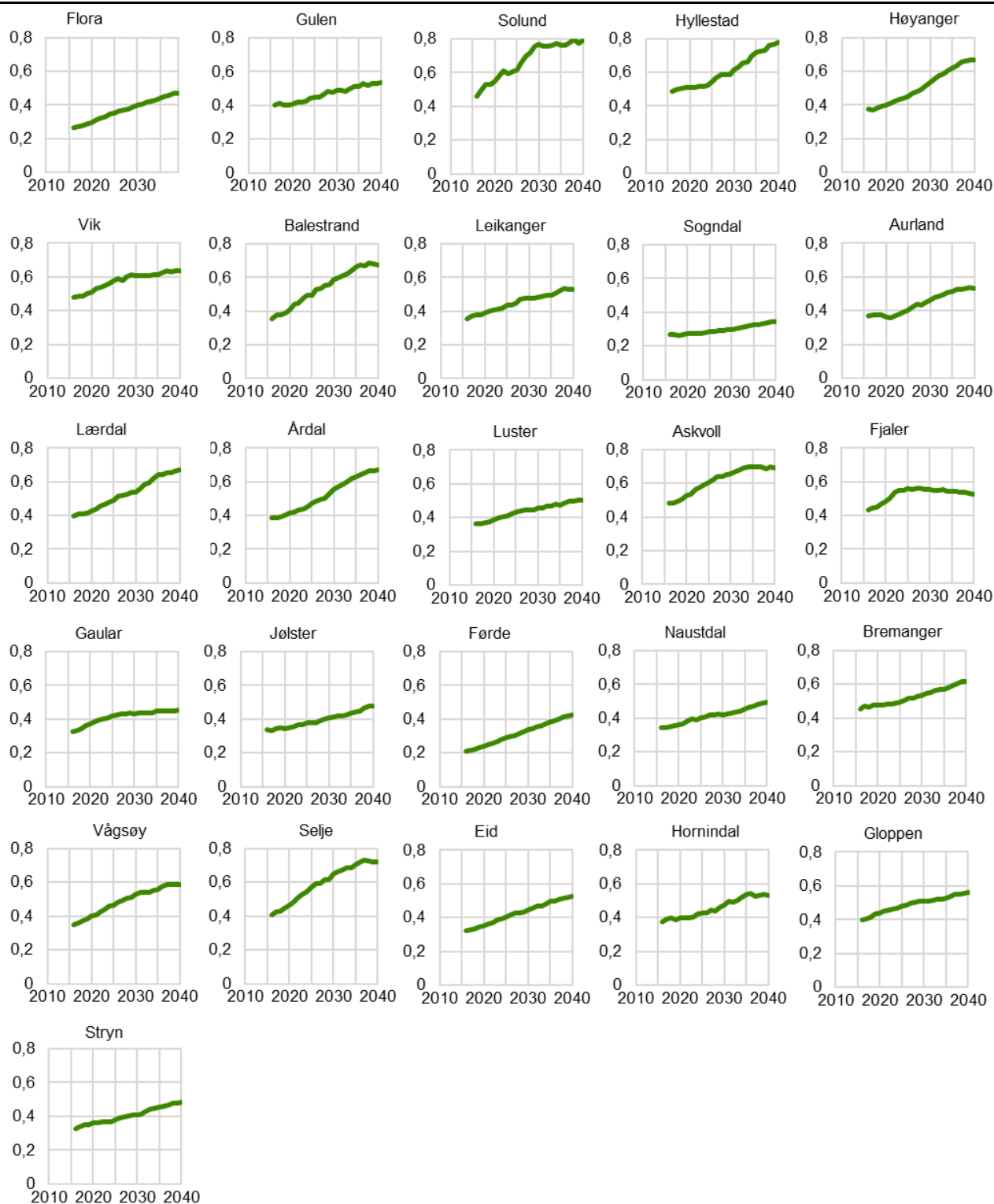


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Sogn og Fjordane

Sogn og Fjordane er det fylket i landet med høyest levealder. Dette innebærer også at det vil bli en klar økning i andelen eldre i årene framover. Framskrevne omsorgsbyrder for eldre er vist i figur 4.26. Den svakeste framskrevne økningen i omsorgsbyrder fram mot 2040 finner vi i Sogndal, der omsorgsbyrden er framskrevet å øke fra 0,27 i 2016 til 0,35 i 2040, og i Fjaler kommune, der den framskrevne omsorgsbyrden først stiger de første årene fra dagens nivå på 0,43, og deretter synker svakt mot 0,52 i 2040. I Høyanger-regionen (Gulen, Solund, Høyanger og Balestrand) er det framskrevet en forholdsvis sterk økning i omsorgsbyrdene i kommunene Balestrand, Høyanger og Solund, og en vesentlig svakere økning i Gulen. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker omsorgsbyrdene til rundt 0,67 i Balestrand og Høyanger, 0,79 i Solund, og 0,53 i Gulen kommune. Lenger inn i Sognefjorden, i Sogndal/Årdal-regionen (Vik, Leikanger, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal og Luster) er omsorgsbyrdene i 2016 lavest i Sogndal, på 0,27, og høyest i Vik, på 0,48. I de øvrige kommunene i prognoseregionen varierer omsorgsbyrdene i 2016 mellom 0,36 og 0,4. I 2040 har omsorgsbyrdene i Årdal, Lærdal og Vik blitt framskrevet til mellom 0,64 og 0,67, mens omsorgsbyrdene i Leikanger, Luster og Aurland har blitt framskrevet til i overkant av 0,5. Blant kommunene i Førde-regionen, som omfatter Hyllestad, Askvoll, Fjaler, Gaular, Jølster, Førde, Naustdal, har Førde kommune den laveste omsorgsbyrden i 2016, med 0,21, mens kommunene Askvoll og Hyllestad ligger i andre enden av skalaen med omsorgsbyrder på i overkant av 0,48. Askvoll og Hyllestad har fått framskrevet en økning i omsorgsbyrder til henholdsvis 0,69 og 0,78. Kommunene Førde, Gaular, Jølster, Naustdal og Fjaler har fått framskrevet omsorgsbyrder i 2040 på mellom 0,42 og 0,52. I Nordfjord-regionen, som omfatter Vågsøy, Selje, Eid, Hornindal, Gloppen og Stryn, har alle kommunene i 2016 omsorgsbyrder mellom 0,32 og 0,41. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger er omsorgsbyrdene her lavest i Stryn kommune, med 0,48, og klart høyest i Selje, med 0,72, som tilsvarer omtrent 1,4 personer i alderen 20-64 for hver person i alderen 65 år og over. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker omsorgsbyrden i Bremanger kommune fra 0,45 i 2016 til 0,61, i 2040. Flora kommune har på sin side fått framskrevet en økning i omsorgsbyrden fra 0,26 i 2016 til 0,47 i 2040.

Figur 4.26 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Sogn og Fjordane

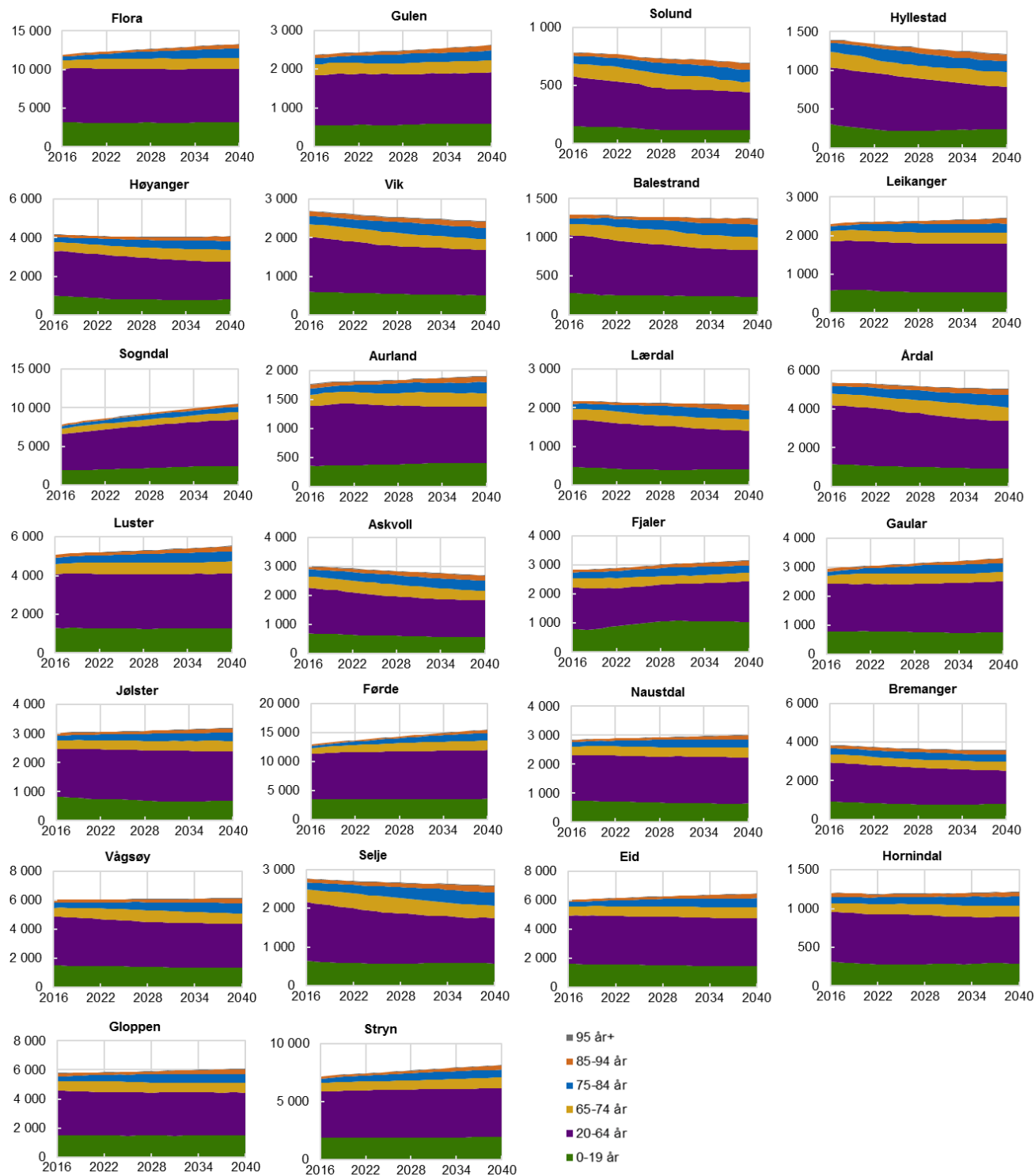


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Sogn og Fjordane

I Sogn og Fjordane er det framskrevet en sterk økning i både antall og andel eldre i en rekke kommuner (figur 4.27). I tillegg er det framskrevet en generell befolkningsnedgang i flere av kommunene, noe som bidrar til å forsterke aldringen. I Statistisk sentralbyrås framskrivninger får Sogn og Fjordane den nest høyeste økningen i andelen eldre fram mot 2040, etter Finnmark, og denne utviklingen drives av en generelt sterk framskrevet økning i andelen eldre i alle aldersgrupper, sammenliknet med de andre fylkene.

Figur 4.27 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Sogn og Fjordane

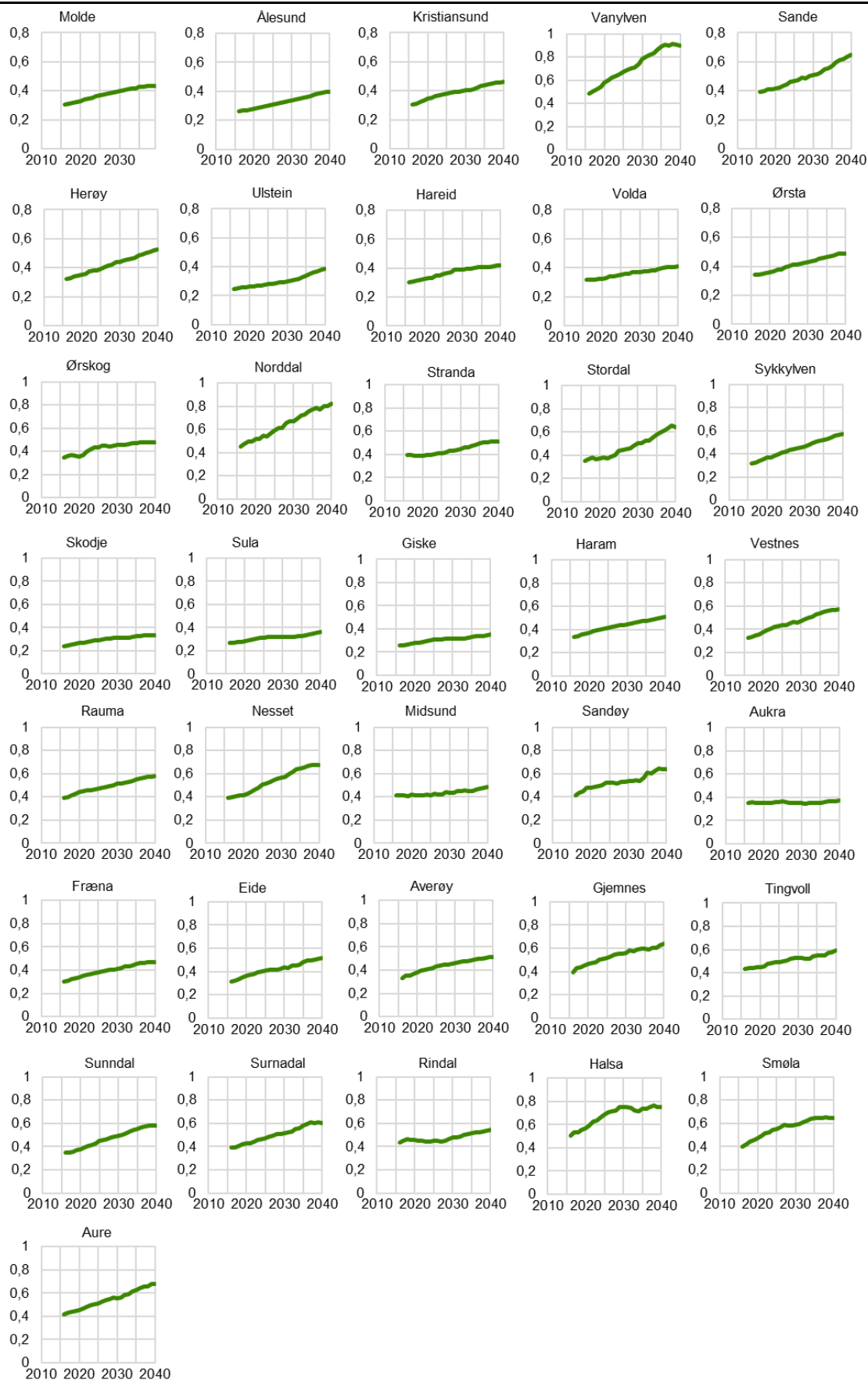


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Møre og Romsdal

I de største byene i Møre og Romsdal (Ålesund, Molde og Kristiansund) er det framskrevet en forholdsvis moderat økning i omsorgsbyrder i årene fram mot 2040 (figur 4.28). I en rekke kommuner i Møre og Romsdal er det imidlertid ventet en langt sterkere økning i omsorgsbyrdene i årene framover. Prognoseregionen Molde omfatter kommunene Fræna, Molde, Eide, Vestnes, Aukra, Nesset, Rauma, Gjemnes og Midsund. I denne regionen ligger omsorgsbyrdene i alle kommunene i 2016 mellom 0,30 og 0,41. Den klart svakeste økningen i omsorgsbyrde her er framskrevet i Aukra kommune, der omsorgsbyrden i Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker fra 0,35 i 2016 til 0,37 i 2040. Det er også framskrevet en relativt moderat økning i omsorgsbyrden i Midsund kommune, fra 0,41 til 0,48 i samme tidsperiode. I de øvrige kommunene er det framskrevet sterkere økninger i omsorgsbyrdene, og de framskrevne omsorgsbyrdene i 2040 varierer mellom 0,44 i Molde og 0,67 i Nesset kommune. I Kristiansund-regionen, som omfatter Kristiansund, Averøy, Smøla og Aure, har Kristiansund kommune i 2016 den laveste omsorgsbyrden, med 0,30, mens den høyeste omsorgsbyrden er å finne i Aure kommune, med 0,42. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker omsorgsbyrdene klart framover i alle disse kommunene, og Kristiansund har fremdeles den laveste omsorgsbyrden i 2040 med 0,46, mens Aure kommune har regionens høyeste omsorgsbyrde med 0,68. Ålesund-regionen omfatter kommunene Skodje, Giske, Ålesund, Sula, Sykkylven, Haram, Ørskog, Stordal, Stranda, Sandøy og Norddal. I de fire førstnevnte kommunene er omsorgsbyrdene i 2016 på mellom 0,24 og 0,27, og det er framskrevet en forholdsvis moderat økning til mellom 0,33 og 0,4. I de øvrige kommunene varierer omsorgsbyrdene i 2016 mellom 0,32 i Sykkylven og 0,45 i Norddal kommune, og de framskrevne omsorgsbyrdene i 2040 ligger på rundt 0,5 i Ørskog Haram og Stranda, 0,57 i Sykkylven, 0,64 i Stordal og Sandøy og 0,82 i Norddal. En omsorgsbyrde på 0,82 svarer til i overkant av 1,2 personer i alderen 20 til 64 for hver person i alderen 65 år og over. I Ulsteinvik-regionen er det et stort sprik i de nåtidige og framskrevne omsorgsbyrdene. I 2016 er omsorgsbyrdene i Ulstein, Hareid, Herøy, Sande og Vanylven på henholdsvis 0,25, 0,3, 0,32, 0,39 og 0,48. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker omsorgsbyrdene særlig sterkt i de sistnevnte kommunene, og i 2040 er omsorgsbyrdene i Ulstein, Hareid, Herøy, Sande og Vanylven framskrevet til henholdsvis 0,39, 0,42, 0,52, 0,65 og 0,9. Omsorgsbyrden på 0,9 i Vanylven kommune er den høyeste omsorgsbyrden som er framskrevet i Møre og Romsdal i 2040. I kommunene Ørsta og Volda øker omsorgsbyrdene i Statistisk sentralbyrås framskrivinger fra henholdsvis 0,34 og 0,32 i 2016 til 0,49 og 0,41 i 2040. I de to prognoseregionene Sunndalsøra (Tingvoll og Sunndal) og Surnadal (Surnadal, Rindal og Halså) er det framskrevet en økning i omsorgsbyrdene til mellom 0,55 og 0,61 i kommunene Sunndal, Tingvoll, Surnadal og Rindal, mens omsorgsbyrden i Halså kommune er framskrevet til 0,75 i 2040.

Figur 4.28 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Møre og Romsdal

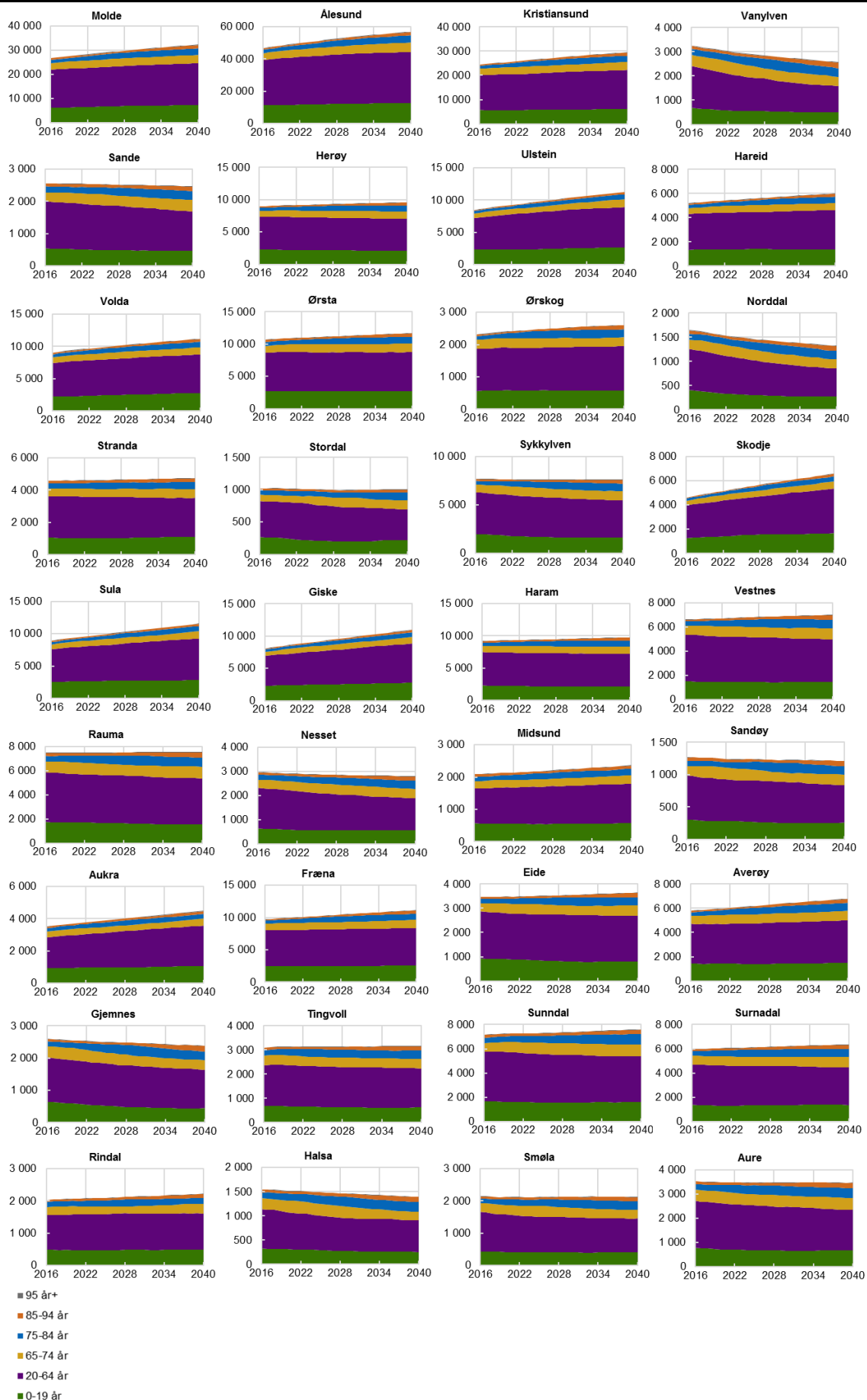


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Møre og Romsdal

I Møre og Romsdal er det framskrevet økende eller tilnærmet stabilt folketall i de fleste kommunene, men flere kommuner har fått framskrevet en befolkningsnedgang i perioden fram mot 2040 (figur 4.29). Særlig i kommunene Gjemnes, Halså, Nesset, Norddal og Vanylven forsterkes aldringen av den framskrevne befolkningsnedgangen. Mens den framskrevne økningen i andelen i alderen 65-74 år er moderat sammenliknet med de andre fylkene i landet, er det framskrevet en relativt sterk økning i andelen i alderen 75-84 år i perioden fram mot 2040. Det er også aldersgruppen 75-84 år som bidrar mest til økningen i andelen eldre i perioden.

Figur 4.29 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Møre og Romsdal

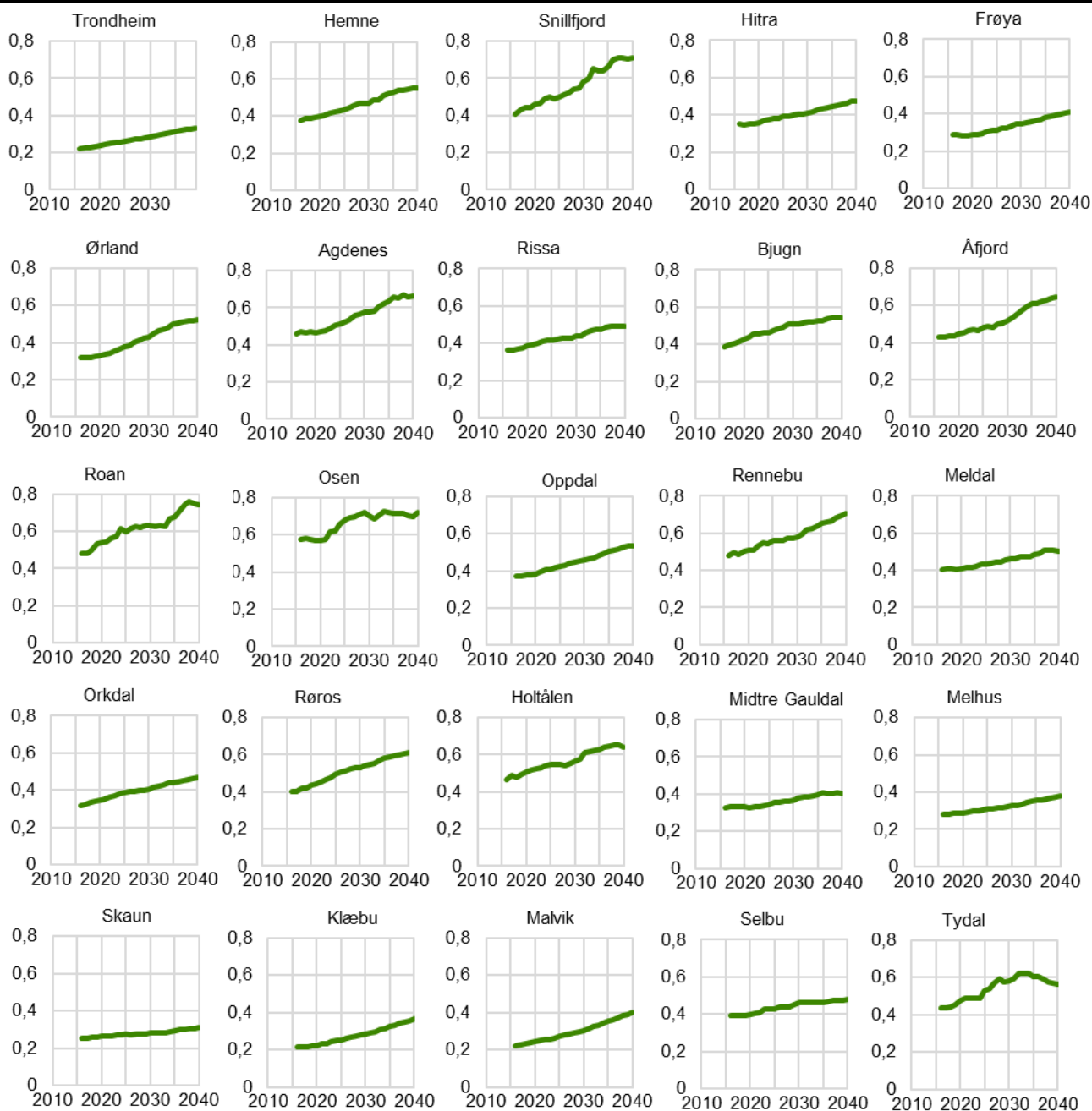


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Sør-Trøndelag

Blant kommunene i Sør-Trøndelag er det ikke uventet de sentralt plasserte kommunene rundt Trondheim som generelt har de laveste omsorgsbyrdene (figur 4.30). I Statistisk sentralbyrås framskrivinger grupperes Rissa, Midtre Gauldal, Melhus, Skaun, Klæbu, Malvik, Selbu og Tydal sammen i prognoseregionen Trondheim, mens Trondheim kommune utgjør en egen prognoseregion. Kommunene Trondheim, Klæbu, Malvik, Skaun og Melhus har alle omsorgsbyrder mellom 0,21 og 0,28 i 2016, og framskrevne omsorgsbyrder på mellom 0,31 og 0,4 i 2040. Midtre Gauldal, Rissa, Selbu og Tydal har noe høyere omsorgsbyrder i 2016, men også relativt moderate framskrevne økninger i omsorgsbyrdene til mellom 0,4 og 0,56 i 2040. Kommunene Røros og Holtålen utgjør prognoseregionen Røros, og har i 2016 relativt høye omsorgsbyrder, på henholdsvis 0,4 og 0,47, og disse er framskrevet å øke til 0,61 og 0,64 i 2040. Oppdal og Rennebu (i prognoseregionen Oppdal) har også relativt høye omsorgsbyrder, på henholdsvis 0,37 og 0,48 i 2016, og framskrevet til 0,53 og 0,7 i 2040. En omsorgsbyrde på 0,7 svarer til i overkant av 1,4 personer i alderen 20-64 for hver person i alderen 65 år og over. I Orkanger-regionen, som i Statistisk sentralbyrås framskrivinger omfatter kommunene Orkdal, Hemne, Snillfjord, Meldal og Agdenes, har Orkdal kommune den laveste omsorgsbyrden i 2016, med 0,32, mens Agdenes kommune har den høyeste omsorgsbyrden med 0,46. Snillfjord kommune har den sterkeste framskrevne økningen i omsorgsbyrde, fra 0,4 i 2016 til 0,71 i 2040, mens den framskrevne økningen i omsorgsbyrde i Meldal kommune er klart svakere, fra 0,41 til 0,5. De framskrevne omsorgsbyrdene i øykommunene Frøya og Hitra øker parallelt fra henholdsvis 0,29 og 0,35 i 2016 til 0,41 og 0,48 i 2040. Lengst nord i fylket, i Brekstad-regionen (Ørland, Bjugn, Åfjord, Roan og Osen), er det stor forskjell mellom kommunene i nåtidige og framskrevne omsorgsbyrder. I 2016 varierer omsorgsbyrdene her mellom 0,32 i Ørland kommune og 0,57 i Osen kommune. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger er den laveste omsorgsbyrden i regionen i 2040 å finne i Ørland kommune, med 0,53, mens Roan kommune har fylkets høyeste framskrevne omsorgsbyrde i 2040, på 0,72.

Figur 4.30 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Sør-Trøndelag

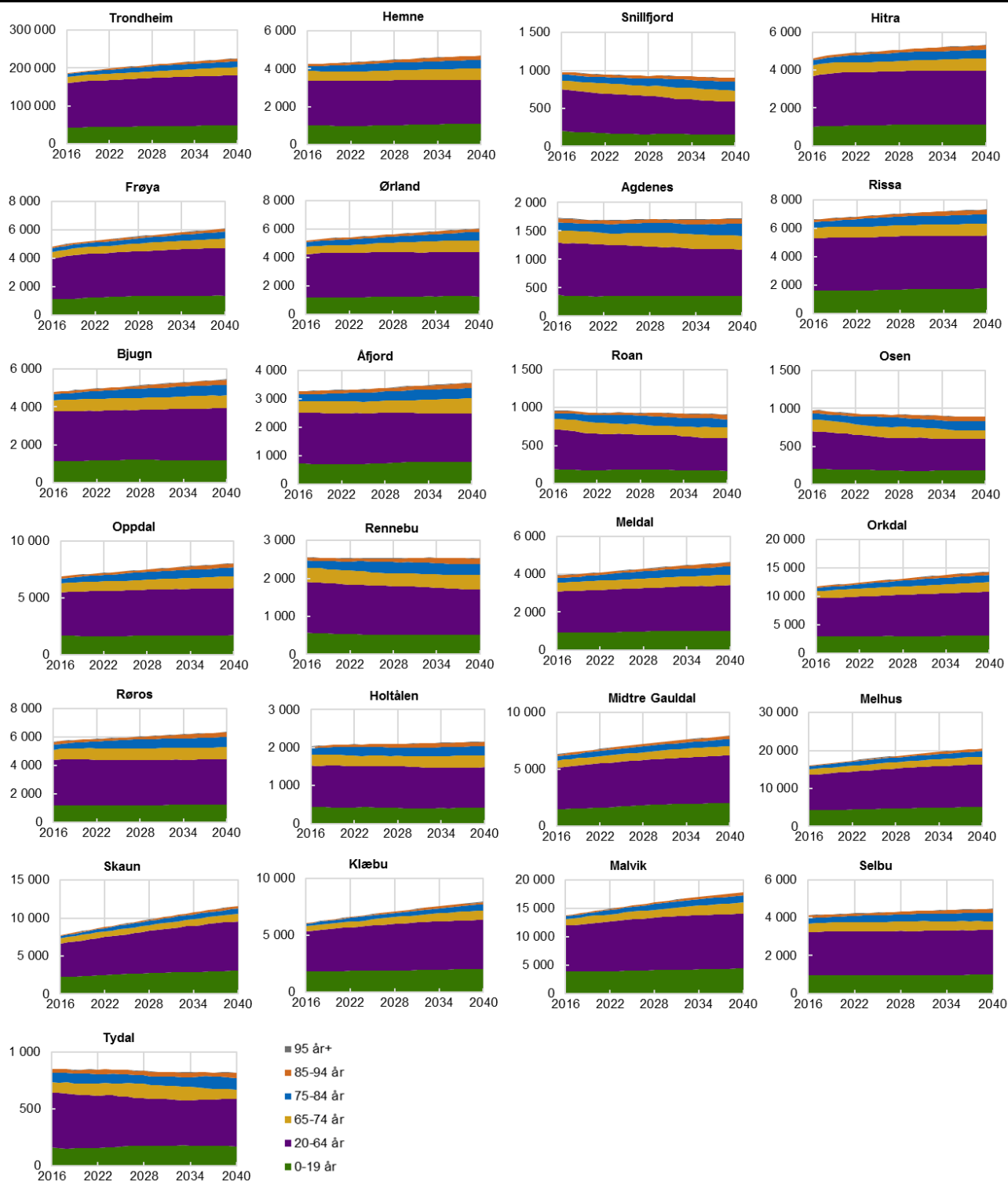


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Sør-Trøndelag

I Sør-Trøndelag viser hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivninger en befolkningsvekst eller tilnærmet stabile folketall i de fleste kommunene (figur 4.31), men enkelte kommuner, som Osen, Roan og Snillfjord har fått framskrevet befolkningsnedgang fram mot 2040. Nest etter Oslo er Sør-Trøndelag det fylket der det er framskrevet svakest økning i andelen eldre fram mot 2040, og det er særlig i aldersgruppene 75-84 og 85-94 år det er framskrevet en svakere økning sammenliknet med de andre fylkene i landet.

Figur 4.31 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Sør-Trøndelag



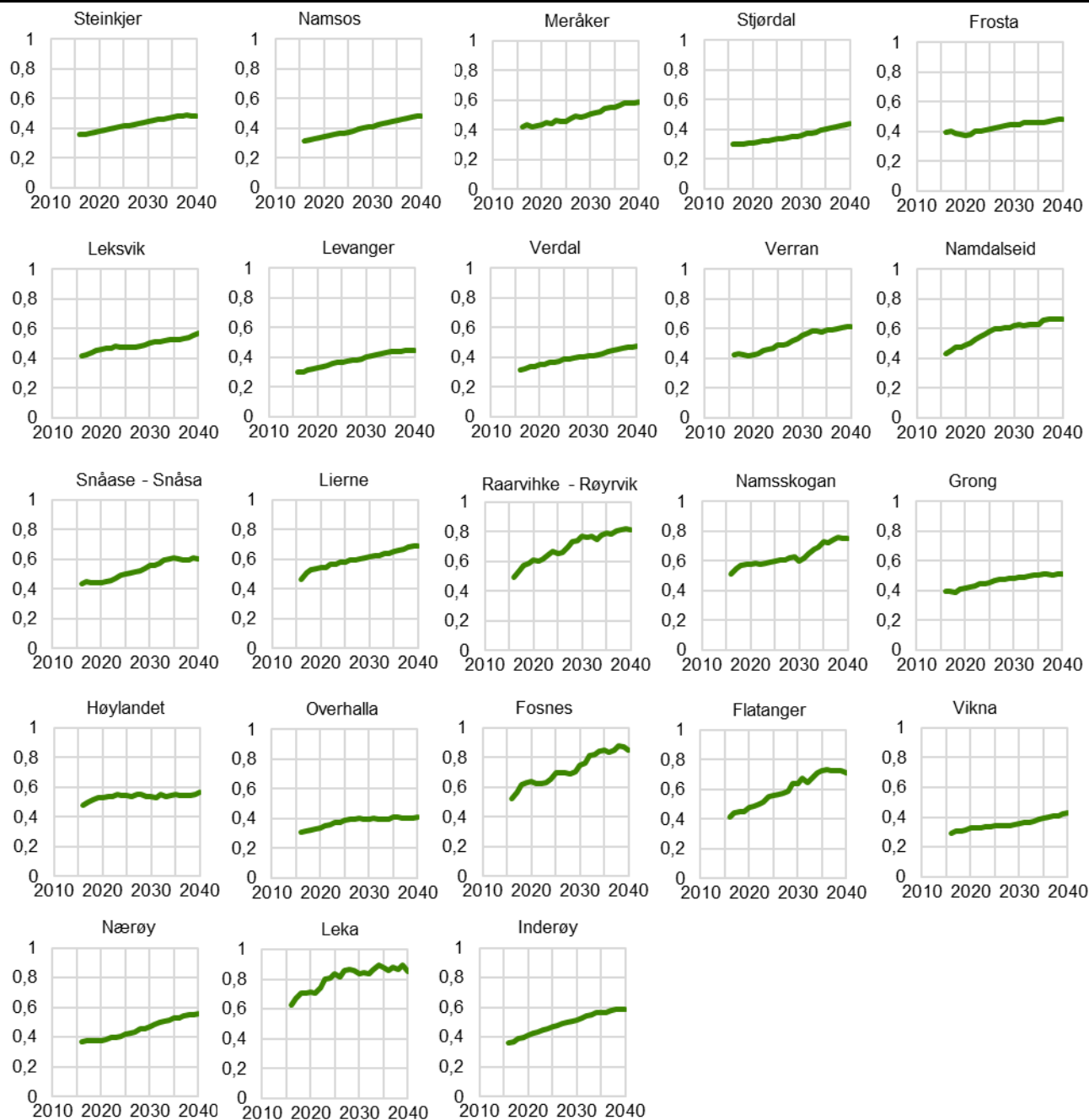
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Nord-Trøndelag

Omsorgsbyrder for eldre for kommunene i Nord-Trøndelag er vist i figur 4.32. I prognoseregionene Stjørdalshalsen (Meråker og Stjørdal) og Levanger/Verdalsøra (Frosta, Levanger og Verdal) har kommunene Stjørdal, Levanger og Verdal i 2016 omsorgsbyrder på rundt 0,3, mens Meråker og Frosta har omsorgsbyrder på rundt 0,4. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger øker omsorgsbyrdene til 0,59 i Meråker og til mellom 0,44 og 0,48 i de øvrige kommunene i disse regionene. I Steinkjer-regionen, som omfatter Steinkjer, Leksvik, Verran, Namdalseid, Snåsa og Inderøy, er omsorgsbyrdene forholdsvis like i 2016. Disse varierer mellom 0,36 i Steinkjer og 0,44 i Snåsa. Dersom hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger

slår til, vil omsorgsbyrden i Steinkjer øke til 0,48 i 2040, og mellom 0,57 og 0,67 i de øvrige kommunene. Blant kommunene i Grong-regionen, som omfatter Grong, Lierne, Røyrvik og Namsskogan er omsorgsbyrden i 2016 lavest i Grong kommune med 0,39, og høyest i Namsskogan, med 0,52. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger, har Grong kommune den laveste omsorgsbyrden i regionen i 2040, med 0,51, mens den høyeste framskrevne omsorgsbyrden i regionen i 2040 er på 0,81 i Røyrvik. I Namsos-regionen (Namsos, Høylandet, Overhalla, Fosnes og Flatanger) er det store forskjeller mellom kommunene i de framskrevne økningene i omsorgsbyrder. Det er framskrevet en relativt moderat økning i omsorgsbyrdene i kommunene Overhalla, Namsos og Høylandet, og klart sterkere økning i Flatanger og Fosnes. I Fosnes kommune øker omsorgsbyrden fra 0,52 i 2016 til 0,85 i 2040 i Statistisk sentralbyrås framskrivinger. En omsorgsbyrde på 0,85 svarer til i underkant av 1,2 personer i alderen 20-64 for hver person i aldersgruppen 65 år og over. Lengst nordvest i fylket, i Rørvik-regionen (Vikna, Nærøy og Leka) har Leka kommune den høyeste omsorgsbyrden i fylket i 2016, på 0,62, og den høyeste framskrevne omsorgsbyrden i fylket i 2040, sammen med Fosnes kommune, på 0,85. I kommunene Vikna og Nærøy er omsorgsbyrdene i 2016 langt mer moderate. Det samme gjelder de framskrevne omsorgsbyrdene i disse kommunene i 2040.

Figur 4.32 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Nord-Trøndelag



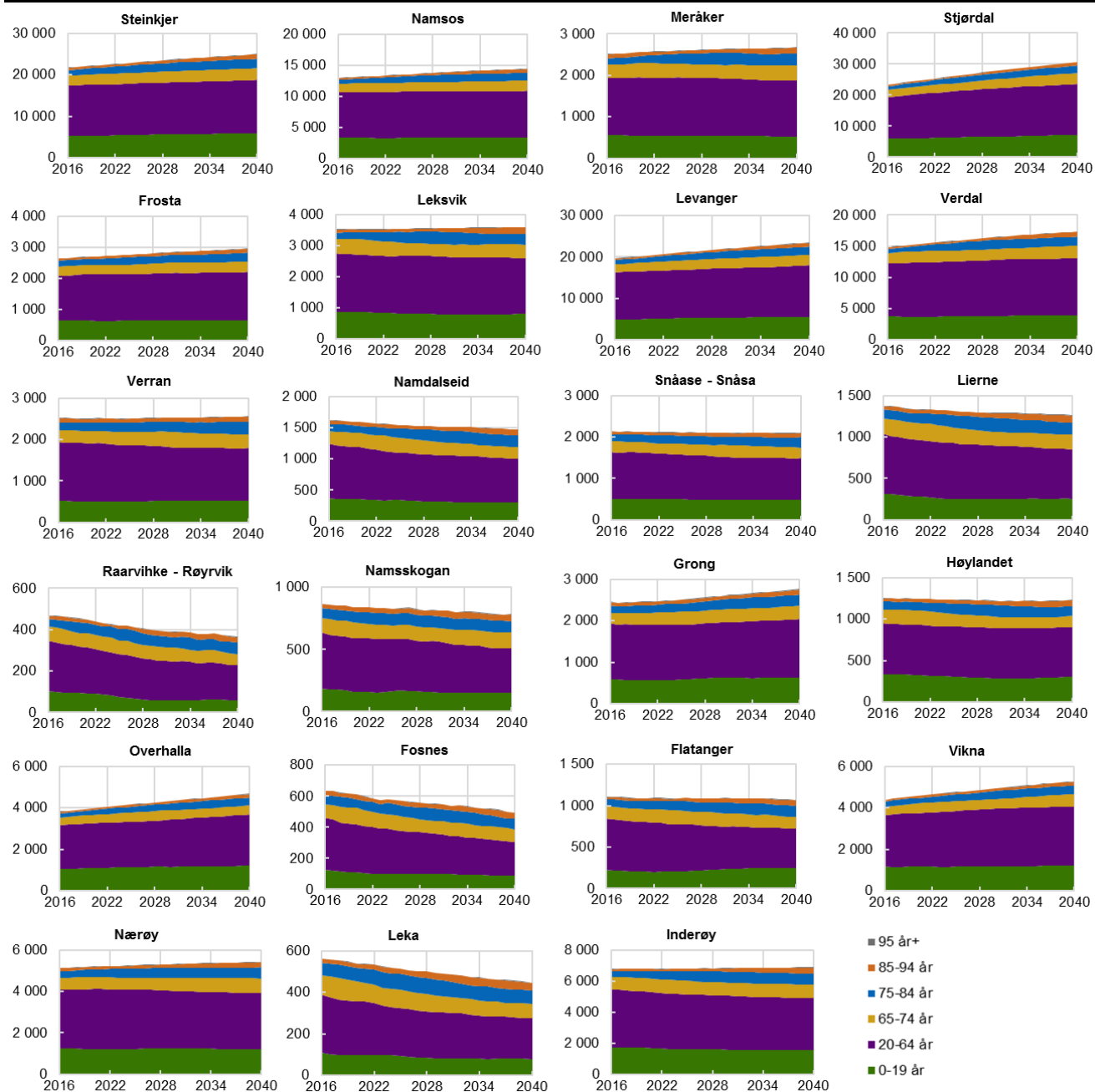
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Nord-Trøndelag

I Nord-Trøndelag er det flere kommuner som har fått framskrevet en markant befolkningsnedgang i perioden fram mot 2040 (figur 4.33). Dette gjelder særlig kommunene Fosnes, Leka, Lierne Namdalseid, Namsskogan og Røyrvik.

Sammenliknet med de andre fylkene er det framskrevet en svak økning i andelen i alderen 65-74 år, mens økningen i andelen i de eldre aldersgruppene er sterkere i sammenlikning med andre fylker. Også i Sør-Trøndelag er det aldersgruppen 75-84 år som bidrar mest til økningen i andelen eldre i hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivninger.

Figur 4.33 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Nord-Trøndelag



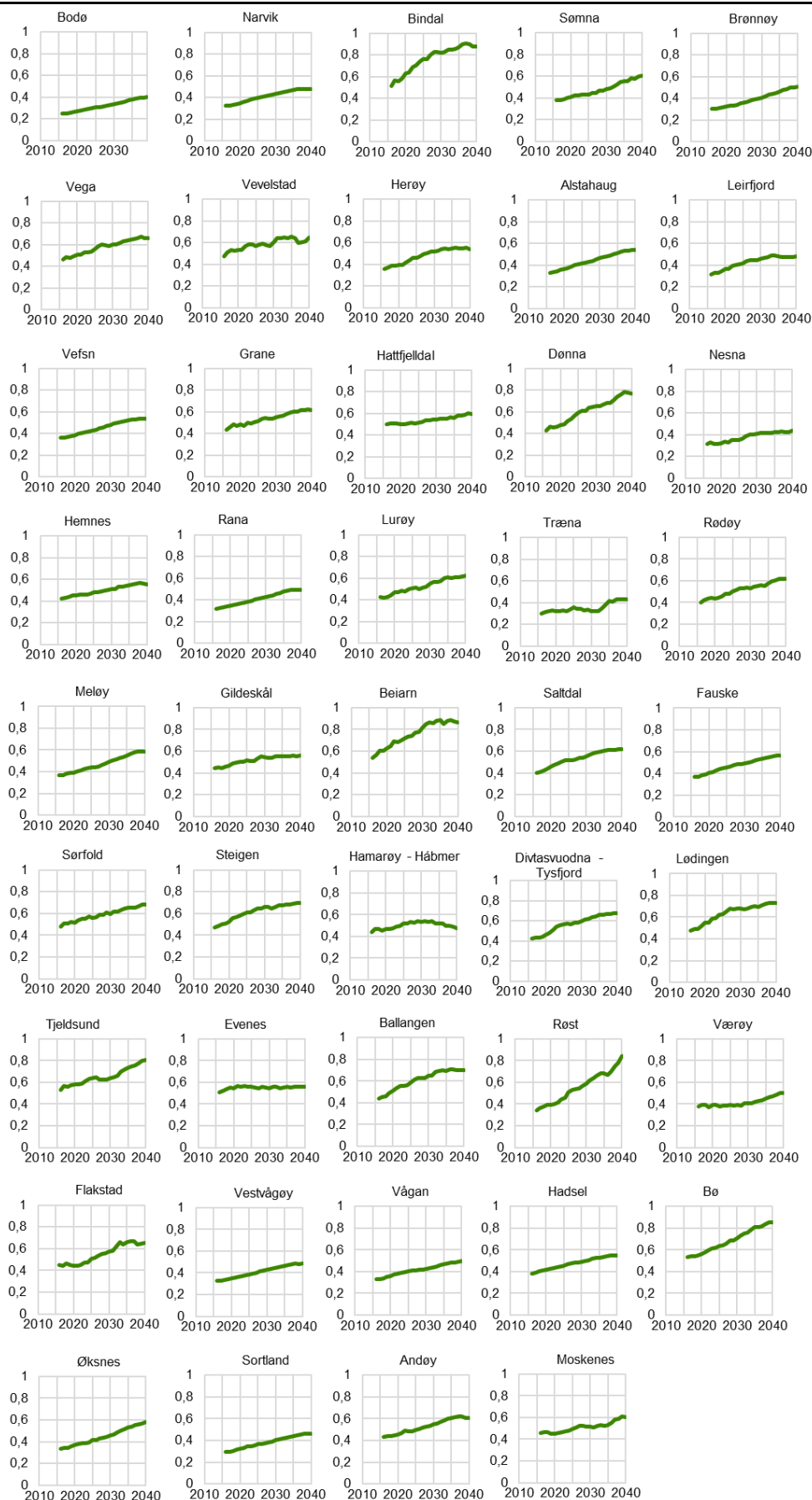
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Nordland

Det er svært stor variasjon i den framskrevne økningen i omsorgsbyrder i kommuner Nordland (figur 4.34). Mens den laveste omsorgsbyrden i 2040 er framskrevet til 0,4 i Bodø, er den høyeste framskrevne omsorgsbyrden på 0,87 i Bindal. Når det gjelder endringer i omsorgsbyrder, er det framskrevet liten endring i Hamarøy kommune, og en økning fra 0,34 til 0,84 i Røst. Blant kommunene i Brønnøysund-regionen (Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega og Vevelstad) har Brønnøy kommune den laveste omsorgsbyrden i 2016 og den laveste framskrevne omsorgsbyrden i 2040, på henholdsvis 0,3 og 0,5. I samme region ligger Bindal kommune i andre enden av skalaen. Bindal har i 2016 en omsorgsbyrde på 0,51, og i Statistisk sentralbyrås framskrivninger øker denne til 0,87 i 2040, noe som er fylkets høyeste framskrevne omsorgsbyrde. Mosjøen-regionen omfatter kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Her har Vefsn kommune den laveste omsorgsbyrden i 2016 og den laveste framskrevne omsorgsbyrden i 2040, på henholdsvis 0,36 og 0,54. I Grane og Hattfjelldal er omsorgsbyrdene i 2016 noe

høyere, og de er framskrevet til rundt 0,6 i 2040. I Sandnessjøen-regionen (Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Lurøy og Træna) har kommunene Træna, Leirfjord, Alstahaug og Herøy i 2016 omsorgsbyrder på mellom 0,3 og 0,36, mens kommunene Lurøy og Dønna har omsorgsbyrder på i overkant av 0,42. I 2040 er den høyeste framskrevne omsorgsbyrden i regionen å finne i Dønna kommune, med 0,77, mens den laveste framskrevne omsorgsbyrden er på 0,43 i Træna kommune. Mo i Rana-regionen omfatter i Statistisk sentralbyrås framskrivinger kommunene Nesna, Rana og Hemnes. Sammenliknet med mange av de andre kommunene i Nordland har kommunene i denne regionen en relativt moderat framskrevet økning i omsorgsbyrder, fra henholdsvis 0,31, 0,32 og 0,42 til 0,44, 0,49 og 0,56. I Bodø-regionen, som i Statistisk sentralbyrås framskrivinger omfatter Bodø, Rødøy, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske, Sørfold, Steigen og Hamarøy, har Bodø kommune både den laveste omsorgsbyrden i 2016 og den laveste framskrevne omsorgsbyrden i 2040, på henholdsvis 0,24 og 0,4. Beiarn kommune har den høyeste omsorgsbyrden i 2016 og den høyeste framskrevne omsorgsbyrden i 2040, på henholdsvis 0,54 og 0,86. Det er som nevnt også framskrevet svært liten endring i omsorgsbyrden i Hamarøy kommune fram mot 2040. I Narvik-regionen (Narvik, Tysfjord, Lødingen, Tjeldsund, Evenes og Ballangen) øker de framskrevne omsorgsbyrdene noenlunde parallelt fram mot 2040 i Tysfjord, Ballangen, Lødingen og Tjeldsund, om enn fra litt ulike nivåer i 2016. I Narvik er den framskrevne økningen i omsorgsbyrde noe svakere, mens det er framskrevet en svært svak økning i omsorgsbyrden i Evenes, fra 0,51 i 2016 til 0,56 i 2040. I Lofoten-regionen, som omfatter Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan og Moskenes, er den klart sterkeste økningen i omsorgsbyrde framskrevet i Røst kommune, fra 0,34 i 2016 til 0,84 i 2040. I de øvrige kommunene i Lofoten er den framskrevne økningen i omsorgsbyrder langt mer moderat. Omsorgsbyrdene i 2040 er framskrevet til i underkant av 0,5 i Vestvågøy, Vågan og Værøy, mens kommunene Moskenes og Flakstad har fått framskrevet omsorgsbyrder på henholdsvis 0,6 og 0,65 i 2040. I prognoseregionen Vesterålen (Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland og Andøy) er det også stort sprik mellom kommunene i nåtidige og framtidige omsorgsbyrder. Mens omsorgsbyrden i Sortland kommune i 2016 er på 0,29 og framskrevet til 0,46 i 2040 er omsorgsbyrden i Bø på 0,54 i 2016 og framskrevet til hele 0,85 i 2040, noe som svarer til i underkant av 1,2 personer i alderen 20-64 for hver person i alderen 65 år og over.

Figur 4.34 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Nordland

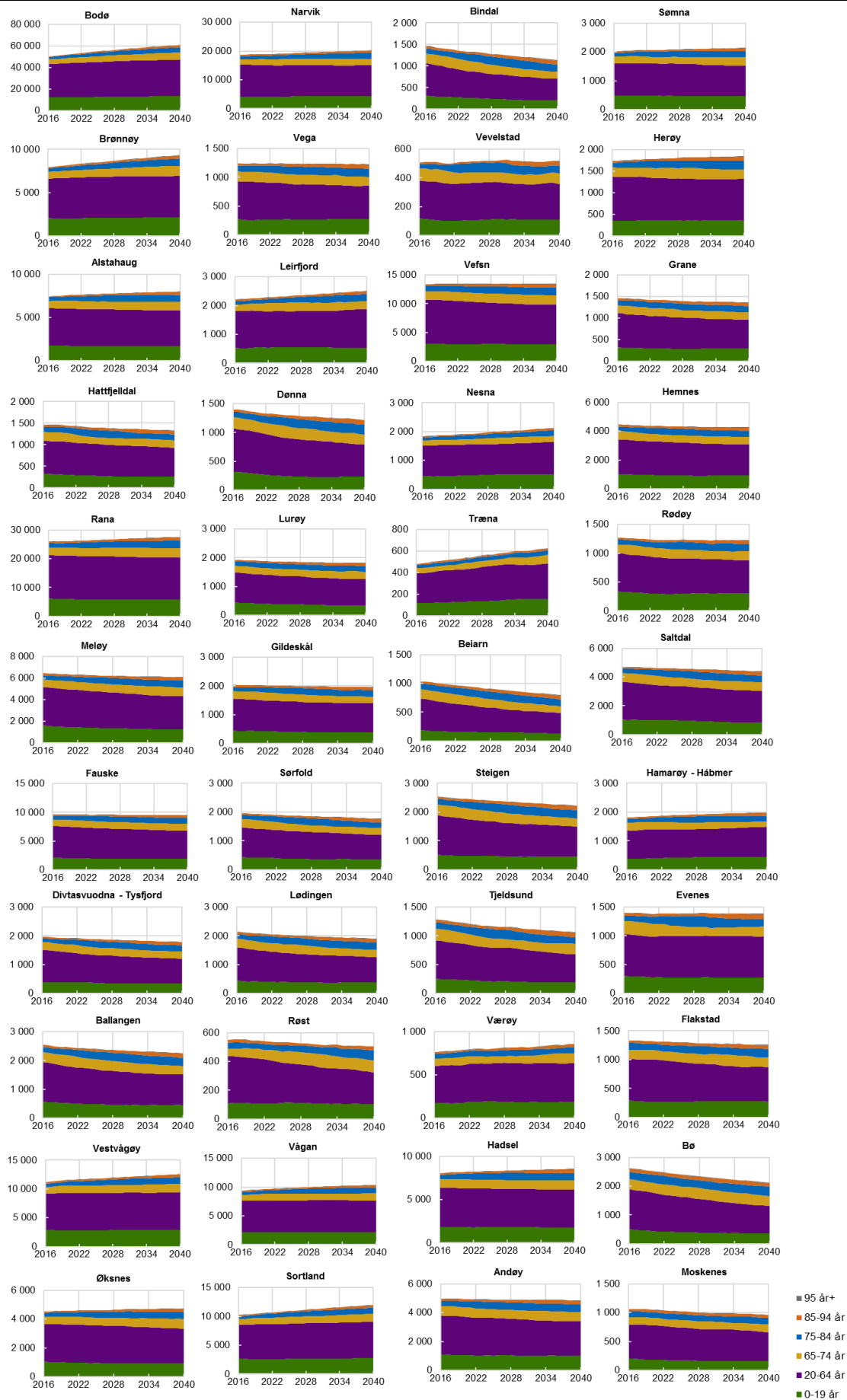


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Nordland

I Nordland er det framskrevet befolkningsnedgang fram mot 2040 i rundt halvparten av kommunene, noe som sammen med en generell økning i antall i eldre aldersgrupper i flere kommuner vil bidra til aldringen av befolkningen (figur 4.35). Sammenliknet med de andre fylkene er også den framskrevne økningen i andel eldre fram mot 2040 forholdsvis høy, i stor grad på grunn av en sterk framskrevet økning i andelene i aldersgruppene 75-84 og 85-94 år.

Figur 4.35 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Nordland

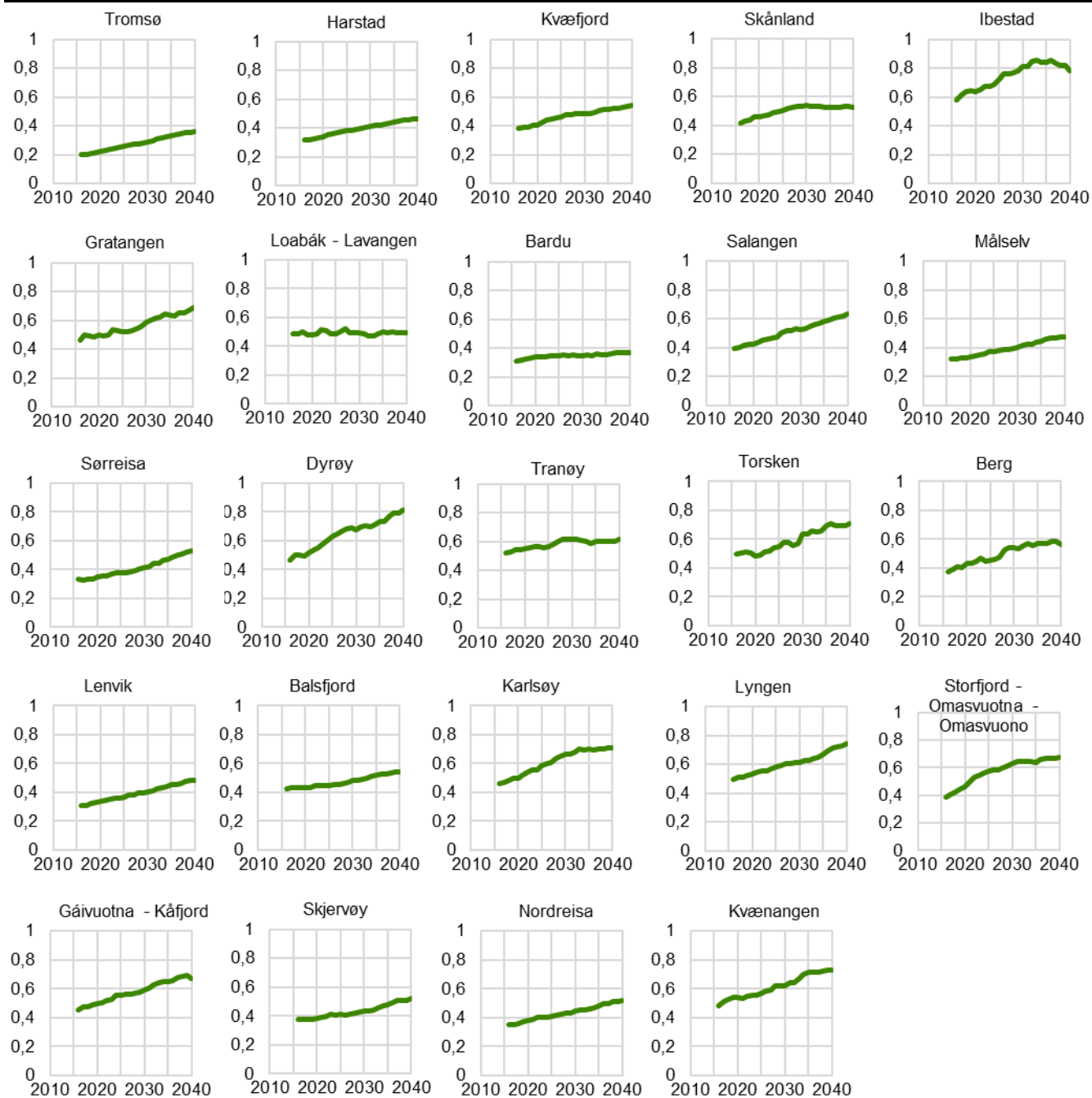


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Troms

Det er stort spenn i de framskrevne omsorgsbyrdene i Troms (figur 4.36). Mens det er framskrevet tilnærmet ingen endring i Lavangen, er det framskrevet en økning i omsorgsbyrden fra 0,47 til 0,82 i Dyrøy kommune. I Harstad-regionen, som i Statistisk sentralbyrås framskrivninger omfatter kommunene Harstad, Kvæfjord, Skånland og Ibestad, har Ibestad den klart høyeste omsorgsbyrden i 2016 på 0,58. I 2017 var den økt til 0,62. Framskrevet i 2040 er den hele 0,78, noe som tilsvarer rundt 1,3 personer i alderen 20 til 64 for hver person på 65 år og eldre. I Ibestad er det også framskrevet en liten nedgang i omsorgsbyrde mot slutten av perioden. I de øvrige kommunene i regionen er omsorgsbyrdene forventet å øke fra mellom 0,32 og 0,41 til mellom 0,46 og 0,54. I Andselv-regionen (Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv og Sørreisa) har Bardu, Målselv og Sørreisa kommune i 2016 omsorgsbyrder mellom 0,31 og 0,33, mens Lavangen kommune har den høyeste omsorgsbyrden, på 0,49. I Lavangen kommune er det imidlertid framskrevet en nærmest uendret omsorgsbyrde fram mot 2040. Bardu kommune har også fått framskrevet en svak økning i omsorgsbyrden fra 0,31 til 0,37. I de øvrige kommunene er det framskrevet en klart sterkere økning i omsorgsbyrdene, og Gratangen kommune har fått framskrevet den høyeste omsorgsbyrden i 2040, på 0,68. Finnsnes-regionen omfatter kommunene Lenvik, Berg, Dyrøy, Torsken og Tranøy. Den sterkeste økningen i omsorgsbyrde er framskrevet i Dyrøy kommune, fra 0,47 til 0,82, mens den svakeste økningen i omsorgsbyrden er framskrevet i Tranøy kommune, fra 0,52 til 0,61. Tromsø kommune utgjør en egen prognoseregion i Statistisk sentralbyrås framskrivninger. Tromsø kommune har den laveste omsorgsbyrden i fylket i 2016 og framskrevet til 2040, på henholdsvis 0,2 og 0,36. I prognoseregionen Tromsø, som omfatter kommunene Balsfjord, Karlsøy, Lyngen og Storfjord, varierer omsorgsbyrdene i 2016 mellom 0,39 og 0,49. Den framskrevne økningen i omsorgsbyrder fram mot 2040 er forholdsvis moderat i Balsfjord kommune, fra 0,43 til 0,54, mens det er framskrevet en langt sterkere økning i omsorgsbyrdene i kommunene Storfjord, Balsfjord og Lyngen. Lengst nord, i prognoseregionen Nord-Troms (Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvænangen), har Nordreisa og Skjervøy kommune fått framskrevet økning i omsorgsbyrder fra henholdsvis 0,35 og 0,38 til 0,52 i 2040, mens kommunene Kåfjord og Kvænangen har fått framskrevet sterkere økninger i omsorgsbyrdene fra 0,45 og 0,48 til 0,67 og 0,73.

Figur 4.36 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Troms

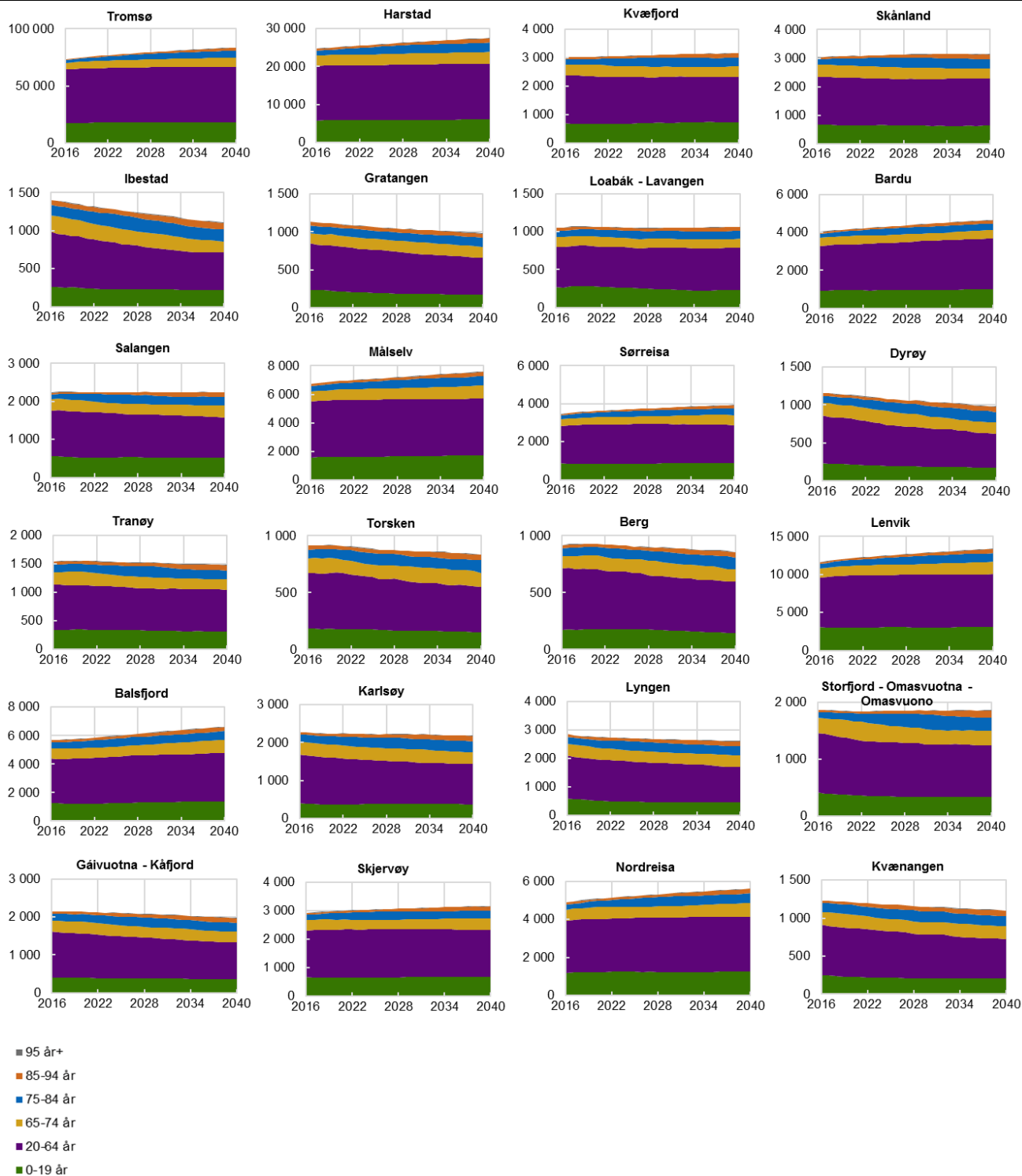


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Troms

Som det framgår av figur 4.37 under, er det framskrevet befolkningsnedgang i flere kommuner i Troms, samtidig som andelen eldre øker betydelig i flere kommuner. Troms er også blant de fylkene der det har blitt framskrevet sterkest økning i andelen eldre, og dette gjelder særlig i aldersgruppene 75-84 og 85-94 år.

Figur 4.37 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Troms

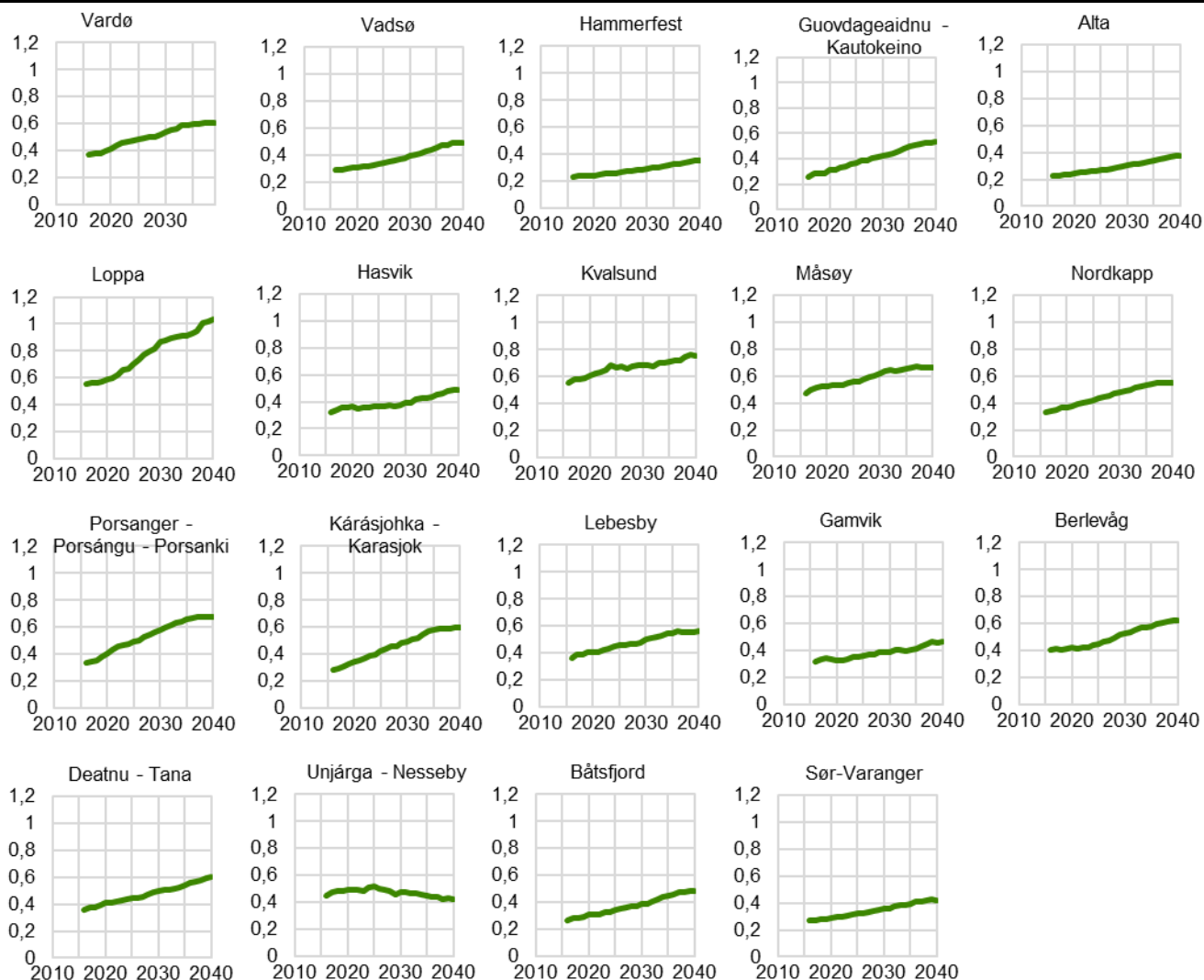


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Omsorgsbyrder i kommuner i Finnmark

Finnmark er et fylke med stor variasjon i nåtidige og framskrevne omsorgsbyrder (figur 4.38). I de tre mest folkerike kommunene (Alta, Hammerfest og Sør-Varanger) er befolkningen forholdsvis ung, og i 2016 hadde disse kommunene omsorgsbyrder mellom 0,2 og 0,3. Det samme gjelder kommunene Kautokeino, Båtsfjord, Karasjok og Vadsø. Alta-regionen omfatter i Statistisk sentralbyrås framskrivninger kommunene Alta, Kautokeino, Hasvik og Loppa. I de tre førstnevnte kommunene øker omsorgsbyrdene fra henholdsvis 0,23, 0,26 og 0,33 til 0,38, 0,54 og 0,48 i Statistisk sentralbyrås framskrivninger. Dersom hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivninger slår til vil økningen i omsorgsbyrden i Loppa kommune bli særlig sterk. I Statistisk sentralbyrås framskrivninger øker omsorgsbyrden fra 0,55 i 2016 til 1,04 i 2040. I 2040 er det altså framskrevet at det vil bo flere i aldersgruppen 65 år og over enn i aldersgruppen 20-64 i Loppa kommune. I Hammerfest-regionen, som omfatter kommunene Hammerfest, Karasjok, Gamvik, Nordkapp, Porsanger, Lebesby, Måsøy og Kvalsund er det store forskjeller mellom kommunene både i omsorgsbyrdene i 2016 og i de framskrevne omsorgsbyrdene fram mot 2040. De laveste omsorgsbyrdene i 2016 er å finne i kommunene Hammerfest og Karasjok, på henholdsvis 0,24 og 0,28. Mens omsorgsbyrden i Hammerfest er framskrevet å øke til 0,35 i 2040, øker omsorgsbyrden i Karasjok til 0,6. I kommunene Gamvik, Nordkapp, Porsanger og Lebesby ligger omsorgsbyrdene i 2016 mellom 0,32 og 0,36. I hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivninger for 2040 er den laveste framskrevne omsorgsbyrden i disse kommunene å finne i Gamvik, med 0,47, mens den høyeste framskrevne omsorgsbyrden i 2040 er på 0,67 i Porsanger. Måsøy og Kvalsund har de høyeste omsorgsbyrdene i Hammerfest-regionen i 2016, med henholdsvis 0,47 og 0,56, og disse er framskrevet å øke til 0,66 og 0,76. I prognoseregionen Vadsø, som omfatter kommunene Båtsfjord, Vadsø, Tana, Vardø, Berlevåg og Nesseby, ligger omsorgsbyrdene i 2016 på henholdsvis 0,26 og 0,29 i Båtsfjord og Vadsø, og på 0,36, 0,37 og 0,41 i Tana, Vardø og Berlevåg. Fram mot 2040 ventes omsorgsbyrdene å stige til 0,48 og 0,49 i Båtsfjord og Vadsø, til 0,6, i Tana og til 0,63 i Vardø og Berlevåg. I Nesseby kommune er det framskrevet en svak nedgang i omsorgsbyrden fra 0,45 i 2016 til 0,42 i 2040. Dette kan dels skyldes høy innflytting i perioden som ligger til grunn for framskrivingene. I Sør-Varanger kommune, som utgjør en egen prognoseregion, er omsorgsbyrden framskrevet å øke fra 0,27 i 2016 til 0,42 i 2040.

Figur 4.38 Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Finnmark

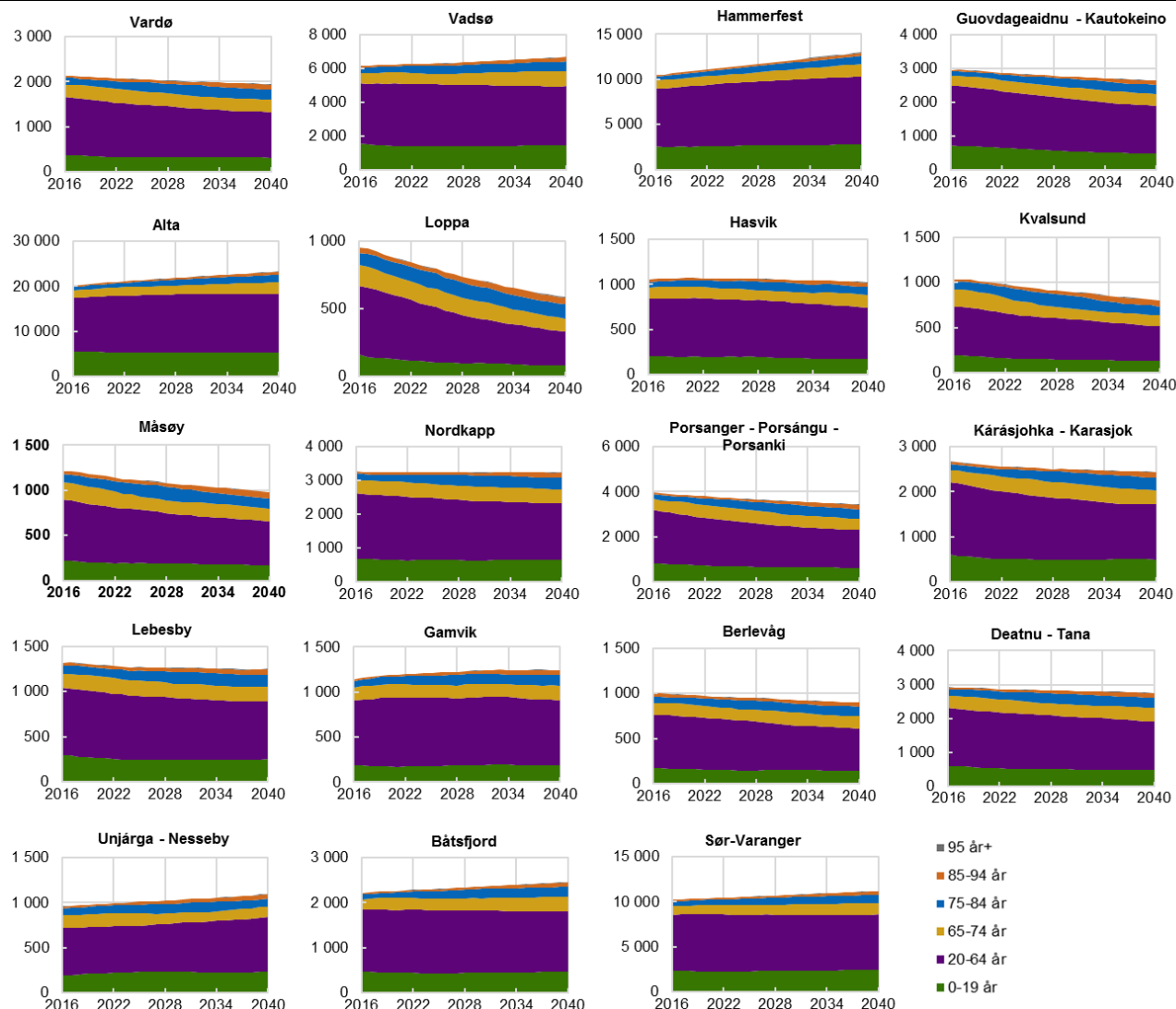


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Alderssammensetning i kommuner i Finnmark

Hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivinger gir befolkningsnedgang i over halvparten av kommunene i Finnmark fram mot 2040, noe som bidrar sterkt til økningen i andelen eldre (figur 4.39). Finnmark er fylket med den sterkeste økningen i andelen eldre. Sammenliknet med de andre fylkene er det også framskrevet en relativt sterk økning i andelen eldre både i aldersgruppen 65-74, 75-84 og i aldersgruppen 85-94 år.

Figur 4.39 Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Finnmark



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

4.2. Stor regional variasjon i aldring

Siden det er forventet fortsatt befolkningsvekst i Norge, vil den økte andelen eldre på nasjonalt nivå resultere i en markant økning i *antallet eldre*. Det forventes også en befolkningsvekst i samtlige fylker. Imidlertid er det enkelte kommuner hvor det forventes en nedgang i befolkningen, men nedgangen forekommer stort sett i yngre aldersgrupper slik at det er få kommuner som vil få en reduksjon i antallet eldre, som vist i figurene for enkeltkommuner i delkapittel 4.1.

I flere distriktskommuner er omsorgsbyrden for eldre allerede svært høy – og stigende. Fra 2008 til i dag har omsorgsbyrden steget i de fleste distriktskommuner, og enkelte kommuner har allerede i dag en eldreomsorgsbyrde langt over 0,5. Høyest eldreomsorgsbyrde finner vi i Ibestad, på 0,62. Dette står i sterk kontrast til Gjesdal kommune, hvor den i 2017 kun var rundt 0,17. Mot 2040 vil omsorgsbyrdene øke ytterligere i mange distriktskommuner, og dette er skissert i figur 3.10. I 2040 vil for eksempel Loppa kommune ha færre personer i yrkesaktiv alder enn personer over 65 år (1,04), dersom hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivninger legges til grunn. Mer enn halvparten av kommunene i Norge vil ha en eldreomsorgsbyrde på over 0,50, og over en fjerdedel vil også ligge over 0,60. Noe over 40 kommuner vil ha en eldreomsorgsbyrde høyere enn 0,7 – og disse ligger stort sett i nord eller i innlandet. I 2040 forventes eldreomsorgsbyrden å bli lavest i Oslo, på 0,26.

Som vi har vist i dette kapittelet og i kapittelet forut, er det grunn til å forvente en sterk økning i andelen eldre i nesten alle kommuner framover. Dette innebærer at det blir flere personer i pensjonsalder og flere personer i aldersgrupper som har et høyt forbruk av pleie- og omsorgstjenester per person i arbeidsfør alder. Dette kan by på store utfordringer for mange kommuner, ettersom det vil bidra til et stort press på offentlige tjenester.

Dapi med flere (2016) og Holmøy med flere (2016) har vist at vi framover kan vente en sterk økning i behovet for arbeidskraft i pleie- og omsorgssektoren. Et viktig budskap fra Statistisk sentralbyrås regionale framskrivinger er at denne økningen mest trolig vil bli svært ujevnt fordelt over kommunene på grunn av de store geografiske forskjellene i befolkningens aldring. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 10.

I tillegg til den økonomiske belastningen det innebærer at man vil få flere brukere av pleie- og omsorgstjenester, kan flere kommuner få problemer med å rekruttere arbeidskraft til pleie- og omsorgssektoren. Utfordringen med økt behov for pleie- og omsorgstjenester følges ofte av en nedgang i folketallet og antall i arbeidsfør alder i en rekke kommuner. Med andre ord vil mange kommuner kunne oppleve at det blir flere pleietrengende eldre og færre personer som kan jobbe med å pleie de eldre. Samtidig viser utviklingen i sysselsetting blant eldre at det er en tendens til at flere velger å stå lenger i jobb, som kan avhjelpe situasjonen noe (Haga og Lien 2017).

Framtidens eldre vil trolig være annerledes sammensatt enn dagens eldre når det gjelder sosiodemografiske kjennetegn, og dette har betydning for deres generelle ressursituasjon og helse. Dette kommer vi nærmere inn på i de påfølgende kapitlene, der vi tar for oss ulike egenskaper og kjennetegn ved framtidens eldre befolkning.

5. Utdanningsnivået i ulike kohorter

I dette kapittelet ser vi nærmere på utdanningsnivået i ulike fødselskull i landet som helhet de siste ti årene, og for fylkene i perioden 2000-2015. Data om utdanningsnivå er hentet fra Nasjonal Utdanningsdatabase (NUDB).

Befolkningens utdanningsnivå har økt kraftig de siste tiårene, og hvert nytt fødselskull oppnår i hovedsak et høyere utdanningsnivå enn forutgående kull. Det er derfor ikke overraskende at vi kan forvente at utdanningsnivået i den eldre delen av befolkningen vil øke sterkt i årene som kommer.

Selv om noen tar utdanning i godt voksen alder, fullfører de fleste sine utdanningsløp tidlig i livet. Dette betyr at utdanningsnivået til eldre personer i liten grad endrer seg over livsløpet etter at de har fylt 30-35 år. Dermed kan en sammenlikning av utdanningsnivået i ulike kohorter ved samme alder fortelle oss mye om hva slags utdanningsnivå vi kan forvente at framtidens eldre vil ha. Men etter hvert som tiden går vil sammensetningen av den eldre delen av befolkningen endre seg, ettersom kohorter med generelt høyere utdanning aldres, og eldre kohorter dør. På fylkesnivå, kan også sammensetningen av den eldre befolkningen endres noe over tid på grunn av flytting på tvers av fylkes- og landegrenser. Imidlertid er flytting mindre vanlig etter rundt 50-års alder, og siden vi kun ser på situasjonen fram til 2040, vil dette ha relativt liten betydning.

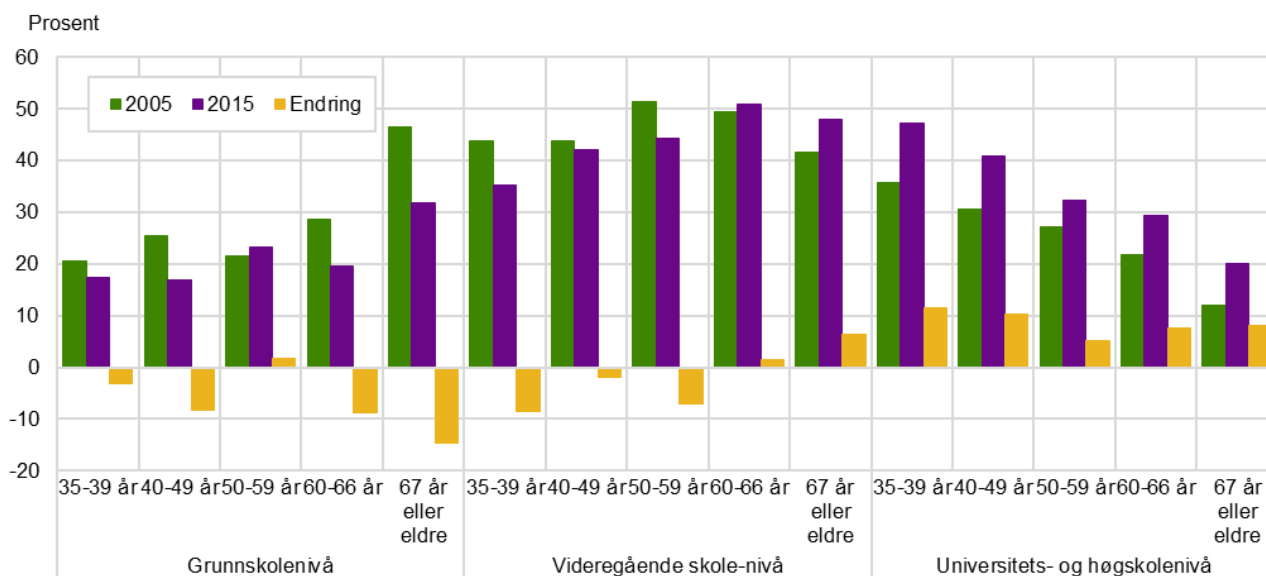
I tillegg til at andelen med høyere utdanning er større i yngre kohorter, er levealderen høyest blant de med høyere utdanning. Over flere tiår har levealdersøkningen også vært klart sterkest i gruppene med høy utdanning (Folkehelseinstituttet 2017b). Dette kan skyldes en seleksjonseffekt. Ettersom det er blitt stadig vanligere å ta lengre utdanning, vil de som tar kort utdanning i økende grad være en negativt selektert gruppe. Med andre ord er det grunn til å tro at de som tar korte utdanninger i dag (for eksempel ved at de ikke fullfører videregående) i gjennomsnitt er en mer ressurs svak gruppe enn personer med korte utdanninger i gjennomsnitt var tidligere, og at dette kan være noe av årsaken til at levealdersforskjellene i utdanning øker (Zajacova og Burgard 2013). I tillegg kan utdanning påvirke folks helse positivt (se for eksempel Adams 2002; Lleras-Muney 2005; Silles 2009). Dette diskuteres mer inngående avslutningsvis i dette kapittelet, samt i kapittel 10.

Levealdersforskjellene mellom utdanningsgrupper innebærer uansett at den forventede økningen i utdanningsnivå blant framtidens eldre som skyldes sammensetningen av yngre kohorter, trolig vil forsterkes ved at det er høyere dødelighet i gruppene med lavere utdanning.

5.1. Nasjonale tall for kohortenes utdanningsnivå

Figur 5.1 viser registrert utvikling og endring i utdanningsnivå etter alder for landet som helhet fra 2005 til 2015. Andelen med kun grunnskole har gått ned, og andelen med høyere utdanning har økt – også blant eldre. Den samme tendensen er relativt gjennomgående også regionalt. Utgangsnivået er imidlertid noe ulikt i ulike fylker, som vi kommer tilbake til under.

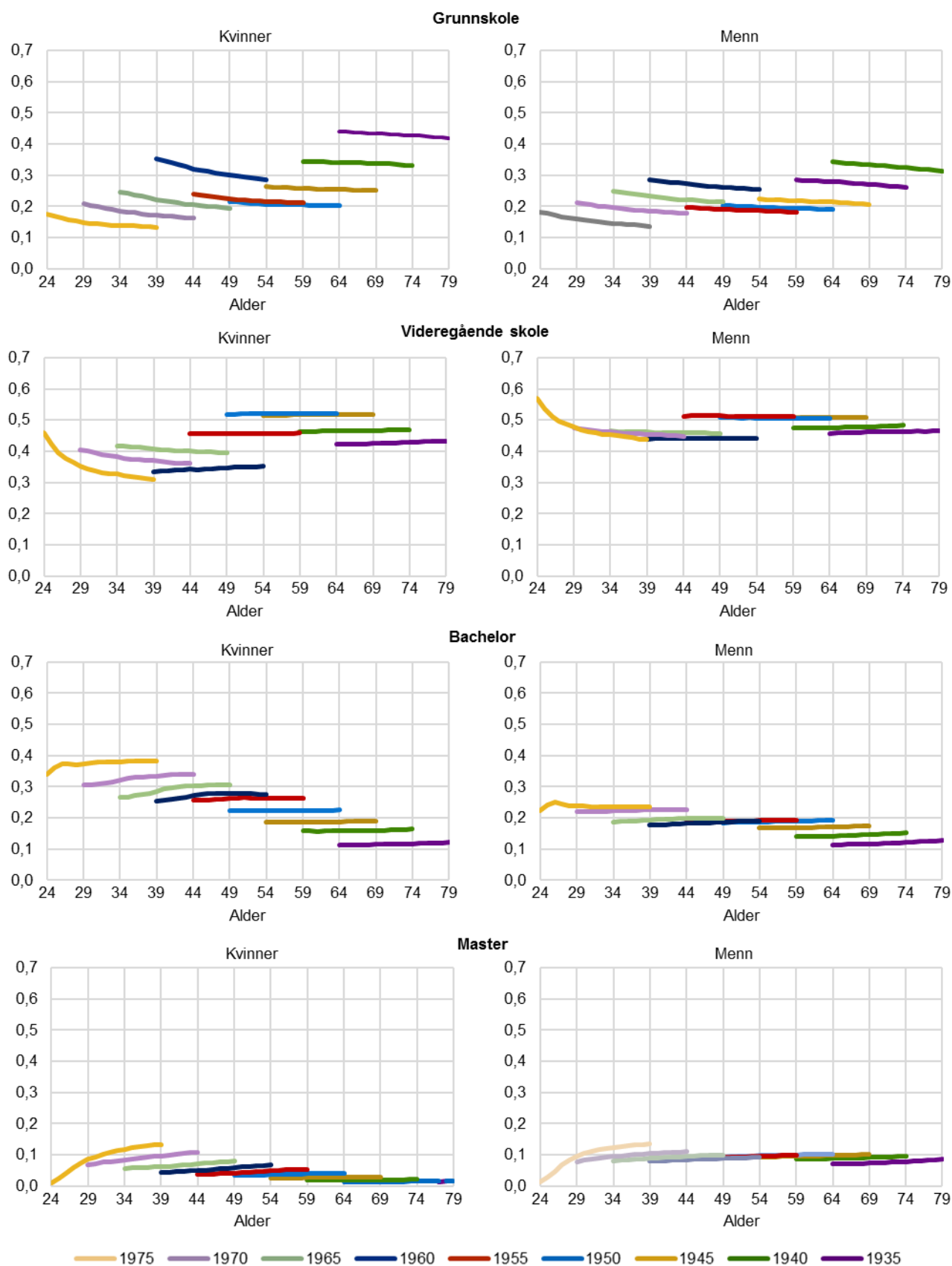
Figur 5.1 Utvikling i høyeste utdanningsnivå fra 2005 til 2015 (andeler) og prosentvis endring



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 5.2 viser utviklingen i høyeste utdanningsnivået til utvalgte fødselskull (født i 1935, 1940, 1945, 1950, 1955, 1960, 1965, 1970 og 1975) på utvalgte alderstrinn i perioden 2000 til 2015. Vi ser på kvinner og menn separat, og utdanningsnivåene er definert som henholdsvis grunnskolenivå (benevnes 'grunnskole'), treårig videregående skole eller tilsvarende (benevnes 'videregående skole'), bachelorgrad eller tilsvarende (inkluderer høyskolekandidater og personer med cand. mag.-grad, benevnes 'lav høyere utdanning') og mastergrad eller tilsvarende høyere utdanning (omfatter personer med hovedfag eller doktorgrad, benevnes 'høy høyere utdanning'). Figuren viser hver kohort etter alder for at det skal være mulig å sammenlikne grupper på samme alder. Dette gir på mange måter en riktiger beskrivelse av den historiske utviklingen enn dersom vi skulle vist grafene fordelt etter for eksempel alder og kalenderår eller kohort og kalenderår, ettersom hver linje i disse figurene representerer en gruppe som er født samme år og beveger seg gjennom livet sammen, og gruppene er noenlunde sammenliknbare på samme alderstrinn.

Figur 5.2 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter¹



¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt. Denne utgjør imidlertid en svært liten og synkende andel, med unntak av at det er flere innvandrere med ukjent utdanning enn i befolkningen ellers.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 5.2 viser at det har vært en klar økning i utdanningsnivå mellom kohortene. Andelene med høyere utdanning er klart høyere i yngre kohorter enn i eldre, og andelene med utdanning tilsvarende grunnskole eller videregående er klart lavere i de yngre kohortene enn i de eldre når vi sammenlikner personer ved samme alder. Samtidig er ikke mønstrene helt entydige når det gjelder de laveste utdanningsnivåene. Blant de eldste kohortene ser vi at det er en høyere andel med høyeste utdanning tilsvarende videregående. Dette sammenfaller med en nedgang i andelen med grunnskole som høyeste utdanningsnivå, og viser at økningen i utdanningsnivået mellom disse kohortene i stor grad foregikk ved at en større andel gikk på gymnaset. Andelene med ukjent utdanningsnivå er ikke vist i figurene, men er tatt med i beregningen av andelene, med ulike utdanningsnivåer, slik at disse ikke alltid summeres til 1.

Endringer i utdanningsnivået i en bestemt kohort over tid kan skyldes flere ting. For det første kan folk fullføre utdanning på et høyere nivå (men de kan ikke gå ned i utdanningsnivå). Dette vises særlig ved at andelene med grunnskole og videregående skole eller tilsvarende som høyeste utdanningsnivå synker i de yngre aldersgruppene, mens andelene med høyere utdanning stiger. Folk kan også fullføre høyere utdanning ved høyere aldre. For det andre kan flytting mellom fylker og inn- og utvandring påvirke andelene med ulike utdanningsnivåer. For det tredje kan dødsfall påvirke andelene med ulike utdanningsnivåer. For eksempel vet vi at folk med høyere utdanning i gjennomsnitt lever lenger, slik at høyere dødelighet i gruppene med lav utdanning kan føre til en nedgang i andelen med slik utdanning i høyere aldersgrupper.

Økningen i andelen med grunnskole som sitt høyeste utdanningsnivå i kohortene født rundt 1960 henger sammen med innføringen av 9-årig grunnskole og at ungdomstrinnet erstattet realskolen (Aamodt og Stølen 2003). Dette lille 'hoppet' i andelene med grunnskole er også synlig i figurene som viser utdanningsnivået på fylkesnivå, men kommenteres ikke videre i teksten.

På høyere nivåer ser vi for det første at det har vært en klar og systematisk økning i andelen med utdanning tilsvarende bachelorgrad fra kohort til kohort. Denne økningen har vært mest markert blant kvinnene, slik at nesten tre av ti kvinner i 1960-kohorten, som vil være 80 år i 2040, nå har utdanning tilsvarende bachelorgrad, mens dette kun gjelder i overkant av én av ti blant dagens 80-åringer. Vi ser også en systematisk økning i andelene med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere, og også denne utviklingen har vært klart sterkest blant kvinnene. I de eldste kohortene hadde en klart lavere andel kvinner enn menn utdanning på dette nivået, mens dette forholdet er snudd i de yngre kohortene.

Samlet sett viser disse figurene at vi kan forvente en klart høyere andel med høyere utdanning blant framtidens eldre, og da særlig blant kvinnene. Særlig vil vi se en sterk økning i andelen eldre kvinner med utdanning tilsvarende bachelorgrad eller høyere etter hvert som yngre kohorter med høyere utdanning blir eldre. Dermed forutsetter vi at utdanningsnivået i den eldre delen av befolkningen vil øke sterkt i årene som kommer for landet som helhet. Dette forsterkes av at sammensetningen av den eldre delen av befolkningen endrer seg ettersom kohorter med generelt høyere utdanning eldes, og eldre kohorter dør.

5.2. Kohortenes utdanningsnivå i hvert fylke

Når vi ser på registrert statistikk for perioden 2005-2015, har Oslo gjennomgående det høyeste utdanningsnivået – i alle aldersgrupper. Fylkene med det laveste utdanningsnivået varierer noe på tvers av alder – Østfold ligger lavest blant 30-39-åringer, mens Hedmark og Oppland ligger lavest blant middelaldrende. Sogn og Fjordane har det laveste utdanningsnivået blant de som er 67 år og eldre. De siste ti

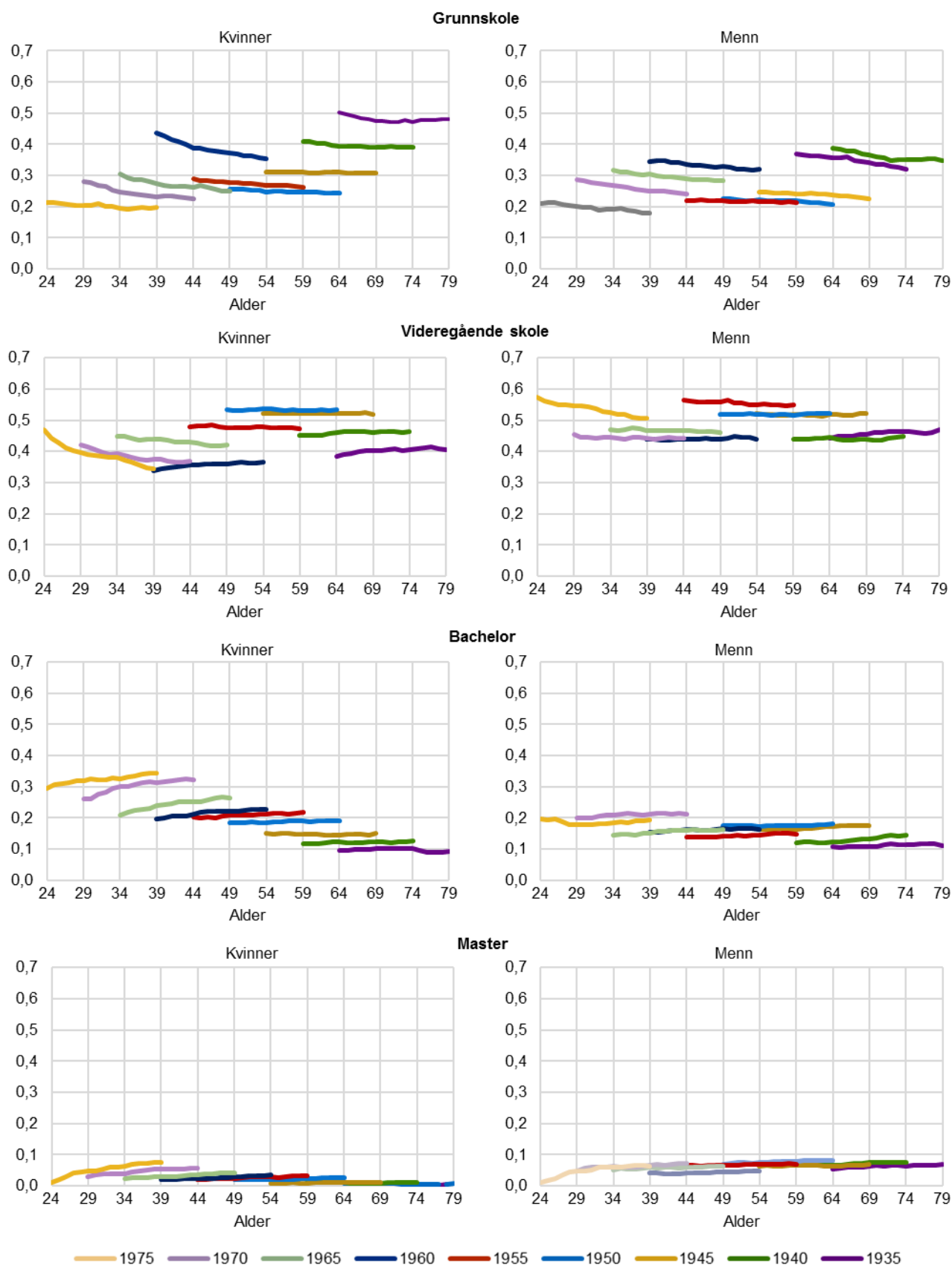
årene har Østfold hatt den svakeste endringen blant de eldste, mens Aust-Agder har hatt den svakeste endringen blant de nesteldste. Variasjonen er imidlertid ikke veldig stor. Endringen har gjennomgående vært sterkest i Oslo – på tvers av alder.

I grafene som presenteres i denne delen går vi mer detaljert til verks, og viser andelene blant kvinner og menn, på utvalgte alderstrinn, som har henholdsvis grunnskole, videregående skole eller tilsvarende, bachelorgrad eller tilsvarende, og mastergrad eller tilsvarende som sitt høyeste utdanningsnivå for kohortene født i 1935, 1940, 1945, 1950, 1955, 1960, 1965, 1970 og 1975 for hvert fylke.

Kohortenes utdanningsnivå i Østfold

Som grafene i figur 5.3 under viser, har de yngre fødselskohortene i Østfold klart høyere utdanning enn de eldre kohortene – særlig blant kvinner. Med unntak av kohortene født i 1960 og 1965 blant kvinner og i perioden 1960 til 1970 blant menn, har det i kohortene vist her vært en generell nedgang i andelen som kun har grunnskole som høyeste utdanningsnivå i suksessive kohorter. Tilsvarende har det vært en sterk økning i andelene som har bachelorgrad eller tilsvarende som høyeste utdanningsnivå i senere kohorter blant kvinner, og en langt svakere økning blant menn. Andelene med mastergrad eller høyere har også økt sterkt blant kvinner, mens andelene med slik utdanning har vært mer stabil blant mennene. Dette innebærer at vi kan forvente at framtidens eldre kvinner i Østfold vil ha et klart høyere utdanningsnivå enn tidligere, og at en betydelig andel vil ha høyere utdanning. Som eksempel kan vi trekke fram kvinnekohorten født i 1960, som vil være 80 år i 2040. Blant disse har godt over to av ti utdanning tilsvarende bachelorgrad eller høyere, mens den tilsvarende andelen blant dagens 80 år gamle kvinner i Østfold er på rundt en av ti.

Figur 5.3 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Østfold¹

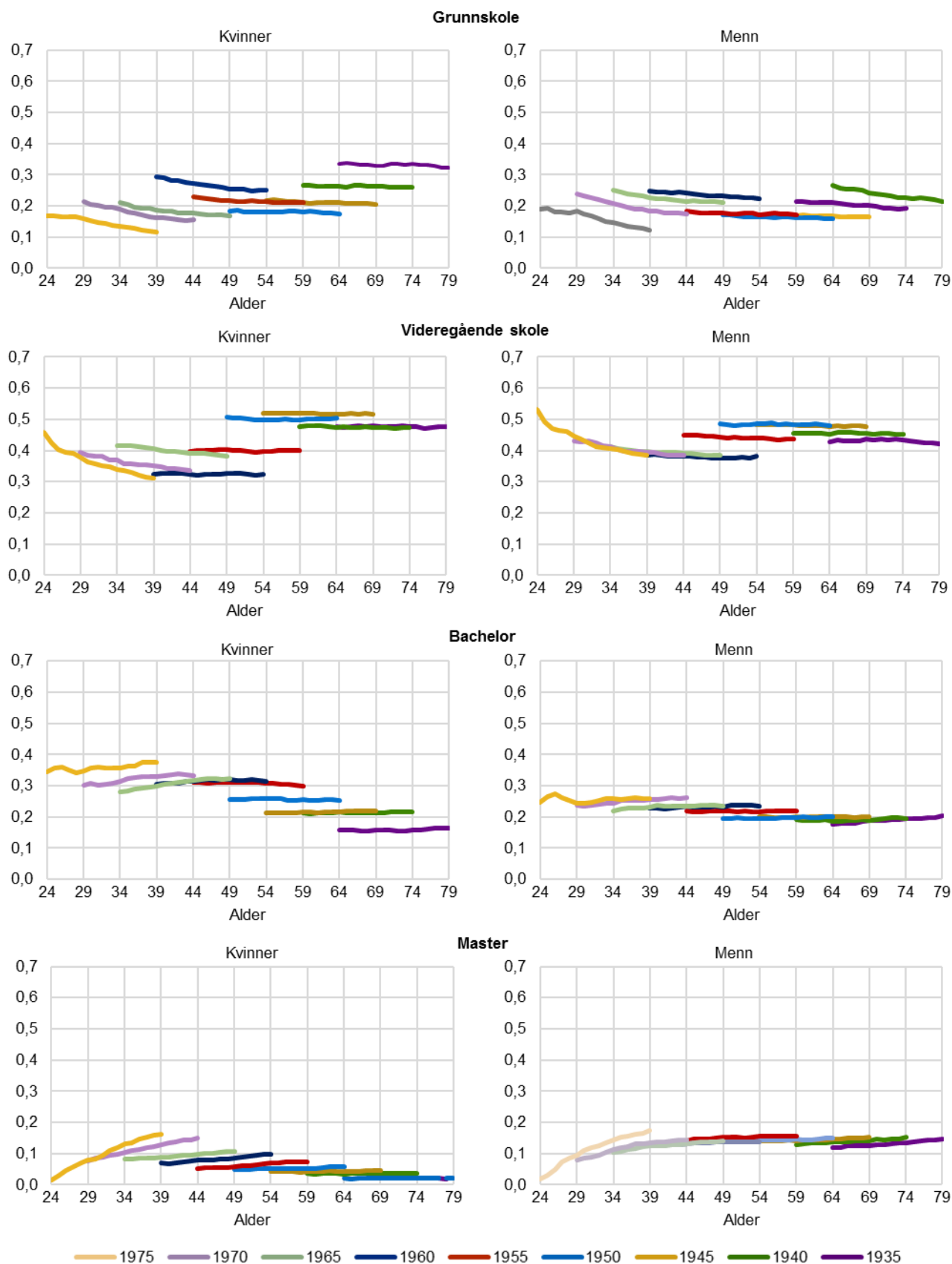


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Akershus

I Akershus ser vi av figur 5.4 under at yngre kohorter har klart høyere utdanningsnivå enn eldre kohorter. Særlig gjelder dette kvinnene, der andelen med høyeste utdanningsnivå tilsvarende både bachelorgrad og mastergrad eller høyere har økt sterkt i suksessive kohorter. Men også blant mennene er det en klar trend i retning av en høyere andel med høyere utdanning i yngre kohorter. Nedgangen i andelene med henholdsvis grunnskole og videregående som høyeste utdanningsnivå er også tydelig, om enn ikke like entydig, noe som kommer av en lavere andel som har videregående skole som høyeste utdanningsnivå og en høyere andel som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå i kohortene som er født rundt 1960. Trenden i retning høyere utdanning i yngre kohorter vil på sikt gi en eldre befolkning med høyere utdanning enn tidligere i Akershus. Eksempelvis er andelen kvinner med bachelorgrad, mastergrad eller høyere i dag på rundt fire av ti i kohorten som er født i 1960. Disse vil være 80 år i 2040. Til sammenlikning har rundt to av ti av dagens 80 år gamle kvinner i Akershus utdanning på tilsvarende nivå.

Figur 5.4 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Akershus¹

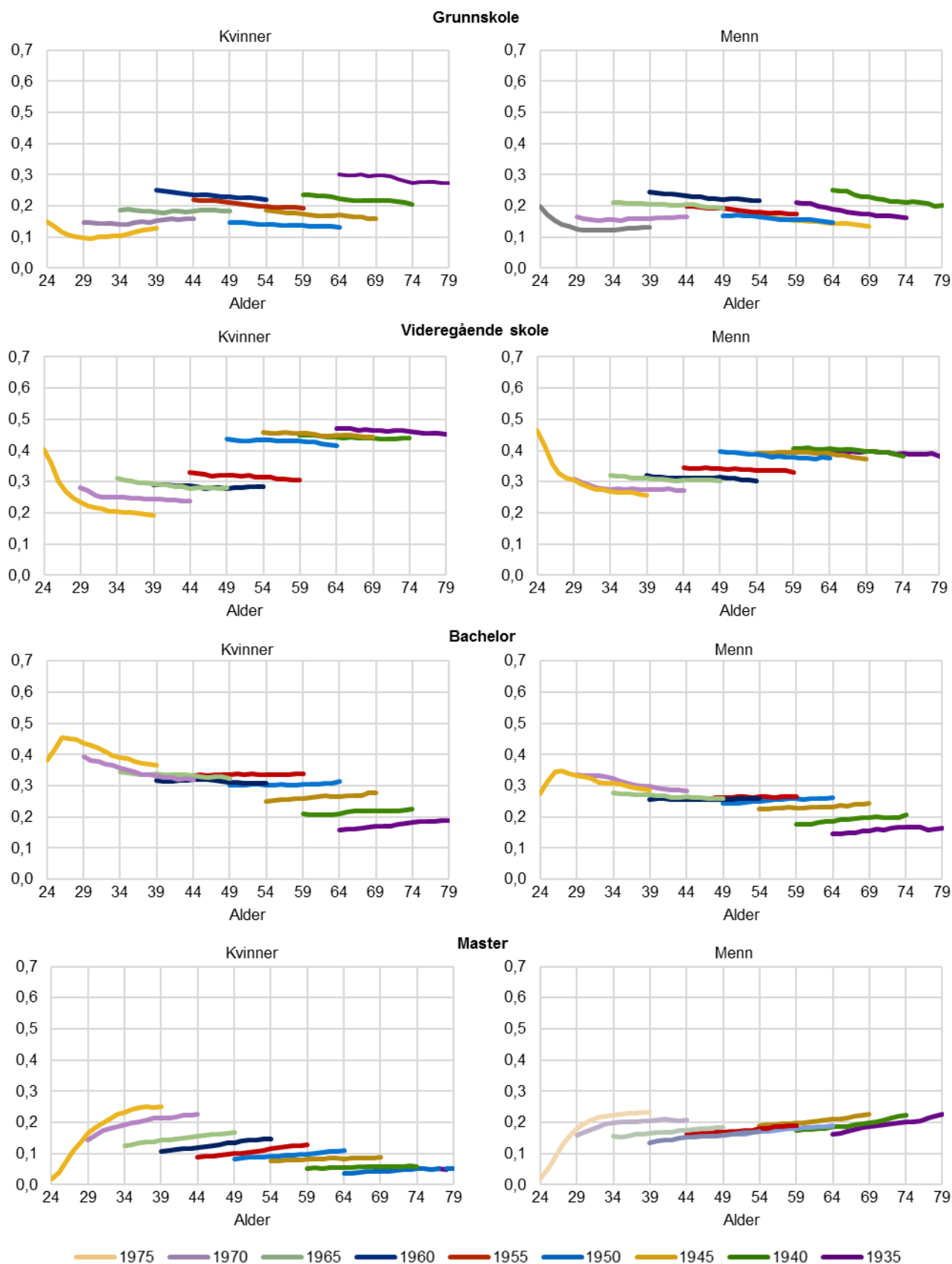


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Oslo

I Oslo har en stor andel av befolkningen høyere utdanning, og denne andelen er høyest i de yngre kohortene (figur 5.5). Andelen med videregående skole eller tilsvarende som høyeste utdanningsnivå viser en klar nedadgående trend i suksessive kohorter. Med andre ord er det slik at yngre årskull i større grad har høyere utdanning enn eldre kull. At mange flytter til Oslo for å studere eller jobbe i yrker som krever høyere utdanning, bidrar nok til det høye utdanningsnivået i fylket. Den sterkeste økningen i andelene med høyere utdanning finner vi blant kvinner. Mens rundt 5 prosent av kvinnene i Oslo som er født i 1935 har utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere, gjelder dette rundt 15 prosent av kvinnene født i 1960 og 25 prosent av kvinnene født i 1975. Utviklingen i andelen med utdanning tilsvarende mastergrad eller liknende er ikke like sterk blant mennene, men her er nivået noe høyere for de eldre kohortene. Hvis vi sammenlikner kohortene ved samme alder, ser vi generelt at andelene med slik utdanning generelt er høyere i yngre kohorter.

Figur 5.5 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Oslo¹

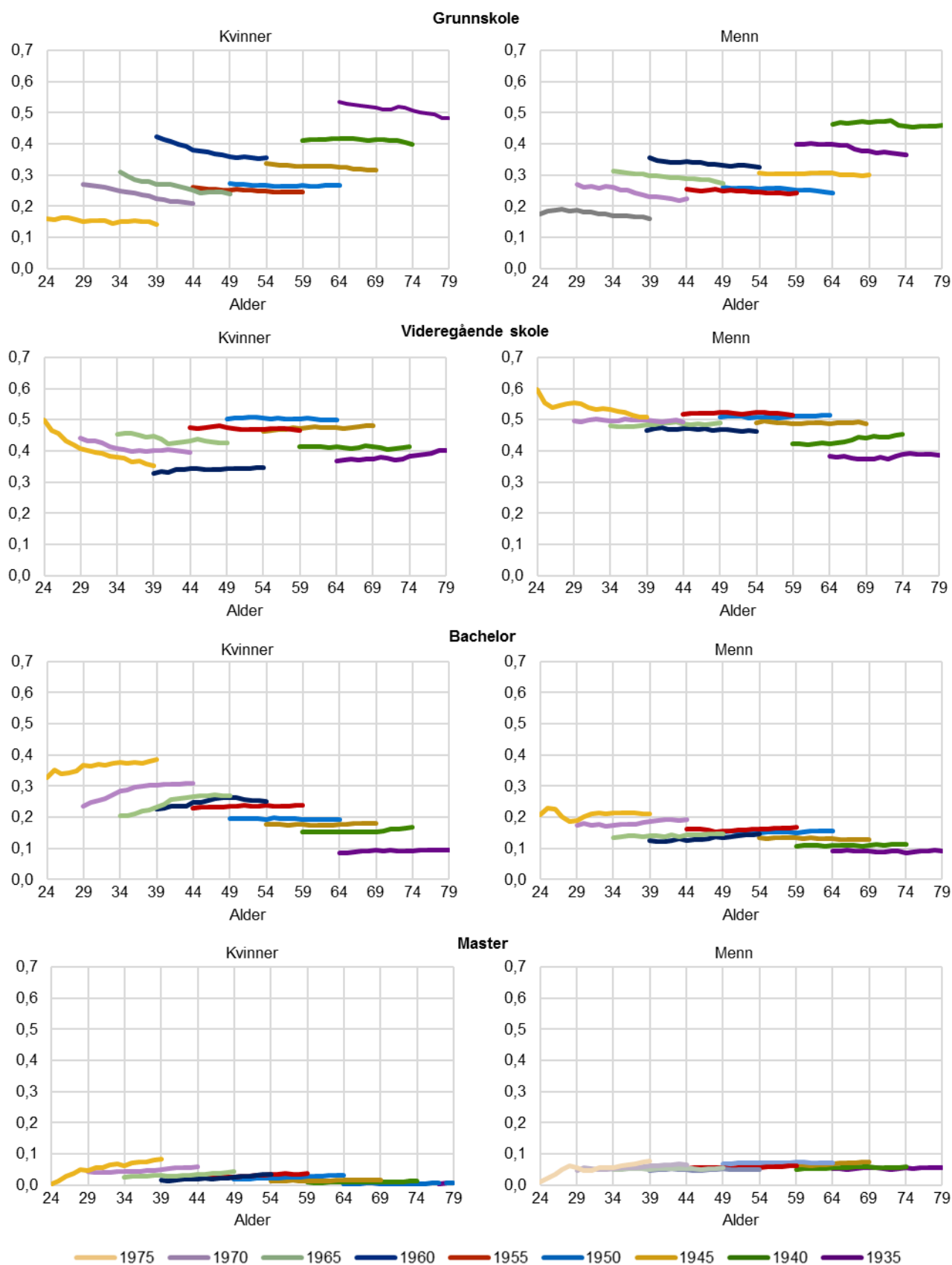


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Hedmark

Selv om andelene med høyere utdanning i Hedmark generelt er lavere enn i for eksempel Akershus, ser vi også her en klar trend i retning høyere utdanningsnivå i yngre kohorter (figur 5.6). Igjen er det særlig kvinnene som i stadig større grad tar høyere utdanning, selv om det er en klart økende trend også i andelen menn som har utdanning tilsvarende bachelorgrad i suksessive kohorter. Når det gjelder utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere, ser vi liten utvikling blant mennene, men en klar økning i andelen kvinner som har slik utdanning i de yngre kohortene. Denne utviklingen innebærer at man kan forvente at særlig framtidens eldre kvinner i Hedmark vil ha et betydelig høyere utdanningsnivå enn dagens eldre kvinner, og at vi også kan forvente at en høyere andel av framtidens eldre menn i Hedmark vil ha utdanning tilsvarende bachelorgrad eller høyere. Som eksempel kan vi trekke fram de kvinnene som i 2015 er 80 år gamle og sammenlikne med den kohorten av kvinner som vil være 80 år gamle i 2040, nemlig kohortene som er født i 1935 og 1960. I disse gruppene ser vi at rundt en av ti 80-åringene i 2015 har utdanning tilsvarende bachelorgrad, mastergrad eller høyere, mens dette gjelder nærmere tre av ti kvinner som i 2015 var 55 år og som i 2040 vil være 80 år gamle.

Figur 5.6 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Hedmark¹

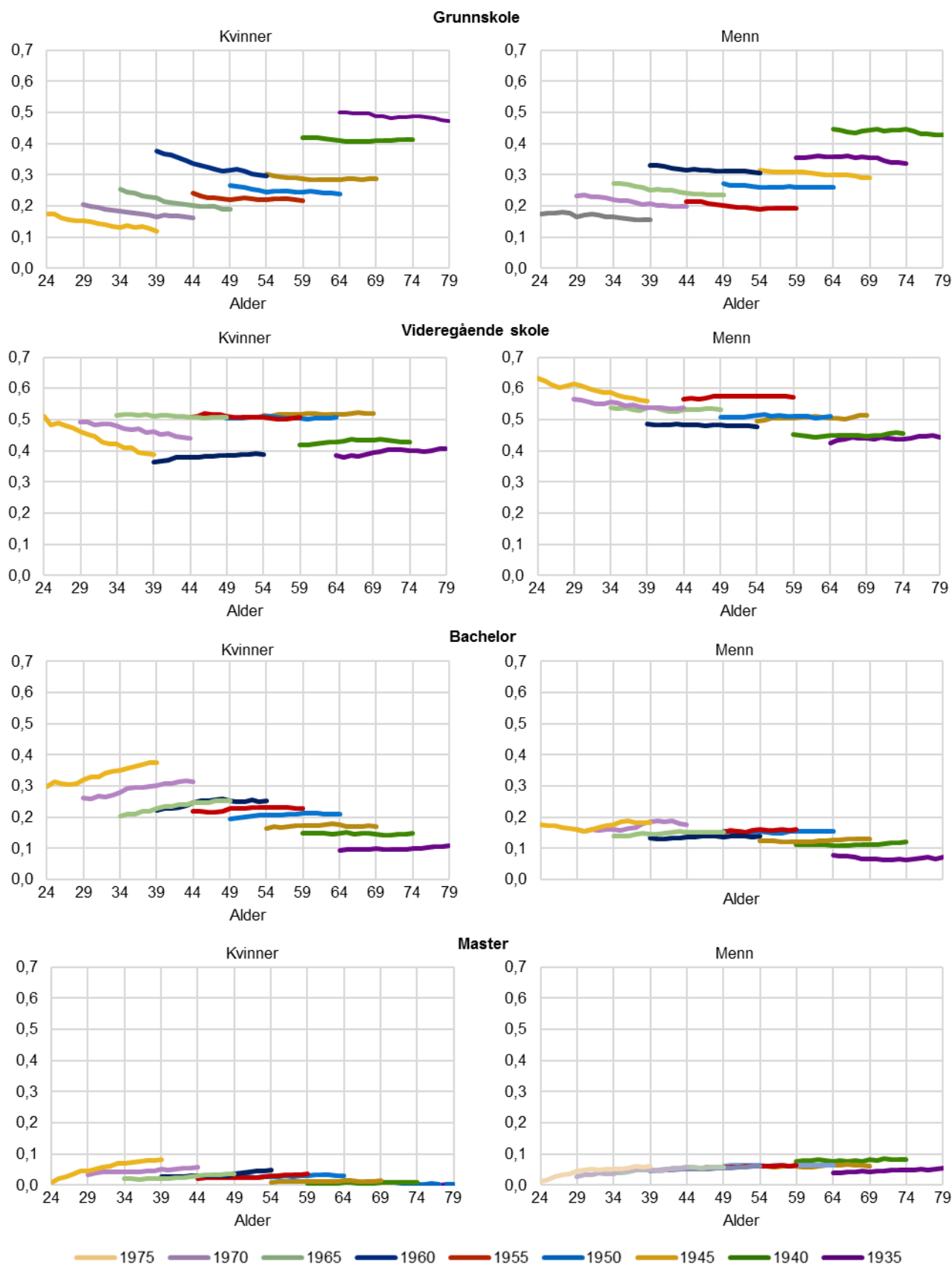


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Oppland

I Oppland følger utdanningsnivået i kohortene i stor grad samme mønster som i Hedmark. Mens det har vært en klar økning i andelen med utdanning tilsvarende bachelorgrad i suksessive kohorter blant menn, har det vært lite utvikling i andelene blant menn med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere i de samme kohortene (figur 5.7). Blant kvinner, derimot, ser vi en sterk økning i andelene med utdanning tilsvarende bachelorgrad i de yngre kohortene, og også en klar økning i andelene med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere – særlig i de aller yngste kohortene. Dette innebærer at vi også i Oppland kan forvente at en høyere andel av framtidens eldre vil ha høyere utdanning, og da særlig blant kvinnene. Eksempelvis har litt i overkant av 10 prosent av de 80 år gamle kvinnene i Oppland utdanning tilsvarende bachelorgrad eller høyere i 2015, mens nærmere tre av ti kvinner som er født i 1960, og som dermed vil være 80 år i 2040, har slik utdanning.

Figur 5.7 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Oppland¹

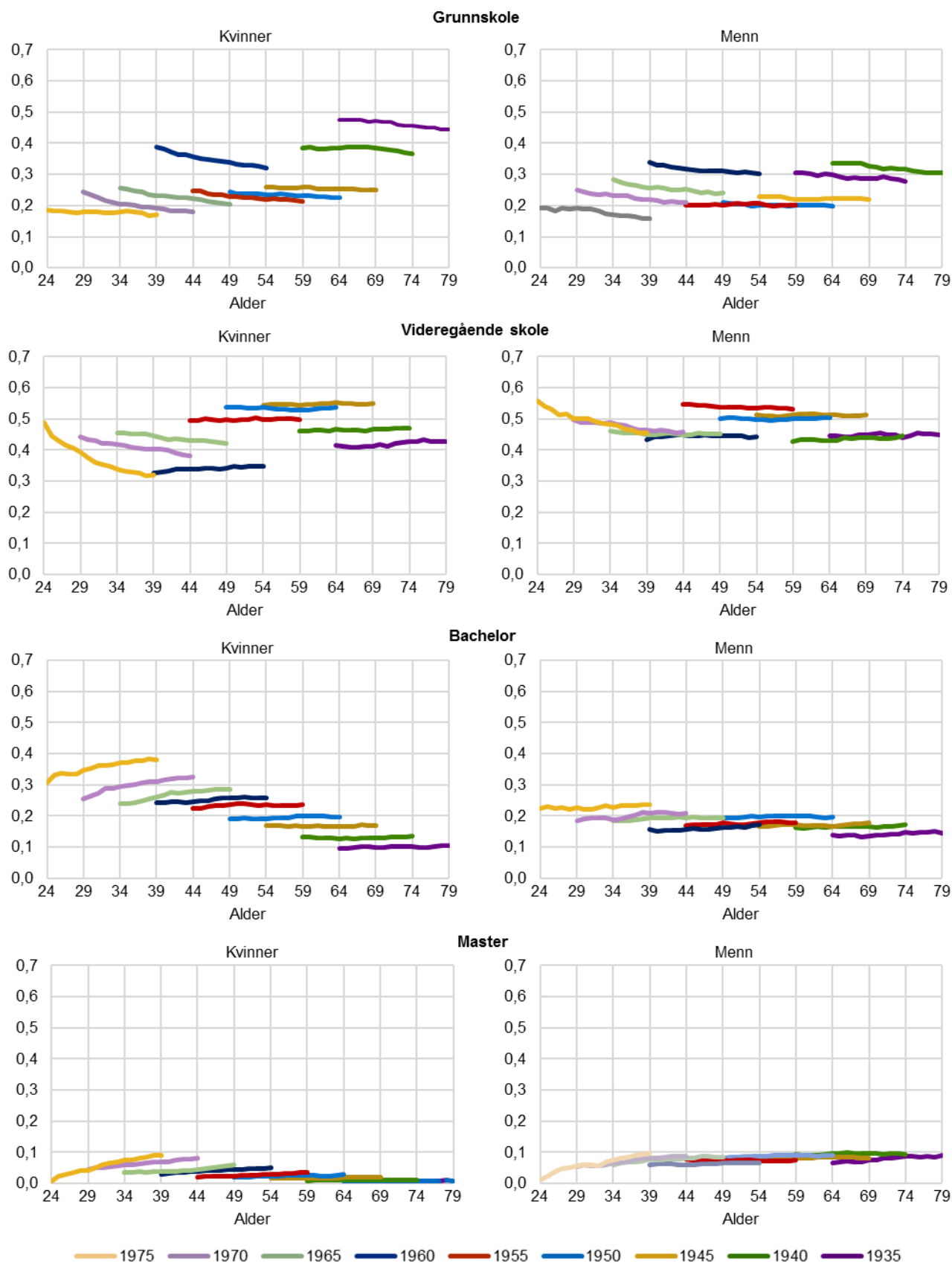


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Buskerud

Trendene for utviklingen i utdanningsnivå mellom kohortene i Buskerud følger i hovedsak samme mønster som vi finner i Hedmark og Oppland (figur 5.8). Gjennom flere tiår har nye fødselskull i hovedsak tatt stadig høyere utdanning enn tidligere, og særlig kvinnene har i yngre fødselskull gått forbi mennene i andelen med utdanning tilsvarende bachelorgrad. Vi ser en viss stagnasjon i andelen menn med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere, mens andelen med slik utdanning øker klart i etterfølgende kohorter blant kvinner. Dette innebærer at vi kan forvente en forholdsvis moderat økning i utdanningsnivået til eldre menn i framtiden, og en sterk økning i utdanningsnivået til eldre kvinner. Eksempelvis har litt over en av ti 80 år gamle kvinner i dag utdanning tilsvarende bachelorgrad eller høyere, mens den tilsvarende andelen i 1960-kohorten, som blir 80 år i 2040, er på i overkant av tre av ti.

Figur 5.8 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Buskerud¹

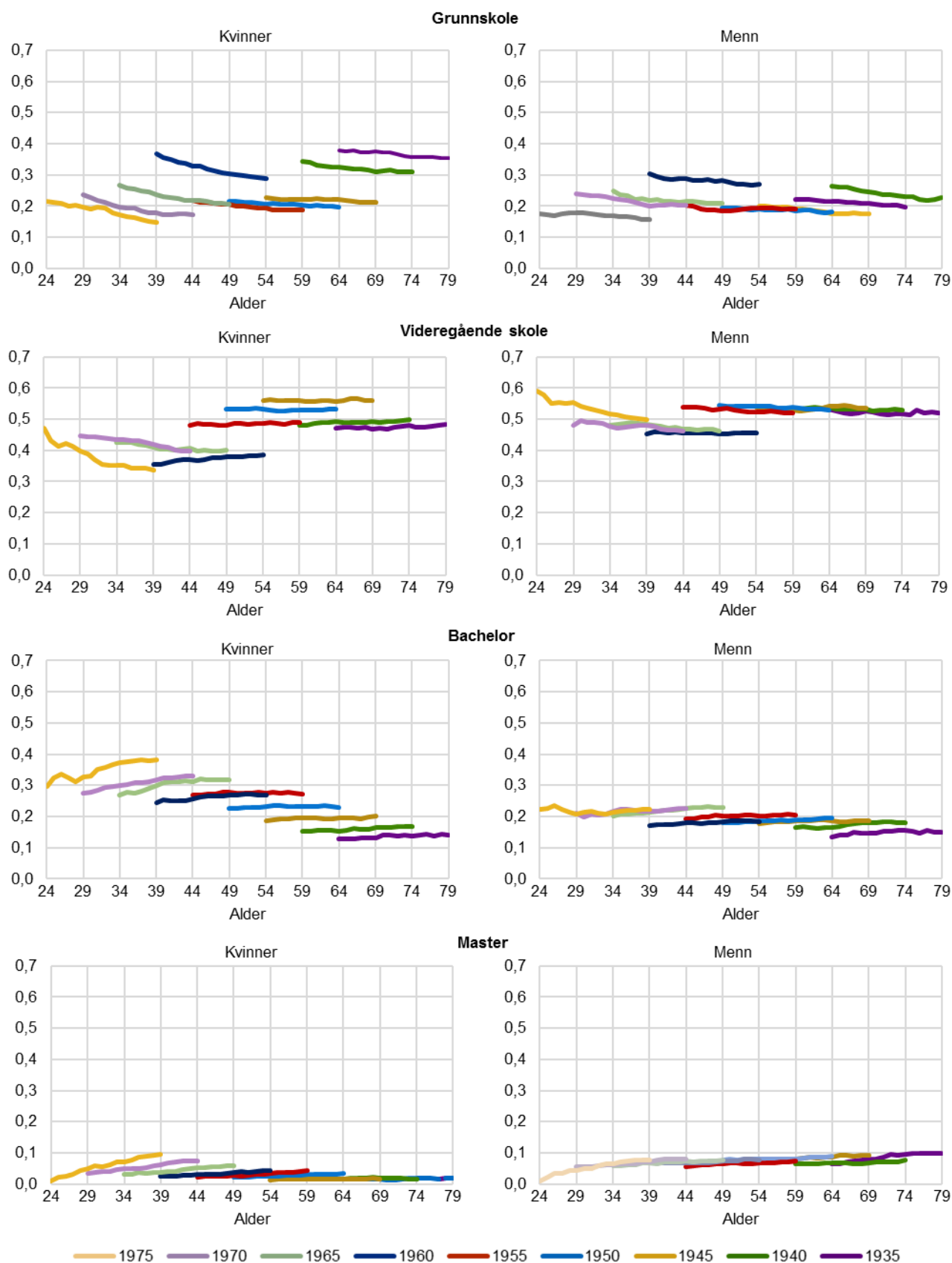


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Vestfold

I Vestfold finner vi, i likhet med alle de andre fylkene en markant økning i utdanningsnivået i suksessive kohorter av kvinner, og en langt mindre markant økning blant menn (figur 5.9). Økningen i andelen med høyere utdanning blant kvinner fra kohort til kohort er særlig synlig når det gjelder andelene med utdanning tilsvarende bachelorgrad, men også klar når det gjelder andelene med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere. På den annen side er økningen i andelene med utdanning tilsvarende bachelorgrad fra kohort til kohort blant menn svak i sammenlikning, og det er vanskelig å se noen særlig økning i andelen menn med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere fra kohort til kohort. I praksis innebærer dette at vi kan forvente at det i framtiden vil være en klart høyere andel eldre kvinner i Vestfold med høyere utdanning, mens vi kun kan forvente en liten økning i utdanningsnivået blant eldre menn. Blant mennene som i dag er 80 år har rundt en fjerdedel utdanning tilsvarende bachelorgrad eller høyere, mens godt under en femtedel kvinner i samme alder har utdanning på dette nivået. Blant kohorten som ble født i 1960, og som vil være 80 år i 2040 har godt under tre av ti menn utdanning på dette nivået, mens det samme gjelder godt over tre av ti kvinner.

Figur 5.9 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Vestfold¹

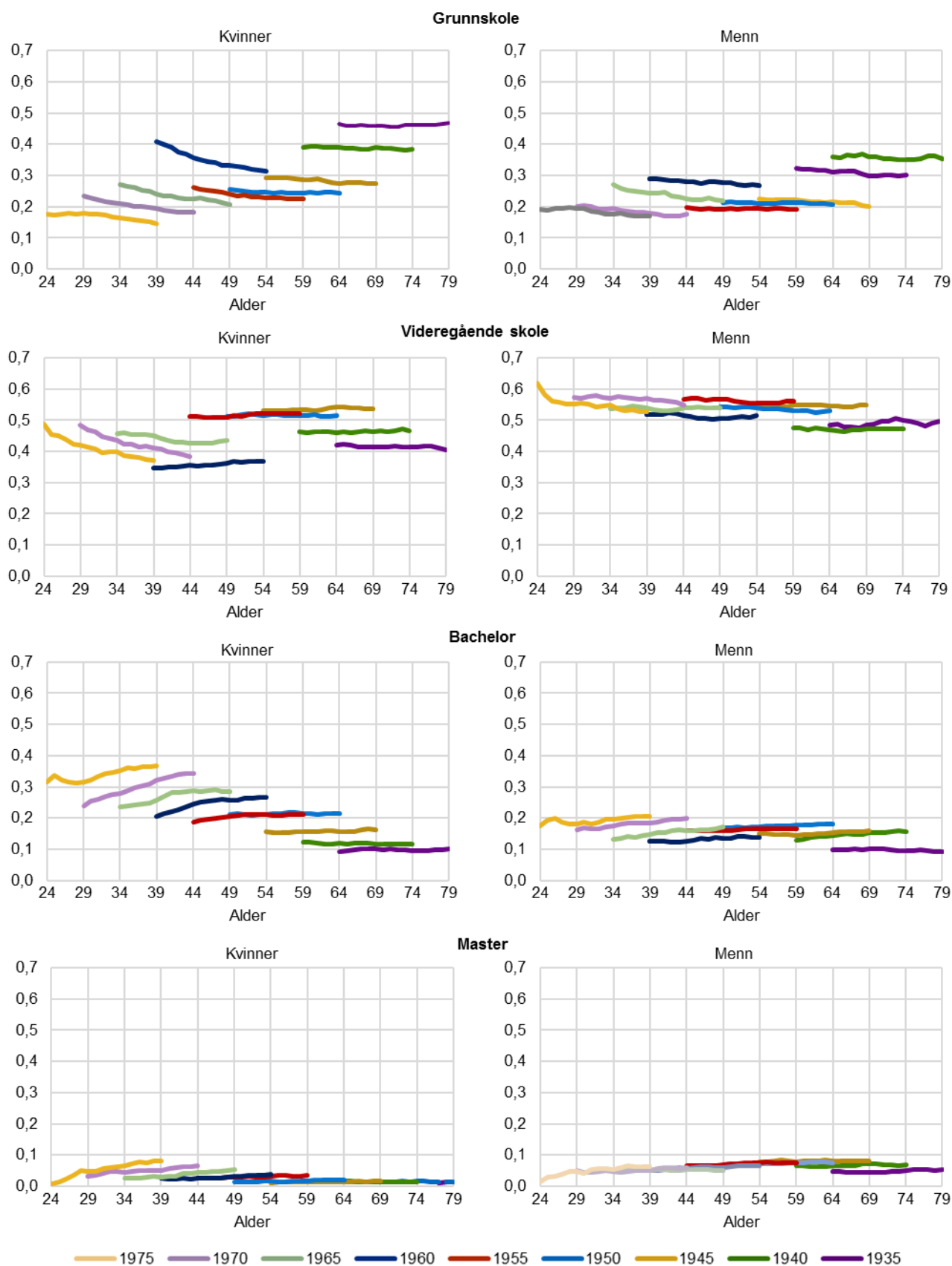


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Telemark

I Telemark har økningen i utdanningsnivå fra kohort til kohort fulgt noenlunde samme mønster som i Vestfold, men fra et noe lavere nivå (figur 5.10). I Telemark har for eksempel en høyere andel av dagens 80 år gamle kvinner og menn kun grunnskole som sitt høyeste utdanningsnivå, og en lavere andel i denne aldersgruppen har høyere utdanning, sammenliknet med nabofylket. Samtidig ser vi en markant økning i utdanningsnivået i suksessive kohorter, og denne økningen er klart sterkest blant kvinnene. Det har vært en nær tredobling i andel kvinner med utdanning tilsvarende bachelorgrad eller høyere fra 1935-kohorten til 1960-kohorten i 2015, mens økningen i andelen menn med slik utdanning har vært klart svakere. Dette innebærer at vi også i Telemark kan forvente en sterk økning i andelen eldre kvinner med høy utdanning etter hvert som yngre kohorter eldes, mens økningen i andelen eldre menn med høyere utdanning vil bli klart svakere.

Figur 5.10 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Telemark¹

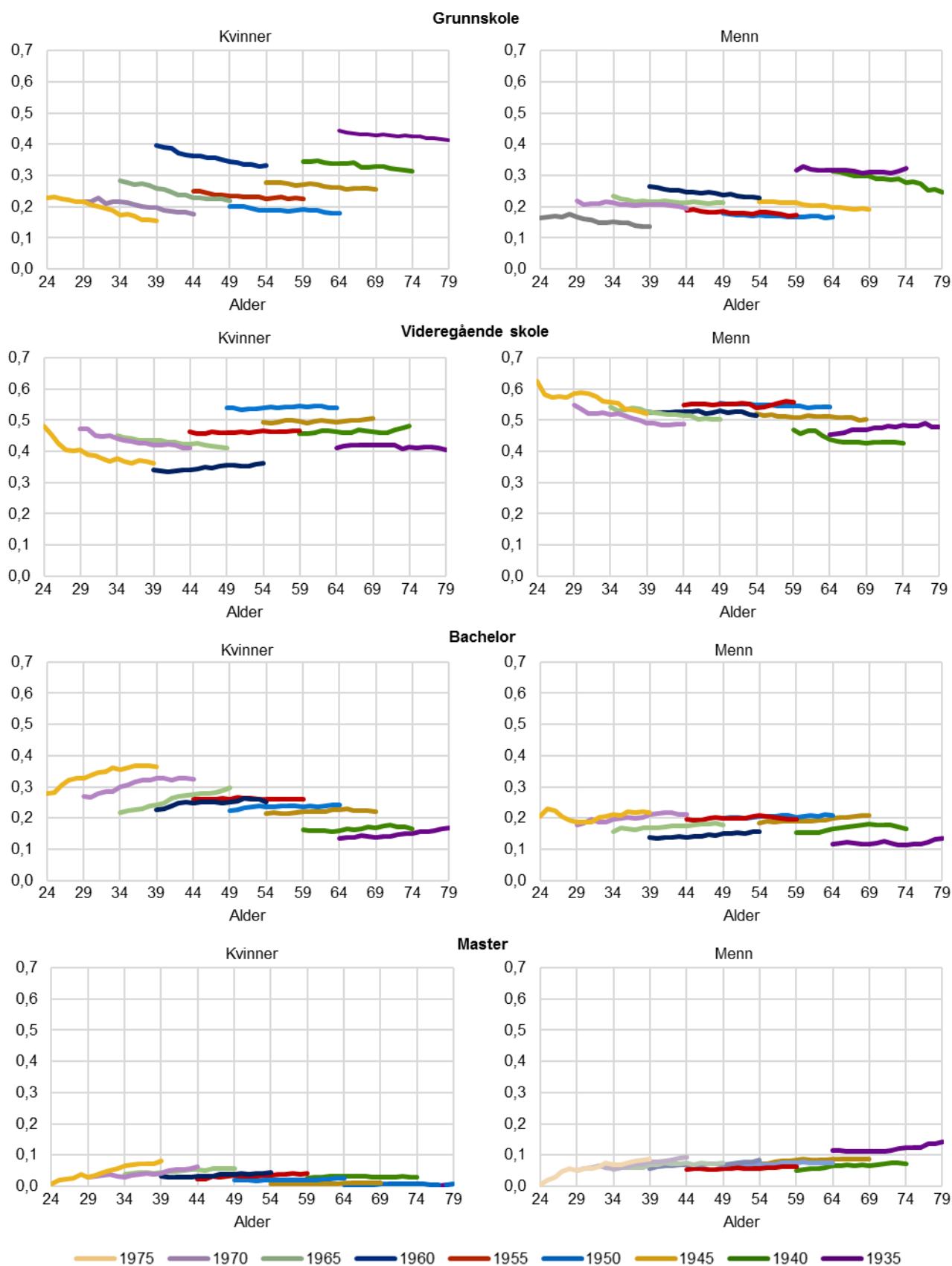


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Aust-Agder

I Aust-Agder ser vi også en klar utvikling i retning høyere utdanningsnivå blant kvinner fra kohort til kohort, men denne utviklingen er langt mindre tydelig og mer uregelmessig blant menn (figur 5.11). Eksempelvis er det en klart lavere andel menn i 1960-kohorten med utdanning tilsvarende bachelorgrad eller høyere enn i enkelte eldre kohorter. Blant kvinnene ser vi imidlertid at blant dagens 80-åringer har nærmere to av ti utdanning tilsvarende bachelorgrad eller høyere, mens dette gjelder rundt tre av ti personer i 1960-kohorten – altså det fødselskullet som vil være 80 år i 2040. Vi kan altså forvente en klar økning i andelen eldre kvinner med høyere utdanning i Aust-Agder i årene framover, og en langt svakere og mer uregelmessig økning i andelen eldre menn med slik utdanning.

Figur 5.11 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Aust-Agder¹

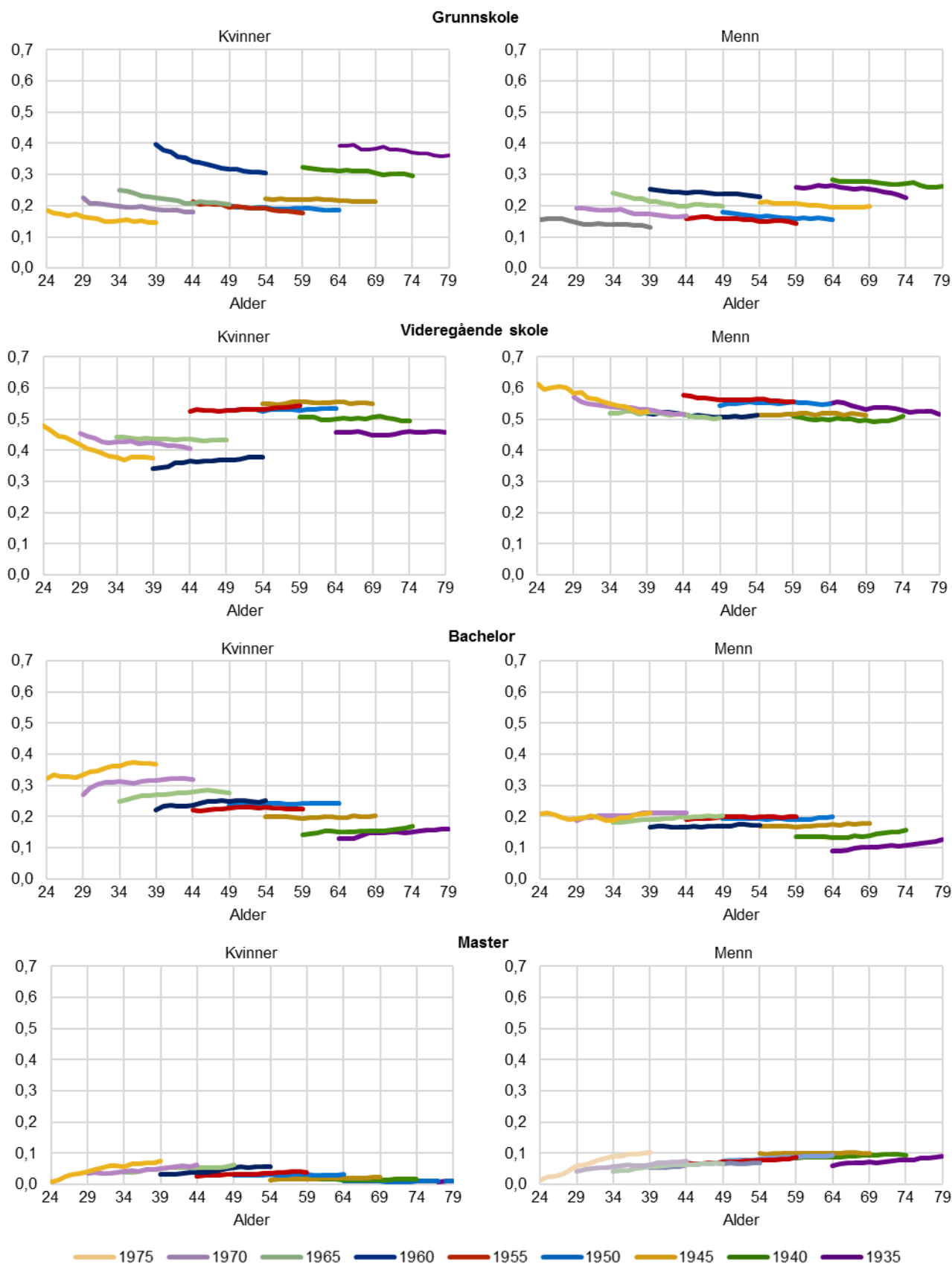


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Vest-Agder

I Vest-Agder har det også vært en klar økning i utdanningsnivået blant kvinner fra kohort til kohort, som vist i figur 5.12. Men også blant menn ser vi en klar økning i andelene med utdanning tilsvarende bachelorgrad mellom de eldste kohortene. Blant mennene er det imidlertid liten endring i andelene med høyeste utdanning tilsvarende videregående skole, bachelorgrad og mastergrad eller høyere mellom de yngre kohortene, med unntak av 1975-kohorten, der vi ser at en klart høyere andel har utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere. Blant mennene i Vest-Agder kan vi med andre ord forvente at andelen med høyere utdanning de nærmeste årene vil øke blant de eldre, men at denne andelen ikke vil fortsette å øke like sterkt, ettersom det i hovedsak ikke er noen klar økning i utdanningsnivået til yngre kohorter av menn. Blant kvinnene kan vi imidlertid forvente en sterk økning i utdanningsnivået til de eldre i overskuelig framtid på grunn av at suksessive kohorter i hovedsak vil ha stadig høyere utdanningsnivå etter hvert som de trer inn i de eldres rekker.

Figur 5.12 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Vest-Agder¹

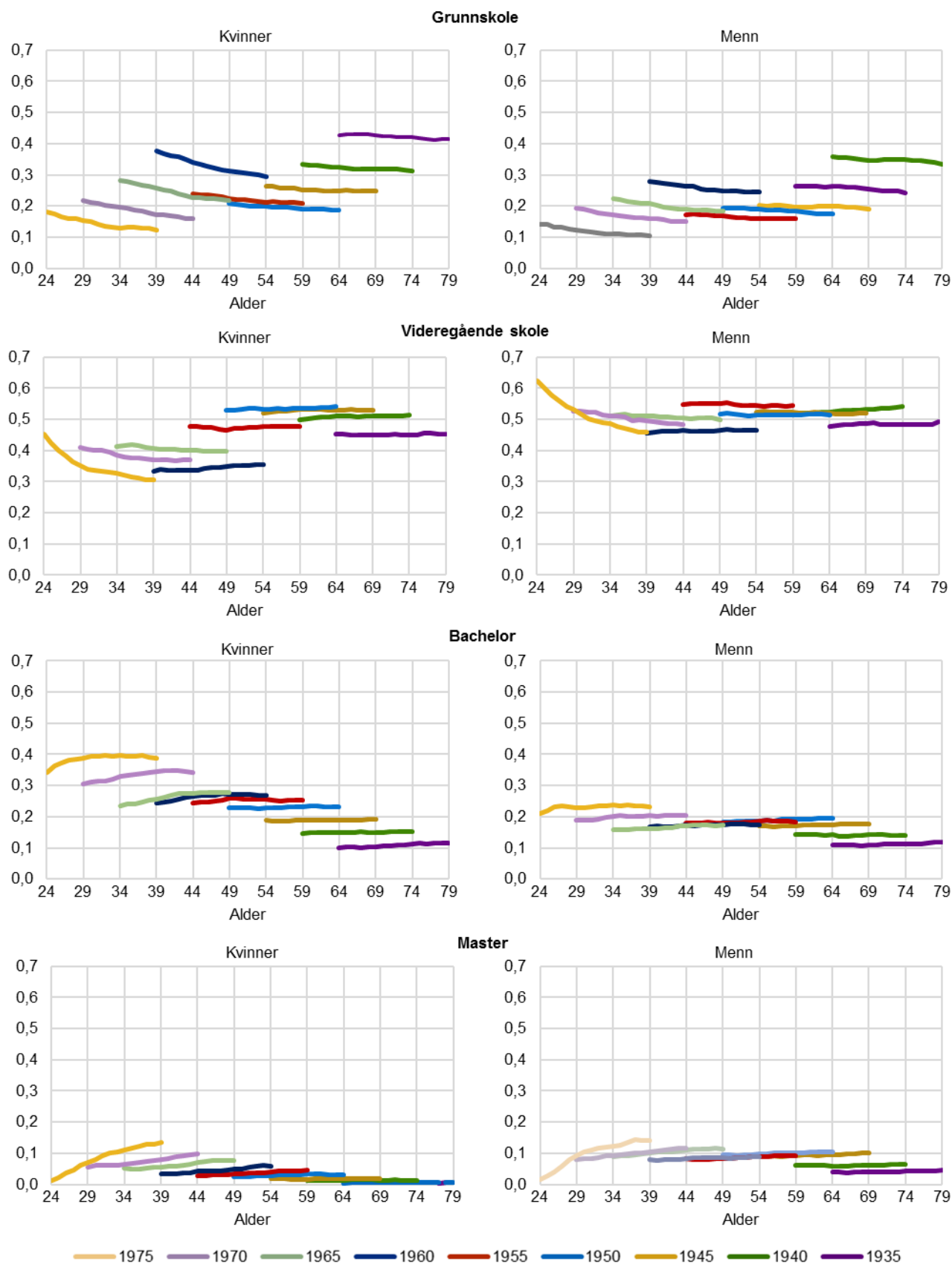


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Rogaland

I Rogaland ser vi en svært markant økning i utdanningsnivået fra kohort til kohort (figur 5.13). Også her er det særlig blant kvinnene vi ser den sterkeste økningen, selv om økningen også er markant blant menn. Blant mennene er økningen i utdanningsnivå mellom kohortene særlig tydelig når vi ser på andelene med utdanning tilsvarende bachelorgrad og mastergrad eller høyere blant de yngste og eldste kohortene. Blant kvinnene ser vi en klar og tydelig økning i utdanningsnivået gjennom hele spennet av kohorter som er vist i figurene under, og særlig de aller yngste kohortene vist her har en markant større andel høyere utdanning. Vi kan derfor forvente en sterk økning i utdanningsnivået blant eldre i Rogaland framover – særlig blant kvinnene. Mens i overkant av en av ti 80 år gamle kvinner i 2015 har utdanning tilsvarende bachelorgrad eller høyere, gjelder dette mer enn tre av ti kvinner i 1960-kohorten, som vil nå 80-årsalderen i 2040.

Figur 5.13 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Rogaland¹

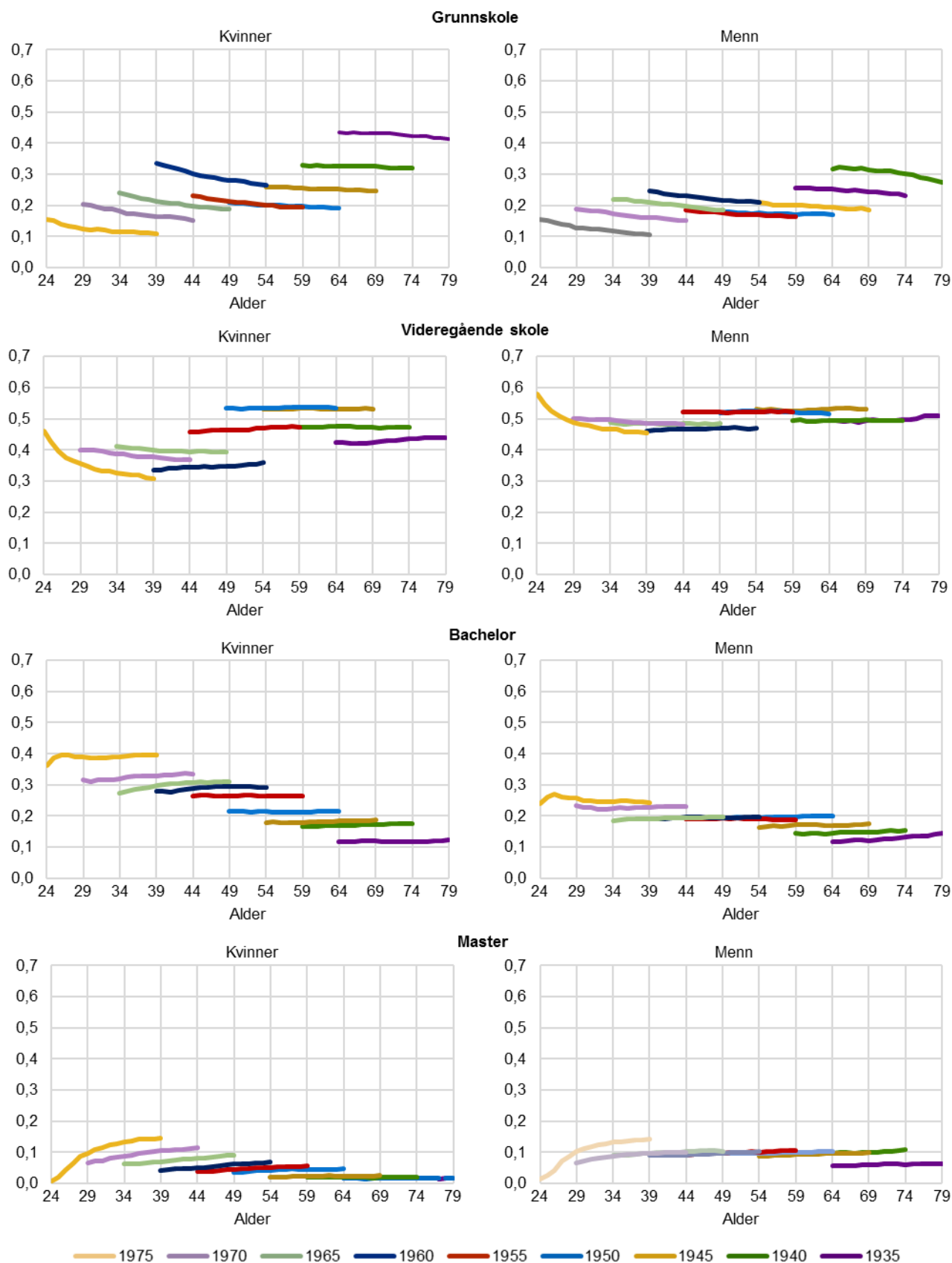


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Hordaland

I Hordaland ser vi at det har vært en klar nedgang i andelene med grunnskoleutdanning som sitt høyeste utdanningsnivå fra kohort til kohort (figur 5.14). Det har også vært en nedgang i andelene med videregående skole eller tilsvarende som sitt høyeste utdanningsnivå i de yngre kohortene, og en klar økning i andelene med henholdsvis utdanning tilsvarende bachelorgrad og utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere. Det er særlig kvinnene som i stadig større grad tar høyere utdanning, men økningen er tydelig også blant menn, og særlig når det gjelder andelene med utdanning tilsvarende bachelorgrad. Dette innebærer at det i Hordaland trolig vil bli en sterk økning i andelen eldre med høyere utdanning i årene framover, etter hvert som yngre kohorter blir eldre. Særlig kan vi forvente en økning i andelen kvinner med høyere utdanning, ettersom for eksempel andelen kvinner med utdanning tilsvarende bachelorgrad i kohorten som blir 80 år i 2040 er på rundt tre av ti, mens andelen blant dagens 80 år gamle kvinner er på i overkant av en av ti.

Figur 5.14 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Hordaland¹

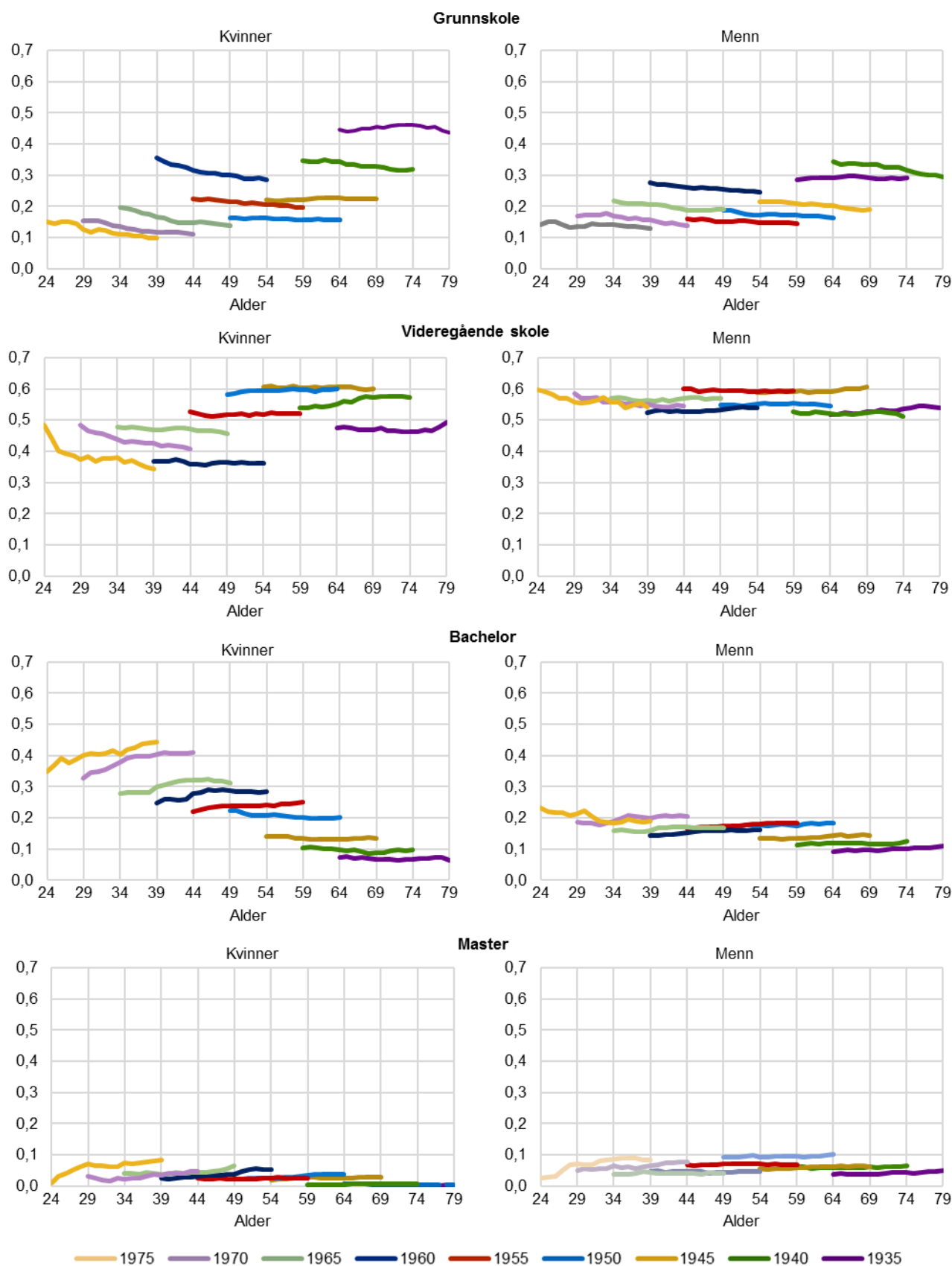


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Sogn og Fjordane

I Sogn og Fjordane er utdanningsnivået i hovedsak noe lavere enn i nabo fylket Hordaland, men også her ser vi klart hvordan ekspansjonen i høyere utdanning har bidratt til at utdanningsnivået har steget kraftig (figur 5.15). En høy andel i yngre kohorter har høyere utdanning, og dette gjelder særlig utdanning tilsvarende bachelorgrad, og særlig blant kvinnene. Blant kvinnene ser vi også en økning fra kohort til kohort i andelen med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere, men det har ikke vært en tilsvarende entydig økning i andelen menn med slik utdanning i suksessive kohorter. Totalt sett innebærer denne utviklingen at vi i Sogn og Fjordane, som i de andre fylkene i landet, kan forvente en sterk økning i utdanningsnivået til de eldre i årene framover, og særlig vil vi etter alt å dømme se en særlig sterk økning i andelen eldre kvinner med utdanning tilsvarende bachelorgrad.

Figur 5.15 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Sogn og Fjordane¹

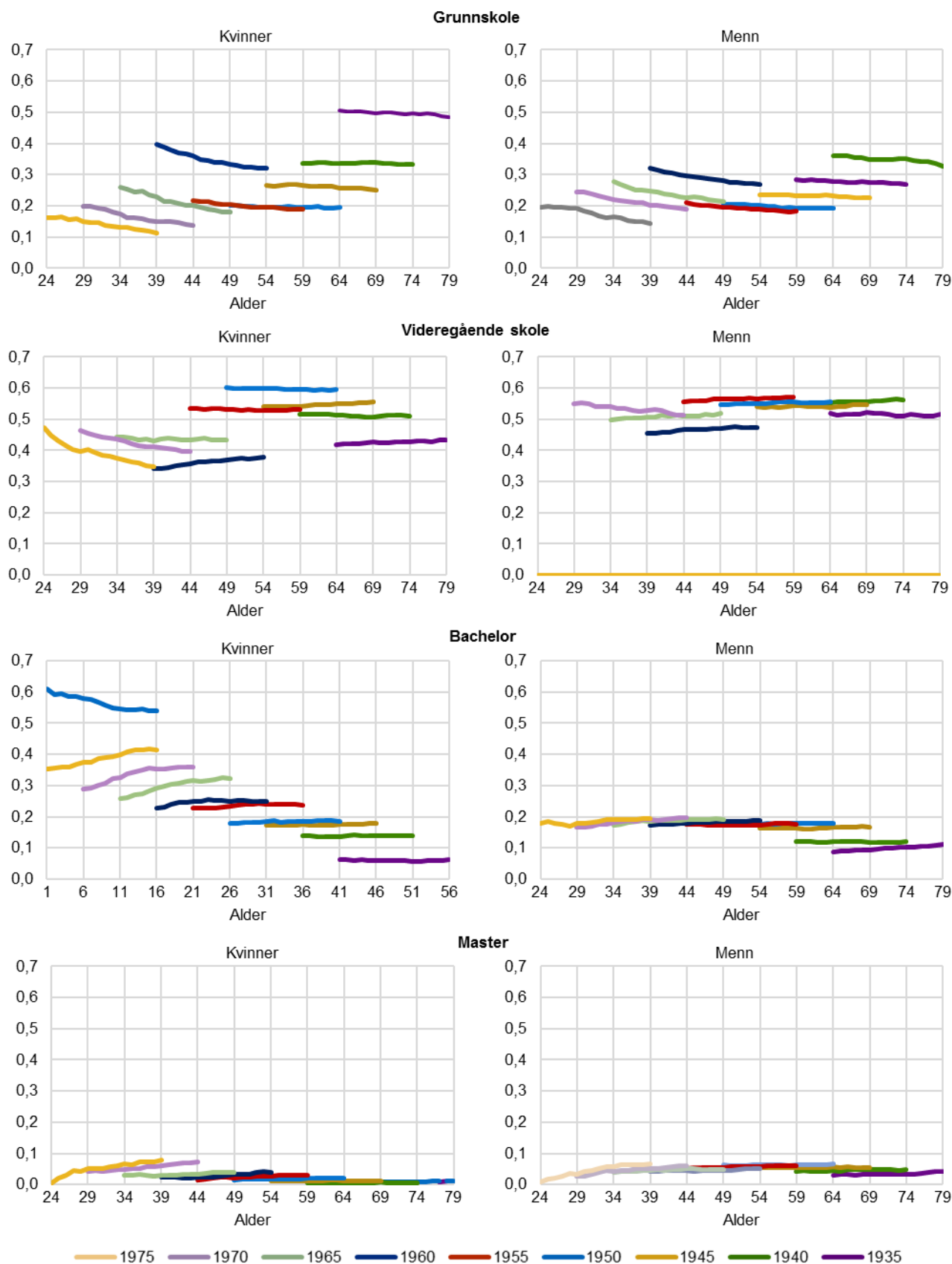


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Møre og Romsdal

I Møre og Romsdal følger utviklingen i kohortenes utdanningsnivå omtrent samme mønster som i Sogn og Fjordane, men vi ser blant annet her en mindre tydelig økning i utdanningsnivået fra kohort til kohort blant menn i de yngre kohortene (figur 5.16). Med andre ord ser økningen i andelen menn med høyere utdanning i Møre og Romsdal ut til å ha stagnert noe. Blant kvinnene, derimot, har utdanningsnivået økt sterkt også her, slik at en stor andel av kvinnene i de yngre kohortene har høyere utdanning. Særlig har det vært en sterk økning i andelen kvinner med utdanning tilsvarende bachelorgrad, slik at rundt en av fire av kvinner i 1960-kohorten i Møre og Romsdal nå har slik utdanning. Vi kan derfor særlig forvente en sterk økning i andelen eldre kvinner med høyere utdanning i årene framover, og en mindre sterk økning i andelen menn med slik utdanning.

Figur 5.16 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Møre og Romsdal¹

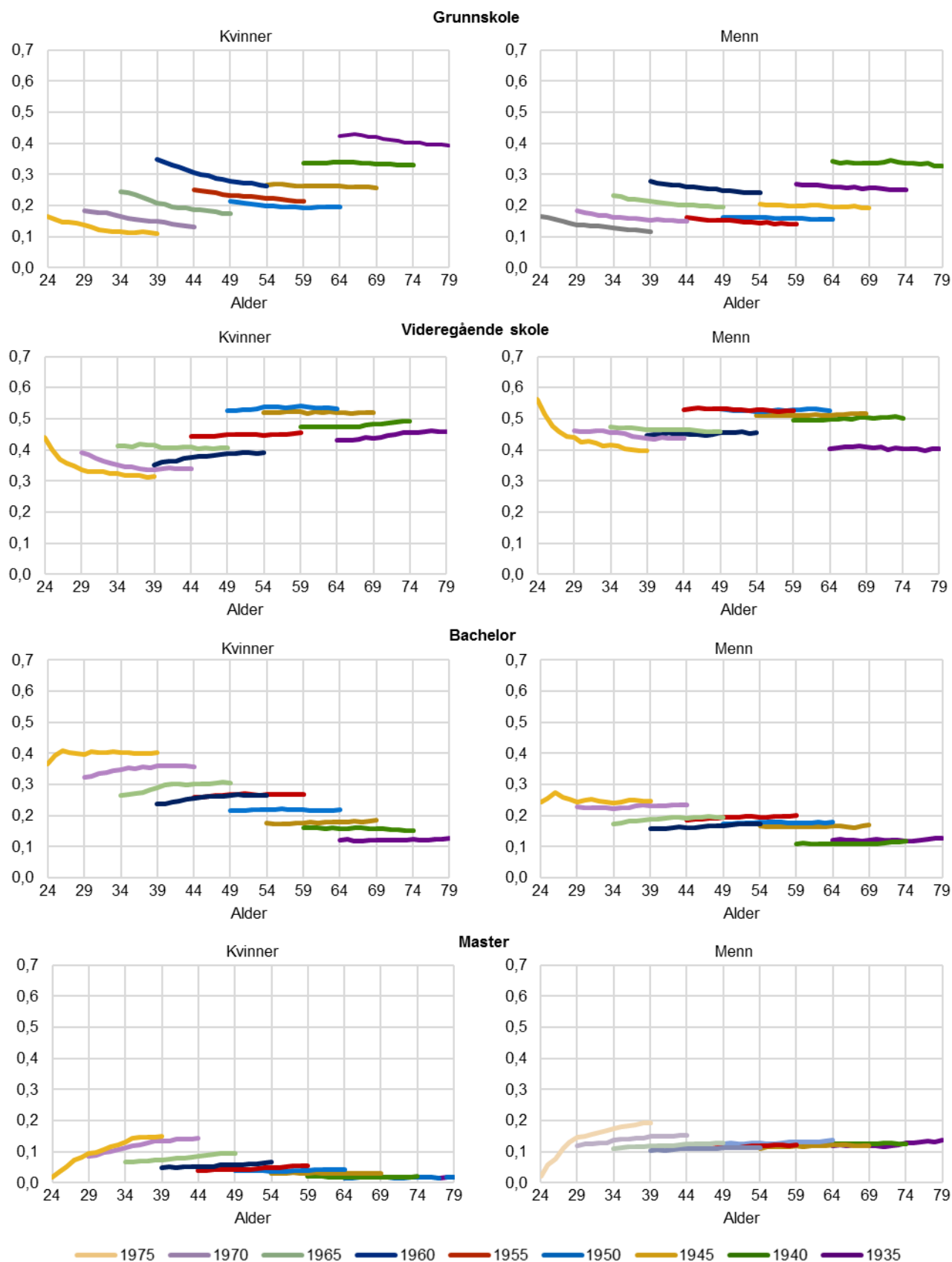


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Sør-Trøndelag

I Sør-Trøndelag ser vi en sterk økning i andelene med høyere utdanning i suksessive kohorter, og her ser vi også at andelene med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere har økt sterkt i de yngste kohortene, sammenliknet med de fleste andre fylker i landet (figur 5.17). Men økningen i andelen menn med slik utdanning er svak i de eldste kohortene, selv om andelene er forholdsvis høye. Når det gjelder andelene med utdanning tilsvarende bachelorgrad ser vi at det har vært en klar økning fra kohort til kohort blant både menn og kvinner, men at også her har den klart sterkeste økningen vært blant kvinnene. Dette innebærer at vi i Sør-Trøndelag kan forvente en sterk økning i andelen eldre med høyere utdanning framover, og det er først og fremst andelen kvinner med utdanning tilsvarende bachelorgrad som vil øke sterkt de nærmeste tiårene. Økningen i andelen menn med utdanning tilsvarende bachelorgrad og i andelen kvinner med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere vil etter alt å dømme bli svakere, og først ta seg skikkelig opp når de yngste kohortene blir gamle.

Figur 5.17 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Sør-Trøndelag¹

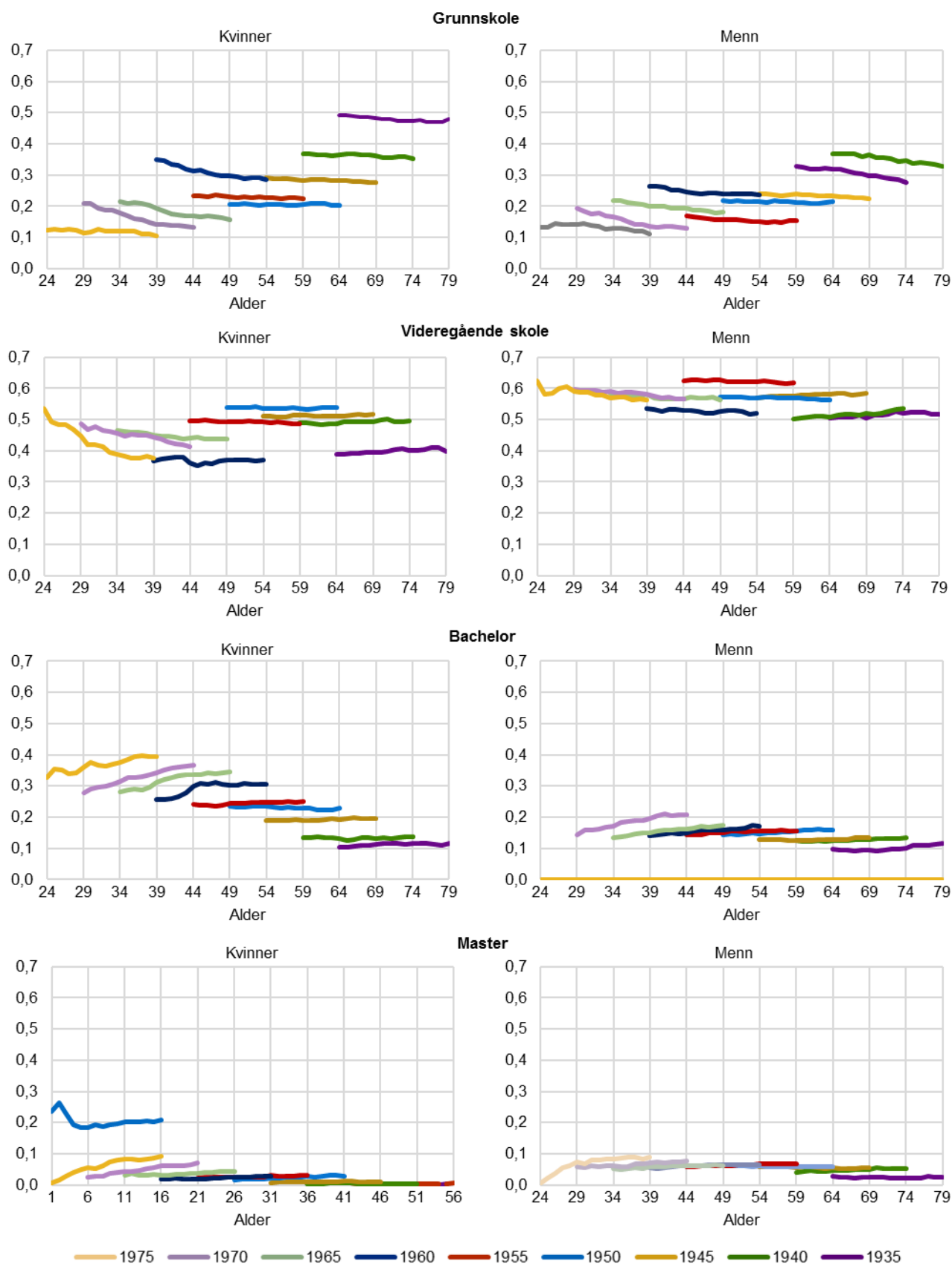


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Nord-Trøndelag

Også i Nord-Trøndelag har utdanningsnivået økt sterkt, og særlig har andelen kvinner med utdanning tilsvarende bachelorgrad økt markant fra kohort til kohort (figur 5.18). Men vi ser også en tydelig økning i andelen menn med utdanning tilsvarende bachelorgrad i suksessive kohorter, og en økning i andelen menn med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere. Når det gjelder andelen menn med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere, ser vi en økning fra kohort til kohort i de eldste og de yngste kohortene, men lite utvikling mellom kohortene født mellom 1945 og 1965. Dette innebærer at økningen i andelen eldre menn med slik utdanning vil være begrenset framover, mens andelen eldre med utdanning tilsvarende bachelorgrad vil øke markant, og særlig blant kvinner. Eksempelvis har i overkant av en av ti 80 år gamle kvinner i dag utdanning tilsvarende bachelorgrad eller høyere, mens andelen med slik utdanning blant kvinner i 1960-kohorten, som vil bli 80 år i 2040, er på godt over tre av ti.

Figur 5.18 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Nord-Trøndelag¹

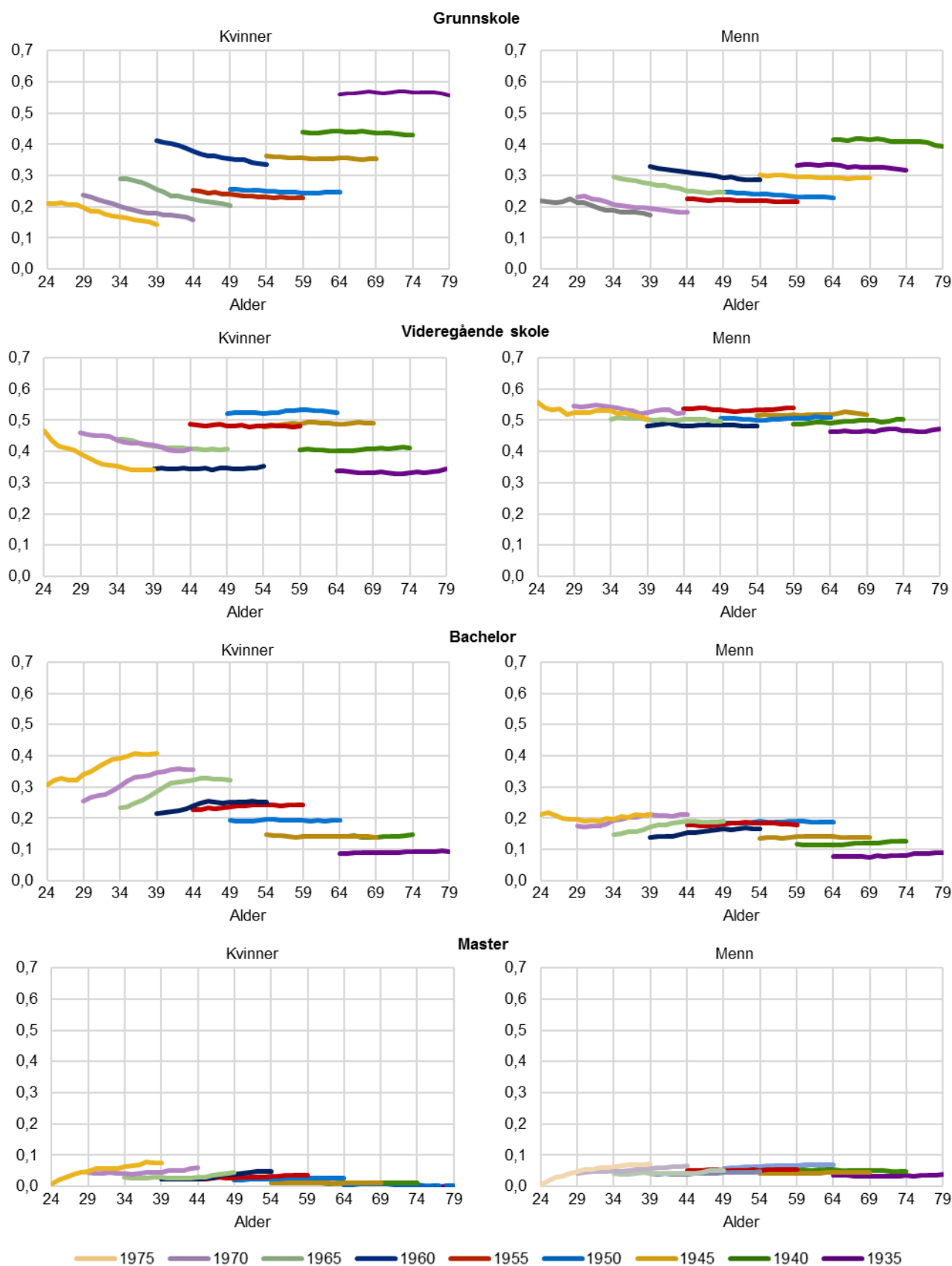


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Nordland

Også i Nordland har andelene med høyere utdanning økt sterkt fra kohort til kohort – og særlig blant kvinnene (figur 5.19). Vi ser at andelen kvinner med utdanning tilsvarende bachelorgrad i 2015 er fire ganger høyere i 1975-kohorten enn i 1935-kohorten, og at andelen kvinner med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere også har økt sterkt. Blant mennene ser vi også en økning i andelen med utdanning tilsvarende bachelorgrad, men denne økningen er svakere og mindre entydig. Det er ingen klar, entydig økning i andelen menn med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere, hvis vi ser bort fra de aller yngste og de aller eldste kohortene. I sum kan vi altså forvente en sterk økning i andelen eldre kvinner med utdanning tilsvarende bachelorgrad i Nordland i årene framover, og en noe svakere økning i andelen eldre menn med slik utdanning. Vi kan også vente oss en viss økning i andelen kvinner og menn med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere framover.

Figur 5.19 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Nordland¹

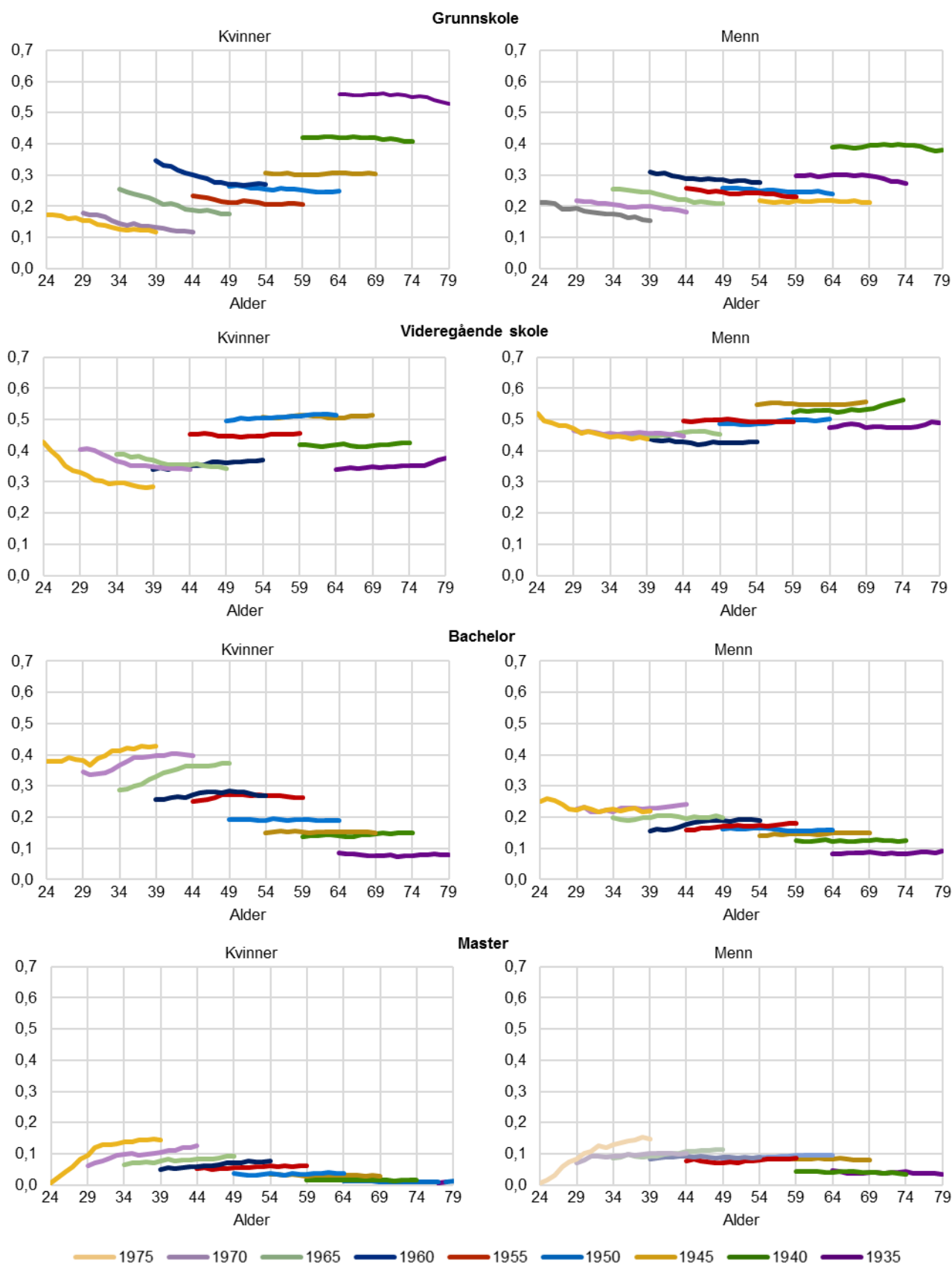


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Troms

I Troms ser vi en klar økning i andelen med høyere utdanning (figur 5.20). Dette gjelder både andelene med utdanning tilsvarende bachelorgrad og tilsvarende mastergrad eller høyere, og det gjelder blant både menn og kvinner. Igjen har kvinnenenes utdanningsnivå økt særlig sterkt, og spesielt har andelen kvinner med utdanning tilsvarende bachelorgrad økt kraftig fra kohort til kohort. Tilsvarende har det vært en sterk nedgang i andelen med grunnskole som sitt høyeste utdanningsnivå. Vi kan altså forvente at framtidens eldre i Troms vil ha et klart høyere utdanningsnivå enn i dag, og at det særlig blant kvinnene vil være en stor økning i andelen eldre med høyere utdanning.

Figur 5.20 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Troms¹

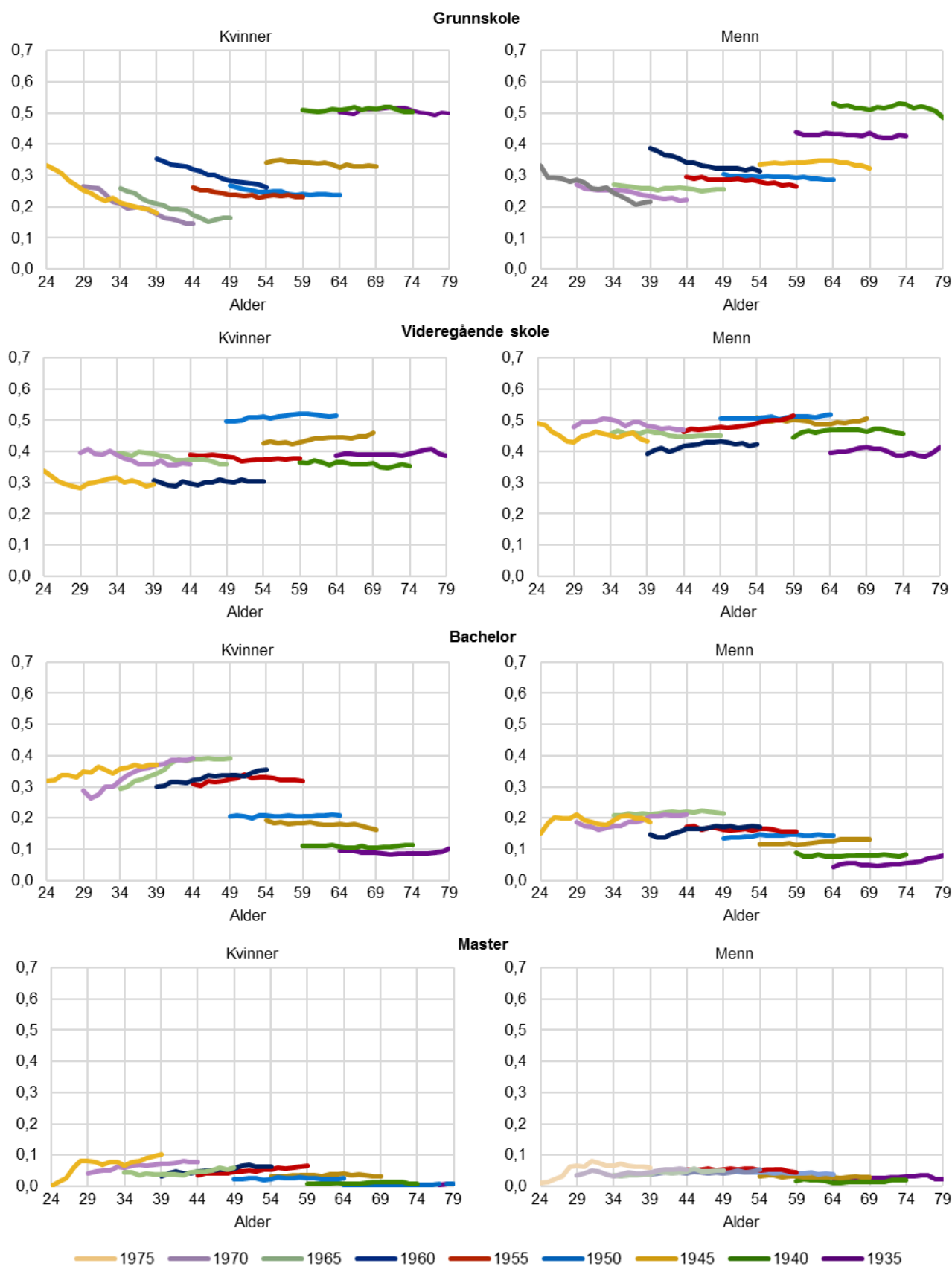


¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kohortenes utdanningsnivå i Finnmark

Også i Finnmark har kvinnenes utdanningsnivå økt sterkt fra kohort til kohort (figur 5.21). Særlig har andelen kvinner med utdanning tilsvarende bachelorgrad økt mye, og denne andelen gjorde et sprang mellom kohortene født i 1950 og 1955. Andelen kvinner med utdanning tilsvarende mastergrad eller høyere og andelen menn med utdanning tilsvarende bachelorgrad har også økt klart fra kohort til kohort, mens andelen menn med utdanning tilsvarende mastergrad har økt lite hvis vi ser bort fra den yngste kohorten. Etter alt å dømme vil framtidens eldre kvinner i Finnmark trolig ha klart høyere utdanning enn i dag, og vi kan også forvente en økning i utdanningsnivået blant eldre menn etter hvert som de yngre kohortene blir eldre.

Figur 5.21 Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter i Finnmark¹



¹ Figurene viser andelen i hver kohort og ved hver alder som har et gitt utdanningsnivå. Andelen går fra 0 til 1, slik at 0 er 0 % og 1 er 100 %. Kategorien 'ukjent utdanningsnivå' er utelatt.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

5.3. Flere eldre med høyere utdanning men økende regional variasjon

Et gjennomgående mønster i kohortenes utdanningsnivå er at yngre kohorter i all hovedsak har høyere utdanning enn eldre kohorter, og at disse forskjellene vedvarer over tid. Etter hvert som yngre kohorter trer inn i de eldres rekker, kan vi derfor forvente at utdanningsnivået blant eldre vil øke tilsvarende.

Det er vel etablert at det er en sterk sammenheng mellom utdanning og en rekke helseindikatorer, og dette diskuteres nærmere i kapittel 10. Dersom utdanning har en reell effekt på eldres helse, kan vi på bakgrunn av tallene som er presentert her trolig forvente at framtidens eldre vil ha bedre helse og flere friske leveår. Samtidig viser vår gjennomgang at det er store geografiske variasjoner i utdanningsnivået til framtidens eldre. Selv om andelen med kun grunnskole har gått ned og andelen med høyere utdanning har økt blant eldre i de fleste fylkene, er utgangsnivået noe ulikt i ulike fylker: Oslo har gjennomgående det høyeste utdanningsnivået – i alle aldersgrupper. Fylkene med det laveste utdanningsnivået varierer noe på tvers av alder – Østfold ligger lavest blant 30-39-åringene, mens Hedmark og Oppland ligger lavest blant middelaldrene. Sogn og Fjordane har det laveste utdanningsnivået blant de som er 67 år og eldre. De siste ti årene har Østfold hatt den svakeste endringen blant de eldste, mens Aust-Agder har hatt den svakeste endringen blant de nesteldste. Variasjonen er imidlertid ikke veldig stor. Endringen har gjennomgående vært sterkest i Oslo – på tvers av alder. Dette er et eksempel på at fylker med storbyer og store utdanningsinstitusjoner har en befolkning med klart høyere utdanning enn fylker med mer rurale bosettingsmønstre, og at økningen i andelen med høyere utdanning har vært sterkere i storbyfylkene (Stambøl 2005, 2013). Dette innebærer at de regionale forskjellene i utdanningsnivå blant eldre trolig vil øke framover.

6. Median formue og gjeld i ulike kohorter

Det å ha en god privatøkonomi kan gi økt handlefrihet over egen velferd og livssituasjon, mens det motsatte kan gi avmakt og dårligere levekår (Dahl mfl. 2014). Dette gjelder både for yngre og eldre. For eldre kan deres formue- og gjeldssituasjon således ha stor betydning for deres personlige velferd, og mulighetsrommet de har for selv å tilrettelegge for en best mulig alderdom. Dette gjelder både i form av hvordan og hvor de kan bo, men også hvilke tjenester de kan kjøpe seg og hvilke aktiviteter de kan velge å bruke penger på. Samtidig har eldres økonomi også betydning for hvilket ansvar det offentlige må ta, blant annet fordi det i noe grad kan innvirke på behovet for bruk av kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Mange eldre har betydelige verdier knyttet til egen bolig, og mange har også oppsparte midler, fritidseiendommer og andre eiendeler. Samtidig er det mange eldre som har liten eller ingen formue, eller betydelig gjeld. I dette kapitlet ser vi imidlertid på gjennomsnittsfordelinger, målt ved median, og ikke fordelinger utover dette. Således er variasjonene i eldres formue og gjeld et tema som bør undersøkes nærmere i senere studier.

Det er store geografiske variasjoner i fordelingen av formue og gjeld i ulike kohorter. For eksempel er median bruttoformue for menn og kvinner langt høyere i Oslo enn i for eksempel Hedmark og Finnmark. Slike regionale forskjeller kan føre til ulike behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester i ulike fylker i årene framover. For eksempel kan det tenkes at eldre med stor nettoformue i større grad vil kjøpe private pleie- og omsorgstjenester, særlig dersom bruk av private tjenester blir mer vanlig. Stor formue gjør det også lettere å tilpasse boligen til sin egen framtidige helsesituasjon, slik at man i større grad kan bo hjemme selv om helsen svekkes.

I dette kapitlet tar vi for oss median skattepliktig bruttoformue⁴ og gjeld i utvalgte kohorter født mellom 1935 og 1975. På grunn av endringer i beregningen av formue, og særlig beregningen av verdien på bolig og fritidseiendommer (Lian, Nesbakken og Thoresen 2013:10; Omholt og Strøm 2014) er formuetallene ikke sammenliknbare over tid. Vi har derfor valgt å bare vise verdiene for ett enkelt år (2014).

Vi viser tall for individer, ikke husholdninger. Dette kan gi et litt misvisende bilde av den reelle formuesfordelingen mellom kjønnene. Kvinnene her har langt lavere median bruttoformue og gjeld enn mennene, og dette kan dels skyldes at penger i banken, eiendom, lån med videre ofte står i den ene partens navn (ofte mannen i heterofile parforhold), mens de reelt kan være delt mellom partnerne i en husholdning på en annen måte. Arv kompliserer dette bildet ytterligere. Ettersom kvinner i gjennomsnitt både er yngre enn sine mannlige partnere og lever lengre enn dem, vil kvinner i heterofile parforhold ofte arve verdier dersom mannen skulle gå bort. Slike forhold er ikke tatt høyde for her.

Vi har valgt å vise medianverdier og ikke gjennomsnittsverdier i disse figurene, fordi gjennomsnittlig formue og gjeld i enkeltkohorter i enkeltfylker er svært følsomme for ekstremverdier. Det betyr for eksempel at dersom én person er svært rik eller har svært stor gjeld påvirker dette gjennomsnittet så mye at resultatet blir misvisende, særlig på regionalt nivå. Medianverdien viser størrelsen på formuen

⁴ Skattepliktig bruttoformue omfatter skattepliktig realkapital (faste eiendommer, anlegg og skog, driftsløsøre og andre eiendeler i næring og innbo og løsøre) og skattepliktig bruttofinanskapital (bankinnskudd, andeler i aksjefond, obligasjons- og pengemarkedsfond, aksjer, obligasjoner og andre verdipapirer).

eller gjelden til den personen som ligger midt i fordelingen når personene er ordnet etter størrelse.

6.1. Nasjonale tall for median formue og gjeld i kohortene

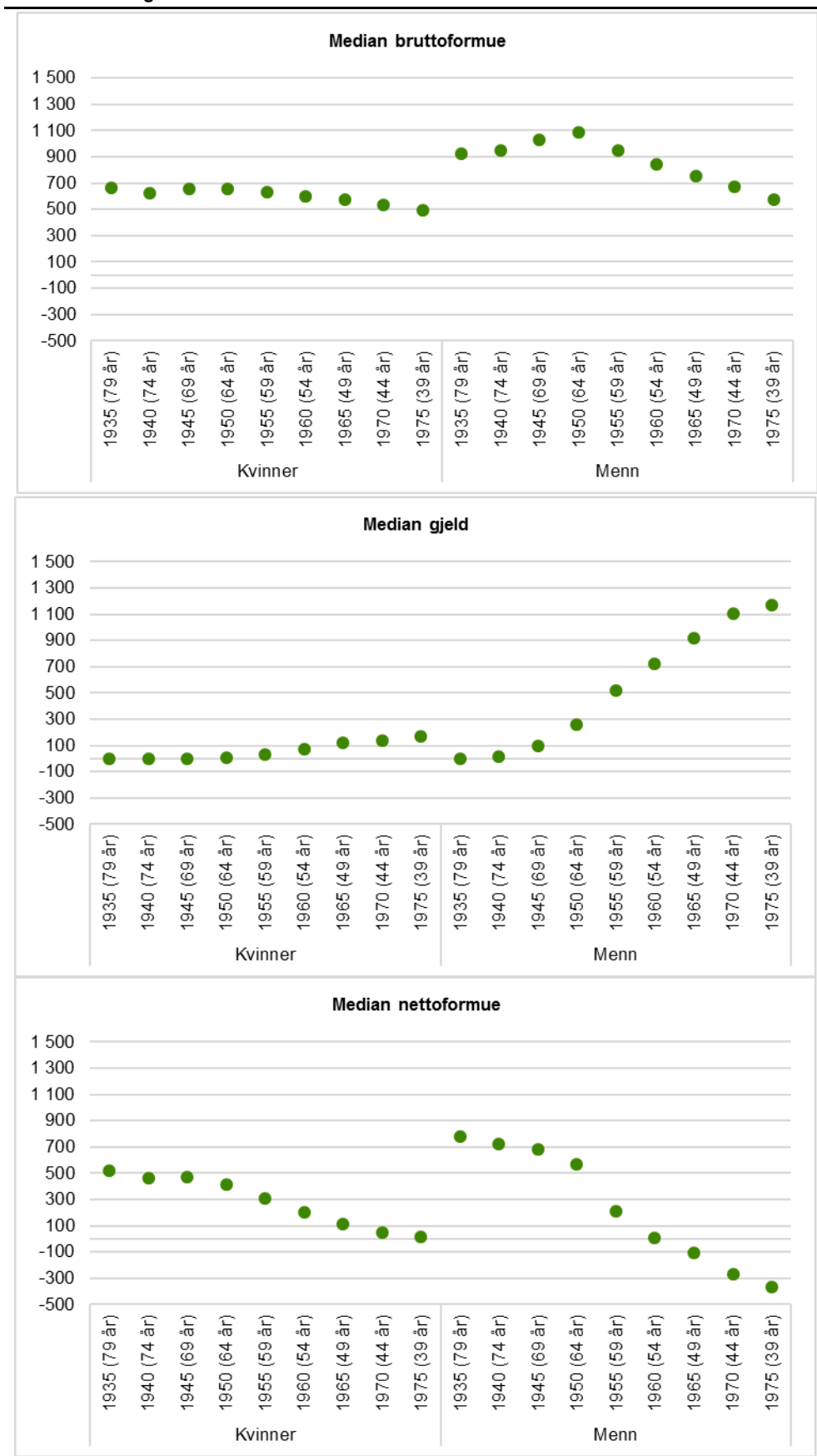
Når vi ser på median formue og gjeld i ulike kohorter for hele landet samlet, ser vi noen tydelige mønstre (figur 6.1). For det første ser vi at median bruttoformue er klart høyere blant menn enn blant kvinner, og at median bruttoformue er høyest i de mannlige kohortene født rundt 1950.

Median gjeld er imidlertid klart størst i de yngre kohortene, og det er særlig blant mennene at median gjeld er høy – over én million kroner i kohortene født i 1970 og 1975. Median gjeld er gjennomgående lav blant de kvinnelige kohortene. De eldste mannlige kohortene har også forholdsvis lav median gjeld. Det er verdt å merke seg at personer kan ha både høy gjeld og høy bruttoformue samtidig, slik at høy gjeld ikke er ensbetydende med negativ netto formue.

Median nettoformue er klart størst i de eldste kohortene, der median gjeld er lav og median bruttoformue forholdsvis høy. Vi ser også at de yngste kvinnelige kohortene har en median nettoformue nær null, mens de yngste mannlige kohortene har negativ median nettoformue.

På grunn av problemene med sammenliknbarhet over tid er det vanskelig å si noe sikkert om utviklingen i formue blant framtidens eldre. Dersom ulikhetene vi viser mellom kohortene primært skyldes forskjeller i alder, er det ikke gitt at framtidens eldre vil ha høyere eller lavere formue og gjeld. Men dersom disse forskjellene mellom kohortene skyldes at kohortene oppfører seg ulikt, kan det at yngre kohorter har høyere median gjeld potensielt innebære at framtidens eldre vil ha lavere nettoformue. Dette er det imidlertid vanskelig å si noe sikkert om med utgangspunkt i disse tallene. Av den grunn fokuserer vi resten av dette kapitlet hovedsakelig på regionale forskjeller.

Figur 6.1 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter etter kjønn. Regnet i 1000 kr



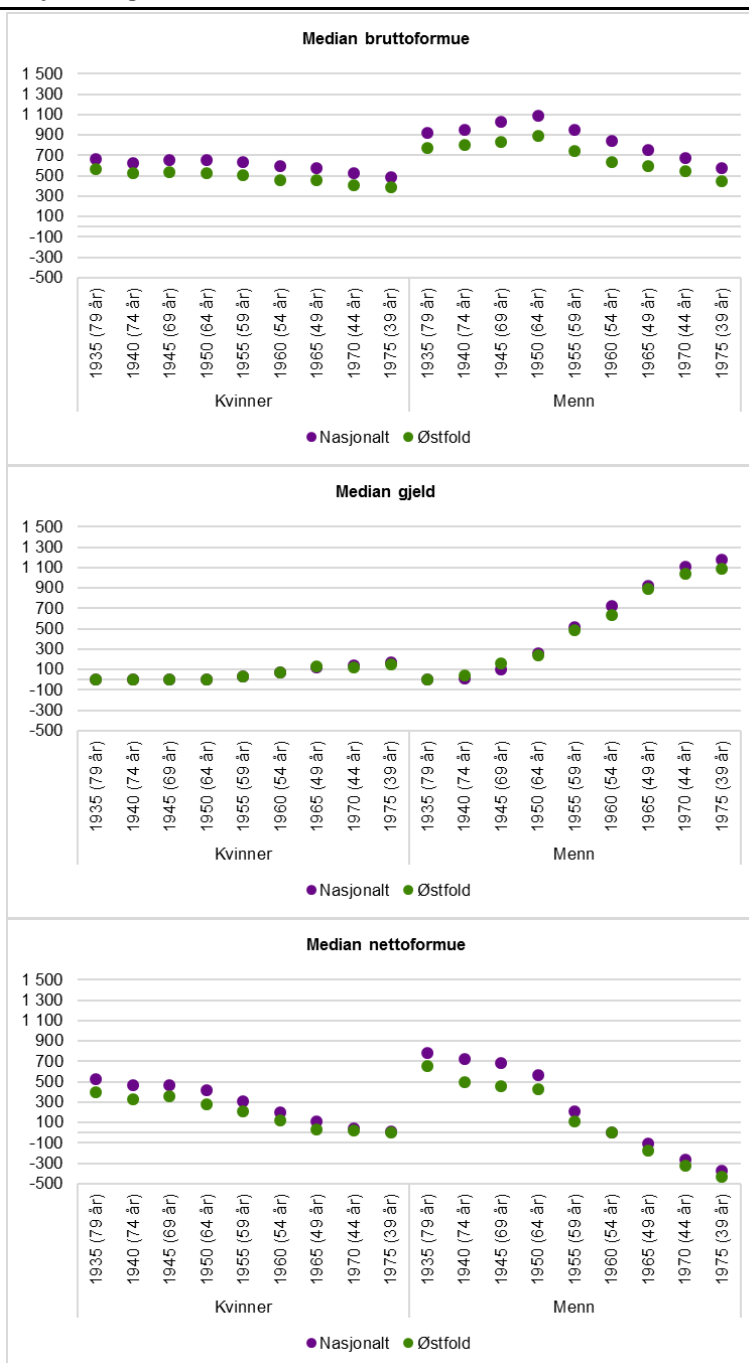
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

6.2. Median formue og gjeld i ulike kohorter i hvert fylke

Median formue og gjeld i kohortene i Østfold

I Østfold ser vi at det er små forskjeller i median bruttoformue mellom de kvinnelige kohortene. For mennene er det tydeligere forskjeller, med en 'topp' i kohorten født i 1950. Median bruttoformue i Østfold ligger gjennomgående litt under median bruttoformue i landet som helhet. Når det gjelder median gjeld ligger kohortene i Østfold ganske nær medianen for hele landet, og det er lav median gjeld blant kvinner og eldre menn, men klart høyere median gjeld blant yngre menn. Når det gjelder median nettoformue ser vi at denne i hovedsak er noe lavere i Østfold enn i landet som helhet, og at særlig de yngre mannlige kohortene skiller seg ut med negativ median nettoformue.

Figur 6.2 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Østfold etter kjønn. Regnet i 1000 kr

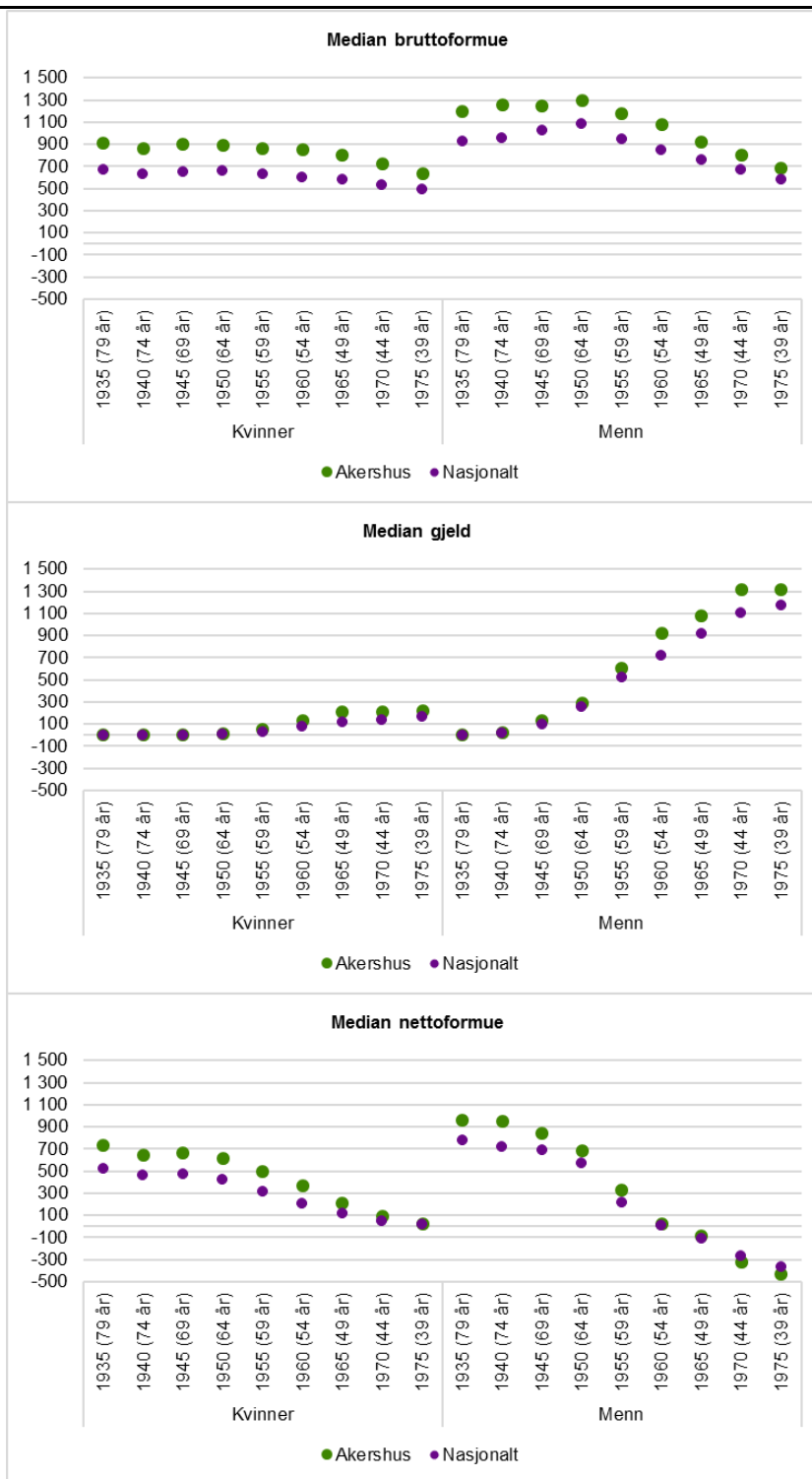


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Akershus

Både menn og kvinner i Akershus har klart høyere median bruttoformue enn landet som helhet, mens hovedmønsteret ellers er nokså likt. Median gjeld er også høyere blant yngre kohorter av både menn og kvinner enn i landet sett under ett, men det er særlig de yngre mennene i Akershus som har høy median gjeld. Når det gjelder median nettoformue er denne høyere blant de eldre kohortene i Akershus enn i landet som helhet, mens de yngre mannlige kohortene har en mer negativ median nettoformue enn yngre menn i landet forøvrig.

Figur 6.3 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Akershus etter kjønn. Regnet i 1000 kr

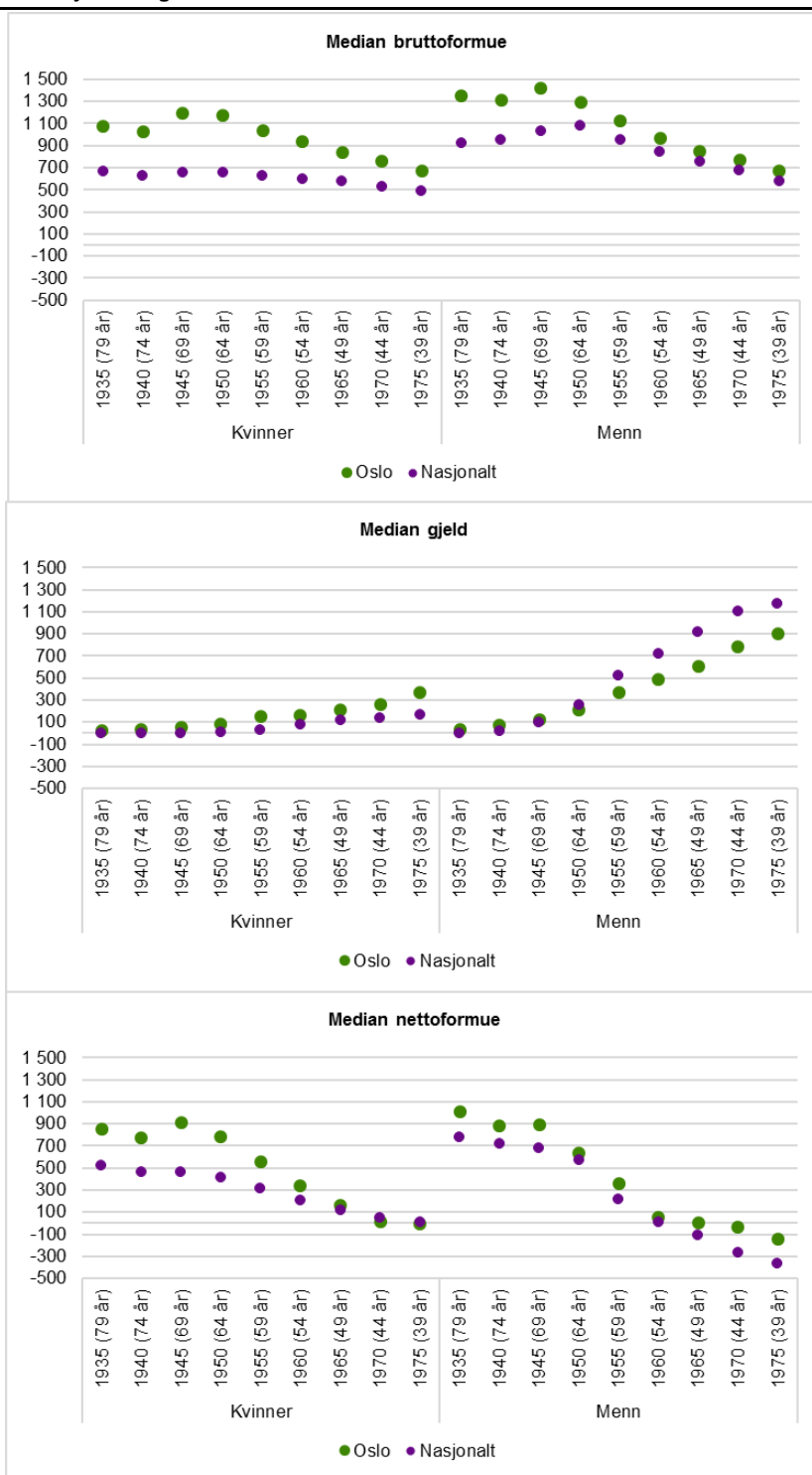


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Oslo

Oslo skiller seg ut fra øvrige fylker og landet som helhet med en klart høyere median bruttoformue. Dette gjelder særlig blant kvinnene og de eldre mannlige kohortene. Når det gjelder gjeld ser vi at yngre kohorter av kvinner har høyere median gjeld i Oslo enn i hele landet samlet, mens de yngre mennene har lavere median gjeld enn medianen for tilsvarende aldersgrupper i landet som helhet. Samtidig er det de yngre kohortene som har klart høyest median gjeld – særlig blant menn. Median nettoformue er også klart høyere blant mennene og de eldre kvinnene i Oslo enn resten av landet.

Figur 6.4 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Oslo etter kjønn. Regnet i 1000 kr

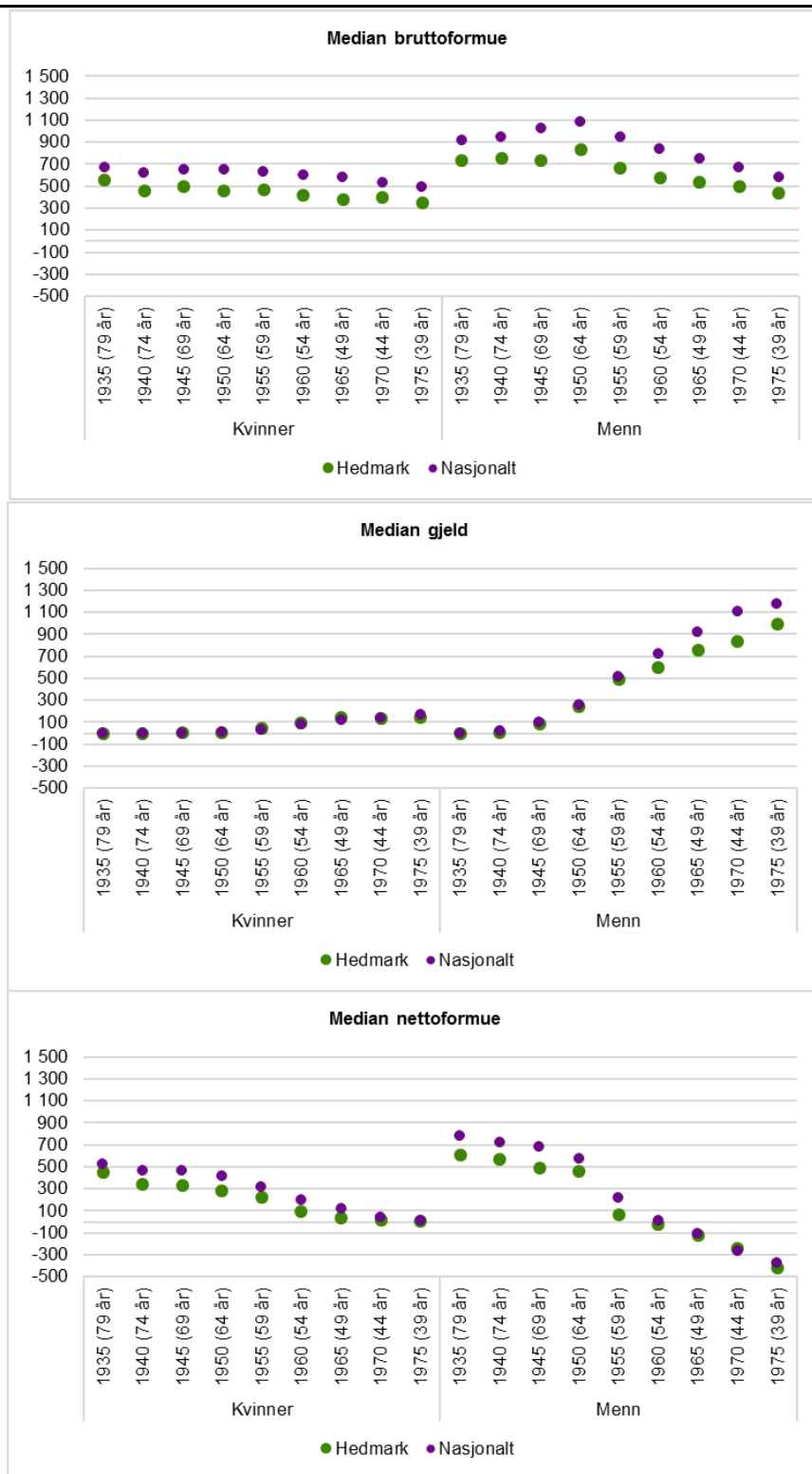


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Hedmark

I Hedmark ligger median bruttoformue klart under nivået for landet som helhet blant både kvinner og menn. Blant kvinnene er median gjeld svært nær verdiene for landet som helhet, mens de yngre mannlige kohortene har lavere median gjeld enn resten av landet. Ser vi på median nettoformue ser vi at menn og kvinner i Hedmark i hovedsak følger de nasjonale mønstrene, men at de eldre kohortene her har noe lavere median nettoformue enn tilsvarende kohorter i resten av landet.

Figur 6.5 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Hedmark etter kjønn. Regnet i 1000 kr



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Oppland

I Oppland likner de overordnede mønstrene for median bruttoformue, gjeld og nettoformue mye på mønstrene vi finner for hele landet under ett. Samtidig ser vi at median bruttoformue er noe lavere i Oppland enn i resten av landet, og at median gjeld er noe lavere blant de yngre mannlige kohortene. Ellers ser vi at median bruttoformue er høyest i 1950-koortene, samtidig som det er de yngre mennene som har klart høyest median gjeld. Det er de eldre kohortene som har høyest median nettoformue blant både kvinner og menn i Oppland.

Figur 6.6 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Oppland etter kjønn. Regnet i 1000 kr

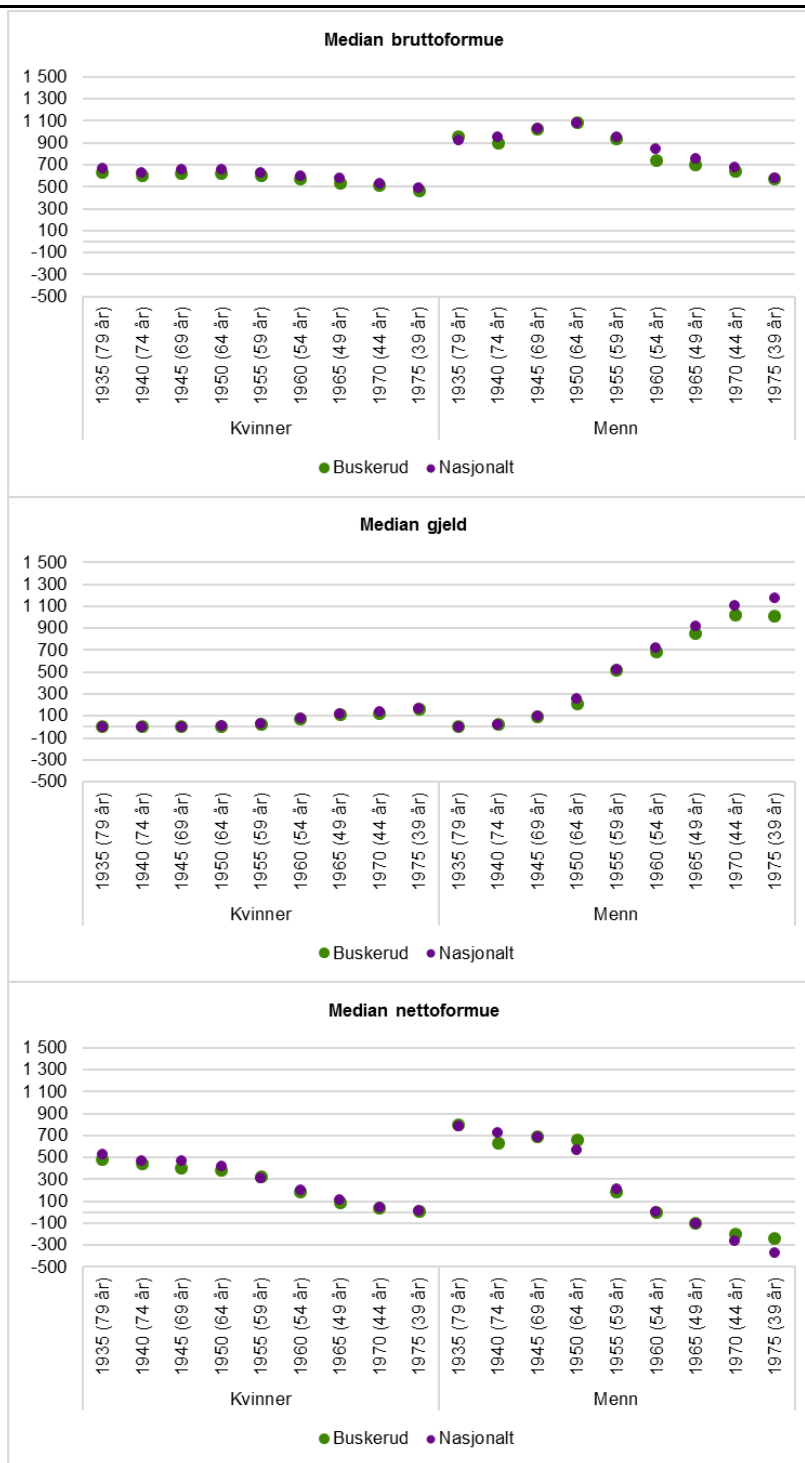


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Buskerud

Blant både menn og kvinner i Buskerud ser vi at median bruttoformue i kohortene ligger svært nær medianene for landet som helhet. Det samme gjelder median gjeld. Det er små forskjeller i median bruttoformue og median gjeld mellom de kvinnelige kohortene i Buskerud, mens det bant mennene er mer markerte forskjeller mellom kohortene. 1950-kohorten har høyest median bruttoformue, mens de yngre kohortene har høyest median gjeld. Når det gjelder median nettoformue er denne høyest i de eldste kohortene blant både menn og kvinner, og forskjellene mellom medianene i Buskerud og de nasjonale medianverdiene er gjennomgående små.

Figur 6.7 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Buskerud etter kjønn. Regnet i 1000 kr

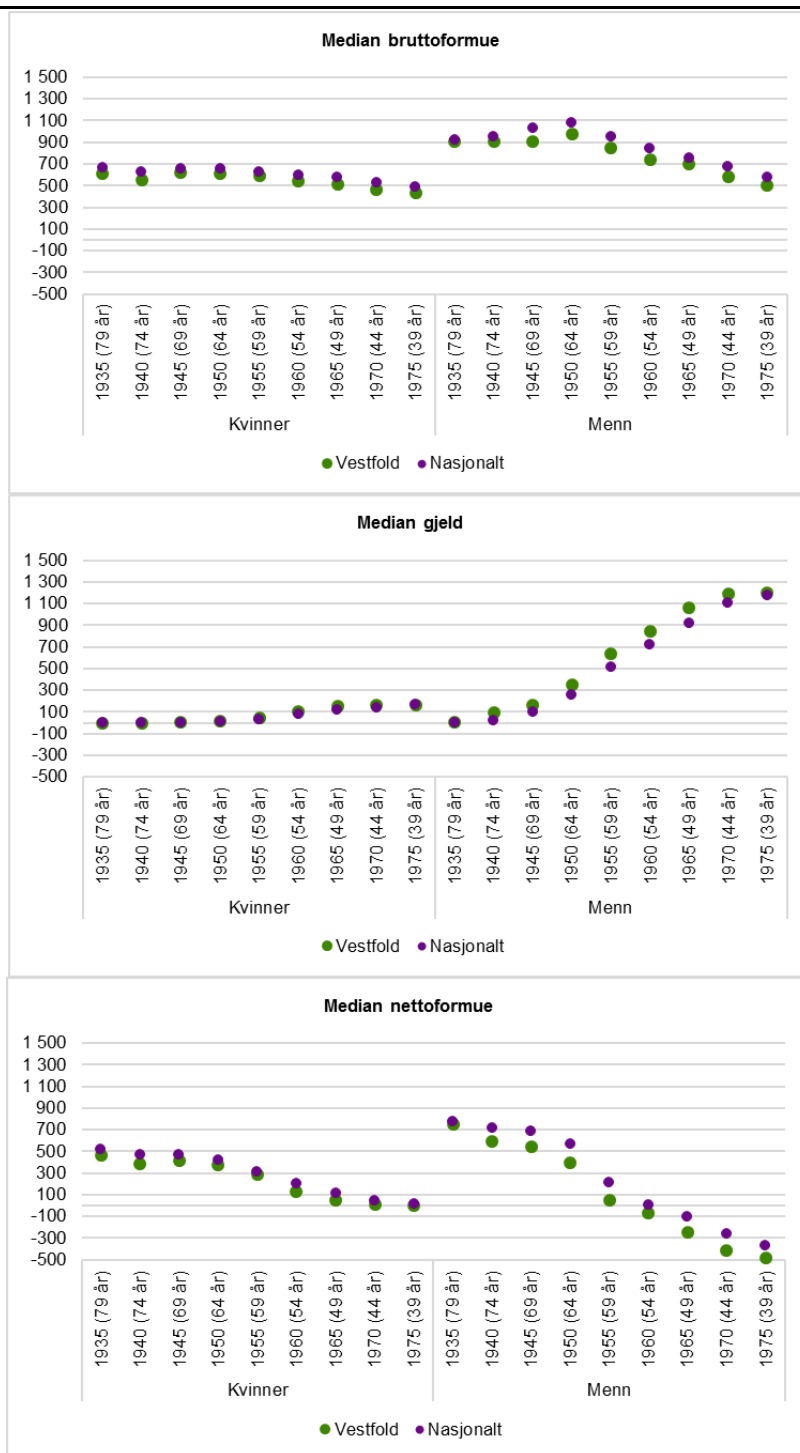


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Vestfold

I Vestfold ser vi det samme hovedmønsteret som i de fleste andre fylkene, og gjennomgående er forskjellene mellom medianverdiene for Vestfold og medianverdiene for landet som helhet små, for langt de fleste kohortene. Median bruttoformue blant mannlige og kvinnelige kohorter i Vestfold ligger noe under medianverdiene for landet som helhet, mens median gjeld blant mannlige kohorter i Vestfold er noe høyere. Blant kvinnene ser vi små forskjeller mellom Vestfold og hele landet samlet i median nettoformue, mens median nettoformue er noe lavere enn den nasjonale medianen blant menn. Når vi sammenlikner kohorter, er det tydelig at som i landet ellers er det de eldste kohortene som har høyest median nettoformue.

Figur 6.8 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Vestfold etter kjønn. Regnet i 1000 kr

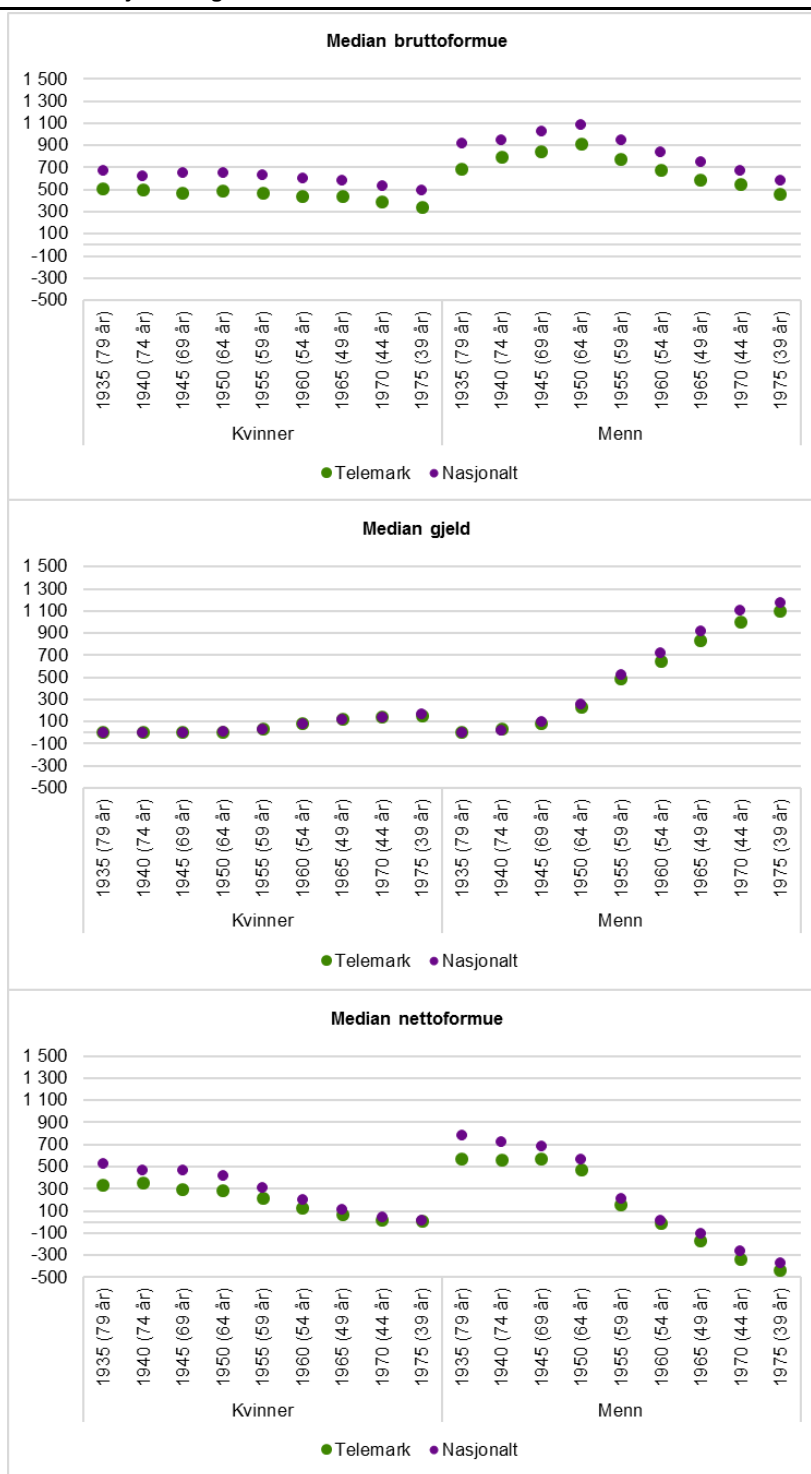


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Telemark

Både menn og kvinner i Telemark har lavere median bruttoformue enn menn og kvinner i landet som helhet. Dette mønsteret gjelder alle kohortene vi ser på her. Når det gjelder median gjeld i kohortene, skiller imidlertid Telemark seg i liten grad ut. Her ligger verdiene for hver kohort blant menn og kvinner ganske nær den nasjonale medianen, og hovedmønstrene er de samme som i resten av landet; median gjeld er lav blant kvinner og eldre menn, og høy blant yngre menn. Når det gjelder median nettoformue er mønsteret også temmelig likt som i landet for øvrig, men med noe lavere median nettoformue blant eldre kohorter.

Figur 6.9 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Telemark etter kjønn. Regnet i 1000 kr

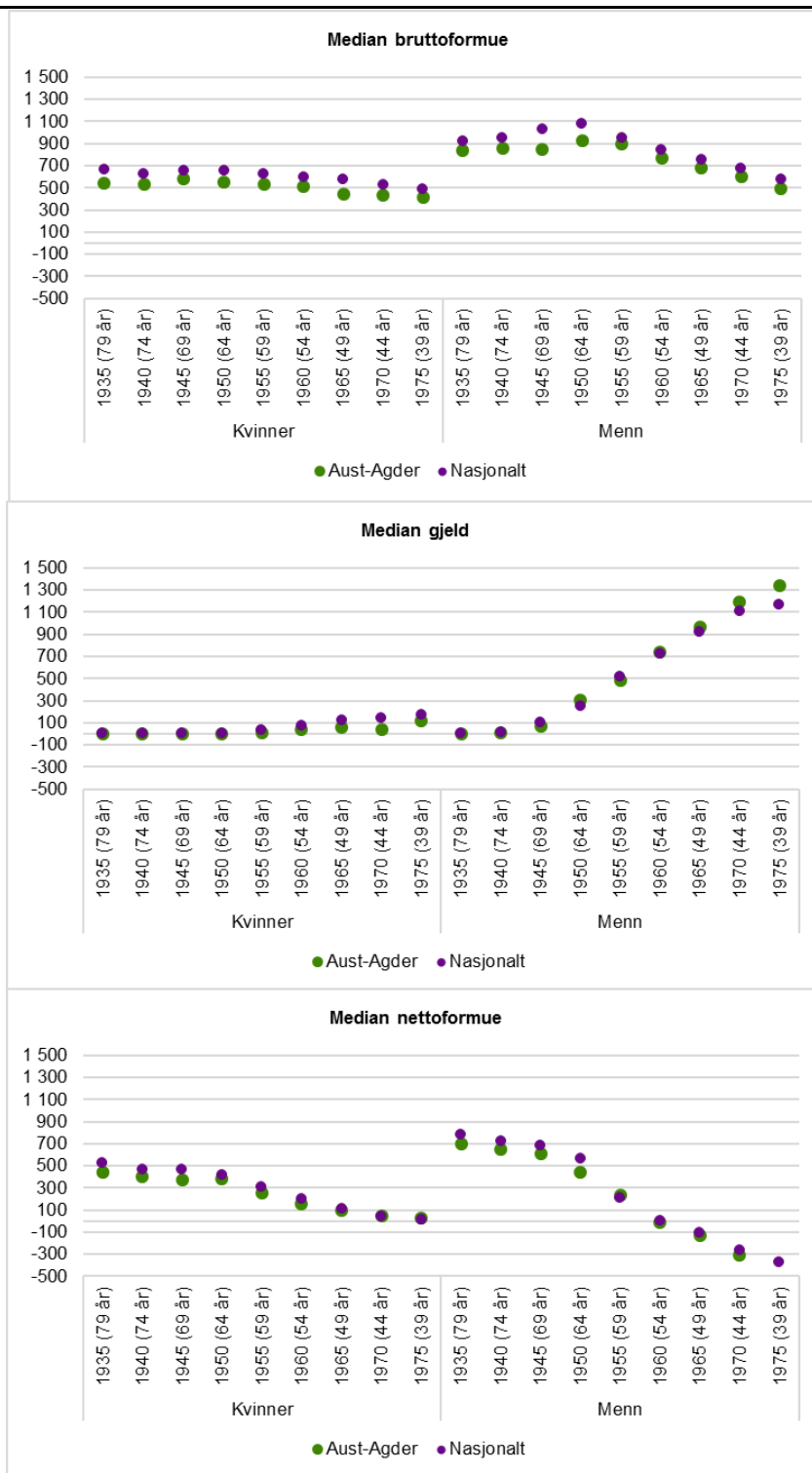


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Aust-Agder

Generelt ligger medianverdiene for ulike kohorter blant menn og kvinner i Aust-Agder temmelig nær medianverdiene for landet som helhet, både når det gjelder bruttoformue, gjeld og nettoformue. Median bruttoformue i Aust-Agder er noe lavere enn landet som helhet, men forskjellene er små. Vi ser også at median gjeld er høyest i de yngste mannlige kohortene, og at median nettoformue er klart høyest blant de eldste kohortene – særlig blant menn. De yngre mannlige kohortene har en klar negativ median nettoformue.

Figur 6.10 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Aust-Agder etter kjønn. Regnet i 1000 kr

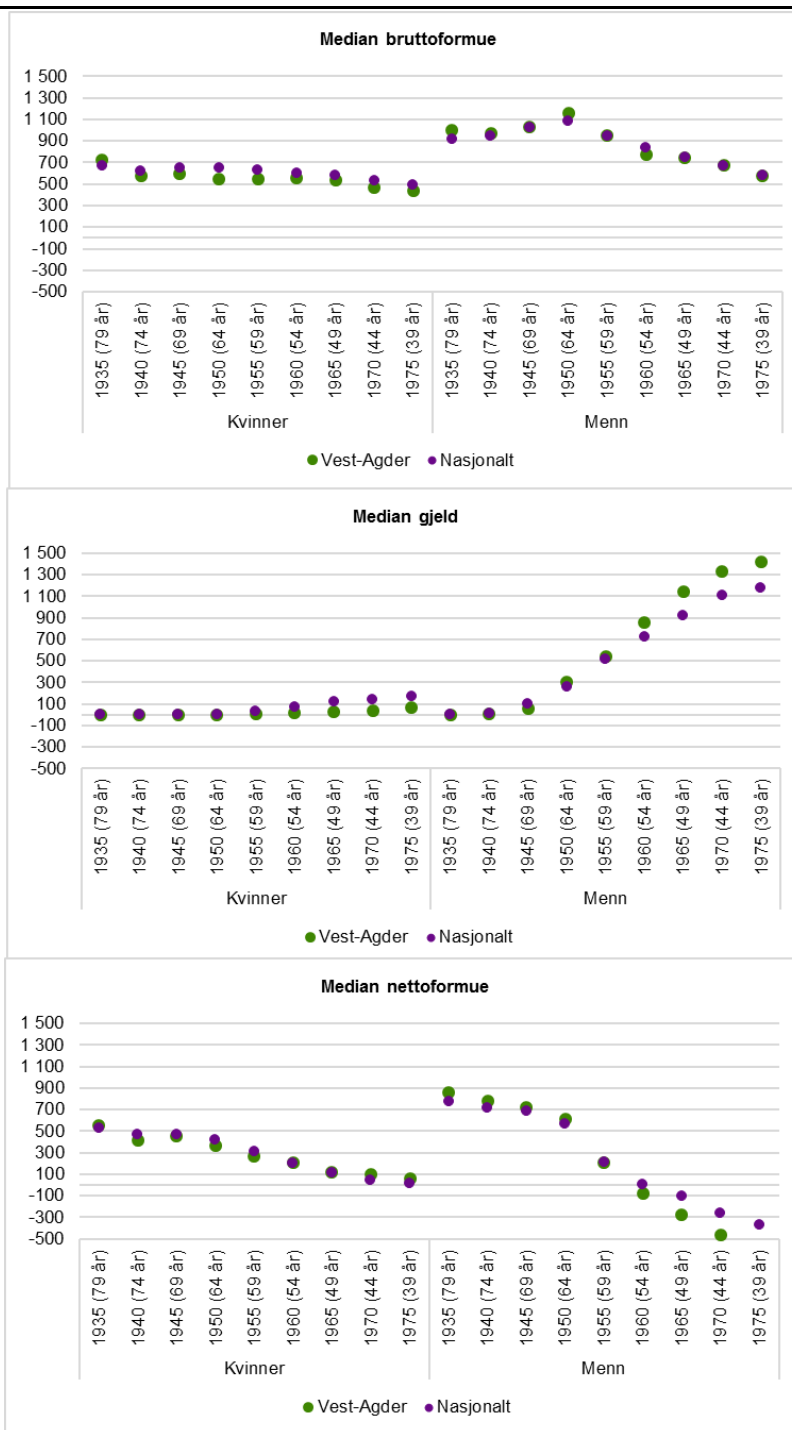


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Vest-Agder

Median bruttoformue i Vest-Agder følger samme mønster som landet som helhet, og forskjellene mellom medianverdiene i Vest-Agder og de nasjonale medianene er gjennomgående små. Median gjeld er noe lavere blant yngre kvinnelige kohorter, og noe høyere blant yngre mannlige kohorter sammenliknet med tilsvarende verdier for hele landet sett under ett. Vi ser også at det særlig er de yngre mennene i Vest-Agder som har forholdsvis høy median gjeld. Median nettoformue er høyest blant de eldre kohortene i fylket, og differansen mellom medianverdiene i Vest-Agder og landet som helhet er generelt små, med unntak av de yngre mannlige kohortene, som har mer negativ median nettoformue enn vi finner i landet som helhet.

Figur 6.11 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Vest-Agder etter kjønn. Regnet i 1000 kr.

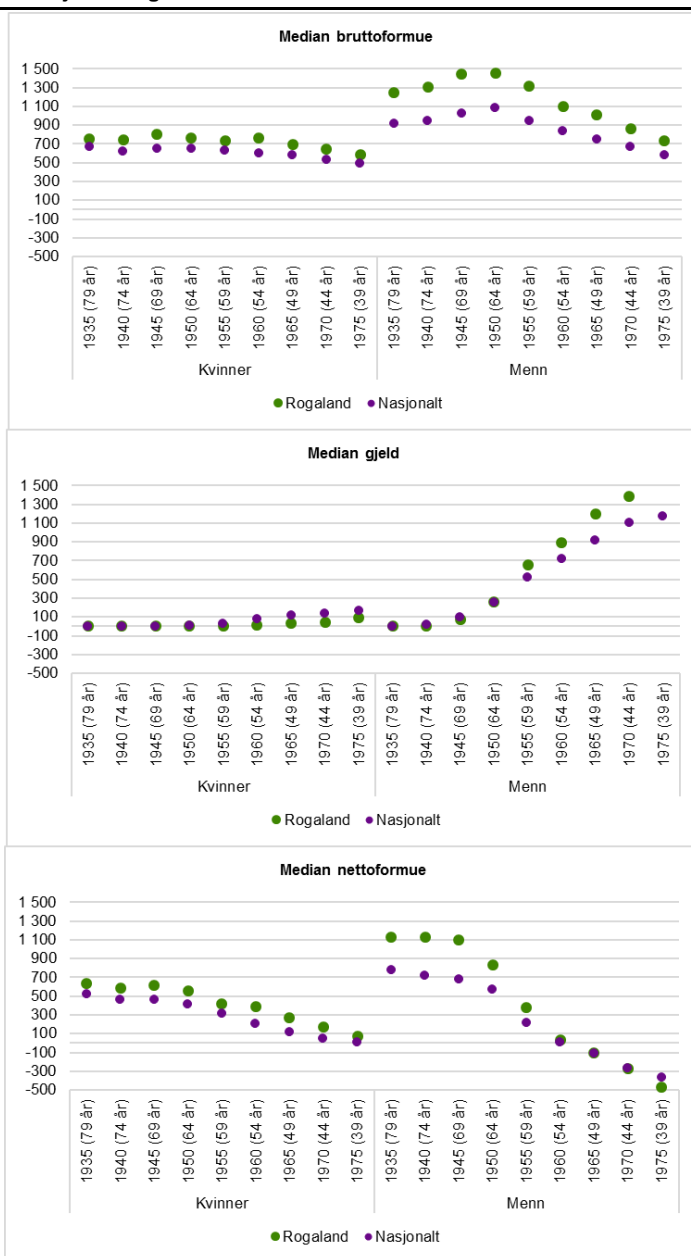


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Rogaland

I Rogaland ser vi at mennene skiller seg klart fra resten av landet når det gjelder median bruttoformue. Forskjellen er mest markert blant de eldste kohortene. Samtidig skiller de yngste mennene seg ut ved å ha noe høyere gjeld, som dels kompenseres slik at nettoformuen for disse mennene blir nokså lik medianen for landet som helhet. Blant de eldste kohortene er gjelden imidlertid nokså lav, på det nasjonale nivået, som fører til at deres nettoformue blir liggende klart høyere enn landet ellers. Forskjellene mellom kvinner i Rogaland og resten av landet er klart mindre. Når det gjelder median bruttoformue, ser vi at de kvinnelige kohortene i Rogaland ligger noe høyere enn tilsvarende verdier for hele landet samlet. Når det gjelder gjeld, ser vi en liten tendens til lavere median gjeld blant yngre kvinner i Rogaland, mens de yngre mennene har klart høyere median gjeld enn sine jevnaldrende i andre deler av landet. Median nettoformue er også generelt høyere blant kvinner i Rogaland enn i Norge sett under ett. Det er imidlertid særlig de eldre mannlige kohortene i Rogaland som stikker seg ut med høy median nettoformue.

Figur 6.12 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Rogaland etter kjønn. Regnet i 1000 kr

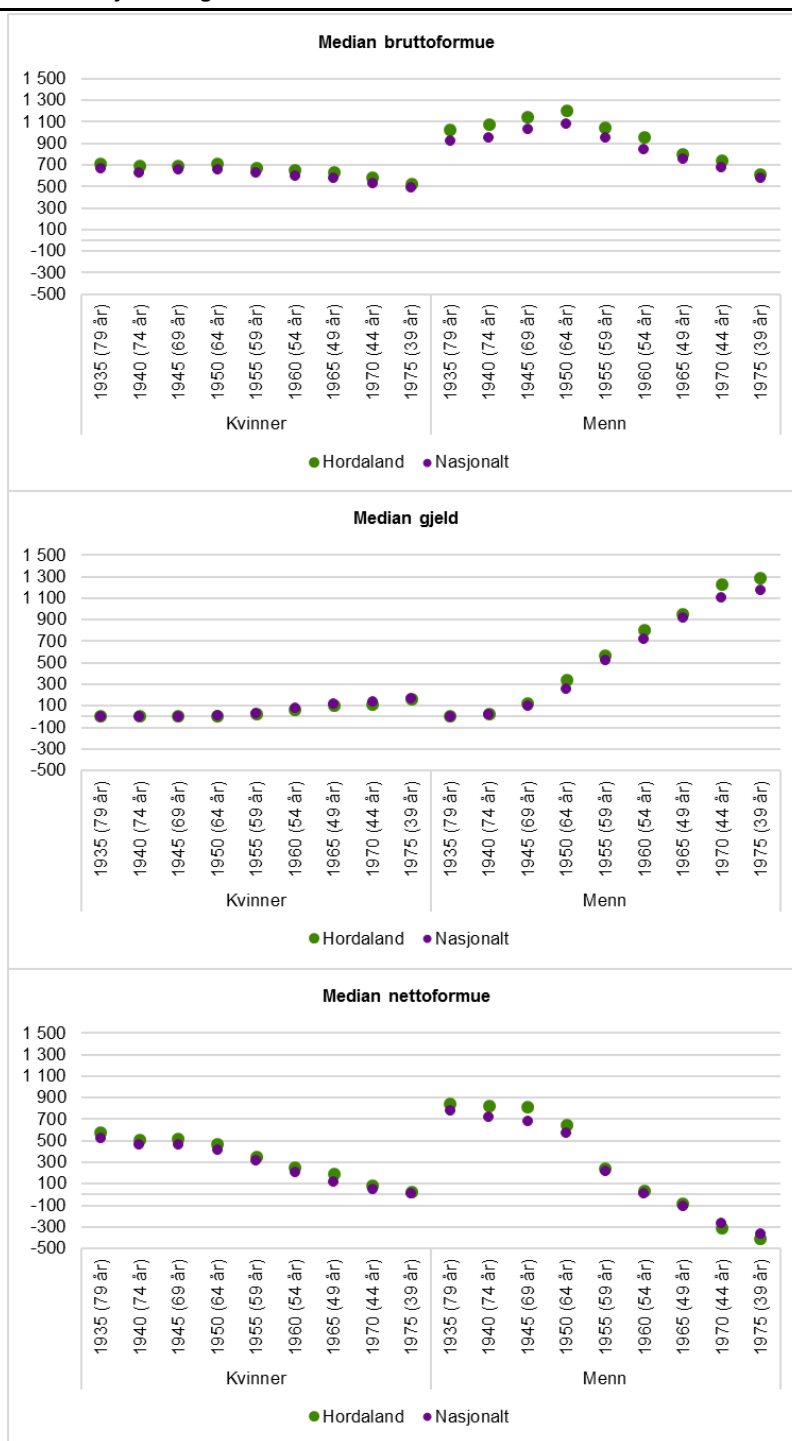


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Hordaland

I Hordaland ser vi at både kvinner og menn i stor grad følger det samme generelle mønsteret som vi finner i landet som helhet når det gjelder median bruttoformue, gjeld og nettoformue. Forskjellene mellom medianverdiene i Hordaland og landet for øvrig er gjennomgående små. Blant kvinnene ser vi generelt små forskjeller mellom kohortene i median bruttoformue, lav median gjeld og høyest median nettoformue i de eldste kohortene. Blant mennene ser vi større kohortforskjeller mellom mennene i median bruttoformue, med en 'topp' i 1950-kohorten, i tillegg til at de yngste kohortene har høyest median gjeld og negativ median nettoformue, mens de eldste kohortene har høyest median nettoformue.

Figur 6.13 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Hordaland etter kjønn. Regnet i 1000 kr

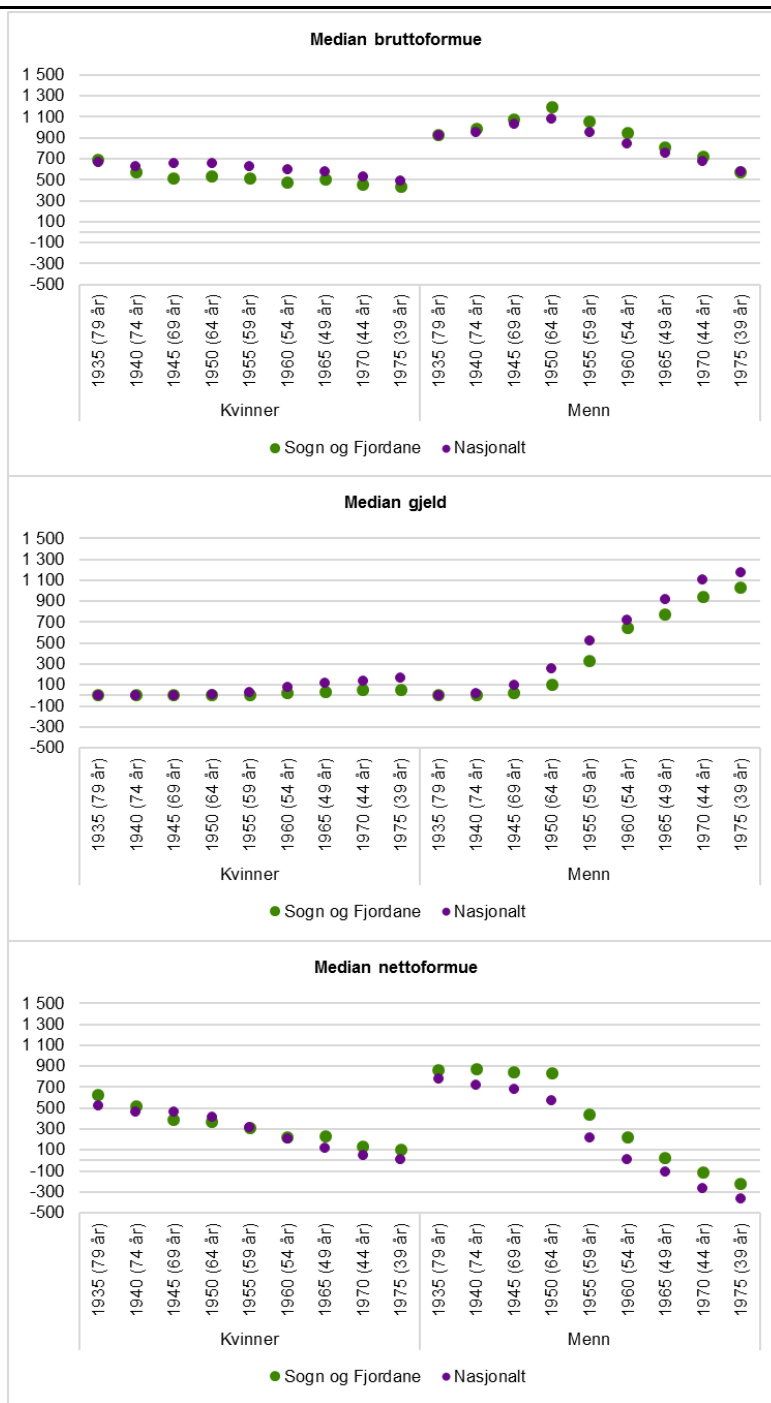


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Sogn og Fjordane

Forskjellene mellom landet som helhet og Sogn og Fjordane i median bruttoformue, gjeld og nettoformue er gjennomgående relativt små. Vi ser at median bruttoformue er noe lavere blant kvinner og noe høyere blant menn i Sogn og Fjordane enn i hele landet sett under ett, men dette mønsteret gjelder ikke de eldste og yngste kohortene, der forskjellene er ubetydelige. Median gjeld er noe lavere blant både yngre kvinner og yngre menn i Sogn og Fjordane enn i tilsvarende grupper i landet som helhet, men hovedmønsteret er temmelig likt det nasjonale mønsteret. Når det gjelder median nettoformue ser vi at menn i Sogn og Fjordane ligger noe høyere enn landet som helhet. Det er, som i øvrige fylker, de eldste kohortene som ligger høyest med hensyn til median nettoformue.

Figur 6.14 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Sogn og Fjordane etter kjønn. Regnet i 1000 kr

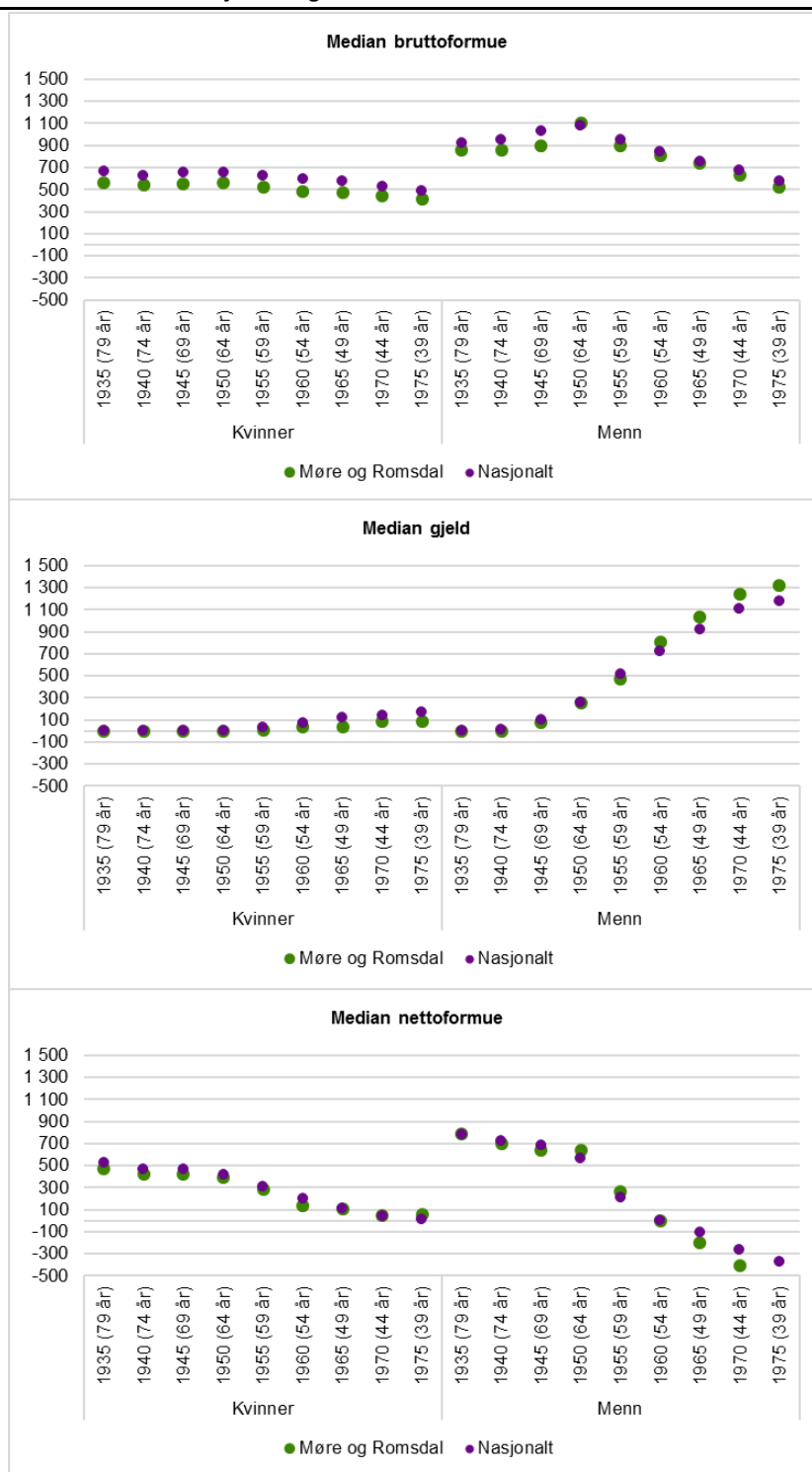


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Møre og Romsdal

De generelle mønstrene i median bruttoformue, gjeld og nettoformue i Møre og Romsdal likner svært mye på mønstrene vi finner i landet som helhet. Forskjellene mellom de kvinnelige kohortene i median bruttoformue er små, men kvinnene i Møre og Romsdal ligger litt under den nasjonale medianen. Blant mennene i Møre og Romsdal ser vi at kohorten født i 1950 har høyest median bruttoformue. Median gjeld er også høyest blant de yngre mennene i Møre og Romsdal, og noe høyere enn i landet som helhet, mens median nettoformue i denne gruppa er noe lavere enn i landet som helhet.

Figur 6.15 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Møre og Romsdal etter kjønn. Regnet i 1000 kr

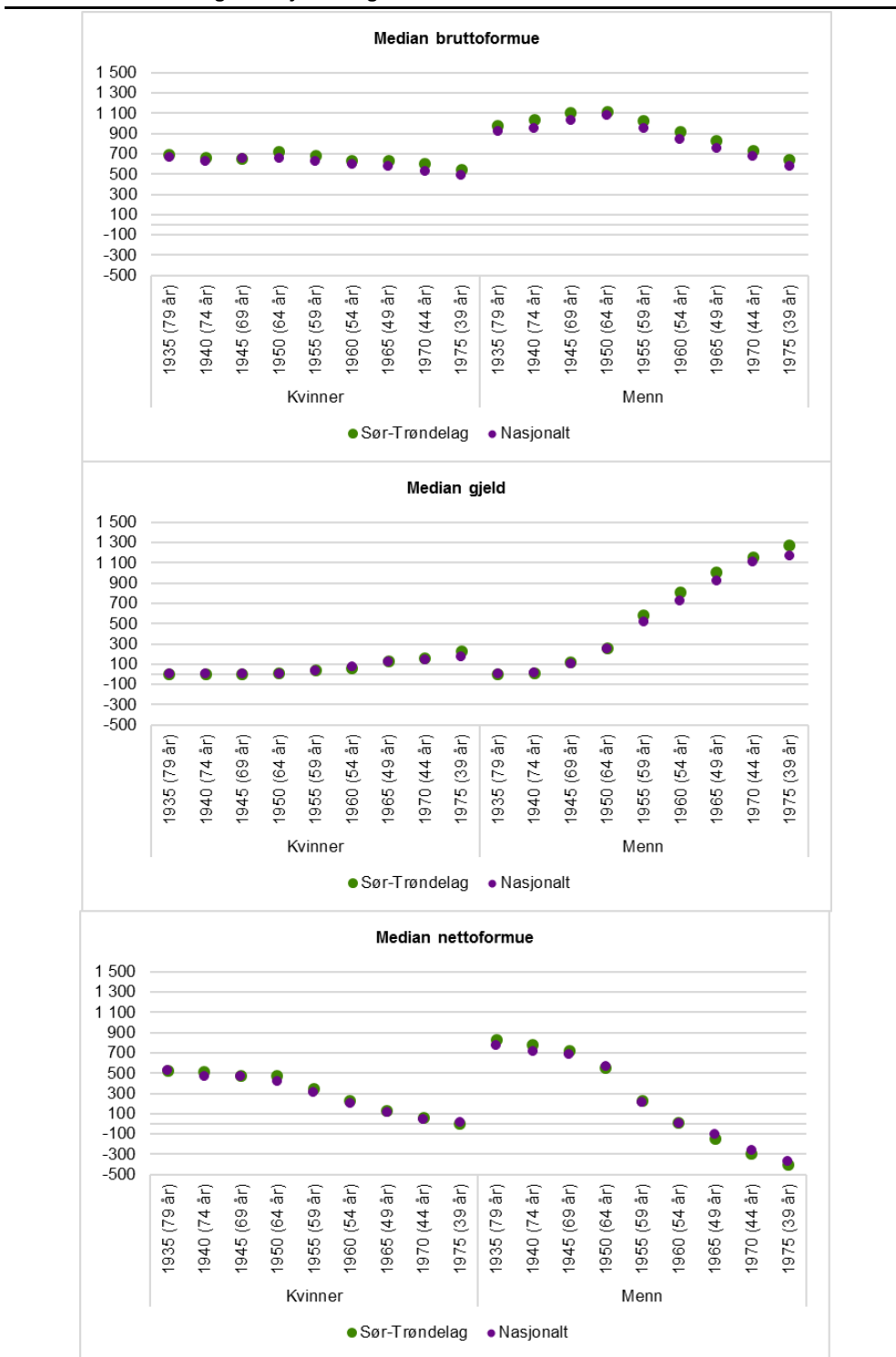


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Sør-Trøndelag

Det er svært små forskjeller mellom menn og kvinner i ulike kohorter i Sør-Trøndelag og menn og kvinner i tilsvarende kohorter i resten av landet når det gjelder median bruttoformue, gjeld og nettoformue. Det generelle mønsteret vi finner i de nasjonale medianverdiene gjenfinner vi altså her. Vi ser for det første små forskjeller mellom kvinnene i median bruttoformue, men en 'topp' i median bruttoformue blant menn født i 1950. Videre ser vi lav median gjeld blant kvinner, men høy median gjeld blant yngre menn, og høyest median nettoformue i de eldre kohortene, kombinert med negativ median nettoformue i de yngste mannlige kohortene.

Figur 6.16 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Sør-Trøndelag etter kjønn. Regnet i 1000 kr

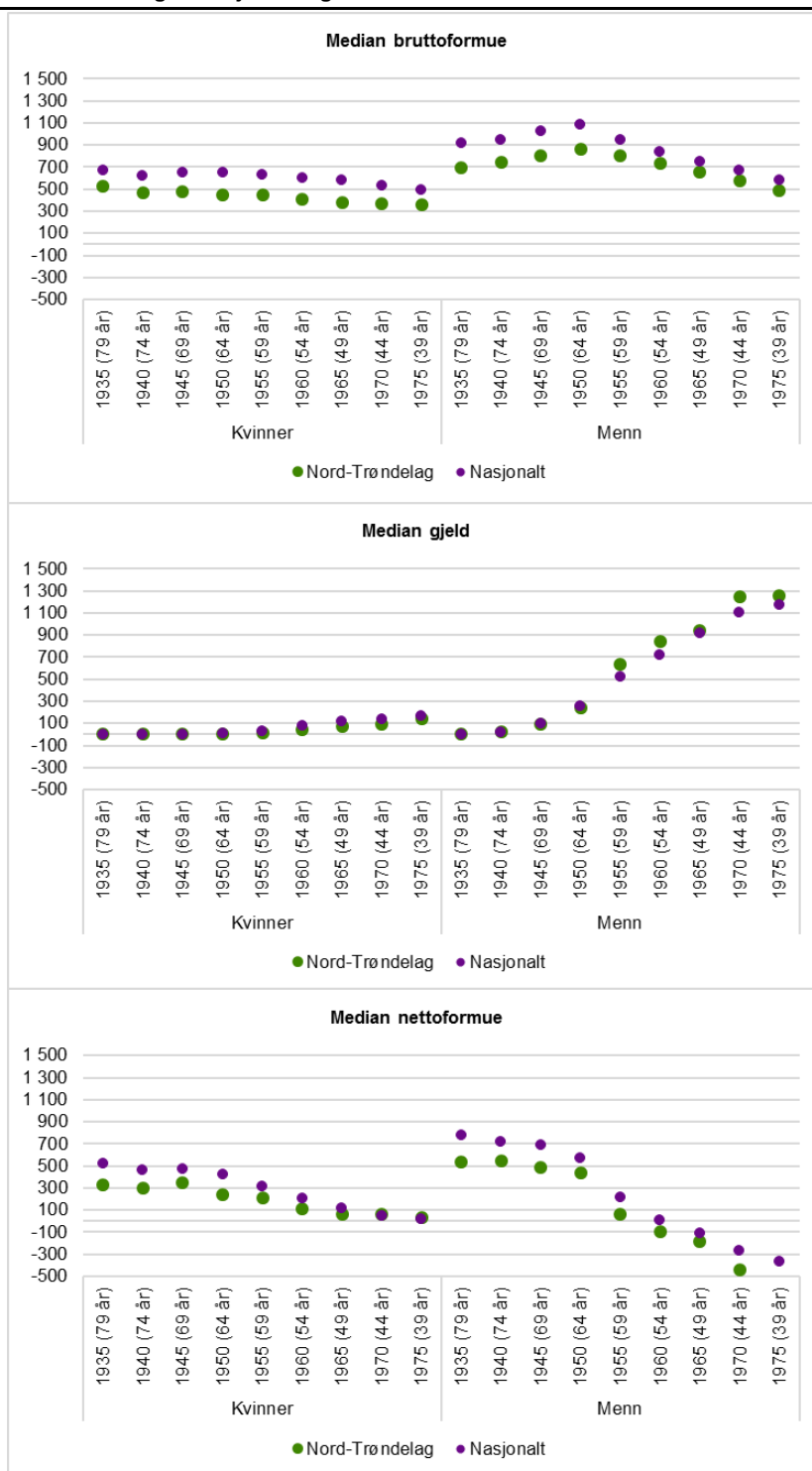


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Nord-Trøndelag

I Nord-Trøndelag ser vi at median bruttoformue er klart lavere blant både menn og kvinner enn tilsvarende tall for landet samlet. Samtidig er forskjellene i median gjeld mellom kohorter i Nord-Trøndelag og tilsvarende kohorter i resten av landet forholdsvis små. Ser vi på median nettoformue, er denne noe lavere i de fleste kohortene i Nord-Trøndelag enn i landet som helhet. For øvrig ser vi at de yngste mannlige kohortene skiller seg ut med høy median gjeld og negativ median nettoformue, mens de eldste kohortene har lite gjeld og klart høyere median nettoformue enn yngre kohorter i fylket.

Figur 6.17 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Nord-Trøndelag etter kjønn. Regnet i 1000 kr

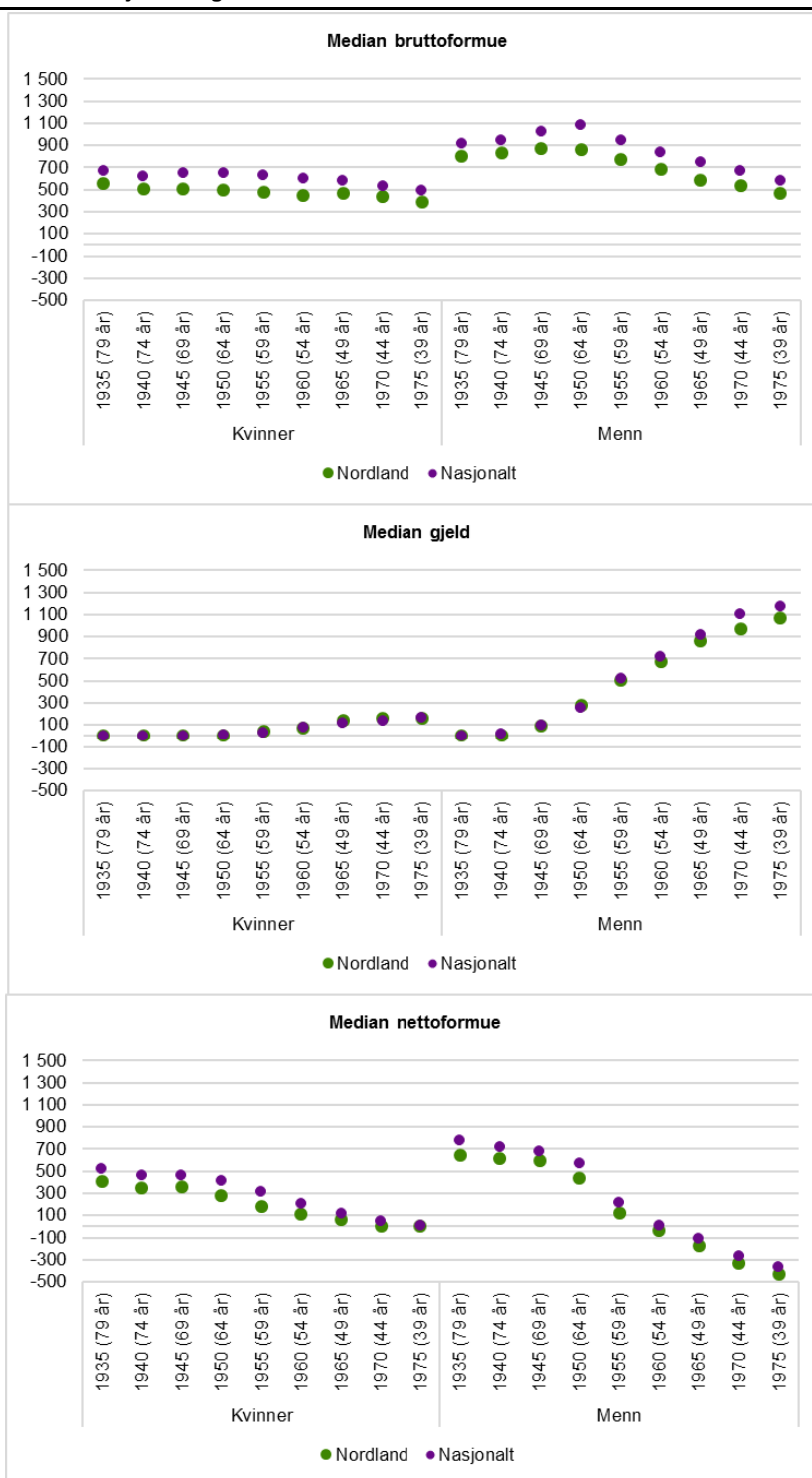


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Nordland

Median bruttoformue i Nordland er noe lavere i samtlige kohorter blant både kvinner og menn enn tilsvarende verdier i landet samlet sett. Ellers er forskjellene mellom de kvinnelige kohortene forholdsvis små, mens 1950-kohorten blant menn har høyest median bruttoformue. Forskjellene mellom kohortene i Nordland og landet som helhet i median gjeld er forholdsvis små, og vi ser at det er de yngre mennene som har klart høyest median gjeld. Når det gjelder median nettoformue, ser vi at de høyeste verdiene er å finne blant de eldre kohortene blant både kvinner og menn, mens de yngste mannlige kohortene har negativ median nettoformue.

Figur 6.18 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Nordland etter kjønn. Regnet i 1000 kr

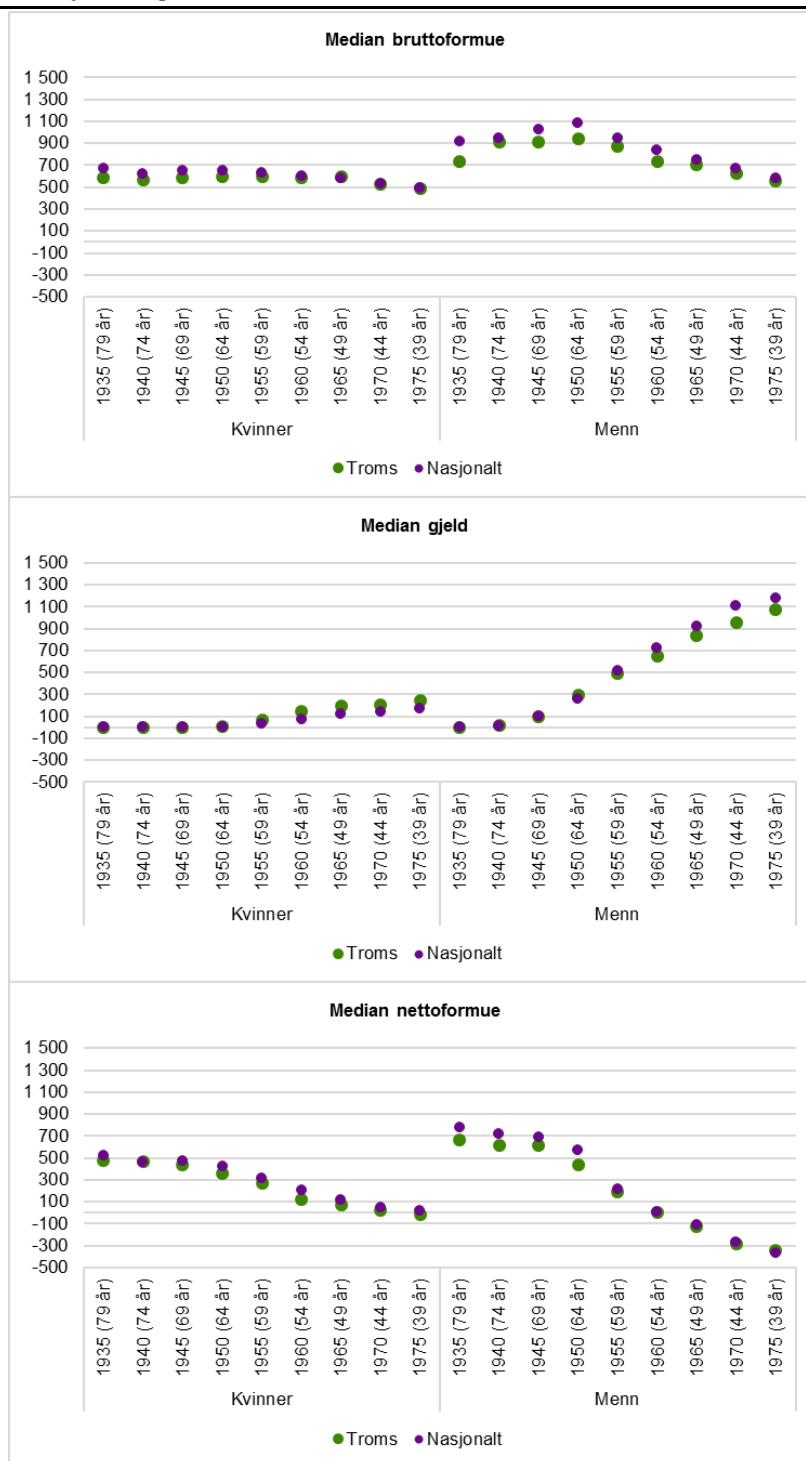


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Troms

I Troms ser vi at kohortforskjellene i median bruttoformue, gjeld og nettoformue følger samme hovedmønster som i landet som helhet, og at Troms ikke skiller seg mye fra de nasjonale medianverdiene. Generelt ser vi at kvinnene har noe lavere median bruttoformue enn sine jevnaldrende menn, og at de har lav median gjeld. Blant kvinnene er det også de eldre kohortene som har høyest median nettoformue. Blant mennene ser vi at de yngre kohortene har klart høyest median gjeld, at de eldste mannlige kohortene har høyest median nettoformue, mens de yngste mannlige kohortene har negativ median nettoformue.

Figur 6.19 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Troms etter kjønn. Regnet i 1000 kr

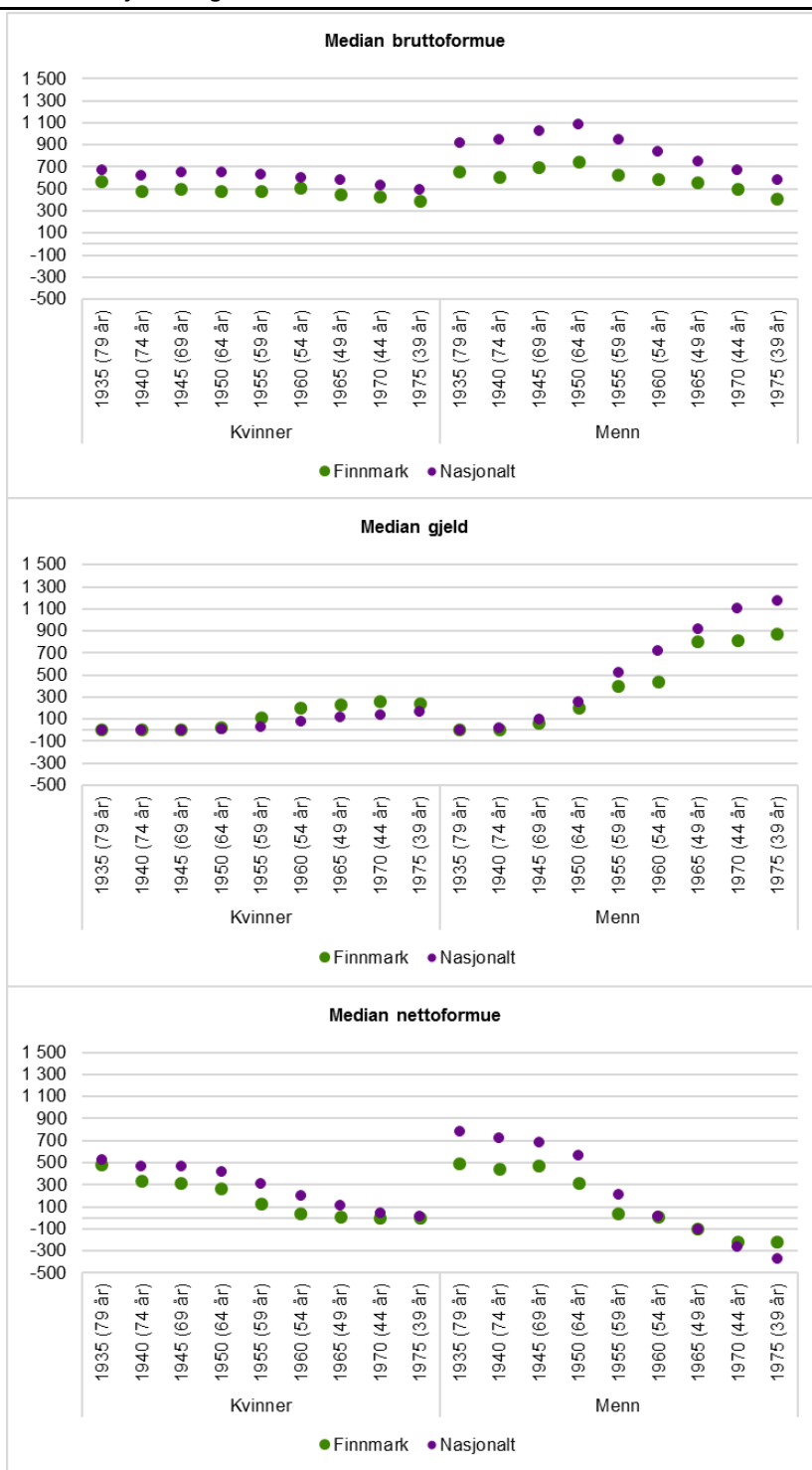


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Median formue og gjeld i kohortene i Finnmark

Både menn og kvinner i Finnmark skiller seg ut med klart lavere median bruttoformue enn vi finner i hele landet sett under ett. Forskjellen er imidlertid større blant mennene enn blant kvinnene. Samtidig har yngre menn i Finnmark lavere median gjeld enn menn i landet som helhet, mens de yngre kvinnene har noe høyere median gjeld enn det vi finner blant alle norske kvinner i disse kohortene. Median nettoformue i ulike kohorter i Finnmark er noe lavere enn i landet som helhet, hvis vi ser bort fra de aller eldste og yngste kohortene blant kvinner og de yngste kohortene blant menn, der forskjellene er svært små.

Figur 6.20 Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter i Finnmark etter kjønn. Regnet i 1000 kr



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

6.3. Regionale forskjeller i formue og gjeld

Høyere (netto)formue blant eldre kan potensielt bidra til lavere helse- og omsorgsutgifter for det offentlige dersom vi får en utvikling der flere eldre benytter seg av private tjenester. Stor formue kan også begrense det offentliges utgifter dersom den brukes på for eksempel tilpasning av egen bolig slik at man kan bo hjemme lenger selv om helsen skulle svikte. I vår gjennomgang av median bruttoformue, gjeld og nettoformue blant eldre på fylkesnivå viste vi at det er klare forskjeller mellom fylkene i median bruttoformue. Mens dagens og framtidens eldre i noen fylker ikke skiller seg nevneverdig fra de nasjonale medianverdiene, finner vi klart høyere median bruttoformue i enkelte fylker, som Oslo, Akershus og Rogaland, og klart lavere median bruttoformue i andre fylker, som for eksempel Hedmark, Nord-Trøndelag og Finnmark. Kjønnsforskjellene innad i hvert fylke varierer også, men alders- eller kohortprofilen er temmelig lik i alle fylkene.

Vi har også vist klare forskjeller i median gjeld, der særlig de yngre kohortene av menn i Rogaland, og til en viss grad Akershus og Vest-Agder, skiller seg ut med høy median gjeld. Dessuten viser tallene vi har presentert at det er betydelig regional variasjon i median nettoformue, og at særlig de eldre kohortene av kvinner i Oslo og menn i Rogaland har høy median nettoformue, mens median nettoformue er lavere blant eldre kohorter i fylker som Østfold, Hedmark, Telemark, Nord-Trøndelag og Finnmark. Tall på husholdningers inntekt for perioden 2013-2015 understøtter dette bildet, ved at andelen med lavinntekt er minst i Rogaland og Akershus, under 10 prosent (Folkehelseinstituttet 2017a). Dette er også de fylkene som topper listen for medianinntekt for husholdningene. Andelen med lavinntekt er høyest (nesten dobbelt så stor) i Oslo og Østfold, samtidig som medianinntekten er lavest i Oslo, Hedmark og Oppland. Det er dermed stort samsvar mellom de ulike målene når det gjelder fylker i en fordelaktig situasjon, mens bildet er noe mer blandet for fylker hvor situasjonen er mindre fordelaktig.

Det store spørsmålet er om forskjellene mellom kohortene vil vedvare over tid, eller om forskjellene vi ser her skyldes alder eller særtrekk ved økonomien i- og forut for 2014. Dette er vanskelig å forutsi utfra våre data, men vi vil særlig peke på at den høye gjelden blant unge mannlige kohorter potensielt kan innebære at flere eldre menn framover vil ha betydelig gjeld. For å si noe mer sikkert om gjeldsnivået til framtidens eldre er det imidlertid behov for mer forskning, og da særlig på tidsserier som tar høyde for at verdifastsettelsen av boliger og fritidsboliger har endret seg vesentlig på 2000-tallet. Det vil også være hensiktsmessig å kunne skille ut boligeiere fra leietakere. Avslutningsvis er det betydelige variasjoner som skjuler seg bak en sammenlikning av medianverdier, og denne variasjonen kan også med fordel utforskes nærmere.

6.4. Inntekt, sysselsetting og selvforsørgelse

Dette underkapittelet oppsummerer kort funn som er publisert i artikkelen *Utvikling i befolkningens forsørgelsesrater på kommunenivå som følge av en aldrende befolkning* (Kornstad 2017). I artikkelen beskriver Kornstad hvordan endringer i befolkningens alderssammensetting kan tenkes å påvirke de framtidige forsørgelsesratene i norske kommunene.

Befolkningen forventes å eldes framover, men det er dels store forskjeller fra kommune til kommune. Dette er vist i kapittel 4. Samtidig er det store forskjeller i yrkesaktiviteten til ulike aldersgrupper. Barn står utenfor arbeidsmarkedet, og det gjelder i stor grad også alderspensjonister. Men også blant befolkningen i yrkesaktiv alder er det store variasjoner. Aldersgrupper som normalt er under utdanning og kvinner med små barn har typisk lavere yrkesaktivitet enn personer i 40-årene. Personer som nærmer seg pensjonsalder er en annen gruppe med lavere yrkesaktivitet enn 40-åringene. Systematiske endringer i befolkningens

alderssammensetning over tid kan dermed ha betydelige konsekvenser for forsørgelsesraten i kommunene. Det er imidlertid også betydelige forskjeller mellom kommunene i befolkningens yrkesaktivitet utover det som følger av ulik befolkningssammensetning, og dette tas også hensyn til i analysene.

Definisjoner, data og metode

Beregningene bygger på registerdata for inntekt for året 2014, data fra befolkningsregisteret med opplysninger om bostedskommune i 2014 og framskrevne befolkningsdata på kommunenivå for henholdsvis 2017, 2027 og 2040. I det videre henviser vi til kun situasjonen i 2017 og 2040.

Forsørgelsesraten er definert som antall personer som ikke forsørger seg selv ved inntektsgivende arbeid dividert med antall personer som er selvforsørget. Den er dermed nært knyttet til yrkesaktivitet, og det ses bort fra at en del individer kan forsørge seg selv gjennom annen inntekt, for eksempel pensjon eller at en kan bli forsørget av andre familiemedlemmer. Selvforsørgelse kan måles på mange måter, og resultatene er sensitive for valg som gjøres. Her er selvforsørgelse definert som at en hadde yrkesinntekt (lønnsinntekt og netto næringsinntekt) større enn 2,5 ganger grunnbeløpet i folketrygden i 2014, som tilsvarte rundt 218 000 kroner.⁵ Denne inntektsgrensen tilsvarer 50 prosent av grunnlønnen til sykepleiere ifølge statistikk fra Kommunenes sentralforbund. Ved å sette inntektsgrensen så høy som vi faktisk gjør, innebærer det at en røft regnet må arbeide minst 50 prosent av full stilling for å være definert som selvforsørget. Denne grensen er således betydelig strengere enn den som benyttes i mange studier hvor en analyserer yrkesaktivitet, se for eksempel Bratsberg med flere (2010, 2011, 2016), og Blom (2014), hvor det legges til grunn at personen er yrkesaktiv dersom yrkesinntekten overstiger grunnbeløpet i folketrygden.

Beregning av forsørgelsesraten i den enkelte kommune krever opplysninger både om aldersfordelingen og de tilhørende selvforsørgelsesandelene til befolkningen i kommunen. For hver kommune er det beregnet aldersspesifikke selvforsørgelsesandeler for henholdsvis kvinner og menn i 2014. Disse beregningene viser at andelen selvforsørgede etter alder målt som gjennomsnitt over kommunene er relativt lik for kvinner og menn. Andelen selvforsørgede stiger sterkt de første årene, før den flater ut og faller etter at personene har blitt om lag 45 år gamle. Etter at personene når alder for tidligpensjonering, faller selvforsørgelsesandelen betydelig. Kohorteffekter bidrar imidlertid til at man bør være forsiktig med å assosiere formen på kurvene som livsløpsprofiler, særlig for kvinner. Menn har høyere selvforsørgelsesandeler enn kvinner i alle aldersgrupper, og mennenes relativt høye selvforsørgelsesandeler bidrar til å redusere forsørgelsesraten. Det faktum at menns levealder generelt er noe lavere enn kvinners bidrar også til å redusere forsørgelsesraten i forhold til om mennene hadde levd like lenge som kvinnene.

Forsørgelsesraten vil øke de fleste steder

I beregningene av forsørgelsesraten for den enkelte kommune antas det at de alders- og kjønns spesifikke selvforsørgelsesandelene i henholdsvis 2017 og 2040 er de samme som de var i de respektive kommunene i 2014. Således bygger beregningene på en antakelse om at de aldersspesifikke selvforsørgelsesandelene holder seg konstante over tid. Det er dermed forskyvninger i alderssammensetningen av befolkningen i den enkelte kommune over tid samt endringer i fordelingen på kjønn som er årsaken til endringer i forsørgelsesraten.

⁵ Ved å fokusere på yrkesinntekt og ikke samlet inntekt, ser Kornstad bort fra at mange personer kan forsørge seg selv ved at de mottar alderspensjon fra folketrygden og tjenestepensjon.

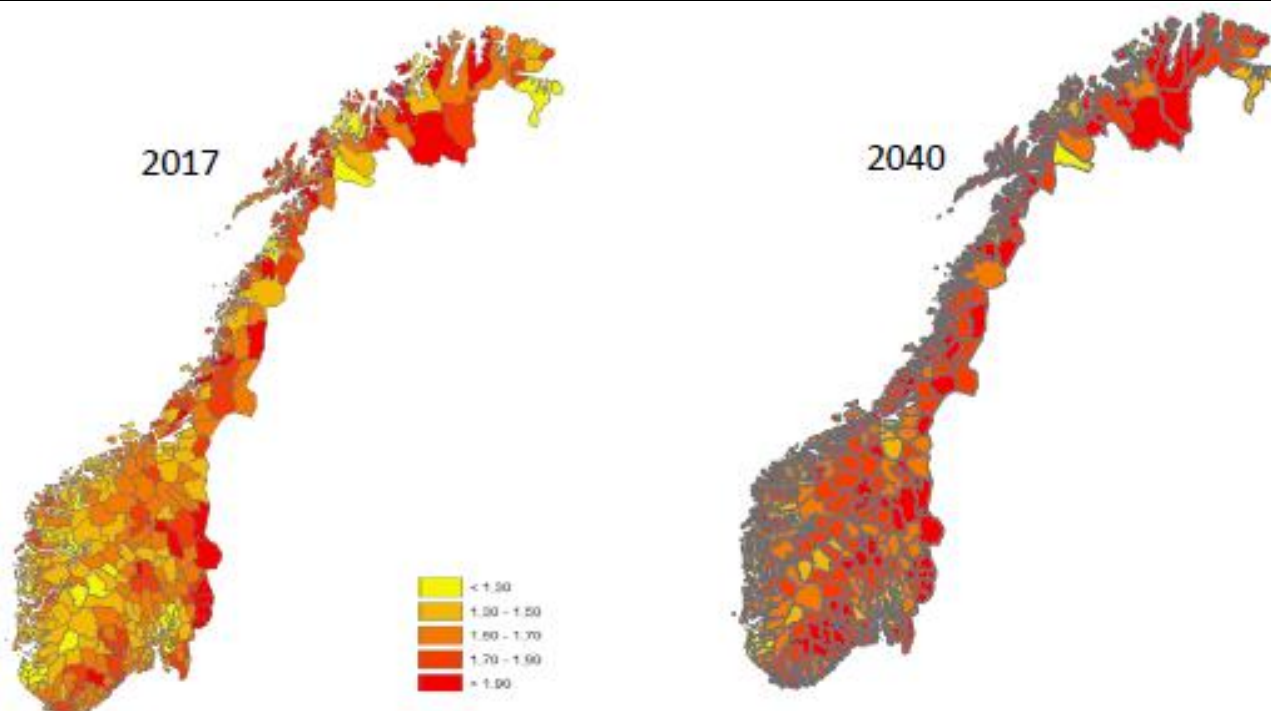
Beregningene som omfatter alle kvinner og menn uansett alder, viser at medianverdien til forsørgelsesraten i kommunene øker fra 1,5 i 2017 til 1,8 i 2040. Dette betyr at i mediankommunen må hver selvforsørget person i gjennomsnitt forsørge 1,5 personer i 2017, mens tallet i 2040 er økt til 1,8 personer. Som tidligere nevnt ses det bort fra at en del personer kan forsørge seg selv på andre måter enn gjennom egen yrkesinntekt. Både barn og pensjonister er inkludert i disse beregningene.

Ser vi nærmere på beregningene for 2017, finner vi at kommunene med lavest forsørgelsesrate hadde en rate rundt 1,2 mens raten for kommunene som ligger høyest er på omkring 1,9 (se figur 6.21). Gjennomsnittsverdien over alle kommunene er 1,6. De ekstreme verdiene i hver hale av fordelingen er ofte knyttet til små kommuner med en spesiell aldersfordeling. En del kommuner i Norge har under 1000 innbyggere. De store byene i Norge som Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger ligger alle i nedre del av fordelingen med forsørgelsesrater omkring 1,2 slik de her er beregnet.

Figur 6.21 viser at alle landsdeler har større innslag av kommuner med høye forsørgelsesrater i 2040 enn tilfellet var i 2017. Gjennomsnittsverdien over alle kommunene er 1,8 i 2040. Imidlertid at det også tydelige forskjeller i utviklingen over tid i mellom kommunene, og at en del kommuner som allerede har høye forsørgelsesrater i 2017 vil ha enda høyere rater i 2040. Samtidig er det en del kommuner som kommer godt ut i alle årene det gjøres beregninger for. I 2040 varierer forsørgelsesraten fra om lag 1,4 til 2,3 mellom kommunene.

Men, siden det stort sett er de samme kommunene som befinner seg i øvre og nedre del av fordelingen i både 2017 og 2040, er det en tendens til at kommuner med lave forsørgelsesrater i 2017 også vil ha relativt lave forsørgelsesrater i 2040, mens kommuner med høye rater i 2017 vil ha høye rater også i 2040. Bildet er imidlertid ikke entydig (se Kornstad 2017 for tabeller og andre figurer). Det er blant annet en markert spredning i forsørgelsesratene i 2040 selv blant kommuner som hadde omtrent lik forsørgelsesrate i 2017. Dette skyldes heterogeniteten i utviklingen i alderssammensetningen i de ulike kommunene. I gjennomsnitt er forsørgelsesratene i 2040 omkring 13 prosent høyere enn de var i 2017.

Som vist på kartet, finner Kornstad noe overraskende at det er dels store forskjeller i forsørgelsesraten blant enkelte kommuner som geografisk sett ligger like ved hverandre.

Figur 6.21 Forsørgelsesrater registrert i 2017 og framskrevet i 2040 (hovedalternativet)¹

¹ Det antas at de alders- og kjønns spesifikke selvforsørgelsesandelene i henholdsvis 2017 og 2040 er de samme som de var i de respektive kommunene i 2014. Således bygger beregningene på en antakelse om at de aldersspesifikke selvforsørgelsesandelene holder seg konstante over tid. Det er dermed forskyvninger i alderssammensetningen av befolkningen i den enkelte kommune over tid samt endringer i fordelingen på kjønn som er årsaken til endringer i forsørgelsesraten.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Konsekvenser for kommunene

Det er en betydelig usikkerhet forbundet med framskrivningene av befolkningen etter alder, særlig når en går ned på så detaljert nivå som kommune. Dette gjelder særlig for små kommuner. Usikkerheten knytter seg i første rekke til innvandring. Videre er forutsetningen om at de aldersspesifikke selvforsørgelsesandelene er konstante over tid, åpenbart streng. Selvforsørgelse er nært knyttet til sysselsetting. Sysselsettingen er bestemt som et samspill mellom tilbud av og etterspørsel etter arbeidskraft. Etterspørselen etter arbeidskraft er påvirket av aktivitetsnivået i bedriftene, og konjunktursituasjonen har dermed stor betydning for sysselsetting og selvforsørgelse. Denne er det vanskelig å si noe om i framtiden. Når det gjelder tilbudet av arbeidskraft, vet vi blant annet at befolkningens utdanningsnivå har stor betydning. Høy utdanning assosieres normalt med høy timelønn og høyt arbeidstilbud. Høyt utdannede personer har også ofte større preferanser for å delta i arbeidslivet enn lavt utdannede personer. Økt utdanningsnivå i befolkningen over tid vil dermed kunne føre til økt yrkesdeltakelse og økt grad av selvforsørgelse.

Argumentet om at økt utdanningsnivå gir økt yrkesaktivitet og økt selvforsørgelse bidrar til at forutsetningen om konstante selvforsørgelsesandeler over tid kan være spesielt problematisk for kvinner. I løpet av de siste tiårene har utdanningsnivået blant kvinner økt betydelig, og det har også yrkesdeltakelsen deres gjort. Dette bidrar til at vi får kohorteffekter i selvforsørgelsesandelene, det vil si at profilene for selvforsørgelse ikke kan tolkes som livsløpsprofiler. Særlig blant eldre kvinner er det dermed grunn til å tro at vi underestimerer andelene som er selvforsørget når vi forutsetter uendrede selvforsørgelsesandeler i framtiden. Dette betyr at vi til en viss grad overestimerer forsørgelsesratene for kvinner.

Et viktig funn i analysen er at det er store forskjeller i forsørgelsesraten for ulike kommuner. En del kommuner som ligger bra an i dag, kan oppleve betydelig forverring av forsørgelsesraten i framtiden som følge av en ugunstig utvikling i alderssammensetningen til befolkningen. Vi finner også at kommuner som ligger

dårlig an i dag, kan oppleve ytterligere forverring i framtiden. Samtidig er det kommuner som både i dag og i framtiden vil ha relativt lave forsørgelsesrater.

Oppsummert vil høy yrkesaktivitet og lav forsørgelsesrate i kommunene føre til mindre press på det kommunale tjenestetilbudet og dermed bidra isolert sett til bedre kommuneøkonomi ved at for eksempel utgiftene til helse- og sosialsektoren samt arbeidsmarkedstiltak reduseres. Høy yrkesaktivitet er viktig også for kommunenes inntekter siden skatteinntektene er positivt korrelert med yrkesaktiviteten. Systemet med skatteutjevning i inntektsoverføringssystemet for kommunene utjevner bare delvis disse forskjellene.

Årsakene til den store variasjonen i forsørgelsesratene og utviklingen i disse diskuteres ikke inngående her. En mulig forklaring kan være at unge personer i yrkesaktiv alder flytter mer enn eldre personer, og at det er en tendens til at de unge flytter til mer sentrale strøk. Isolert sett bidrar dette til økte forsørgelsesrater i distriktene og reduserte forsørgelsesrater i mer sentrale strøk. Samtidig trekker økt levealder blant eldre i retning av økte forsørgelsesrater, og dette vil kunne forsterke effektene på forsørgelsesraten av bostedssentraliseringen blant de unge. Uansett årsak tilsier imidlertid den store spredningen i forsørgelsesraten at det er viktig at kommunene ikke baserer planleggingen sin på nasjonale mønstre i befolkningsutvikling og forsørgelsesrater.

7. Eldre og boligforhold

Det eksisterer i dag få registerbaserte tidsserier som beskriver utviklingen over tid i boligforhold i befolkningen generelt. Det er også begrenset med data for eldre spesielt. I dette kapitlet har vi derfor tatt utgangspunkt i registrerte tall fra boligregisteret i Statistisk sentralbyrå for 2015 og støtter oss også på tall fra levekårsundersøkelsene de siste ti årene der dette har vært tema. Vi har også dratt nytte av oppsummeringer av andres funn, og henviser særlig til rapporten *Eldres boligforhold* av Sørvoll med flere (2016).

Basert på boligforhold blant personer som i dag er 50 år og eldre, skisserer vi mulige scenarier for framtiden. Vi gjør antakelser om at de som eier boliger i dag fortsetter å gjøre dette også framover. Dette er en svært forenklet antakelse. Vi har imidlertid ikke funnet gode estimater for andeler som går fra å eie til å leie i eldre år. Når det gjelder tilgang til heis eller andre boligforhold, er dette enda mer usikkert da bytte av bolig forekommer relativt ofte også i eldre aldersgrupper. Eldre bytter oftest til boliger eller leiligheter som er enklere å bo i ettersom helse og funksjonalitet kan tenkes å bli redusert – men innenfor samme (nær)område (Sørvoll mfl. 2016). Dette diskuteres nærmere nedenfor.

7.1. Flyttemønstre i yngre og eldre år

Eldre er i utgangspunktet mindre mobile på boligmarkedet enn yngre mennesker. Unge mennesker har ofte høy flytteaktivitet fordi de tilpasser seg nye livssituasjoner med hensyn til studier, jobb og familie. Eldre og middelaldrende personer har derimot oftere etablert seg, og har derfor typisk ingen umiddelbare flytteplaner eller nylig tilbakelagte flyttinger. Dermed finner undersøkelser der folk blir spurt om de har flyttet i løpet av de siste årene en forholdsvis lav forekomst av flyttinger blant eldre (Gulbrandsen 2016; Sørvoll mfl. 2016). Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at når eldre flytter, flytter de i hovedsak mellom boliger innenfor samme geografiske område. Dette drøftes i mer detalj nedenfor. Selv om eldre ofte vil ha lavere inntekt enn yngre aldersgrupper, har de samtidig i gjennomsnitt en større formue enn befolkningen for øvrig (se kapittel 6). Dette kan gi muligheter for flytting generelt og bytte av bolig i eldre år.

Det er generelt få studier av eldres flyttinger. En undersøkelse fra begynnelsen av 2000-tallet viser at 12 prosent av de som var i alderen 60-67 år, 22 prosent av de som var i alderen 68-75 år og 32 prosent av de over 75 år hadde flyttet inn i sin daværende bolig *etter* at de hadde fylt 60 år (Gulbrandsen og Langsether 2001). En tilsvarende akkumulert flytteaktivitet finner også Sørvoll med flere (2016). De undersøker andelen i hver aldersgruppe som har flyttet inn i en ny bolig etter fylte 50 år, og finner at den øker fra 7 prosent blant de som er i første halvdel av 50-årene, noe som tilsvarer en årlig flyttefrekvens på 1-1,5 prosent, til 37 prosent blant de som har nådd siste halvdel av 60-årene. Dersom en antar at sistnevnte gruppe har fordelt flyttingen over alle foregående år, gir dette en årlig flytterate på rundt 2 prosent. Dermed konkluderer forfatterne med at beskjedne årlige flytterater aggregerer opp til betydelige andeler som bytter bolig i godt voksen alder. Når Sørvoll med flere (2016) ser på de som har flyttet etter 2009, finner de at rundt 20 prosent av husholdningene med en hovedperson i alderen 50-60 år oppgir at de har flyttet, mens noen færre (18 prosent) oppgir dette blant de med en hovedperson i alderen 61-71 år. Forfatterne konkluderer med at det er vanskelig å bedømme hvorvidt flytteaktiviteten blant eldre har økt over tid, men at det er indikasjoner på mer flytting enn tidligere i eldre år. Konklusjonen til Sørvoll med flere (2016) understøttes dels av en surveyundersøkelse som ser på endringer over tid (Gulbrandsen 2016), som finner at personer i alderen 50-68 år utgjør en høyere andel av boligmarkedets kjøpergruppe (28 prosent) i perioden 2012-2015 sammenliknet med i perioden 2009-2012 (14 prosent). Imidlertid tillegger Gulbrandsen denne endringen i stor grad demografiske forhold: Fødselskullene fra

etterkrigstiden er større enn andre kull, og med økt levealder er det dermed flere personer i alderen rundt 70 år enn det noen gang har vært tidligere. Dette gjør at denne gruppen utgjør en større del av boligmarkedet enn tidligere, uavhengig av hvorvidt en større *andel* av disse kullene tar skrittet ut og flytter fra en stor og uhensiktsmessig bolig til en mindre og mer praktisk leilighet i dag enn før.

Flytting mellom områder

Nordmenn er stadig på flyttefot. Vi flytter innenfor kommunegrensen, vi bytter kommune og noen bytter fylke. Ifølge tall fra Statistisk Sentralbyrå ble det i 2015 foretatt mer enn 800 000 flyttinger i Norge. Antallet flyttinger har økt med rundt 150 000 de siste ti årene. Fordi enkelte personer flytter flere ganger i løpet av et år, er antallet flyttinger rundt 100 000 høyere enn antallet personer som flytter. For ti år siden flyttet rundt en av åtte, nå gjelder dette en av syv.

Majoriteten av de årlige flyttingene (rundt 57 prosent) skjer over korte avstander, innenfor kommunegrensene. Totalt flyttet rundt 420 000 personer, eller 8 prosent av folketallet, på denne måten. Flest var det naturlig nok i de største byene og aller flest i Oslo med over 90 000 flyttinger. 13 prosent av innbyggerne i hovedstaden fikk nytt bosted innenfor bygrensen, og Oslo hadde med dette også den største andelen av kommuneinterne flyttinger i landet. Også mange av de andre større kommunene har en stor kommuneintern flytteaktivitet i forhold til folkemengden. I mindre kommuner i fylker som Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag var det derimot relativt sett minst flytteaktivitet av dette slaget.

Litt under en tredel (30 prosent) er imidlertid flyttinger på tvers av kommunegrenser. Denne typen flyttinger har økt vesentlig de seneste årene, og var høyere enn noe tidligere år i 2015. Totalt var det rundt 230 000 personer som flyttet til en annen kommune, som tilsvarer drøye 4 prosent av befolkningen. Det var særlig høy flytteaktivitet blant personer 20-29 år. Inn- og utflyttinger av landet utgjør den resterende flytteaktiviteten.

I 2015 hadde syv fylker en innenlands flyttegevinst, mens tolv fylker hadde et innenlandsk flyttetap. Imidlertid var nettoinnvandringen fra utlandet stor nok til å veie opp for dette, slik at alle fylkene bortsett fra Finnmark hadde en positiv nettoinnflytting når en ser på innenlandsk flytting og nettoinnvandring under ett. Rogaland hadde et langt større innenlandsk flyttetap enn året før, mens Akershus hadde størst innenlandsk flyttegevinst. Også andre fylker på Østlandet hadde et overskudd, i tillegg til Sør-Trøndelag. De tre nordligste fylkene er blant dem med de største flyttetapene.

Oppsummert finner Statistisk sentralbyrå at det er en klar tendens til økt sentralisering i flyttemønsteret, og dette ble forsterket i 2015. Det er særlig de sentrale kommunene som opplever et høyt flytteoverskudd. Siden årtusenskiftet har dette overskuddet vokst til nær 120 000. De andre kommunegruppene har hatt et tilsvarende flyttetap, som er størst for de minst sentrale kommunene. Med unntak av Østfold-byene og Trondheim har større bykommuner ofte et innenlands flyttetap, mens nabokommunene opplever en flyttegevinst. I tillegg til egne arbeidsplasser kan kort pendleravstand til regionsentrenes arbeidsplasser spille inn, sammen med forskjeller i boligpris og ønsket om nærhet til natur koblet med nærhet til storbyenes tilbud.

Det at antallet som flytter øker, er ikke bare et tegn på økt mobilitet. Det er også et resultat av befolkningsvekst og innvandring, som diskutert mer inngående under. Mobiliteten justerer seg også etter opp- og nedgangstider i økonomien, og flytteaktiviteten er høyest når boligprisene stiger og optimismen i økonomien er høy. Drar økonomien i negativ retning reduseres flytteaktiviteten.

Nordmenn flytter altså i gjennomsnitt mellom syv og åtte ganger i løpet av et livsløp, men det er kun halvparten av flyttingene som skjer over kommunegrensene. Flytteaktiviteten er størst i alderen 20-35 år. Det å få barn i (før)skolealder er noe av det som stopper flytteaktiviteten hos nordmenn. Men det er en viss bevegelse i tallene. I dag er det stadig færre barn som vokser opp i mindre sentrale strøk, og unge voksne bor i de store byene over en lengre tidsperiode enn før. Etter 45-50 års alder holder 80-90 prosent av befolkningen seg i det området de allerede bor i. Da flyttes det lite over kommunegrensene. Dermed er det slik at nordmenn i eldre år stort sett bytter til en bolig innenfor samme nærområde når de flytter, som vi skal se nærmere på nedenfor.

Flytting mellom boliger

Sørvoll med flere (2016) viser i en surveyundersøkelse at blant eldre som faktisk flytter, er det en tendens til en bevegelse bort fra enebolig og over mot blokk. De finner at blant de som ikke flytter, er eneboligandelen klart høyere og blokkandelen klart lavere. Forfatterne beskriver altså en viss bevegelse mot lavere boligkonsum målt ved boligareal. De konkluderer videre med at forekomsten av denne typen flytting synes å være korrelert med det lokale boligtilbud. Nærmere bestemt at slik flytting oftest forekommer i og nær de største byene som har høyere innslag av blokkleiligheter enn i landet for øvrig.

Sørvoll med flere (2016) ser også nærmere på om middelaldrende og eldre som har flyttet i løpet av de siste årene har en boligsituasjon som er bedre tilpasset alderdommen, enn de som har vært mer bofaste. Deres analyser tyder på at dette er tilfellet. Blant de som har flyttet, finner de ofte flyttinger fra enebolig og til leilighet i blokk. Forskjellen mellom bofaste og flyttere kommer også tydelig fram når de ser på boligstørrelse (målt i antall rom). Andelen med tre rom eller mindre er 26 prosentpoeng lavere blant de bofaste, samtidig som andelen med fem rom eller mer er 36 prosentpoeng høyere. Det er altså en klar bevegelse mot mindre boliger blant de som flytter.

Sørvoll med flere (2016) finner videre at det er en tendens til at mange middelaldrende og eldre som beveger seg på boligmarkedet, er 'strategiske flyttere'. Dette innebærer at de flytter til en bolig som er mer tilgjengelig og mer tilpasset en alderdom med nedsatt bevegelighet. Når forfatterne undersøker boligsituasjonen og flytting etter boligens 'egnethet' i et livsløpsperspektiv (i.e. bad, kjøkken, stue og minst ett soverom på inngangsplanet og/eller heis), finner de at de som har flyttet i større grad enn de som ikke har flyttet bor i en 'egnet' bolig (79 versus 63 prosent). Samtidig finner de at hele 40 prosent blant de som har bodd relativt kort i sin nåværende bolig oppgir at de valgte denne boligen med tanke på funksjonsnedsettelse eller alderdom, og at andelen som har valgt bolig med tanke på funksjonsnedsettelse og alderdom er klart høyest blant som har byttet bolig i løpet av de siste årene. Deretter synker andelen med botid

Sørvoll med flere (2016) viser videre at mange middelaldrende og eldre bor i boliger som ikke er spesielt godt tilpasset alderdommen. De eier ofte store (ene)boliger som ikke nødvendigvis er tilrettelagt for nedsatt funksjonsevne. Blant personer i alderen 67-79 år oppgir 28 prosent at de bor i en bolig som er spesielt tilrettelagt for et husholdmedlem med nedsatt funksjonsevne, og det stiger ubetydelig (til 32 prosent) blant personer som har fylt 80 år. Videre oppgir 12 prosent i alderen 67-79 år og 17 prosent blant de som har fylt 80 år at ett eller flere husholdsmedlemmer har nedsatt funksjonsevne, men at boligen ikke er spesielt tilrettelagt for dette. Videre bekrefter mindre enn halvparten at dagens bolig vil være tilpasset en situasjon med bevegelsesvansker. Alternativet til å flytte for å tilpasse boligsituasjonen til alderdommen er å gjennomføre strategiske tilpasninger av eksisterende bolig, men dette viser Sørvoll med flere (2016) at det

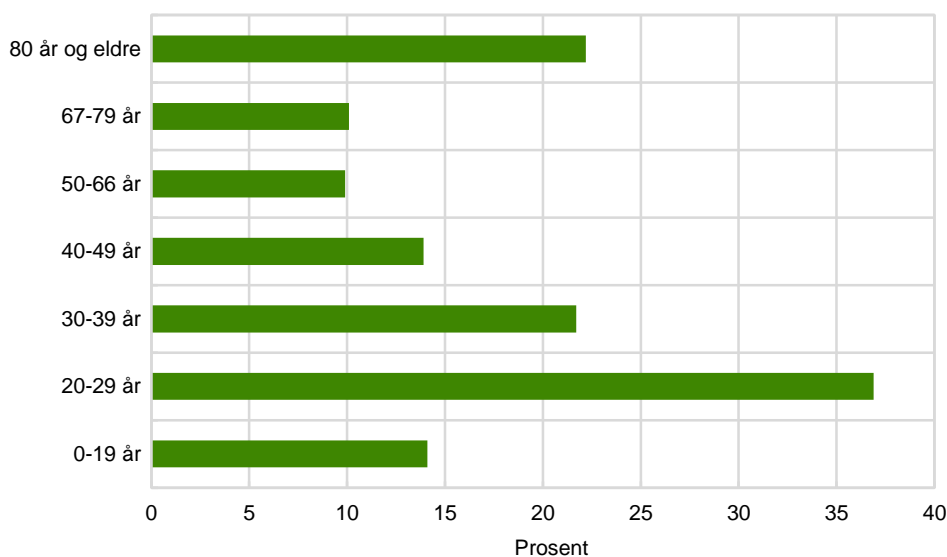
er få som gjør eller planlegger å gjøre. Dette presenteres mer inngående i delkapittel 7.5.

7.2. Et nasjonalt perspektiv på dagens situasjon – og mulige framtidsbilder

I Norge er det svært vanlig å eie bolig. Hele 4,2 millioner bor i dag i eid bolig. Figur 7.1 viser en oversikt over andeler som bor i en bolig de leier etter alder.⁶ De resterende prosentene bor altså i eid bolig (selveier eller andelseier). Det å eie egen bolig kan gi en økonomisk sikkerhet, og den reelle formuen til personer som eier bolig vil være høyere enn den framstår i likningstall. Siden ulike fødselskohorter har etablert seg på boligmarkedet under rammebetingelser som har gitt ulike muligheter for å akkumulere boligkapital, er det dels store kohortforskjeller. Samtidig er det også forskjeller innen kohorter fordi de har hatt ulike ressurser (som for eksempel arbeidsinntekt og arv) og også til dels valgt ulike tidspunkt i livsløpet for å etablere seg i boligmarkedet (Sørvoll mfl. 2016).

Som vist i figur 7.1, er det mest vanlig å leie bolig mens man er i 20-årene. Andelen som leier blant de som er 80 år og eldre er hele 22 prosent, mens dette kun gjelder 10 prosent blant de som er i aldersgruppen 50-79 år. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at eierskap er nært assosiert med sivilstatus. Enslige leier i langt større grad bolig enn gifte og samboere. Således kan det tenkes at utviklingen med færre aleneboende eldre som diskutert i kapittel 7 på sikt kan føre til en lavere andel av leietakere blant de aller eldste. Dette understøttes av den høye andelen boligeiere i aldersgruppen 67-79 år som kan tenkes å fortsette å eie egen bolig ettersom de eldes framover.

Figur 7.1 Oversikt over andeler som leier bolig etter alder. 2015



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Ifølge Huseiernes Landsforbund, består dagens boligmasse av 53 prosent eneboliger og 25 prosent leiligheter (2013). Husholdningenes preferanser i framtiden er at 38 prosent ønsker seg enebolig og 40 prosent ønsker seg leiligheter. Dette

⁶ Eierstatus viser husholdningens eierforhold til boligen. Som eiere av boliger regnes både selveiere og eiere gjennom borettslag eller boligaksjeselskap. Husholdningen eier boligen dersom minst en av personene i husholdningen står som eier av boligen. Når ingen av de bosatte står som eier, regnes husholdningen å ha et leieforhold til boligen. Dermed vil variabelen 'leietakere' i praksis fange opp både beboere med ordinære leiekontrakter, samt beboere i kommunale boliger, omsorgsboliger, kårboliger med videre.

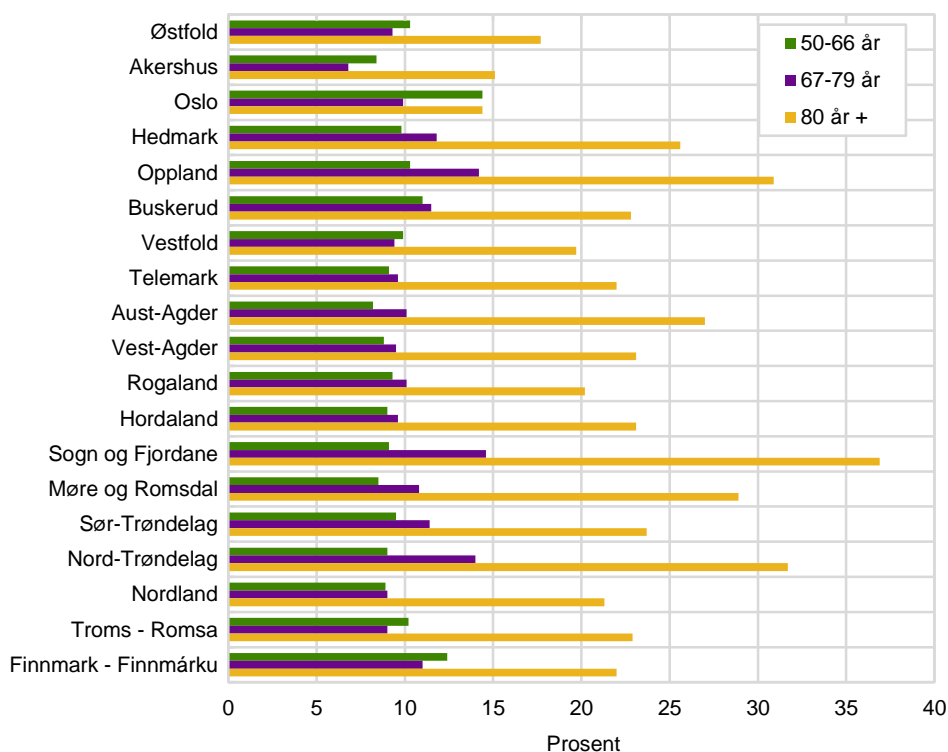
indikerer en overdekning av rundt 330 000 eneboliger og en underdekning på rundt 320 000 leiligheter i dagens marked. Ser vi på fordelingen etter alder og bygningstype, finner vi at nesten halvparten av alle husholdninger bor i enebolig, mens 24 prosent bor i boligblokk og 21 prosent av husholdningene bor i tomannsbolig, rekkehus, kjedehus eller andre småhus. De resterende 8 prosentene bor i annen bygningstype.

Blant eldre over 67 år er det mest vanlig å bo i enebolig. Siden boligstørrelsen blant annet henger sammen med typen bolig man bor i, fører dette til at eldre i gjennomsnitt bor relativt romslig. Sørvoll med flere (2016) viser at senere kohorter av eldre bor i større boliger enn tidligere kohorter av eldre: I perioden 2001-2015 økte andelen eldre over 80 år som bor i en bolig med minst fem rom fra 17 til 28 prosent. Dette tillegges det faktum at dagens eldre i løpet av boligkarrieren har flyttet inn i større boliger enn tidligere kohorter, og med lav mobilitet fører dette til at dagens eldre blir boende i større boliger på sine eldre dager enn tidligere tiders eldre. Hvorvidt framtidens eldre i større grad enn i dag kan tenkes å flytte til mindre boliger, diskuteres nærmere avslutningsvis i kapitlet. Det er imidlertid til dels betydelige geografiske variasjoner, som vi ser nærmere på i neste delkapittel.

7.3. Regionale forskjeller

Eierandeler, boligtype og trangboddhet varierer mellom norske fylker og kommuner. I første rekke er det de store byene som skiller seg noe ut, sammen med enkelte mindre kommuner der blant annet antallet studenter kan påvirke sterkere enn i større kommuner. Av de store kommunene har Trondheim og Tromsø de største andelen husholdninger på leiemarkedet med 32 og 31 prosent. Andelen i Oslo og Bergen er 30 og 29 prosent. I store kommuner som Stavanger, Kristiansand og Drammen er omtrent én av fire husholdninger på leiemarkedet, mens i blant andre kommunene Fredrikstad, Sandnes, Bærum, Skien, Sarpsborg og Asker er under én av fem husholdninger på leiemarkedet. Ser vi på personer i stedet for husholdninger, er det likevel Oslo som har størst andel personer i leiebolig blant de største kommunene. Én av fire osloborgere bor i leid bolig.

Figur 7.2 viser fylkesvise forskjeller i andelen eldre som leier bolig, brutt ned i aldersgrupper. I alle fylker er det tydelig at andelen som leier er høyest blant de aller eldste, men det er markerte forskjeller: Mens under 15 prosent av de som er 80 år og eldre leier bolig i Oslo, er andelen over 35 prosent i Sogn og Fjordane. Det er langt færre, og også mindre forskjeller mellom fylkene, i yngre aldersgrupper.

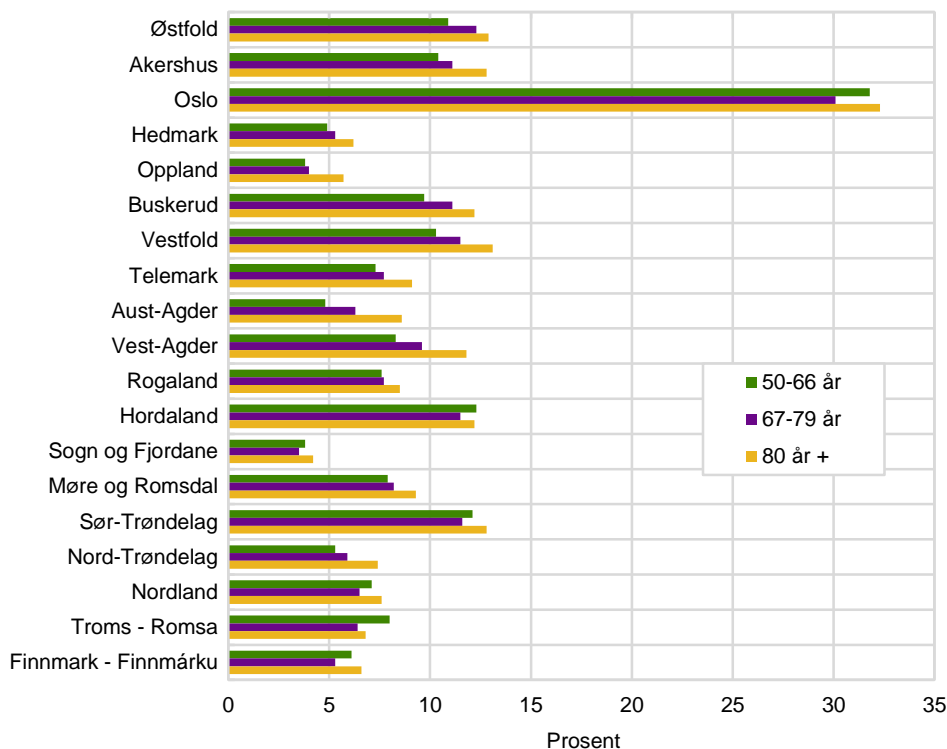
Figur 7.2 Andeler som leier bolig etter alder og fylke¹

¹ Tallene er hentet fra Boforhold, registerbasert.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

De store kommunene skiller seg mest ut når det gjelder hvilken boligtype folk bor i, spesielt gjelder det Oslo. Der bor 70 prosent av husholdningene i boligblokk og 10 prosent i andre typer, typisk leiligheter eller hybler. Til sammen omfatter det over 460 000 personer. Til sammenlikning bor knapt 60 000 osloborgere i enebolig, i 6,5 prosent av husholdningene. Også i Bærum, Bergen og Trondheim bor omtrent halvparten av husholdningene i boligblokk eller annen bygningstype, men siden det oftere gjelder små enn store husholdninger, omfatter det godt under halvparten av personene.

Når det gjelder tilgang på heis, er det relativt små forskjeller etter alder, men store forskjeller mellom fylkene. Tilgangen er klart dårligst i Oslo.

Figur 7.3 Andeler som ikke har tilgang til heis etter alder og fylke, blant de med bolig i 2. etasje eller høyere. 2015¹



¹ Tallene er hentet fra Levekårsundersøkelsen EU-Silc. Totalt responderte nær 6400 personer, og alle fylker er adekvat representert.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Trangboddhet⁷ er ikke vanlig blant de eldste – det er stort sett småbarnsfamilier som bor trangt i Norge. Det er imidlertid vesentlige regionale variasjoner: Trangboddhet er først og fremst et byfenomen, mest på grunn av husholdnings- og boligsammensetningen man finner i byene sammenliknet med mindre kommuner. I Oslo bor 22 prosent av befolkningen, om lag 139 000 personer, trangt. I Bergen, Trondheim og Tromsø bor 14–15 prosent av befolkningen trangt. Også enkelte andre kommuner skiller seg noe ut, gjerne små eller mellomstore kommuner med mange studenter, som for eksempel Ås, Bø, Volda og Sogndal.

Mulighetene for å kunne realisere en 'strategisk flytting' med tanke på alderdommen, som omtalt over, vil i stor grad være avhengig av boligtilbudet på det stedet de middelaldrende og eldre bor eller ønsker å flytte til. Sørvoll med flere (2016) knytter slike flytteprosesser til urbaniseringsgrad. I storbyene likner boligsituasjonen til de bofaste på boligsituasjonen til flytterne før de flyttet. Flyttingen har resultert i lavere eneboliginnslag og et klart høyere blokkinnslag. Det samme er tilfellet blant de som er bosatt i de mindre byene. Selv om eneboligandelen her er klart høyere, og blokkandelene klart lavere, skjer det også her en betydelig bevegelse bort fra eneboliger og over mot blokk blant flytterne. Dette er også tilfellet blant flytterne som nå bor i et tettsted. Her skiller imidlertid den forrige boligtypen seg mer fra boligtypen til de bofaste. Det kan tyde på et visst innslag av innflytting fra mer urbaniserte områder. Denne forskjellen kommer tydeligere fram i sammenlikninger av de bofaste og flytterne i spredtbygde strøk. Her er forskjellen mellom førsituasjonen til flytterne og

⁷ Trangboddhet er et mål på antall personer per rom og antall personer per areal, og defineres slik: 1) Enpersonhusholdninger med ett oppholdsrom og husholdninger med flere personer enn antall oppholdsrom; og 2) Husholdning som har mindre enn 20 kvadratmeter p-areal per person i husholdningen.

nåsituasjonen til de bofaste enda større. Spredtbygde strøk er også de eneste stedene der det er flere som har flyttet fra enn til blokk. Dette kan være et uttrykk for at vi står overfor et interessant innslag av flytting fra byer.

7.4. Flytting og boforhold blant personer med innvandrerbakgrunn

Norge skiller personer med innvandrerbakgrunn seg ut som en gruppe som flytter oftere enn andre: De flytter dobbelt så mye som den øvrige befolkningen og bidrar i enkelte områder mye til flyttebalansen.⁸ I 2015 sto de for en fjerdedel av flyttingene mellom kommunene. Mens 7 prosent av dem flyttet til en annen kommune i løpet av året, var andelen blant den øvrige befolkningen bare drøyt halvparten. Personer med bakgrunn fra Polen, Litauen og Etiopia var de største gruppene som flyttet til en annen kommune.

I fylker som Østfold og Akershus var innflyttingen av personer med innvandrerbakgrunn vesentlig for flyttebalansen. I kommuner som Sarpsborg, Ski og Skedsmo var den spesielt viktig. Her var det flytteoverskudd av personer med innvandrerbakgrunn som oppveiet for et underskudd blant dem uten innvandrerbakgrunn. Som en motsetning til dette var det i Oslo og Trondheim kommune derimot innenlandsk innflytting av personer uten innvandrerbakgrunn som i tillegg til direkte innvandring, var årsaken til positiv flyttebalanse.

Hele 14 prosent av personer med innvandrerbakgrunn flyttet innen egen kommune i løpet av året, og de sto for en drøy fjerdedel også av disse flyttingene. Blant den øvrige befolkningen var andelen også her bare halvparten. Av dem med innvandrerbakgrunn var det flest fra Polen, Litauen, Sverige, Somalia og Irak som flyttet innen egen kommune.

Innvandrere utgjør en relativt sett større leieandel og bor i trangere boliger enn befolkningen ellers. Noe av forskjellene mellom innvandrergruppene og den øvrige befolkningen har også sammenheng med ulikt bosettingsmønster, der spesielt innvandrere fra Asia, Afrika etc. er overrepresentert i Oslo-regionen og andre større byer, hvor andelen som leier og bor trangt generelt er høyere enn ellers i landet. Hele 60 prosent av innvandrerne fra Asia, Afrika etc. bor i en bolig som husholdningen eier, altså betydelig mindre enn de 86 prosentene av personer som ikke er innvandrere. Det er likevel noe høyere enn for innvandrere fra EU/EØS etc., der 58 prosent bor i bolig som husholdningen eier. Det er også store forskjeller i hvilke bygningstyper de ulike gruppene bor i. Det er innvandrere fra Asia, Afrika etc. som skiller seg mest ut fra den øvrige befolkningen ved at kun 28 prosent bor i enebolig og 39 prosent i boligblokk. Tilsvarende andeler i den øvrige befolkningen er 58 og 16 prosent. Blant innvandrere fra EU/EØS etc. bor 46 prosent i enebolig og 24 prosent i boligblokk. I og med at boligtype henger nøye sammen med trangboddhet, finner vi at tre av ti personer som har innvandret fra Asia, Afrika etc., bor trangt. Blant innvandrere fra EU/EØS etc. er andelen noe mindre, knappe to av ti. Den hyppige forekomsten av trangboddhet har også sammenheng med størrelsen på husholdningene. Husholdninger med innvandrere fra Asia, Afrika etc. er i gjennomsnitt noe større enn andre husholdninger. Blant annet bor 51 prosent av innvandrere fra Asia, Afrika etc. i alderen 0–19 år trangt. Blant barn og unge som ikke er innvandrere er andelen 17 prosent.

⁸ Hovedvekten av informasjonen i dette underkapittelet er hentet fra Flyttinger, 2015, <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flytting/aar/2016-04-21>.

7.5. Boligforhold, aldring og helse

Dagens kombinasjon av økt andel boligeiere og stigende boligpriser betyr at mange middelaldrende og eldre sitter på høye boligformuer. Sørvoll med flere (2016) viser i sin rapport at boligformuen er positivt korrelert med alder. De store kohortene som ble født på 1940- og 1950-tallet har gjennom store deler av livet vært heldige med økonomiske konjunkturer og politiske rammebetingelser, og internasjonalt har begrepet 'the lucky few' vært benyttet for å beskrive disse (Carlson 2008). Dermed sitter mange av dagens eldre på store personlige formuer, som vist i kapittel 6. Sørvoll med flere (2016) viser at boligkapitalen utgjør en viktig komponent av de eldres formue. I den siste tiden har ramme- og fleksilån blitt introdusert, og ført til at en eventuell boligkapital i dag er enklere å realisere enn tidligere.

De siste 20-30 årene har det vært et uttrykt politisk ønske om at eldre skal bo i egen bolig så lenge som mulig. I 1989 ble det nedsatt et offentlig utvalg for å utrede sosiale og økonomiske konsekvenser av endringer i alderssammensetningen og et mulig økt behov for omsorgstjenester (NOU 1992). Utvalget konkluderte med at omsorgstrengende skulle bruke egen boligkapital til å skaffe seg boligløsninger som var tilpasset deres situasjon. Slik tilpasning kan skje både ved flytting til en mer egnet bolig eller gjennom utbedringer av eksisterende bolig. Tanken var at folk flest skulle ta ansvaret for egen boligsituasjon, slik at kommunene kunne konsentrere seg om selve tjenesteytingen. Den demografiske utviklingen med en aldrende befolkning og økt levealder i befolkningen har aktualisert denne problemstillingen. Slik sett ligger det klare forventninger fra politisk hold om at eldre selv bør ta initiativ til å utbedre eller skaffe seg en bolig som møter framtidige behov. I hvilken grad eldre er villige til å bruke sin boligformue til å finansiere utbedring av eksisterende bolig, flytte til egnede livsløpsboliger eller finansiere øvrig forbruk, er imidlertid ikke opplagt. Tidligere studier har funnet liten vilje blant eldre til å bruke av boligformuen, og det har historisk sett var lite flytting blant eldre (Barlindhaug 1995, 2003). Oppsummert synes langt de fleste eldre å foretrekke å bli boende i boligen de har, selv når de får et økende hjelpebehov. I internasjonal litteratur omtales dette som 'aging in place'. Imidlertid tyder funnene til Sørvoll med flere (2016) på at det kan være en tendens til endring på dette feltet.

Når kommuner skal planlegge og tilrettelegge boforhold for eldre, er det flere forhold som spiller inn. Kunnskap om demografi (bolig og tjenestebehov), folkehelse, boligpreferanser, personlig (bolig)økonomi, boligmassens tilgjengelighet, lokale boligmarkeder samt eldreboligpolitikkenes muligheter er viktige stikkord her. Sørvoll med flere (2016) konkluderer med at kommuner som bruker denne typen kunnskap er i stand til å foreta velbegrunnede prioriteringer mellom etablering av omsorgsboliger, satsing på virkemidlene i boligforsyningspolitikken (regulerings- og arealplaner, utbyggingsavtaler, tomtepolitikk og strategiske boligkjøp etc.) og utbedring av den eksisterende boligmassen sammenliknet med kommuner som i større grad har satset på omsorgsboliger. De konkluderer med at det kan være grunn til en særskilt innsats i boligforsyningspolitikken rettet mot eldre (og andre befolkningsgrupper) i tettsteds- og småbykommuner, og peker på at det på slike steder vil være vanskeligere å stole på at private aktører realiserer areal- og reguleringsplaner som legger til rette for leiligheter tilpasset eldre i sentrum enn tilfellet er i mer folkerike, sentrale kommuner. De mener at en aktiv boligforsyningspolitikk, som inkluderer blant annet strategiske støttekjøp, offentlige tilskudd og aktiv dialog og samarbeid med private, vil være nødvendig for å tilpasse boligmassen i distriktskommuner til samfunnets aldring. Slik kan tilgangen på tilbud og attraktiv lokalisering kunne bidra til å endre eldres atferd på boligmarkedet.

For eldre er det spesielt langvarig sykdom eller uførhet, pensjonering, familieoppløsning, tap av ektefelle og uforutsette store utgifter som påvirker

sannsynligheten for å flytte eller bli boende i eksisterende bolig (Sørvoll mfl. 2016). En betydelig andel eldre bruker boligkapitalen sin til å kjøpe ny bolig som er enklere å bo i når alderdommen og helse og funksjonaliteten går nedover. Likevel finner Sørvoll med flere (2016) at mange middelaldrende og eldre bor i boliger som er dårlig tilpasset alderdommen, det vil si store boliger som ikke er tilrettelagt for funksjonsnedsettelse. Det ser altså ut til at en betydelig andel av eldre bor med et udekket behov med hensyn til spesiell tilrettelegging av boligen. Det ser også ut til at folks vilje til å gjøre noe med situasjonen er begrenset. Bare en av fire svarer at det er aktuelt å gjennomføre noen av de foreslåtte utbedringstiltakene, som inkluderte å fjerne terskler, gjøre tilpasninger på kjøkkenet, sette opp ekstra gelender i trapp, sette inn bredere dører, gjøre tilpasninger på badet, montere rullestolrampe og installere ekstra belysning (Sørvoll mfl. 2016). Med ett viktig unntak er det få forskjeller i svarfordelingen mellom bofaste og de som har flyttet de siste fem årene: Det er en markert større andel blant flytterne som oppgir at det ikke vil være aktuelt å gjennomføre tilpasninger enn blant de bofaste. Dette kan være fordi en god del av flytterne har hatt tilpasning til alderdommen i tankene da de flyttet, mens de bofaste til en viss grad ikke utelukker at framtidige boligtilpasninger kan bli nødvendige om livssituasjonen krever det.

7.6. Boligfordeling og muligheter framover

I Norge bor mange eldre i små husholdninger i store eneboliger, mens yngre personer i større husholdninger bor på et langt mindre areal. Det har derfor vært argumentert for at det kan være bra for flere parter om de eldre flyttet til mindre og mer hensiktsmessige boliger. Slike flyttinger vil kunne bidra til å bedre forholdet mellom tilbud og etterspørsel i boligmarkedet, samtidig som det å flytte til en mer hensiktsmessig bolig med livsløpsstandard kan bidra til at flere kan klare seg i eget hjem også i de aller eldste aldersgruppene. Det betyr sparte penger for stat og kommune. Dermed vil middelaldrende og eldres flyttinger og bytte av boliger kunne bidra positivt til velferdsstatens økonomiske bærekraft. Samtidig vil denne typen flyttinger trolig føre til økt velferd for de eldre selv ved at de får et bedre tilbud enn det kommunen kan tilby gjennom omsorgsboliger.

Eldre har selv det primære ansvaret for å tilrettelegge egne boforhold, og Sørvoll med flere (2016) viser at de i en viss utstrekning tar dette ansvaret. Dette understøttes av et betydelig innslag av strategisk flytting med tanke på alderdommen blant eldre.

Kommuner som satser på leilighets- og sentrumsutvikling kan bidra til økt livskvalitet for eldre. Leiligheter i kommunesentrum kan være et godt tilskudd til boligmarkedet i mange distriktskommuner (Sørvoll mfl. 2016). Eldre som flytter til slike leiligheter vil bo nærmere butikker, lege, fritidstilbud, sosiale møteplasser og andre viktige samfunnsfunksjoner. Og forskning fra Sverige viser at dagens eldre i større grad ønsker å være aktive på fritiden enn tidligere eldre, og at de deltar i fritidsaktiviteter i større grad enn før (Falk mfl. 2014). Dermed kan sentrumsutvikling være et bidrag til bekjempelse av ensomhet og sosial isolasjon blant eldre i distriktene. Dette forutsetter imidlertid at flere utbyggere gjør dette, og at de opererer over et større geografisk område enn de har gjort til nå. Dagens eldre i Norge utgjør en ressurssterk gruppe. De sitter på relativt store formuer blant annet som følge av den sterke verdiøkningen på boliger. De har jevnt over store finansformuer og mange av dem har gode pensjoner. Dermed vil de ha mulighet til å velge denne typen boliger dersom de finnes og er tilstrekkelig attraktive. Resultater fra tidligere forskning viser at flytteaktiviteten blant eldre husholdninger er lav. Samtidig har det i senere tid blitt framsatt påstander om at eldre er villige til å bytte bolig for å tilpasse seg alderdommen, for eksempel ved å selge en enebolig for å flytte inn i en mindre leilighet. Motivene for en slik strategisk flytting kan

være både praktiske ved at ny bolig krever mindre vedlikehold, samt økonomiske ved at salget kan frigjøre penger til en økonomisk mer romslig alderdom.

Det er imidlertid også en god del eldre som ikke har flytteplaner, men som har et udekket behov for tilrettelegging av boligen. Forholdsvis få vurderer å gjennomføre tiltak for å tilpasse egen bolig til alderdommen. Sistnevnte kan synes nedslående med tanke på politiske målsettinger om at eldre skal ta ansvar for egen boligsituasjon i alderdommen. Det kan derfor reises spørsmål om det er behov for spesielle tilskudd eller virkemidler som kan bidra til at eldre selv i større grad gjennomfører tiltak for å tilpasse egen bolig med tanke på alderdommen.

Mulighetene for å kunne realisere 'strategisk flyttinger' med tanke på alderdommen, vil i stor grad være avhengig av boligtilbudet på det stedet de middelaldrende og eldre bor eller ønsker å flytte til. Sørvoll med flere (2016) finner at slike flytteprosesser er knyttet til urbaniseringsgrad. I storbyene likner boligsituasjonen til de bofaste på boligsituasjonen til flytterne før de flyttet. Flyttingen har resultert i lavere eneboliginnslag og et klart høyere blokkinnslag. Det samme er tilfellet blant de som er bosatt i de mindre byene. Selv om eneboligandelen er klart høyere og blokkandelene klart lavere, skjer det også her en betydelig bevegelse bort fra eneboliger og over mot blokk blant flytterne. Dette er også tilfellet blant flytterne som nå bor i et tettsted. Her skiller imidlertid den forrige boligtypen seg mer fra boligtypen til de bofaste. Det kan tyde på et visst innslag av innflytting fra mer urbaniserte områder.

Mer forskning på Eldres boligforhold, flytteplaner og -preferanser og utviklingen over tid er ønskelig, både på nasjonalt og regionalt nivå. Per i dag er det vanskelig å forutse hvordan fremtiden vil se ut for eldre. Med de eldreomsorgsbyrdene som er vist i kapittel 4, vil de fleste kommunene dra nytte av å legge til rette for at eldre kan bo selvstendig i størst mulig grad – og ikke minst at de eldre vil velge løsninger som muliggjør dette. I hvilken grad kommunene og de eldre vil ta denne utfordringen framover, er mer uvisst.

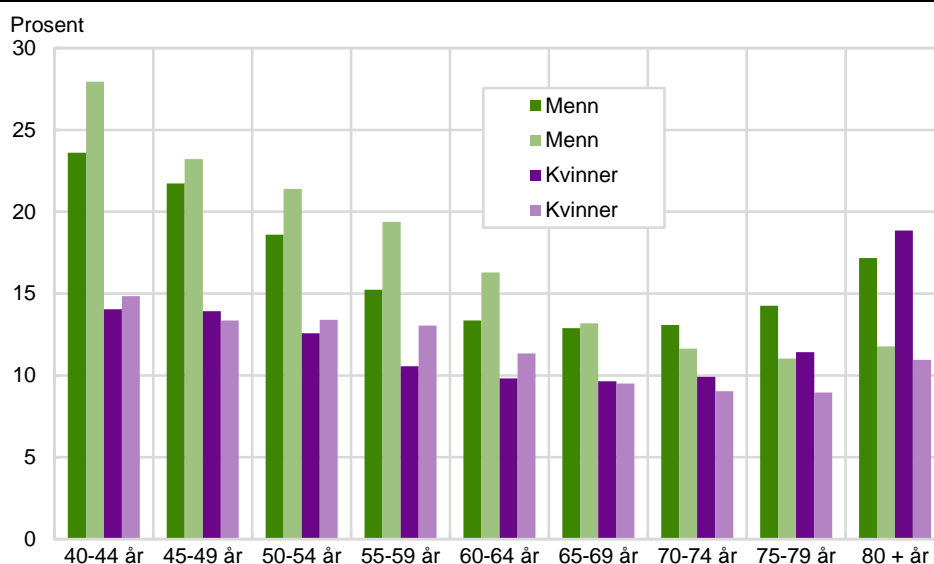
8. Utvikling i familiemønstre

Familien er en viktig ressurs for både yngre og eldre personer. Det er en nær sammenheng mellom helse og familieliv: Foreldre har stor innvirkning på yngre barns helse og helseatferd, mens vokse barns påvirkning har betydning for foreldres helse i eldre år. Også samboere og ektefeller påvirker hverandres helse, og likeledes kan tenkes å gjelde for øvrige familiemedlemmer i samme husholdning. Dette er det mye forskning på, og dette beskrives nærmere i kapittel 10 som omhandler helse spesielt. I dette kapittelet begrenser vi oss til å se på endringer i andelen yngre og eldre med og uten barn, endringer i samlivsmønstre, samt i hvilken grad personer bor alene eller i et parforhold.

8.1. Foreldreskap og samliv

Andelen barnløse kvinner har holdt seg relativt stabil, på rundt 12 prosent, de siste ti årene. Andelen barnløse menn er høyere – og har økt den siste tiden. Blant menn over 40 år er det i dag 19 prosent barnløse. Figur 8.1 viser andelen barnløse etter alder, og viser at økningen har vært særlig sterk for menn 40-44, 50-54 og 55-59 år de siste ti årene. For disse gruppene har andelen barnløse gått med 3-4 prosentpoeng de siste ti årene. Dette innebærer at en større andel eldre menn i 2040 vil være uten barn enn det som har vært tilfellet hittil.

Figur 8.1 Prosent barnløse personer 40 år og eldre etter alder, 2007 og 2016



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

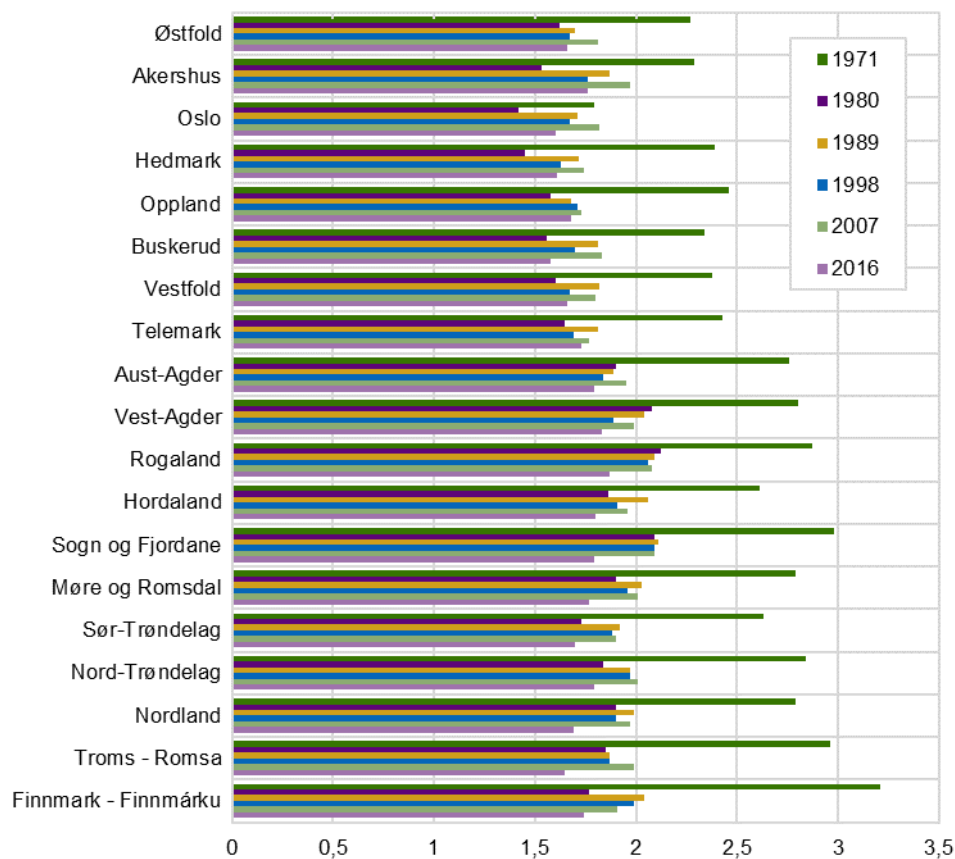
De regionale forskjellene i barnløshet er også markerte, og tabell 8.1 viser andelen barnløse menn og kvinner 40 år og eldre i hvert fylke i 2016. Det er størst andel barnløse i Oslo (26 prosent), og lavest andel barnløse i Nord-Trøndelag (11 prosent). Selv om det er markerte forskjeller i aldersstrukturen i fylkene (jf. kapittel 3), har langt de fleste i Norge fått sitt første barn innen de fyller 40 år. De relative forskjellene mellom fylkene endrer seg derfor ikke om vi kun ser på andelen barnløse over 45 eller 50 år.

Tabell 8.1 Prosent barnløse personer 40 år og eldre etter fylke. 2016

	Barnløse totalt	Barnløse kvinner	Barnløse menn
Østfold	13,4	10,3	16,7
Akershus	13,1	10,4	15,9
Oslo	25,5	22,4	28,7
Hedmark	14,4	11,2	17,8
Oppland	14,4	11,0	18,0
Buskerud	14,7	11,4	18,1
Vestfold	13,0	10,3	15,8
Telemark	13,5	10,3	16,8
Aust-Agder	13,7	10,8	16,7
Vest-Agder	13,3	10,5	16,2
Rogaland	13,7	10,3	17,1
Hordaland	14,7	11,1	18,4
Sogn og Fjordane	14,8	10,3	19,3
Møre og Romsdal	13,8	9,5	18,0
Sør-Trøndelag	13,7	10,2	17,2
Nord-Trøndelag	11,3	7,6	15,1
Nordland	13,4	9,4	17,5
Troms	15,4	11,0	19,9
Finnmark	17,4	12,0	22,7

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Det å ha barn kan være en kilde til uformell omsorg og sosial kontakt for eldre. I hvilken grad dette viser seg å være tilfelle, vil avhenge av antall barn og deres ressurser. I figur 8.2 viser vi utviklingen over tid i samlet fruktbarhetstall for kvinner i alderen 15-49 år over en nesten 50 år lang periode i ulike fylker. Som det framgår av figuren, har fruktbarheten falt betydelig siden 1971. På nasjonalt nivå har nivået falt fra 2,49 i 1971 til 1,71 i 2017, men det har vært markerte svingninger i nivået i perioden. Imidlertid har det samlede fallet vært større i enkelte fylker enn andre. Dermed har det i den senere tiden vært en konvergens i fruktbarhet mellom fylkene, og i 2016 er det kun 0,27 barn som i gjennomsnitt skiller fylkene. I 2016 har Rogaland den høyeste fruktbarheten, med et samlet fruktbarhetstall på 1,87, mens Oslo ligger lavest, på 1,60. I 2007 lå Sogn og Fjordane høyest, på 2,09, mens Oppland lå lavest med et nivå på 1,73. Forskjellen mellom fylkene var altså større i 2007 enn den er i dag. Denne konvergensen framskrives også videre i de offisielle framskrivningene til Statistisk sentralbyrå.

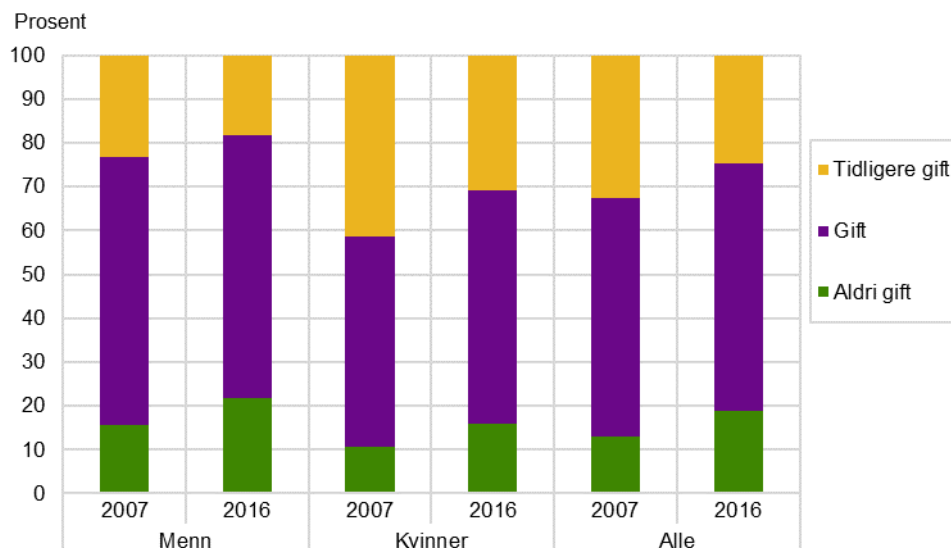
Figur 8.2 Fylkesvis utvikling i samlet fruktbarhetstall for utvalgte år, fra 1971 til 2016

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Når det gjelder ekteskap, inngår færre ekteskap i dag sammenliknet med før, og oppløsningsraten er relativt høy. Mens andelen skilsmisser blant gifte og separerte har gått ned blant personer under 50 år, har det vært en økning blant personer over 50 år. Samboerskap og forhold i særbo er blitt mer vanlig i dag enn før, og trenden synes også å inkludere eldre, dog i mindre skala. Med økende levealder, har det også vært en nedgang i andelen enker og enkemenn. Fra 2007 til 2016 har andelen falt betydelig i både yngre og eldre aldersgrupper.

Dersom vi kun ser på endringer i ekteskapelig status, ser vi fra figur 8.3 at det i løpet av de siste ti årene har vært en økning i andelen 'gifte' og 'aldri gifte', mens andelen som tidligere har vært gift har gått tilsvarende ned. Kategorien 'tidligere gift' inkludere her enker, enkemenn og gjenlevende partnere, separerte og skilte. Mønsteret er det samme også når vi ser på menn og kvinner hver for seg. Nedgangen i tidligere gifte skyldes to forhold: Det ene er at færre blir enker eller enkemenn med økende levealder. Samtidig er gjengiftetendensen noe økende.

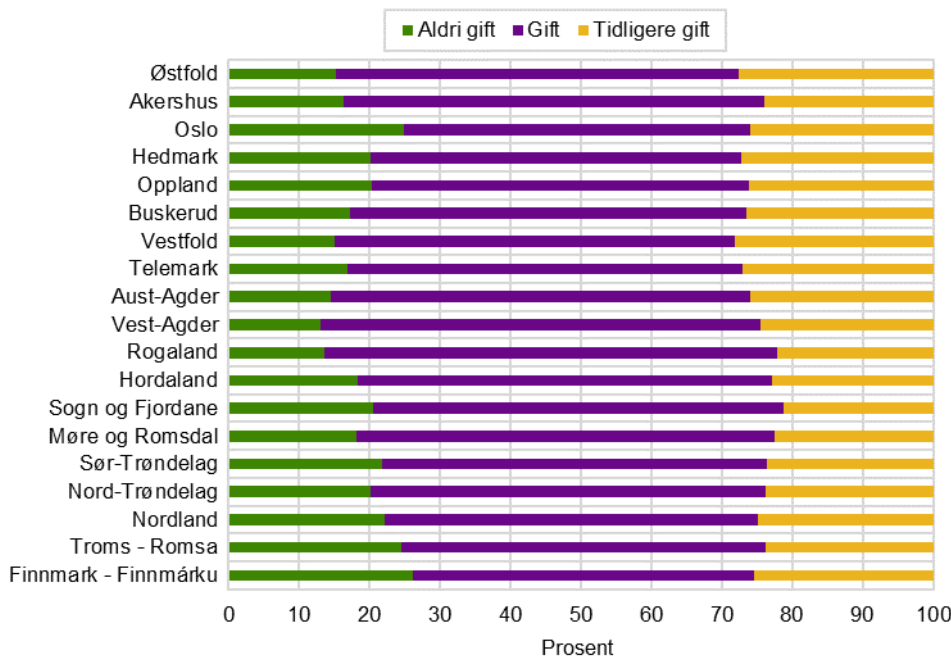
Figur 8.3 Endringer i andeler etter ekteskapelig status, 2007 og 2016



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Når det gjelder forskjeller mellom fylkene blant personer 40 år og eldre i 2016, er den prosentvise forskjellen størst for aldri gifte, som vist i figur 8.4. Det er dobbelt så mange aldri gifte i Finnmark (26 prosent), som er fylket med høyest andel, sammenliknet med i Vest-Agder (13 prosent) som er fylket med lavest andel. Når det gjelder andelen gifte, finner vi den høyeste andelen i Rogaland (64 prosent) og den laveste andelen i Finnmark (49 prosent). For tidligere gifte, finner vi den høyeste andelen i Vestfold (28 prosent) og den laveste andelen i Sogn og Fjordane (21 prosent). De prosentvise forskjellene mellom fylkene for gifte og tidligere gifte er på like over 30 prosent.

Figur 8.4 Fylkesvis oversikt over andeler med ulik ekteskapelig status, 2016¹



¹ Andeler er beregnet for alle personer 40 år og eldre i 2016.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Mens figur 8.4 viser tall samlet for alle aldersgrupper, viser tabell 8.2 andeler også etter alder. Fra tabell 8.2 ser vi at både levealderforskjeller og ulikheter i skilsmisserater mellom fylker har betydning for andelen av tidligere gifte. Sogn og Fjordane har den laveste andelen tidligere gifte, uavhengig av alder. Det er også

et fylke med høy levealder og lave skilsmisserater. I den yngste aldersgruppen er andelen tidligere gifte høyest i Vestfold, blant middelaldrende er den høyest i Oslo, mens den er høyest i Finnmark for de aller eldste. Ser vi på andelen gifte ser vi at den er høy i Rogaland og Akershus, og lav i Finnmark og Oslo, og dette er nokså gjennomgående – uavhengig av alder. For aldri gifte er det store prosentvise forskjeller, men med unntak av at andelen er høy i Finnmark er det få konsistente mønstre å spore.

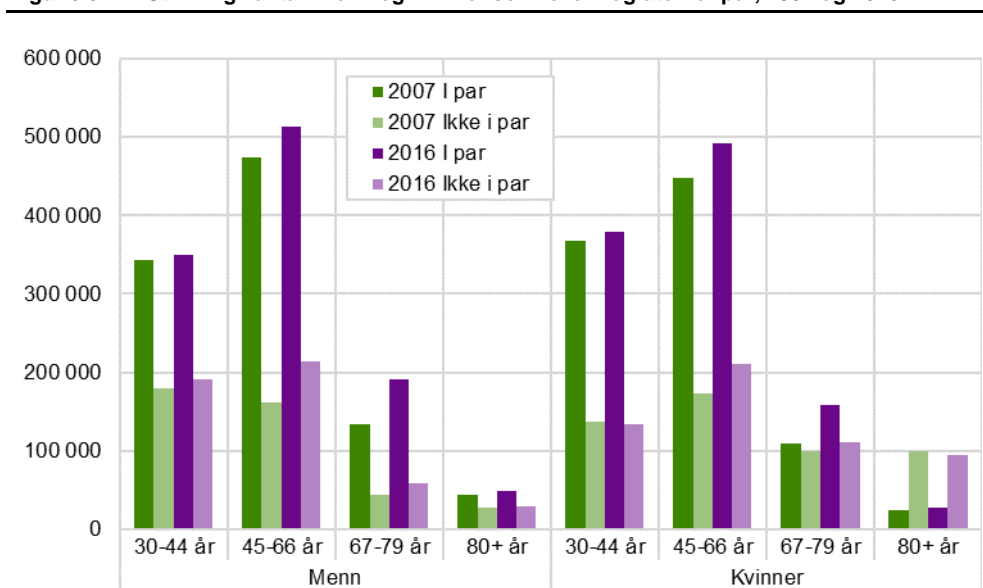
Tabell 8.2 Andeler med ulik ekteskapelig status etter alder og fylke. 2016

	40-64 år			65-79 år			80+ år		
	Aldri gift	Gift	Tidl. gift	Aldri gift	Gift	Tidl. gift	Aldri gift	Gift	Tidl. gift
Østfold	21	56	22	5	65	31	3	39	58
Akershus	22	59	19	4	66	29	3	42	55
Oslo	31	49	20	11	54	34	7	34	59
Hedmark	29	51	21	7	62	31	5	37	58
Oppland	29	52	19	7	63	30	6	37	57
Buskerud	24	55	21	5	64	31	4	39	57
Vestfold	21	56	23	4	65	31	3	40	57
Telemark	24	55	21	5	65	30	5	37	58
Aust-Agder	20	59	21	5	66	29	5	38	57
Vest-Agder	17	63	20	5	68	27	5	40	55
Rogaland	17	65	18	5	70	25	5	41	54
Hordaland	24	58	17	7	67	27	6	40	54
Sogn og Fjordane	28	58	15	8	68	24	9	39	53
Møre og Romsdal	25	59	16	7	68	25	6	40	54
Sør-Trøndelag	29	53	17	7	64	29	5	39	56
Nord-Trøndelag	28	55	17	7	66	27	5	38	56
Nordland	31	51	18	8	63	29	5	36	59
Troms	33	50	17	10	61	29	6	35	59
Finnmark	34	47	19	12	56	32	7	33	60

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Ser vi i stedet på antallet og andelen som lever alene eller i par, er mønsteret nokså likt. Figur 8.5 viser registrert utvikling over tid i antallet menn og kvinner etter hvorvidt de er en del av et par eller ikke (ekteskap og samboboerskap er vist samlet). Fra figuren er det tydelig at flere i aldersgruppen 67-79 år lever i par i dag sammenliknet med tidligere – mens trenden er relativt uendret for de som er 80 år og over.

Figur 8.5 Utvikling i antall menn og kvinner som lever i og utenfor par, 2007 og 2016



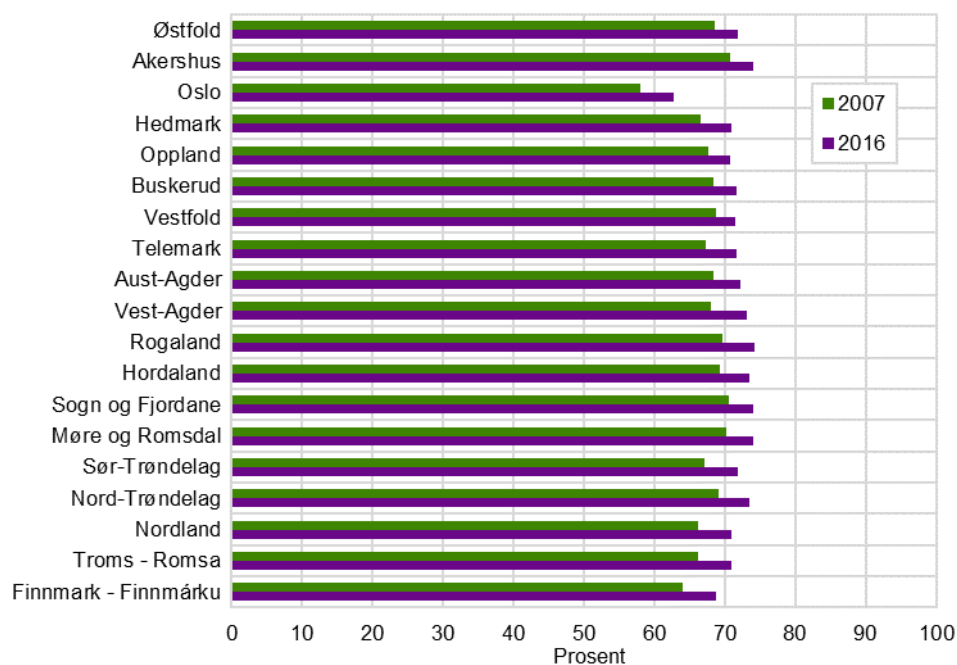
Kilde: Statistisk sentralbyrå, Familier og husholdninger.

Siden det har vært en generell befolkningsvekst i perioden, er det også interessant å se på utviklingen i andeler. Den mest markerte økningen fra 2007 til 2016 når det gjelder andelen som lever i par, har vært for kvinner. Økningen har vært størst for aldersgruppen 67-79 år (litt over 6 prosentpoeng, fra 52,6 til 59,0 prosent) og

neststørst for de aller eldste over 80 år (rundt 3 prosentpoeng, fra 19,9 til 22,9 prosent). Blant kvinner 45-66 år har det vært en liten nedgang, på rundt 2 prosentpoeng (fra 72,0 til 69,9 prosent). For menn har det kun vært små endringer, men med en markert nedgang på 4 prosentpoeng i aldersgruppen 45-66 år (fra 74,6 til 70,6 prosent).

Figur 8.6 viser andelene som lever i par i aldersgruppen 67-79 år i henholdsvis 2007 og 2016 på fylkesnivå. Det har vært en liten økning i andelen som lever i par i alle fylker i perioden – men utgangsnivåene er nokså forskjellige. Den klart laveste andelen finner vi i Oslo. Ser vi på utviklingen fra 2007 til 2016, finner vi den minste økningen i Vestfold (2,8 prosentpoeng) og den største økningen i Vest-Agder (5,0 prosentpoeng). Dersom vi ser på de aller eldste over 80 år, er det relativt markerte forskjeller. Både i 2007 og i 2016 var det færrest som levde i par i Oslo (henholdsvis 35 og 39 prosent), og flest i Akershus (henholdsvis 46 og 48 prosent). Ser vi på utviklingen over tid, har økningen vært minst i Oppland (under 1 prosentpoeng) og størst i Vestfold (nesten 5 prosentpoeng).

Figur 8.6 Andel som lever i par i aldersgruppen 67-79 år i ulike fylker, 2007 og 2016



Kilde: Statistisk sentralbyrå, Familier og husholdninger.

8.2. Framtidige familiemønstre på nasjonalt nivå

Fordi vi kun ser fram mot 2040, som er litt over 20 år fram i tid, kan andelen barnløse 40 år og eldre i dag gi et bilde på situasjonen slik den kan bli. Som vi har vist, har den samlede fruktbarheten falt, målt ved gjennomsnittlig barnetall. I framskrivingene til Statistisk sentralbyrå antas det at den framtidige fruktbarheten vil holde seg stabil, på rundt 1,7 barn per kvinne, som er nokså lavt i et historisk perspektiv. Imidlertid forventes det ikke at andelen barnløse kvinner vil endre seg i særlig grad: Fallet i fruktbarhet som vi har sett den siste tiden skyldes at færre kvinner får *mange* barn. Særlig har det vært en nedgang i tredjefødsler (Hart mfl. 2015). Dermed forventer vi ikke en økning i andelen barnløse eldre kvinner i 2040. For menn er situasjonen noe annerledes. Med utgangspunkt i barnløsheten ved alder 40 år i dag, forventer vi at andelen barnløse menn i alderen 65-69 år vil øke fra rundt 13 prosent i dag til rundt 24 prosent i 2040, som tilsvarer en økning på rundt 80 prosent. For aldersgruppen 70-74 år dobles andelen barnløse, fra rundt 12 prosent til 23 prosent. Tilsvarende gjelder for aldersgruppen 75-79 år, hvor andelen barnløse vil øke fra rundt 11 til rundt 21 prosent. Økningen er noe mindre (rundt 65 prosent) for menn som er 80 år og eldre: Der øker andelen barnløse fra rundt 12

prosent til rundt 19 prosent. Mens andelen barnløse i aldersgruppen 75 år og eldre er relativt sikker, kan menn få barn også etter 50-55 års alder. Dermed kan det være at anslagene for framtidige barnløse menn i aldersgruppen 65-74 år er noe høye. Imidlertid er det relativt få menn totalt i Norge som får sitt *første* barn etter 50 års alder. Som et eksempel bidro menn 50 år og eldre i rundt 0,7 prosent (rundt 160 førstefødte) av førstefødsle i 2015. Av disse ble nesten alle født av menn 50-54 år (tre fjerdedeler), mens bidraget fra menn i høyere aldre var neglisjerbart (rundt 40 barn totalt).

Når det gjelder sivilstand og samboerskap, er situasjonen mer flytende, også i eldre aldersgrupper. Den langt vanligste årsaken til endringer i sivilstatus blant personer 65 år og eldre er at ektefellen dør, selv om separasjoner og skilsmisser også forekommer – dog langt sjeldnere. Enkelte gifter seg også, og både inngåelse og oppløsning av samboerskap forekommer. Av den grunn er det vanskelig å ta utgangspunkt i situasjonen i dag og konkludere om framtiden. For mer detaljert informasjon om hvor vanlig eller sjelden de ulike overgangene er, henviser vi til Statistikkbanken i Statistisk sentralbyrå og Keilman og Christiansens oppsummering fra 2010.

For å kunne gi et bilde på situasjonen i framtiden på dette punktet, støtter vi oss derfor på andres beregninger. Keilman og Christiansen (2010) framskriver endringer i husholdningsstrukturen i Norge i perioden 2002-2032. I sine framskrivninger av aleneboende i Norge konkluderer de med at det vil bli mindre vanlig for personer over 80 år å bo alene i 2032, sammenliknet med i dag. De konkluderer med at hovedårsaken til dette er at en større andel av de aller eldste vil ha en partner i live, og dermed bo med denne.⁹ Dette gjelder spesielt for menn. Ifølge Keilman og Christiansen vil hele 75 prosent av menn 80 år og eldre bo sammen med sin partner i 2032. Andelen kvinner i samme aldersgruppe er betydelig lavere (rundt 20-40 prosent, se tabell 2 på side 64), på grunn av levealdersforskjeller mellom menn og kvinner, samt at menn i snitt er rundt to år eldre enn sine koner. Fordi det relativt sett var langt flere gifte i kohortene født på 30- og 40-tallet sammenliknet med situasjonen for personer født tidligere eller senere, antyder Keilman og Christiansen at de forventer at andelen som bor med en partner vil begynne å avta igjen rundt 2050-2060.

I dag har vi et mannsoverskudd i befolkningen i yrkesaktiv alder. Dette overskuddet har vært relativt uendret de siste ti årene i prosent, og forventes å holde seg stabilt også framover. I absolutt antall har mannsoverskuddet økt fra rundt 50 000 i 2008 til 78 000 i dag, men forventes å synke til rundt 70 000 i 2040. Blant eldre er det imidlertid rundt 73 000 flere kvinner enn menn i dag. Kvinneoverskuddet i eldre aldersgrupper har sunket nokså betydelig siden 2008, da det var nesten 100 000. Det forventes å fortsette å synke fram mot 2040, til litt over 50 000. Dermed vil det fortsatt være flere eldre kvinner enn menn i 2040 – dog ikke like mange som i dag. Dette er det tatt hensyn til i framskrivningene til Keilman og Christiansen (2010).

Keilman og Christiansen framskriver en sterk økning i antall husholdninger totalt, fra 2,02 millioner i 2002 til 2,67 millioner i 2032 (2010). Veksten er særlig sterk, på rundt 46 prosent, for en-personhusholdninger. Mer spesifikt forventer de at

⁹ Fordi individer i Norge som hovedregel er registrert bosatt på sin opprinnelige adresse ved institusjonsopphold, kan enkelte ha en partner på sykehjem eller i annen type omsorgsbolig, og således i realiteten ikke bo sammen med sin partner til daglig. Dette er ikke tatt hensyn til her, selv om det er tatt hensyn til endringer i antallet personer registrert bosatt i institusjoner. Imidlertid har det vært en nedadgående trend i andelen eldre som bor 'fast' på sykehjem de siste årene, og i tråd med Samhandlingsreformen og øvrige reformer tilstrebes det å yte hjelp i hjemmet heller enn i institusjon så langt det er mulig. Dermed vil denne registreringsmetoden ha liten betydning for estimatene som det refereres til her.

antallet vil stige fra rundt 750 000 til 1,1 millioner over tredveårsperioden de undersøker. Samtidig forventer de at det gjennomsnittlige antallet personer i en husholdning vil synke fra 2,2 til 2,0 personer i det samme tidsrommet. De forklarer denne nedgangen med at det vil være en vekst i en-personhusholdninger blant yngre på grunn av separasjoner og skilsmisser, lavere barnetall, og en økende andel eldre som i snitt bor i mindre husholdninger enn yngre, alt annet likt. En økende andel eldre vil også gi flere enker og enkemenn, som igjen resulterer i flere en-personhusholdninger. Imidlertid oppveies dette til dels av at dødeligheten synker, at forskjellene mellom menn og kvinner er relativt små i eldre aldersgrupper, og at både menn og kvinner i parforhold lever lengre enn personer som lever alene.

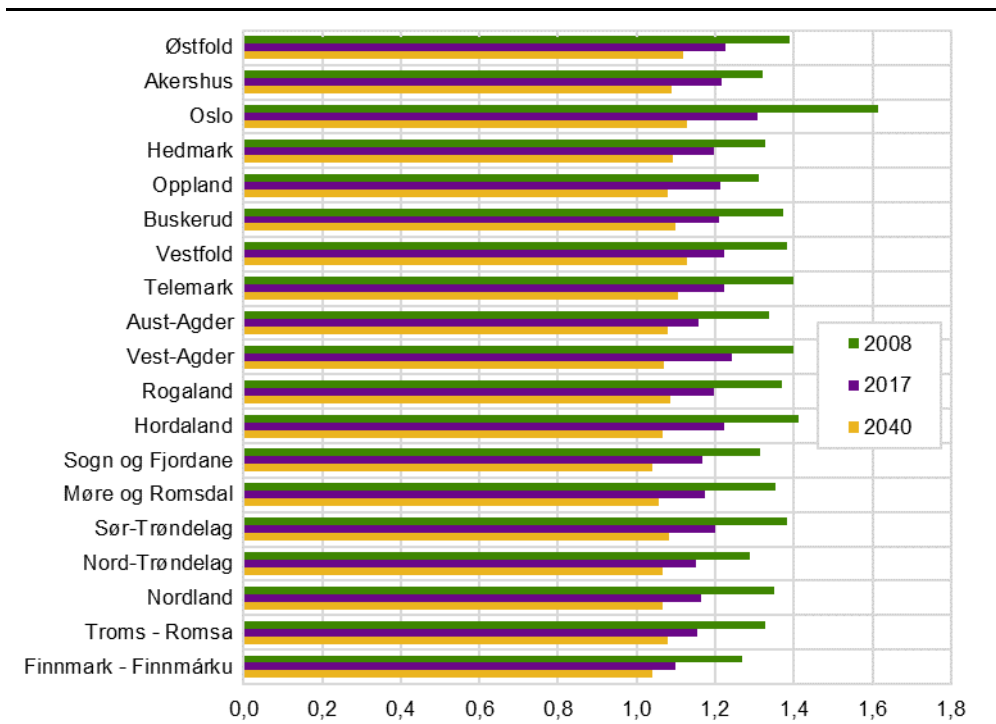
Oppsummert konkluderer Keilman og Christiansen (2010) at antallet eldre menn og kvinner som lever i parforhold øker mer enn antallet eldre totalt, med implikasjoner for behov for formell omsorg siden behovet i gjennomsnitt er større blant aleneboende. Økningen i andelen eldre som lever med en partner forklares imidlertid i stor grad av særlig høye ekteskapsinngåelsesrater blant personer i perioden like før og etter andre verdenskrig. For personer født etter 1950 kan man på sikt forvente en økning i andelen som lever alene blant de aller eldste på grunn av at færre inngikk ekteskap og flere har opplevd en oppløsning, men dette vil først bli tydelig etter 2032. Videre påpeker forfatterne at forskjellene i levealder blant menn og kvinner har gått betydelig ned, med betydelige implikasjoner for den antatte andel aleneboende eldre. I Statistisk sentralbyrås framskrivinger framskrives denne nedgangen videre. Dette vil føre til en lavere andel eldre kvinner i framtiden sammenliknet med slik situasjonen har vært – som igjen kan minske sjansen for at de vil bo alene over lengre tid i framtiden.

8.3. Regionale forskjeller i framtidige familiemønstre

De fylkesvise forskjellene i både barnløshet, barnetall og sivilstand og samboerstatus er relativt moderate, og har vært påfallende stabile over tid, som vist over.

Siden det forventes en økt levealder i alle fylker framover, framskrives en liten konvergens mellom fylkene mot 2040 i Statistisk sentralbyrås framskrivinger. Dermed vil forskjellene i levealder holde seg relativt stabile. Imidlertid er det vesentlige forskjeller i kjønnsandelene mellom fylkene: Alle fylkene har et mannsoverskudd i befolkningen i yrkesaktiv alder. Enkelte fylker har dog et mye mindre mannsoverskudd enn andre, og en nokså lik andel kvinner og menn. I aldersgruppen 20-66 år er minimums- og maksimumsverdiene for forholdstallet i fylkene henholdsvis 0,92-0,99 i 2008, 0,90-0,99 i 2017 og 0,89-0,99 i 2040. Den relative trenden har vært, og forutsettes å holde seg, stabil framover. Det er større kjønnsforskjeller mellom fylkene når vi ser på de som er 67 år og eldre. Forskjellen har imidlertid minsket de siste ti årene, og forutsettes å fortsette å minske fram mot 2040, se figur 8.7. I 2008 var minimums- og maksimumsverdiene for forholdstallet for eldre 1,27-1,61, i 2017 var de 1,10-1,31 mens det er framskrevet til 1,04-1,13 i 2040 i hovedalternativet. Dermed forventes et likere antall menn og kvinner i alle fylker og i de fleste kommunene framover. Dette fører til at den generelle trenden med færre aleneboende eldre forventes å fortsette framover, i alle fylker, dog med ulikt utgangsnivå. Finnmark har det minste kvinneoverskuddet i eldre år, mens det har vært, er og vil forbli, størst i Oslo. Ser vi på kommunene (ikke vist, tilgjengelig på forespørsel), er variasjonen større, og flere kommuner har et overskudd av kvinner også i yrkesaktiv alder – mens andre har opp mot en tredjedel flere menn enn kvinner. Minimums- og maksimumsverdiene for forholdstallet mellom eldre kvinner og menn i kommunene var henholdsvis 0,86-1,66 i 2008, 0,73-1,65 i 2017 og er framskrevet til 0,84-1,23 i hovedalternativet.

Figur 8.7 Forholdet mellom kvinner og menn 67 år og eldre, 2008, 2017 og framskrevet i hovedalternativet i 2040

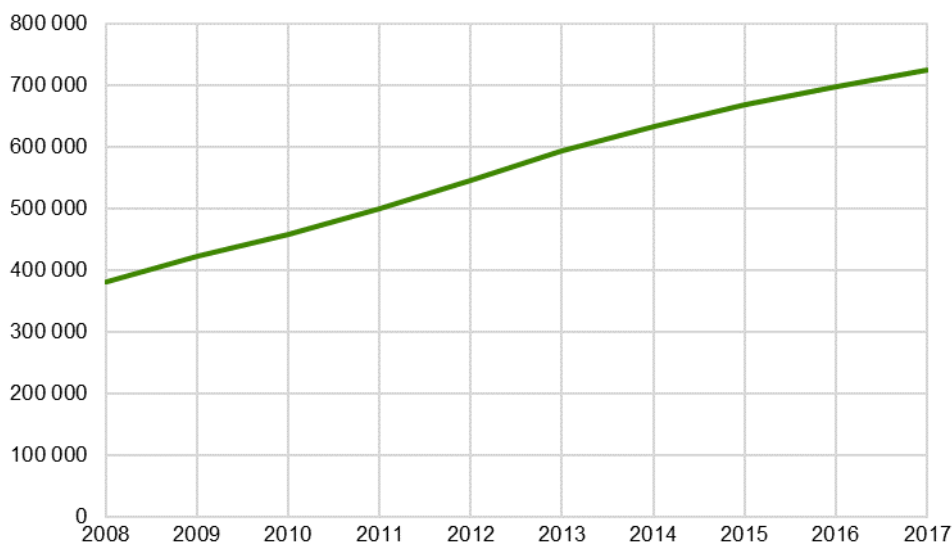


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

9. Utvikling i innvandring, nasjonalt og regionalt

De siste ti årene har det vært en stabilt høy nettoinnvandring til Norge. Dermed har antallet innvandrere i Norge økt betraktelig, som vist i figur 9.1. Per 1. januar 2017 var det registrert 725 000 bosatte innvandrere i Norge, som tilsvarer rundt 14 prosent av folketallet totalt. Innvandrerne representerer mer enn 200 ulike land, og de største gruppene kommer fra Polen, Litauen, Sverige, Somalia, Tyskland og Irak.

Figur 9.1 Registrert antall innvandrere i Norge, 2008 til 2017



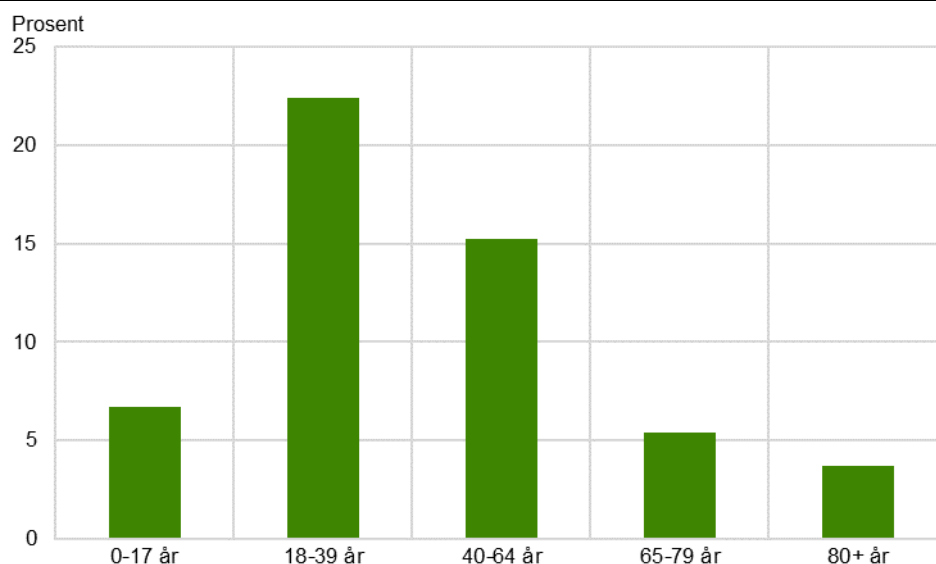
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Norge har en relativt kort innvandringshistorie. De tidligste innvandrerne kom i hovedsak fra de andre nordiske landene. Fra 1950 begynte det å komme flyktninger fra Øst-Europa. Mot slutten av 1960-tallet kom det også arbeidsinnvandrere fra andre deler av verden. I 1975 innførte Stortinget innvandringsstopp for å begrense arbeidsinnvandringen, og i 1980- og 90-årene var innvandringen til Norge preget av mange familieinnvandrere og flyktninger. Da EU ble utvidet i 2004 økte arbeidsinnvandringen kraftig, spesielt fra Polen og Litauen. I løpet av de siste ti årene har det både kommet flere arbeidsinnvandrere fra Øst-Europa, men også mange innvandrere fra lavinntektsland på grunn av flukt eller familieinnvandring. I hele perioden har det dessuten vært relativt stor innvandring fra andre nord-europeiske land, og særlig fra Sverige. Innvandrere i Norge er således en heterogen gruppe med hensyn til *hvor* de kommer fra, og *hvorfor* de har kommet til Norge. Dermed er det også stor forskjell i deres utdanningsnivå, sivilstatus, arbeidsmarkedstilknytning og helsetilstand.

9.1. Dagens situasjon

Alle ikke-nordiske innvandrere må oppgi en innvandringsgrunn når de kommer til Norge (Dzamarija 2013). For bosatte med oppgitt innvandringsgrunn var fordelingen i 2017 39 prosent familieinnvandring, 32 prosent arbeid, 23 prosent flukt og 5 prosent utdanning.

Innvandrerne er i gjennomsnitt yngre enn den øvrige befolkningen, som illustrert i figur 9.2, som viser hvilken andel innvandrerne utgjør av befolkningen ellers i ulike aldersgrupper. Den klart høyeste andelen finner vi i aldersgruppen 18-39 år. Imidlertid er det også en markert andel i aldersgruppen 40-64 år, som i 2040 dermed vil være 'eldre' dersom de fortsatt befinner seg i Norge. Per i dag utgjør innvandrere 65 år og eldre bare 5 prosent totalt av befolkningen 65 år og eldre – men dette forventes å endre seg (se nedenfor).

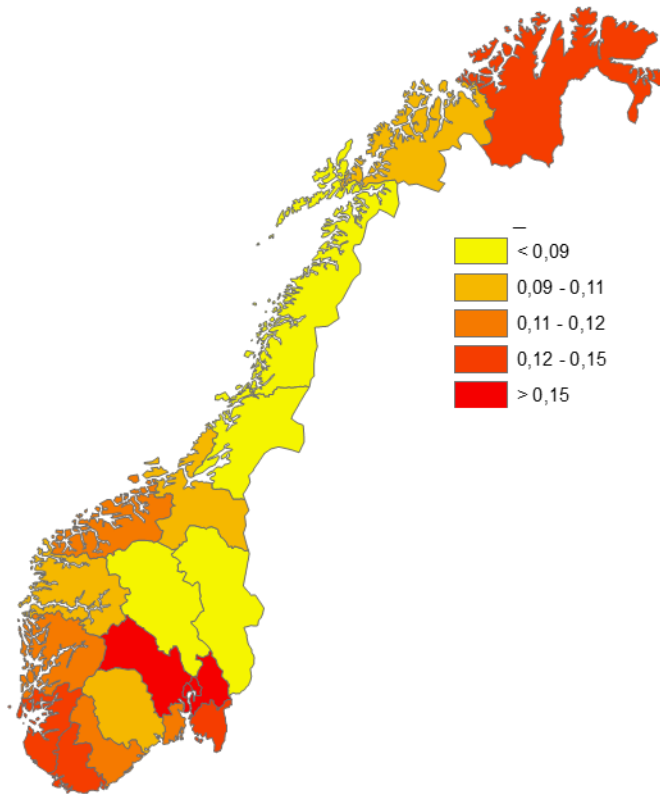
Figur 9.2 Andel innvandrere i ulike aldersgrupper, 2017

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Det er først de senere årene at det har blitt tilstrekkelig med eldre innvandrere i Norge til å studere deres levekår, helse og andre ressurser. Det at Norge er en velferdsstat med gratis helsetjenester og inntektssikring, gjør at det generelt på helseområdet er mindre ulikhet enn i andre land. I motsetning til situasjonen i flere andre land har innvandrere i Norge i hovedsak de samme juridiske rettighetene som befolkningen for øvrig. Det er imidlertid ikke alltid at en juridisk rett er tilstrekkelig for å sikre at folk benytter seg av offentlige tjenester på for eksempel helse- og utdanningsområdet. På en internasjonal måling hvor innvandreres deltakelse i samfunnet er tema, gjør imidlertid Norge det relativt bra og kommer på fjerde plass bak Sverige, Portugal og New Zealand. Vi ender dermed likt med Finland, men foran land som Canada, Belgia, USA, Tyskland og Nederland (MIPEx 2015).

Hvor innvandrere velger å bosette seg i Norge, varierer over tid og henger dels sammen med hvor de opprinnelig kommer fra og hvorfor de har kommet til Norge. Figur 9.3 og 9.4 viser kart over andeler innvandrere i norske fylker og kommuner i 2017. Som vist på fylkeskartet er det klart flest innvandrere i sentrale strøk på Sør-Østlandet, og Oslo ligger klart høyere enn de andre fylkene med rundt 25 prosent. Akershus (16 prosent) og Buskerud (15 prosent) er på henholdsvis andre- og tredjeplass. Det er også en betydelig andel innvandrere i Rogaland og Hordaland. Fylkene med lavest innvandrereandel er Hedmark, Oppland, Nord-Trøndelag og Nordland. Også Finnmark har en nokså markert innvandrereandel.

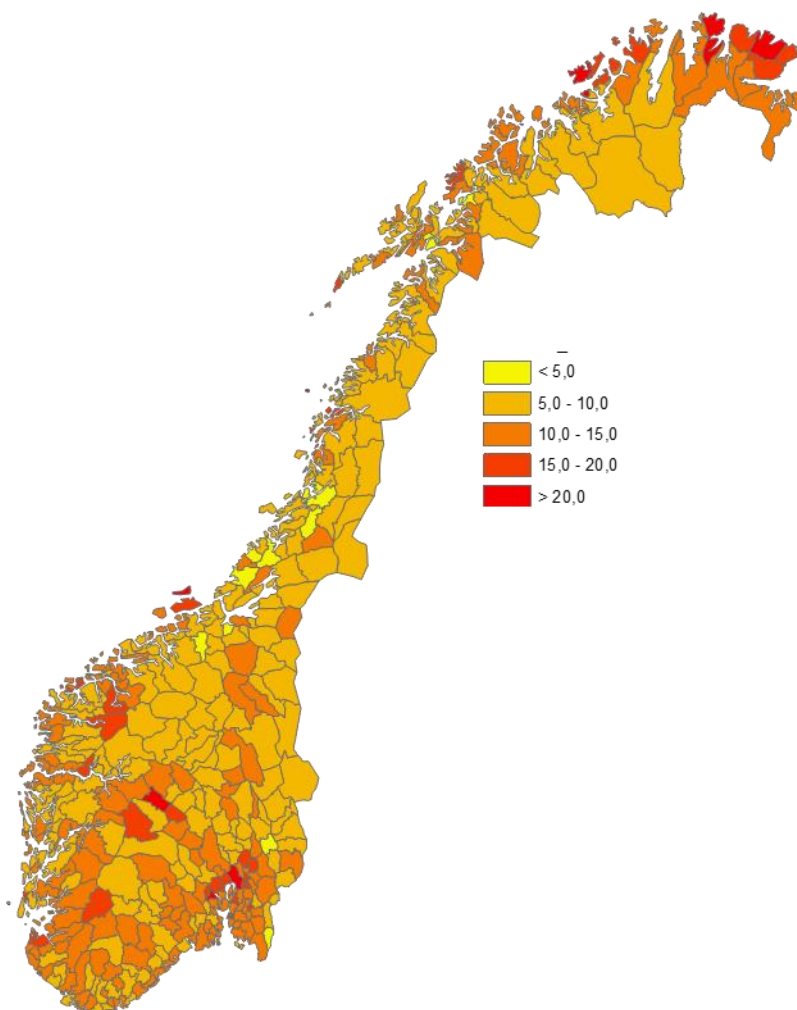
Dette mønsteret har vært relativt stabilt over tid. Det har vært en liten relativ nedgang i andelen innvandrere i Østfold, Oslo, Vestfold, Telemark og Vest-Agder de siste ti årene – mens de har vært en svak økning i øvrige fylker.

Figur 9.3 Andel innvandrere i norske fylker, 2017

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Når vi ser nærmere på kommunetallene, er det ikke overraskende at Oslo skiller seg ut med den høyeste innvandrerandelen (figur 9.4). Imidlertid er det også andre kommuner som har høye andeler, og disse er relativt godt spredt rundt i det ganske land.

Figur 9.4 Andel innvandrere i norske kommuner, 2017



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 9.1 viser det totale antallet innvandrere i 31 ulike regioner som ble benyttet i den regionale innvandringsframskrivingen til Texmon fra 2012. I utgangspunktet er alle fylkene skilt ut som egne regioner, men også enkelte større byer og delområder er framskrevet separat. For mer informasjon om valg av inndeling, se Texmon (2012). Tabell 9.1 viser også fordelingen av innvandrerne i de samme regionene etter innvandringsgrunn. Tabellen er satt opp slik at det summeres til 100 prosent for hver region. Fra denne tabellen er det tydelig at Oslo har det klart høyeste antallet innvandrere (nesten 170 000), men at antallet i de øvrige regionene varierer i langt mindre grad, fra i underkant av 10 000-40 000. Imidlertid er det markerte forskjeller i folketallet i de ulike regionene, slik at dette må tas hensyn til når man vurderer hvor høy andel innvandrerne utgjør i de ulike regionene. Dette er eksemplifisert for fylker og kommuner i kartene i figur 9.3 og 9.4.

Videre viser tabell 9.1 at sammensetningen av innvandrere etter innvandringsgrunn varierer betydelig. Ikke overraskende befinner den høyeste andelen av utdanningsinnvandrere seg i områder med høgskoler og universiteter: Trondheim, Troms, Bergen, Stavanger og Oslo. Det er størst variasjon i andelen arbeidsinnvandrere: Kristiansand ligger lavest med 14 prosent, mens Sør-Trøndelag (unntatt Trondheim) ligger høyest med 39 prosent. Det er også stor variasjon i andelen flyktninger. Den laveste andelen finner vi i rest-Akershus (16 prosent), mens den høyeste er i Kristiansand (38 prosent). Det er mindre variasjon i andelene familieinnvandrere og i andelene nordiske innvandrere.

Tabell 9.1 Innvandrerandeler i 31 regioner etter innvandringsgrunn. Prosent. 2017

	Antall	Arbeid	Familie	Flukt	Utdanning	Norden	Ukjent
Sarpsborg/Fredrikstad	18 605	15,9	33,8	32,3	1,3	11,6	5,1
Resten av Østfold	20 028	21,0	32,9	23,4	2,1	13,5	7,1
Follo	19 223	22,3	28,0	18,8	5,6	16,6	8,6
Asker/Bærum	31 341	26,4	28,0	17,3	5,7	14,4	8,2
Lørenskog/Skedsmo/Rælingen	20 882	19,3	32,2	26,3	2,7	10,0	9,5
Resten av Akershus	23 752	29,2	32,5	16,0	2,7	13,8	5,9
Oslo	166 473	21,3	30,6	19,3	5,8	12,7	10,4
Hedmark	17 222	22,0	30,5	26,0	3,3	14,0	4,2
Oppland	17 030	24,4	29,5	29,2	2,6	10,3	4,1
Drammen	14 650	19,8	33,0	26,5	2,4	7,7	10,6
Resten av Buskerud	28 012	28,9	30,9	20,1	2,6	11,7	5,6
Vestfold	29 325	26,3	32,1	21,5	2,4	11,8	5,9
Porsgrunn/Skien	10 644	15,6	32,6	34,4	2,7	9,2	5,6
Resten av Telemark	7 950	20,0	29,5	30,9	3,2	11,2	5,2
Aust-Agder	12 949	19,9	30,4	30,3	2,7	11,0	5,7
Kristiansand	12 749	14,2	29,5	37,5	2,8	10,3	5,6
Resten av Vest-Agder	9 841	21,5	30,5	32,3	1,7	8,2	5,9
Sandnes	12 946	31,4	34,2	18,7	3,2	7,9	4,5
Stavanger	24 480	29,5	31,3	17,3	5,9	9,6	6,4
Haugesund/Karmøy	9 395	31,3	33,5	19,2	2,6	9,4	4,0
Resten av Rogaland	21 832	35,5	33,1	17,6	2,5	7,5	3,8
Bergen	39 966	30,7	31,0	19,3	6,4	7,2	5,4
Rest Hordaland	22 881	33,9	35,8	17,0	2,3	7,0	4,1
Sogn og Fjordane	11 489	32,0	31,7	21,5	3,4	8,0	3,3
Møre og Romsdal	29 271	35,3	34,5	17,0	3,3	6,6	3,3
Trondheim	23 172	24,0	28,8	24,5	9,9	9,3	3,6
Rest Sør-Trøndelag	10 342	39,4	30,4	18,0	2,0	7,6	2,6
Nord-Trøndelag	10 382	23,2	31,1	31,1	2,2	9,2	3,1
Nordland	21 289	24,8	31,8	25,8	4,1	10,2	3,3
Troms	16 916	26,8	28,0	22,3	6,6	12,8	3,5
Finnmark	9 950	29,0	29,2	20,3	3,4	16,1	1,9

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 9.2 viser fordelingen av innvandrere i de samme 31 regionene etter alder, og også denne tabellen er satt opp slik at det summeres til 100 prosent for hver region. Fra denne tabellen er det tydelig at alderssammensetningen av innvandrere varierer, men ikke betydelig. Med unntak av Oslo finner vi de høyeste andelene av eldre innvandrere på det sentrale Østlandet, og da særlig i Østfold og Akershus, samt i sentrale deler av Agderfylkene, mens innvandrerne generelt er yngre i de nordligste fylkene og på Vestlandet.

Tabell 9.2 Innvandrereandeler i 31 regioner etter aldersgruppe. Prosent. 2017

	0-17 år	18-39 år	40-64 år	65-79 år	80+ år
Sarpsborg/Fredrikstad	10,6	44,2	37,7	5,9	1,7
Resten av Østfold	10,7	41,9	38,8	6,9	1,6
Follo	8,7	43,4	39,8	6,6	1,5
Asker/Bærum	9,2	43,6	39,2	6,1	1,9
Lørenskog/Skedsmo/Rælingen	7,5	44,4	41,2	5,8	1,1
Resten av Akershus	9,8	47,5	37,5	4,3	0,9
Oslo	6,2	49,8	37,2	5,5	1,2
Hedmark	12,9	44,1	35,8	5,9	1,3
Oppland	14,1	46,0	33,9	4,7	1,3
Drammen	9,3	46,4	37,5	5,6	1,3
Resten av Buskerud	11,8	45,6	36,5	5,0	1,1
Vestfold	10,9	44,8	36,5	6,1	1,7
Porsgrunn/Skien	11,3	43,2	37,9	6,0	1,7
Resten av Telemark	17,3	41,4	34,3	5,5	1,5
Aust-Agder	15,1	43,4	33,8	5,9	1,8
Kristiansand	10,9	45,5	35,9	5,9	1,7
Resten av Vest-Agder	16,3	41,4	34,7	5,7	1,9
Sandnes	11,0	49,9	35,1	3,3	0,8
Stavanger	10,0	49,6	35,3	4,4	0,7
Haugesund/Karmøy	11,6	46,0	37,7	4,0	0,6
Resten av Rogaland	13,9	48,7	33,7	3,0	0,7
Bergen	8,7	52,6	33,9	3,8	1,0
Rest Hordaland	15,0	46,9	34,0	3,3	0,7
Sogn og Fjordane	16,8	47,1	32,9	2,7	0,5
Møre og Romsdal	13,4	48,9	34,0	3,0	0,6
Trondheim	8,8	55,7	30,9	3,8	0,8
Rest Sør-Trøndelag	12,5	50,2	34,0	2,8	0,6
Nord-Trøndelag	15,5	48,7	31,6	3,6	0,6
Nordland	15,3	49,6	31,1	3,3	0,6
Troms	13,0	52,0	31,3	3,3	0,5
Finmark	13,6	46,4	35,2	4,4	0,4

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

9.2. Framtidig innvandring og usikkerhet

Innvandring og antall innvandrere i Norge er den komponenten i framskrivningene som er beheftet med størst usikkerhet. Dette viser både evalueringer av tidligere framskrivninger og foreløpige avvik i 2016-framskrivningen. Dette er også tilfellet i andre sammenliknbare land. For Norges del har imidlertid ikke avvikene vært systematiske. Mens Statistisk sentralbyrå historisk har hatt en tendens til å underestimere antallet som innvandrer til Norge, har de tre siste framskrivningene overestimert antallet (Rogne 2016; Statistisk sentralbyrå 2017a).

Ved å bryte ned svært usikre tall på regionalt nivå, øker usikkerheten og risikoen for avvik. Med dette forbeholdet har vi likevel forsøkt å gjøre noen anslag på hvordan eldre innvandrere vil kunne tenkes å fordele seg i regioner fram mot 2040.

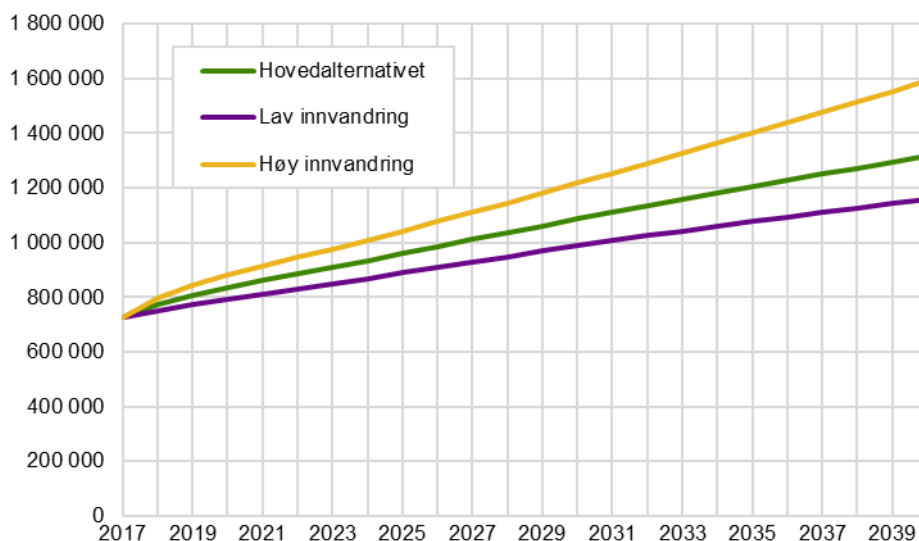
Vi har tatt utgangspunkt i antallet framskrevne innvandrere i hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås framskrivninger på nasjonalt nivå. Deretter har vi justert antallet for 2017 basert på registrerte tall, både på nasjonalt og regionalt nivå. Deretter har vi lagt utviklingen fra en særskilt regional innvandringsframskrivning (Texmon 2012) til grunn. Den særskilte innvandringsframskrivningen inkluderer både innvandrere og norskfødte barn av innvandrere. Vi har i våre forutsetninger antatt at det relative forholdet mellom innvandrere og deres norskfødte barn er stabilt på tvers av regionene fram mot 2040, og således ikke justert den regionale fordelingen av innvandrere fra Texmon (2012) selv om denne også inkluderer norskfødte barn av innvandrere. Dette er en sterk forutsetning. Imidlertid ble estimatene nokså like for regionene når vi forsøkte å ta hensyn til en ulik fordeling av barn framover. Dermed valgte vi den mest transparente løsningen som er å benytte andelene fra Texmon (2012) direkte. For å eksemplifisere framgangsmåten vi har valgt, kan vi sammenlikne situasjonen i dag i Oslo og Finnmark. Totalt utgjør innvandrere i disse regionene i dag henholdsvis 23 og 1 prosent av alle innvandrere i Norge, men norskfødte barn av innvandrere utgjør henholdsvis 33 og 0,5 prosent. Dersom vi slår tallene sammen, blir andelene for innvandrere og

norskfødte barn i de to områdene henholdsvis 25 og 1 prosent. I våre beregninger har vi benyttet andelene for innvandrere og deres barn fra Texmon i 2040 direkte, og multiplisert denne andelen med det totale framskrevne antallet innvandrere i 2040. Fordi antallet innvandrere er så mye høyere enn antallet norskfødte barn av innvandrere, blir forskjellen ved de to framgangsmåtene nokså like (men ikke identiske). Og forskjellene blir størst der barn av innvandrere står for en stor andel. Det er imidlertid slik at andelen norskfødte barn av innvandrere er høy i de samme regionene som har høye innvandrerandeler. Således spiller denne forutsetningen en mindre rolle enn den ville spilt dersom forholdene var annerledes. Fordi vi ikke kan forutsi utviklingen i andelen norskfødte barn av innvandrere i de ulike regionene mer spesifikt, ble denne relativt sterke forutsetningen valgt. Vi vil således fraråde å benytte disse anslagene til å anslå den framtidige fordelingen av norskfødte barn av innvandrere.

9.3. Et nasjonalt perspektiv på framtidig innvandring

Det er forventet en betydelig økning i antallet innvandrere, og mange av de som allerede er i landet, vil bli eldre og ha relativt lang botid i Norge (Cappelen mfl. 2016). Figur 9.5 viser framskrevet antall innvandrere i tre alternativer, og alle alternativene framskriver en markant økning. I hovedalternativet øker antall innvandrere med nesten 600 000 fram mot 2040, til 1,3 millioner, som tilsvarer en økning på rundt 80 prosent.

Figur 9.5 Antall innvandrere i tre alternativer. Registrert (2017) og framskrevet til 2040.



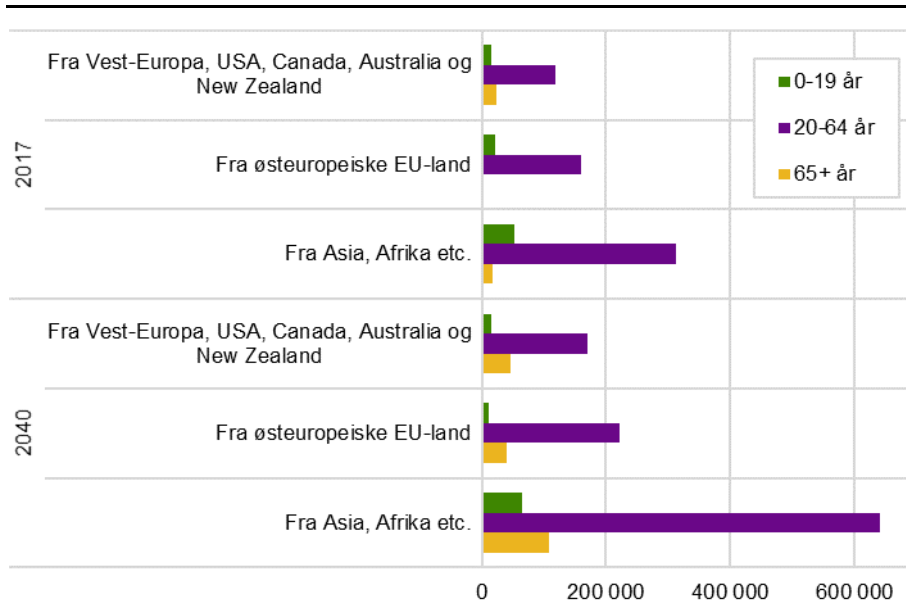
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Imidlertid er tall for framtidig innvandring og antall innvandrere beheftet med betydelig usikkerhet. Dette er illustrert i figuren over, som også viser alternativet for høy og lav innvandring. Usikkerheten øker jo lenger fram i tid vi går, og i 2040 er spriket mellom lav- og høyalternativet i antall innvandrere på godt over 430 000. Imidlertid er den gjennomsnittlige innvandringsalderen nokså lav, og få innvandrere til Norge i eldre år (Tønnessen mfl. 2016). Utvandringssannsynligheten synker med økende alder og botid i landet, og framskrivningene tyder på at vi fram mot 2040 vil få stadig flere eldre med lang botid, og dermed lav utvandringssannsynlighet (Skjerpen mfl. 2015). Dermed vil mange av innvandrerne som allerede er i Norge, kunne forventes å eldes her.

Figur 9.6 viser at det antakelig vil bli særlig mange fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Øst-Europa utenfor EU framover (heretter forkortet Asia, Afrika etc.). Når vi ser på fordelingen også etter alder, finner vi en økning i andelen eldre for alle landgrupper, men særlig markert for østeuropeiske EU-land og Asia, Afrika etc. Denne økningen i andelen eldre reflekteres i en tilsvarende nedgang i andelen

barn, unge, voksne og middelaldrende. Likevel er det klart at det også framover vil være klart flest innvandrere i arbeidsdyktig alder (20-64 år).

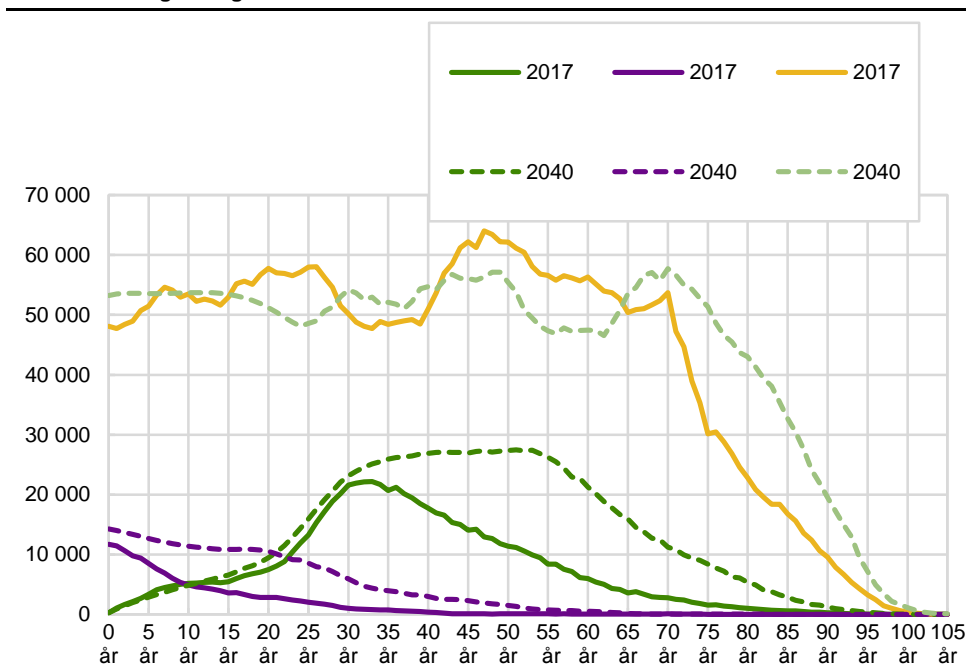
Figur 9.6 Registrert (2017) og framskrevet antall innvandrere (2040) etter aldersgruppe og landbakgrunn. Hovedalternativet



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Når vi i figur 9.7 ser bort fra landbakgrunn og kun undersøker en framtidig fordeling av innvandrere og deres norskfødte barn etter ettårig alder, ser vi at det vil være en betydelig høyere andel eldre innvandrere i 2040 sammenliknet med slik situasjonen er i dag. Dette gjelder også for befolkningen ellers (se også kapittel 3). Gjennomsnittsalderen for eldre innvandrere vil imidlertid være lavere enn gjennomsnittsalderen blant eldre i befolkningen ellers, illustrert ved at kurven for befolkningen ellers forskyves mot høyere aldre, mens den for innvandrere i hovedsak løftes. Det vil være svært få eldre norskfødte barn av innvandrere i 2040.

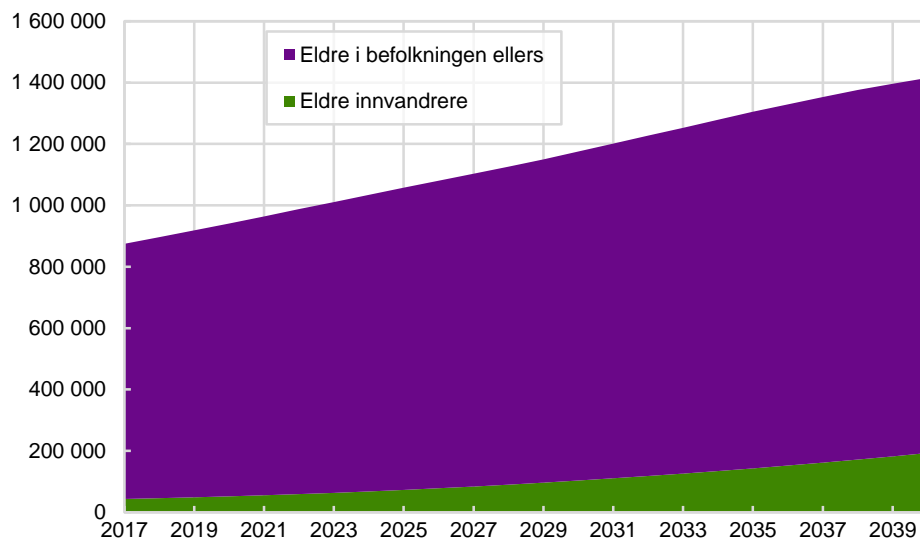
Figur 9.7 Registrert (2017) og framskrevet (2040) antall personer etter innvandringsbakgrunn og ettårig alder. Hovedalternativet



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Ifølge Statistisk sentralbyrås hovedalternativ vil det bli nesten fem ganger flere innvandrere 65 år og eldre i 2040 sammenliknet med i dag. Det er da tatt hensyn til at innvandrere har langt høyere sannsynlighet for å utvandre enn befolkningen ellers. Dette innebærer at også en større andel av alle framtidige eldre i Norge vil være innvandrere. Som nevnt utgjør eldre innvandrere rundt 5 prosent av befolkningen 65 år og eldre i dag, mens de i 2040 vil utgjøre hele 14 prosent, ifølge hovedalternativet i Statistisk sentralbyrå sine framskrivinger. Figur 9.8 viser utviklingen over tid i antallet eldre inndelt etter hvorvidt de er innvandrere eller ikke. Som det framgår av figuren, vil det være en gradvis økning fram mot 2040.

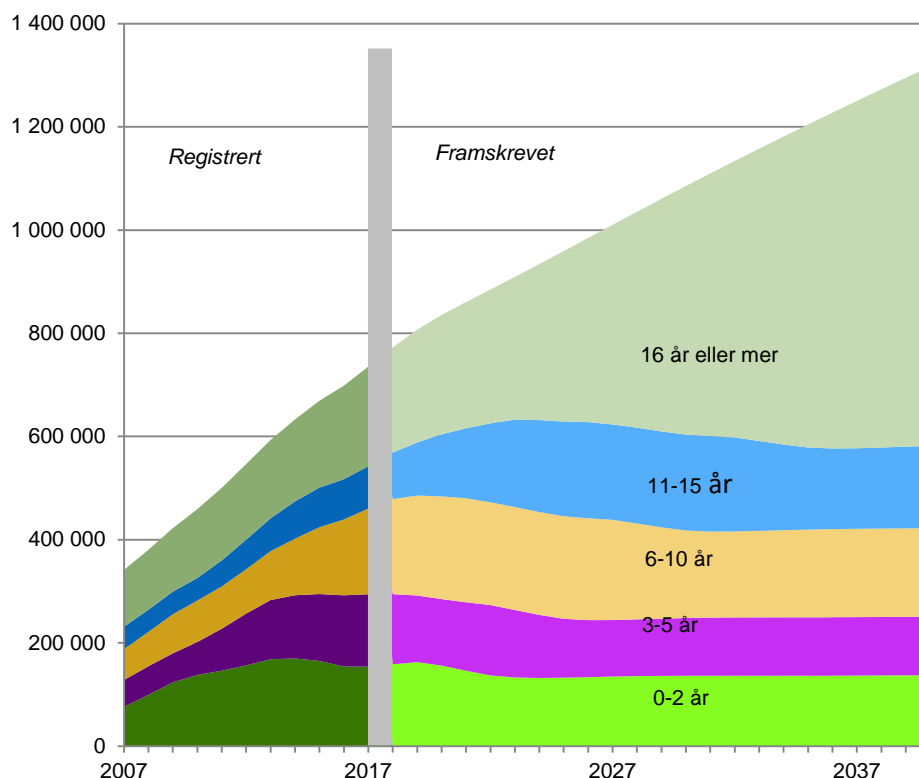
Figur 9.8 Registrert (2017) og framskrevet antall innvandrere og øvrige personer 65 år og eldre. Hovedalternativet



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Fra figur 9.9 er det opplagt at en stor og økende andel av innvandrerne i Norge i tiden som kommer vil ha bodd relativt lenge i Norge. Dersom oppholdstiden i Norge kan benyttes som et slags mål på integrering, kan dette ha implikasjoner for innvandrernes demografiske atferd og tilpasning mer generelt. Dette er nærmere omtalt og diskutert i Tønnessen med flere (2016).

Figur 9.9 Registrert og framskrevet antall innvandrere etter botid i Norge. Hovedalternativet



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

9.4. Et regionalt perspektiv på framtidig innvandring

Statistisk sentralbyrå framskriver vanligvis ikke en regional fordeling av innvandrere. I de nasjonale framskrivingene framskrives innvandrere etter kjønn, alder, landbakgrunn og botid, gruppert slik at de demografiske mønstrene er mest mulig enhetlige innad i de ulike gruppene (Cappelen mfl. 2016). En videre nedbrytning regionalt vil for mange mindre prognoseregioner og kommuner gi svært usikre tall, hvor tilfeldige svingninger fra ett år til ett annet vil kunne gi store utslag. For mange regioner vil det dermed være vanskelig å benytte slike estimater på en meningsfull måte. For å si noe om regionale forskjeller i den framtidige fordelingen av innvandrere, har vi derfor tatt utgangspunkt i fordelingen mellom de 31 regionene i mellomalternativet i Texmons regionale innvandrerframskrivning, som ble presentert innledningsvis i kapittelet (2012). Ved å bryte ned svært usikre tall på regionalt nivå, øker usikkerheten og sannsynligheten for avvik. Med dette forbeholdet har vi likevel forsøkt å vise noen tenkelige baner. Vi har tatt utgangspunkt i det framskrevne antallet innvandrere i 2040 fra hovedalternativet i framskrivingene fra 2016, og deretter multiplisert det totale antallet innvandrere (samt etter landgruppe) med andelene for 2040 i tabell 7.4, 7.6, 7.8 og 7.10 i Texmon (2012). Forut for dette har vi kvalitetssikret at det kun er små avvik i fordelingen av befolkningen etter fylke i de to framskrivingene. Interesserte lesere kan med fordel lese Texmon (2012) for mer informasjon og detaljer både med hensyn til metode og resultater, da denne framskrivingen står seg godt også i dag.

Norskfødte barn av innvandrere er inkludert i den særskilte innvandringsframskrivingen fra 2012 som vi baserer oss på. Disse barna utgjør en stigende

andel i perioden fram mot 2040: Mens innvandreres barn kun utgjør 3 prosent av befolkningen i 2017, er denne andelen nesten 8 prosent (7,7) i 2040 i hovedalternativet. Ifølge dette alternativet vil de i 2020 og 2030 utgjøre henholdsvis 3,6 og 5,7 prosent av befolkningen i Norge. Vi har i våre forutsetninger antatt at det relative forholdet mellom innvandrere og deres norskfødte barn er stabilt på tvers av regionene fram mot 2040, og således ikke justert den regionale fordelingen av innvandrere fra estimatene fra Texmon (2012) selv om de også inkluderer norskfødte barn av innvandrere. Dette er en sterk forutsetning, og som tabell 9.3 viser er det en viss variasjon i hvor stor andel norskfødte barn av innvandrere utgjør i ulike fylker i dag.

Tabell 9.3 Norskfødte barn av innvandrere som andel av befolkningen i hvert fylke. 2017¹

	Prosent
Østfold	3,4
Akershus	3,9
Oslo	7,9
Hedmark	1,4
Oppland	1,5
Buskerud	3,7
Vestfold	2,4
Telemark	2,1
Aust-Agder	1,9
Vest-Agder	2,5
Rogaland	2,7
Hordaland	2,0
Sogn og Fjordane	1,2
Møre og Romsdal	1,3
Sør-Trøndelag	1,7
Nord-Trøndelag	0,9
Nordland	0,9
Troms - Romsa	1,1
Finnmark - Finnmarku	1,1
Totalt	3,0

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Ifølge framskrivningen til Texmon (2012), vil både den absolutte tilveksten og andelen innvandrere (samt norskfødte barn av innvandrere) ligge betydelig høyere for Oslo enn for noen av de andre regionene. Dette gjenspeiles også i våre tall (tabell 9.4), som kun inkluderer innvandrere og ikke deres barn. Som vist i tabellen, vil et flertall av de 30 øvrige regionene få en høyere relativ vekst i årene framover. Særlig er det områdene rundt de største byene, for eksempel Sandnes, de østlige delene av Akershus, industribyene i Østfold og Buskerud som kan forvente rask vekst. Regionene i Nord-Norge og Trøndelag utenom Trondheim kan vente ingen eller betydelig lavere vekst, som vist i tabellen. Vi har ikke tallgrunnlag for å gjøre detaljerte forutsetninger om aldersfordelingen framover. Imidlertid viser de nasjonale framskrivningene at utvandringsratene er nokså lave og botiden dermed lengst for innvandrerne fra Asia, Afrika etc. Således vil det bli flest eldre innvandrere fra disse områdene i årene som kommer. Dermed vil regionene med store andeler av innvandrere fra disse områdene kunne forvente den sterkeste aldringen blant innvandrere.

Tabell 9.4 Andel og antall innvandrere i hver region. Registrert i 2017 og framskrevet for 2040. Hovedalternativet¹

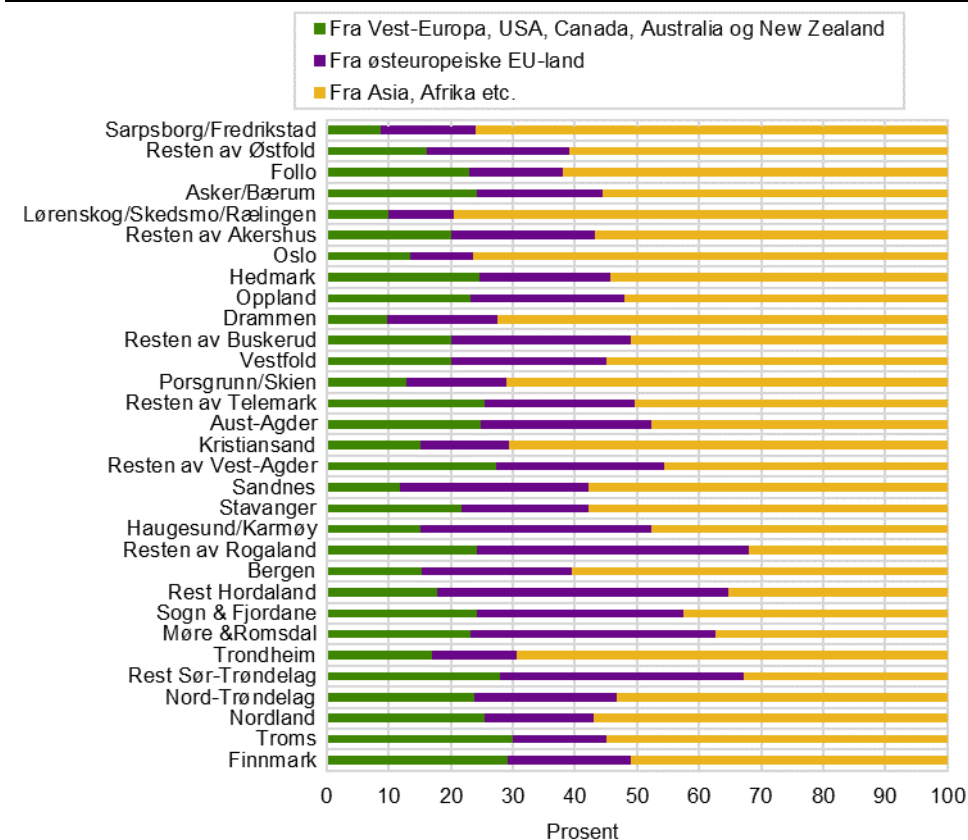
	Prosent 2017	Antall 2017	Prosent 2040	Antall 2040
Sarpsborg/Fredrikstad	13,8	18 605	26,8	43 000
Resten av Østfold	12,7	20 028	21,2	41 000
Follo	13,8	19 223	18,6	33 000
Asker/Bærum	17,0	31 341	25,5	55 000
Lørenskog/Skedsmo/Rælingen	19,3	20 882	34,0	49 000
Resten av Akershus	13,9	23 752	20,5	47 000
Oslo	25,0	166 473	39,5	337 000
Hedmark	8,8	17 222	11,3	25 000
Oppland	9,0	17 030	11,8	25 000
Drammen	21,4	14 650	42,6	38 000
Resten av Buskerud	13,3	28 012	22,0	57 000
Vestfold	11,9	29 325	16,4	49 000
Porsgrunn/Skien	11,8	10 644	20,5	21 000
Resten av Telemark	9,6	7 950	16,3	14 000
Aust-Agder	11,1	12 949	12,7	18 000
Kristiansand	14,3	12 749	19,7	22 000
Resten av Vest-Agder	10,4	9 841	13,5	16 000
Sandnes	17,1	12 946	30,3	32 000
Stavanger	18,4	24 480	35,3	53 000
Haugesund/Karmøy	11,8	9 395	17,8	17 000
Resten av Rogaland	11,8	21 832	17,9	43 000
Bergen	14,3	39 966	19,6	65 000
Rest Hordaland	9,5	22 881	15,3	47 000
Sogn og Fjordane	10,4	11 489	15,6	18 000
Møre og Romsdal	11,0	29 271	13,8	42 000
Trondheim	12,2	23 172	16,9	38 000
Rest Sør-Trøndelag	8,2	10 342	8,7	13 000
Nord-Trøndelag	7,6	10 382	6,7	11 000
Nordland	8,8	21 289	7,6	20 000
Troms	10,2	16 916	9,4	17 000
Finnmark	13,1	9 950	11,4	9 000

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

¹ Tallene er framkommet ved å benytte andelene fra mellomalternativet presentert i tabell 7.4 i Texmon (2012), multiplisert med antallet innvandrere framskrevet i 2040 i hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivinger fra 2016. Vi har altså forutsatt at det relative forholdet mellom innvandrere og andelen norskfødte barn av innvandrere holder seg stabilt på tvers av regionene i perioden. Tallene er avrundet til nærmeste 1000, og summen avviker derfor noe fra det totale antall innvandrere i 2040 fra 2016-framskrivingene. Avviket er imidlertid ubetydelig (under 2000 totalt).

Figur 9.10 viser den framskrevne sammensetningen av innvandrere etter ulike landgruppebakgrunn i 2040. Flyktninger representerer en relativt stor andel (rundt en tredel) av innvandrerne fra Asia, Afrika etc., mens arbeidsinnvandrere er sterkt representert fra øst-europeiske EU-land. Som vist i figuren, er det en tendens til at innvandrere fra Asia, Afrika etc. bosetter seg i sentrale strøk og/eller byer – mens innvandrere fra øst-europeiske EU-land i større grad bosetter seg også i regionene og distriktene.

Figur 9.10 Framskrevet andel av innvandrere fra ulike landområder i 2040 i ulike regioner. Hovedalternativet



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

For å kunne gi bedre svar på hvilke regioner som vil få en betydelig andel eldre innvandrere, hadde det vært nødvendig med en regional framskrivning av innvandrere som også inkluderer aldersaspektet. I dette kapitlet kan vi slå fast at den økte andelen eldre innvandrere som forventes på nasjonalt nivå, med stor sannsynlighet vil komme i de regionene hvor det forventes en sterk økning i andelen fra Asia, Afrika etc. Dette vil hovedsakelig gjelde de store byene (fra Trondheim og sørover) og byer og områder rundt disse på det sentrale Østlandet. Disse områdene har allerede i dag en relativt høy andel fra disse landområdene, og utflyttingsraten er nokså lav. Dermed vil de trolig 'age in place', som omtalt i kapittel 7. Dette betyr at det forventes å være relativt lave andeler eldre innvandrere i mange distriktskommuner, særlig i de nordligste fylkene. Dermed kan det altså bli slik i framtiden at distriktskommuner som generelt får en høy andel eldre, stort sett har eldre med norsk bakgrunn. Sentrale kommuner, på den andre siden, vil generelt få en lavere andel eldre, men flere av dem vil sannsynligvis være innvandrere.

Igjen vil vi understreke usikkerheten i disse tallene. Migrasjonsstrømmer kan endre seg raskt, noe utviklingen siden publiseringen av befolkningsframskrivningene juni 2016 viser. Innvandringen siden da er blitt betydelig lavere enn framskrevet, samtidig som utvandringen er blitt høyere. Til sammen hadde Norge i 2016 en nettoinnvandring på 26 000. Dette var over 11 000 lavere enn i framskrivningenes hovedalternativ (Tønnessen mfl. 2017).

10. Utvikling i helse

Hvorvidt framtidens eldre vil være i bedre helse og ha mer ressurser enn hva som er tilfellet i dag, diskuteres hyppig. Mens regjeringen slår fast at 'Framtidens eldre vil være sprekere og friskere enn gårsdagens eldre' (2016), er forskningen på dette området langt mindre entydig (Chatterji mfl. 2015; Parker og Thorslund 2007). Det som imidlertid er sikkert, og som er illustrert i forutgående kapitler, er at eldre vil utgjøre en langt større andel av den norske befolkningen og sine lokalsamfunn framover enn de gjør i dag.

I hvilken grad framtidens eldre vil være friske, selvstendige og i stand til å bidra, har stor betydning for deres velvære og for lokalsamfunnene de lever i. Eldre bidrar i dag både i og utenfor arbeidslivet, i frivillig arbeid og i uformell omsorg for partnere, venner, barnebarn med videre. Samtidig er de også storforbrukere av helse- og velferdstjenester. Eldres helse og velferd har dermed stor betydning for deres muligheter for å bidra i samfunnet, og for deres ønsker og behov for tjenester fra andre. Dette gjelder både fra det offentlige og fra private tilbydere.

I dette kapitlet oppsummerer vi kort statistikk og forskning på hvordan eldres helse har utviklet seg de siste ti årene, hvordan deres forbruk er av helse-, pleie- og omsorgstjenester har vært og er framskrevet av andre, og hvordan utviklingen i sosiodemografiske kjennetegn illustrert i forutgående kapitler kan tenkes å ha betydning for helse og bruk av denne typen tjenester. Vi ser særlig på betydningen av utdanningsnivå, sosiale nettverk (familie) og innvandrerbakgrunn, da disse kjennetegnene er sterkt assosiert med helse og bruk av tjenester knyttet til helse (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Dernest presenterer vi tre scenarioer for helse hos framtidens eldre, og vurderer i hvilken grad de ulike scenarioene finner støtte i den øvrige informasjonen vi har presentert. Vi diskuterer også kort mulige konsekvenser av de tre scenarioene. Fordi det er stor usikkerhet knyttet til utviklingen i eldres helse, er fokuset rettet mot utviklingen på nasjonalt nivå. Enkelte regionale særtrekk når det gjelder utfordringer og muligheter presenteres imidlertid i kapittel 11, i en sammenfatning som løfter blikket og forsøker å konkludere på tvers av alle kapitlene.

For å beskrive den registrerte utviklingen i helse og bruk av tjenester knyttet til helse, benytter vi eksisterende statistikk på området, men referer også til andres forskning. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 2.

10.1. Utviklingen over tid i eldres helse på nasjonalt nivå

Den norske befolkningen vil bli betydelig eldre i fremtiden, og særlig sterk vil veksten være blant de aller eldste, og i små distriktskommuner. Konsekvensene av den forventede aldringen som er beskrevet i tidligere kapitler, er ikke opplagte, hverken for samfunnet eller for enkeltindividene det angår. Dette er fordi vi har begrenset med kunnskap om hvordan sykkeligheten endrer seg når levealderen øker, eller hvor stor del av levealdersøkningen som skyldes medisinske framskritt og livsforlengende behandling. Hvorvidt et økt antall leveår gir gjennomsnittlig flere, færre eller like mange år i god helse, er per i dag uavklart. Av den grunn presenterer vi scenarioer for de tre alternativene mer utførlig nedenfor, men først gir vi en oversikt over dagens situasjon.

I Norge er det hjerte- og karsykdommer, kreft og luftveissykdommer som tar flest liv i dag (Folkehelseinstituttet 2015). Forekomsten kan i ulik grad knyttes til røyking, alkoholbruk, usunt kosthold, stillesitting og overvekt, og en høy andel kan således forebygges ved livsstilsendringer. Ifølge Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser (2016a) har det vært en reduksjon i røyking de siste ti år, men nedgangen har vært mindre blant eldre enn blant yngre. Totalt røyker rundt 21 prosent av den voksne befolkningen i dag, mot 34 prosent for ti år siden. Andelen

røykere er imidlertid noe lavere blant eldre over 65 år enn blant personer i 40- og 50-års alder. Personer med høyere utdanning røyker minst. Alkoholbruken er imidlertid høy og økende, særlig blant eldre. Mer enn 40 prosent i alderen 45-66 år drikker minst en gang i uken. Når det gjelder kosthold, er det varierende resultater. Kun 6 prosent av befolkningen spiser fisk eller sjømat daglig, inkludert som pålegg. Forbruket av fisk er imidlertid høyere blant de eldre. 55 prosent spiser grønnsaker minst en gang om dagen. Det er også stadig færre som drikker brus daglig, og eldre drikker mindre brus enn yngre. Selv om de fleste har mer stillesittende jobber, er det flere som rapporterer at de mosjonerer i dag enn før. Rundt 70 prosent trener minst en gang i uka, og bare 16 prosent rapporterer at de aldri mosjonerer. Likevel blir nordmenn stadig tyngre. Nesten 30 prosent av den voksne befolkningen er overvektig, og av overvektige har mer enn en tredjedel fedme.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer har gått ned de siste årene. Imidlertid er utviklingen i forekomst noe varierende. Mens antallet førstegangstilfeller har gått ned blant eldre, har det økt blant yngre voksne. Noe av dette kan tilskrives en økende overvekt i befolkningen (NCD-RisC 2016). Antallet med hjerte- og karsykdommer i befolkningen totalt forventes å stige på grunn av en økende andel eldre i befolkningen, samt bedre overlevelse etter akutt sykdom. Samtidig innebærer dette at flere lever *med* disse sykdommene som krever oppfølging (Folkehelseinstituttet 2014).

Også antallet personer som rammes av kreft har økt de siste ti årene, og forventes å fortsette å øke, dels på grunn av en nedgang i dødelighet fra andre sykdommer, slik at flere overlever til eldre med høyere kreftforekomst. Imidlertid er overlevelsen noe bedre enn før. Dermed vil det være flere eldre enn før som lever *med* en kreftdiagnose, og eventuelle plager og problemer knyttet til diagnosen og/eller behandling. Beregninger fra Kreftregisteret viser at antall krefttilfeller kommer til å øke med 40 prosent i løpet av de neste 15 årene (2016). Antallet nye tilfeller for aldersgruppen 50-69 år forventes å øke med 14 prosent. For personer 70 år og eldre, forventes en økning på nær 70 prosent. Dette skyldes i hovedsak store årskull av eldre, da kreft er en alderssykdom.

Når det gjelder luftveissykdommer, er kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) en viktig dødsårsak. Mellom 250 000 og 300 000 personer anslås å ha KOLS i Norge i dag (Folkehelseinstituttet 2014). Røyking er den vanligste årsaken. KOLS er den sykdommen som øker raskest i verden, og beregninger viser at den vil være tredje viktigste dødsårsaken internasjonalt innen 2020. Dersom vi forutsetter at mønstrene vi observerer i dag når det gjelder røyking fortsetter også framover, kan vi anta at færre vil bli diagnostisert med og dø av KOLS på kort sikt. På lengre sikt kan det imidlertid tenkes at de relativt høye andelen av røykere i 40- og 50-årene vil føre til et økt antall tilfeller.

Demens har tidligere vært en lite vanlig dødsårsak i Norge, men i 2014 ble hele 8 prosent av dødsfallene tilskrevet demens. Det anslås å være rundt 70 000 mennesker med demens i Norge i dag. Ettersom demens er sterkt assosiert med alder vil en økning av eldre – og da spesielt over 85 år – trolig føre til økt demensforekomst mot 2040. I Europa har man anslått at hver fjerde person over 85 år har betydelige demensproblemer. I Norge er anslaget noe lavere, men ifølge www.forskning.no anslås det at det kan bli nær 200 000 pasienter med demens i 2040.¹⁰

¹⁰ Den fullstendige referansen er <https://forskning.no/aldring-helsepolitikk-alzheimer/2015/04/demens-kan-bli-en-samfunnstrussel>, og tallene er beregnet av forskeren basert på anslag fra Folkehelseinstituttet.

Ifølge Folkehelse rapporten og Sykdomsbyrdeprosjektet er rygg- og nakkesmerter, depresjon, angst, diabetes type 2 og fallulykker viktige årsaker til helsetap blant eldre (Folkehelseinstituttet 2014, 2016). Dette er sykdommer som i sjeldne tilfeller fører til død, men som krever behandling og har en stor innvirkning på Eldres hverdagsliv. Samtidig er dette tilstander som i noen grad påvirkes av usunt kosthold, høyt blodtrykk, røyking, overvekt/fedme, fysisk inaktivitet, høyt kolesterol, høyt blodsukker og høyt alkoholforbruk, som er risikofaktorer det er mulig å gjøre noe med. Resultater fra Tromsøundersøkelsen tyder imidlertid på at eldre i dag er mindre aktive enn tidligere, og at fysisk inaktivitet blant eldre er assosiert med andre uheldige levevaner som røyking og over- eller undervekt (Morseth mfl. 2016).

Økningen i forekomster som er beskrevet over, vil forandre store ressurser fordi eldre i stor grad også rammes av andre kroniske sykdommer: Forskning har vist at blant personer over 75 år har mer enn halvparten fire eller flere sykdommer som de trenger behandling for. Denne økningen vil stille store krav til kapasitet og kompetanse i sykehusene med behov for investeringer i utstyr og infrastruktur. Imidlertid vil eldre med disse kroniske sykdommene i minst like stor grad være en utfordring for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Samtidig er det slik at eldre selv også i stor grad kan tenkes å kunne ivareta og bidra i håndteringen av sine eventuelle helseproblemer. Dette kan skje ved at de tar i bruk ny teknologi, tilpasser sin bolig til sin kapasitet, eller ved at de kjøper seg hjelp til det de måtte trenge. Hvordan man fungerer i dagliglivet avhenger ikke bare av ens helse og/eller sykdommer, men er ifølge Verdens helseorganisasjon et resultat av et dynamisk samspill mellom blant annet personen og miljøfaktorer (WHO 2001). Statistisk sentralbyrå har anslått at 84 prosent av kvinners levetid i dag er i god helse, mens dette gjelder hele 91 prosent av menns levetid (2015). Tallene er basert på en representativ spørreundersøkelse (EU-SILC), hvor svarprosenten er noe lav blant eldre. De samme anslagene tyder også på at antall år i god helse har økt siden 2005. Ifølge den samme undersøkelsen er folk flest (80 prosent) fornøyd med egen helse. Dette er klart høyere enn snittet i EU på 66 prosent, og kan skyldes at eldre i Norge har tilgang til ressurser som gjør at fungeringsnivået i mindre grad påvirkes av sykdom enn i andre land. Et ubesvart spørsmål er imidlertid i hvilken grad antall år med ikke helt god helse også har økt med økende levealder, eller om vi sammenliknet med tidligere også lever en større andel av livet i god helse.

10.2. Utviklingen over tid i Eldres helse på regionalt nivå

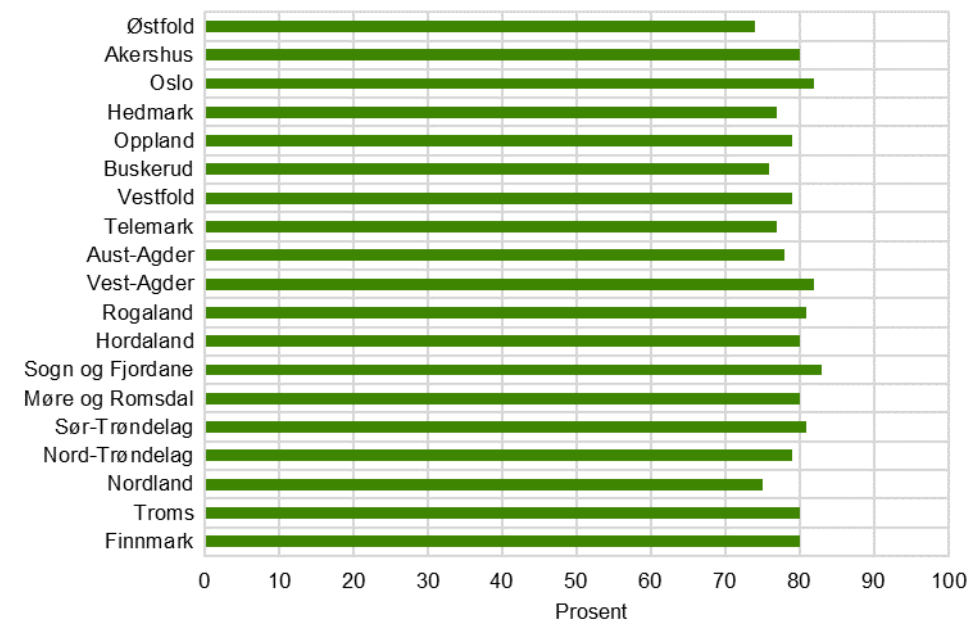
Levealder er ansett å være et relativt objektivt mål på helse. Ifølge Statistisk sentralbyrå er det markerte fylkesvise forskjeller i forventet levealder (2015), og dette ble også omtalt i kapittel 3. I perioden 2011-2015 var forventet levealder ved fødselen for menn høyest i Akershus og Møre og Romsdal, på nesten 81 år, mens den var lavest i Finnmark, på rundt 77 år. Ved alder 65 er imidlertid forskjellene mellom fylkene noe mindre – kun to år – men fortsatt med Møre og Romsdal på topp og Finnmark på bunn. For kvinner er forskjellen mellom fylkene i forventet levealder ved fødselen noe mindre, med Sogn og Fjordane på topp med 85 år og Finnmark på bunn med 82 år. Ved alder 65 er forskjellen også her redusert til to år – men med de samme fylkene på topp og bunn.

Tall fra Statistisk sentralbyrå som sammenlikner livsstil i ulike fylker, viser at noen fylker kommer godt ut både i forhold til landsgjennomsnittet og andre fylker (2016a). I Oslo er det mange som vurderer egen helse som god, og mange har sunne levevaner. For eksempel er det bare 19 prosent av befolkningen som er overvektig. Det er også færre som drikker sukkerholdige drikker daglig, og langt flere som går minst en halvtime om dagen. Samtidig synes det å være en regional

oppbygning av ugunstige levevaner i andre deler av landet. I fylkene der mange er overvektige, spiser lite frukt og grønt, drikker mye saft og brus og er lite fysisk aktive, er også levealdersutviklingen mindre gunstig. Dette gjelder blant annet i Østfold, Hedmark, Oppland, Nordland og Finnmark.

Figur 10.1 viser andelen 16 år og eldre som rapporterer om svært god eller god helse i fylkene. Med unntak av Finnmark, er det en lavere andel i befolkningen i fylkene med ugunstig levealdersutvikling som rapporterer om god helse, og Østfold kommer dårligst ut. Andelen som rapporterer om god helse er høyest i Oslo, Vest-Agder, Rogaland, Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag. Imidlertid er det relativt små forskjeller mellom mange fylker.

Figur 10.1 Andel med svært god eller god selvrapportert helse, etter fylke. 2015



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Mer spesifikt viser tallene fra levekårsundersøkelsen at andelen kvinner som ikke mosjonerer er større i Østfold, Hedmark, Nordland og Finnmark enn i befolkningen for øvrig. Det er en større andel kvinner som er overvektige i Oppland, Telemark, Nord-Trøndelag og Troms sammenliknet med landsgjennomsnittet, mens Hedmark og Telemark har den største andelen kvinner med fedme.

Menn i Telemark, Møre og Romsdal, Nordland og Finnmark ligger godt over landsgjennomsnittet i overvekt, og i Finnmark er nesten halvparten av mennene overvektige. I Østfold rapporterer en fjerdedel av menn at de aldri mosjonerer, som er en klart høyere enn det vi finner i øvrige fylker.

Disse tallene fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse understøttes av tall fra Folkehelseinstituttets *Kommunehelse statistikkbank* (2017a), selv om informasjonen fra de to kildene også avviker noe på enkelte punkter.¹¹ Ifølge Kommunehelse, finner vi de høyeste andelen av personer som er lite aktive i

¹¹ Denne databasen (<http://khs.fhi.no>) inneholder statistikk om helse, sykdom, risikofaktorer og befolkning i norske fylker og kommuner. Datagrunnlaget er hentet fra flere kilder, blant annet sentrale helseregistre, Statistisk sentralbyrå, Utdanningsdirektoratet og Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Det finnes også statistikk for bydeler i Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim. Imidlertid vil ikke alle små kommuner finne tall for alle temaområder, enten fordi tallgrunnlaget enkelte steder er for tynt eller fordi personvern hensynet gjør dette vanskelig. Det gjelder i mindre grad også for større kommuner og i enkelte tilfeller fylker.

Finnmark, Oslo og Østfold (nær 20 prosent), mens andelene bare er rundt halvparten i Nord-Trøndelag, Akershus og Møre og Romsdal. Når det gjelder overvekt og fedme, er det de nordligste tre fylkene som har de høyeste andelen blant menn, mens Hedmark og Oppland ligger i toppen blant kvinner, etterfulgt av Troms og Finnmark. Oslo og Akershus ligger lavest når det gjelder overvekt og fedme, blant både menn og kvinner. Røyking er mest vanlig i Finnmark, Hedmark og Telemark.

10.3. Tjenester relatert til helse, nasjonalt og regionalt

Ifølge Verdens helseorganisasjon, er ansvaret for pleie og omsorg for eldre delt mellom velferdsstaten, familien og andre parter som naboer, venner og frivillige organisasjoner (WHO 2002). Helsevesenet i Norge er hovedsakelig skattefinansiert, og det offentlige finansierer om lag 85 prosent av helseutgiftene i Norge. Dette er vesentlig høyere enn OECD-gjennomsnittet, på rundt 73 prosent (Statistisk sentralbyrå 2017b). Staten eier de regionale helseforetakene, som har ansvar for sykehus og spesialiserte legetjenester, psykisk helsevern og rusbehandling. Kommunene har ansvar for pleie- og omsorgstjenester, samt undersøkelser hos blant annet fastleger og helsestasjoner.

Hvorvidt bruk av tjenester relatert til helse er et godt mål på helse i seg selv, er svært omdiskutert. I USA er det påvist et relativt lite samsvar mellom bruk av tjenester og sykkelighet på regionalt nivå (Dartmouth Institute 2017). I Norge er det opprettet et tilsvarende 'Helseatlas', som administreres av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2017). Ifølge en rapport fra juni i år er det påvist uforholdsmessig stor variasjon mellom opptaksområdene i helsetjenester for eldre (Balteskard 2017). Dette gjelder særlig for polikliniske konsultasjoner og diagnostiske utredninger, men også for viktige behandlingstilbud innen hjertesykdommer, kreft, slitasjegikt, øyesykdommer og hørselstap.

Samsvaret mellom helse og bruk av tjenester relatert til helse på individnivå, innenfor geografiske områder, er større. Likevel er det en markert variasjon i type bruk etter sosiodemografiske kjennetegn i Norge. En oppsummering med eksempler på områder der bruken varierer, finnes i kunnskapsoversikten til Dahl med flere (2014). Ifølge denne rapporten, kan forskjellene forklares ved folks tilbøyelighet til å søke hjelp, tilgjengeligheten av tjenestene og kvaliteten på disse. Tilbøyeligheten til å søke hjelp er størst for sykdommer som *krever* behandling (som for eksempel bruddskader og alvorlig kreft- eller hjertesykdom), så i slike tilfeller er det relativt godt samsvar mellom sykkelighet og bruk av tjenester. For sykdommer eller lidelser der det er mer opp til personene selv å vurdere hvorvidt behandling er nødvendig (for eksempel lettere psykiske lidelser, muskel- og skjelettplager med videre), vil samsvaret være dårligere. Når det gjelder tilgjengelighet til tjenester, vil reiseavstand og andre alternativkostnader ved å søke hjelp spille en rolle og kunne bidra til lavere samsvar. Videre har det vært en utvikling over tid hvor det stilles større krav til hjelpebehov for å få innvilget pleie- og omsorgstjenester, slik at endringer over tid i antall brukere eller antall timer ikke nødvendigvis reflekterer en underliggende endring i helsen til brukere. Tilsvarende gjelder for liggetid og behandling av andre tilstander i sykehus, hvor Samhandlingsreformen har ført til en reduksjon i liggetid samtidig som en større del av oppgavene er flyttet til kommunehelsetjenesten. Slike endringer kan dermed ikke benyttes som direkte mål på en bedret helse i befolkningen. Dette diskuteres ikke videre her, men interesserte lesere henvises til Holmøy og Nielsen (2008) og Ramm (2013) for en oversikt over utviklingen i pleie- og omsorgssektoren, og Hagen med flere (2016) for en evaluering av utviklingen etter Samhandlingsreformen.

I 2015 brukte Norge rundt 10 prosent av bruttonasjonalproduktet på helsetjenester. Dette er litt høyere enn OECD-gjennomsnittet, på rundt 9 prosent (OECD 2013). Helseutgiftene har imidlertid økt litt raskere enn befolkningsveksten de siste årene, og antallet årsverk i spesialisthelsetjenesten har økt med hele 8 prosent de siste fem år. I 2015 var helseutgiftene per innbygger på om lag 60 000 kroner. Rundt 60 prosent av utgiftene til helse går til å behandle somatiske sykdommer, og i 2015 ble én av fire nordmenn behandlet ved et somatisk sykehus, de fleste poliklinisk. Det har lenge vært en dreining bort fra døgntil behandling, det vil si at behandlingen utføres uten at pasienten overnatter. Ny teknologi bidrar til å gjøre det mulig, blant annet ved behandling av hjerte- og karsykdommer. Likevel var det i 2015 3,3 millioner overnattinger på somatiske sykehus, med en gjennomsnittlig liggetid på fire døgn. Og også i forutgående år har utgiftene til denne typen tjenester økt.

I 2015 bodde rundt 43 000 personer på sykehjem eller tilsvarende institusjon. Åtte av ti hadde langvarig opphold. I tillegg var det 180 000 som mottok helsetjenester i hjemmet og/eller praktisk bistand. I motsetning til tidligere har det de siste årene vært en økning i bruken blant yngre. Brukere under 67 år utgjør nå 39 prosent av de til sammen 223 000 personene som enten bor på sykehjem eller får hjemmetjenester. Til sammenlikning utgjør aldersgruppen 80-89 år 28 prosent. De kommunale helse- og omsorgstjenestene omfatter nesten 150 000 årsverk, hvorav ni av ti går til pleie og omsorg.

Selv om Norge har et omfattende tilbud av offentlige helse-, pleie- og omsorgstjenester, spiller også familien en viktig rolle. Omfanget av den uformelle omsorgen i Norge, hovedsakelig gitt av familien, er anslått til å være av samme størrelsesorden som de offentlige helse- og omsorgstjenestene (Helsedepartementet 2005–2006). Som i flere andre land består de uformelle pleieoppgavene utført av familien hovedsakelig av praktisk hjelp, mens mer krevende pleieoppgaver i stor grad utføres av den offentlige pleie- og omsorgssektoren (Jakobsson mfl. 2013). Forfatterne finner at menn generelt er mer positive til at barn skal ta vare på foreldrene sine enn kvinner, mens de eldre har mindre positive holdninger til dette enn de yngre. Videre finner de en negativ sammenheng mellom andelen som mottar offentlige tjenester og holdningene til familieomsorg. I kommuner der mange mottar offentlige tjenester, er det dermed færre som mener at barn skal hjelpe sine foreldre. Hvor mye penger kommunene bruker på offentlig omsorg relativt sett har ingen sammenheng med holdninger til familieomsorg. Når forfatterne ser på hvorvidt formell omsorg påvirker sannsynligheten for å yte uformell omsorg, finner de at menn har en lavere sannsynlighet for å være en uformell omsorgsgiver.

Ifølge Kommunehelse er det en nokså markant regional forskjell i bruk av tjenester relatert til helse i perioden 2013-2015 (2017a). Dette gjelder både for primær- og spesialisthelsetjenester, og etter standardisering. Blant personer i alderen 45-74 år var det størst bruk av primærhelsetjenester for muskel- og skjelettlidelser i de tre nordligste fylkene, mens bruken var lavest i Oslo og Akershus. For hjerte- og karlidelser er det mindre spredning, men Østfold ligger høyere enn øvrige fylker. For bruk av primærtjenester for psykiske lidelser ligger også Østfold høyt, sammen med Agderfylkene og fylker i Østlandsområdet. På akkurat dette området ligger de tre nordligste fylkene lavere enn landsgjennomsnittet. Ser vi på bruk av spesialisthelsetjenester totalt, ligger Finnmark og Telemark på topp for alle diagnoser samlet, mens Oslo og Akershus ligger på bunn. Ser vi på ulike sykdommer separat, har Finnmark den høyeste andelen som behandles for hjerte- og karlidelser og KOLS, mens Sogn og Fjordane topper listen for muskel- og skjelettlidelser og skader som behandles i spesialisthelsetjenesten. Telemark topper ingen av de individuelle listene, men ligger jevnt over høyt på tvers av de ulike sykdomsgruppene.

Holmøy med flere (2016) har framskrevet brukere og etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren, og skisserer ulike alternative scenarier fram mot 2040. Når de forutsetter en bedre helse i takt med økende levealder, men ser bort fra standard- og produktivitetsvekst og holder familieomsorgen som i dag, framskriver de en økning i antallet brukere av pleie- og omsorgstjenester fra dagens 235 000 til 344 000, en økning på rundt 46 prosent. I absolutt antall vil det særlig bli en økning i brukere av hjemmebaserte tjenester. Samtidig vil antallet årsverk øke fra dagens 134 000 til rundt 188 000, en økning på rundt 40 prosent. Tallene endres markant, i dels ulike retninger, avhengig av hvilke forutsetninger som gjøres når det gjelder helse, levealder, standardvekst, produktivitetsvekst og omfanget av familieomsorg. Denne markerte variasjonen indikerer at det er betydelig usikkerhet knyttet til framskrevne behov, avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn. Det har videre vært en markant standardøkning i helsesektoren de siste ti årene, som forventes å fortsette også framover. Forfatterne oppsummerer derfor at de vurderer det som urealistisk å se bort fra standardheving, og at framskrivningene som ikke tar høyde for dette trolig undervurderer veksten i etterspørselen etter arbeidskraft.

Bråthen med flere (2015) har framskrevet bemanningsbehovet i spesialisthelsetjenesten fram mot 2040, og anslår at antall årsverk vil øke fra rundt 111 000 i 2013 til vel 155 000 i 2040 – en økning på 40 prosent. Dette er en sterkere økning enn befolkningsveksten på rundt 25 prosent skulle tilsi, og over en fjerdedel av økningen tilskrives aldringen av befolkningen. Bemanningsbehovet øker sterkest i opptaksområdene rundt sykehusene i Akershus, Stavanger, Oslo, Bergen og på Sørlandet. Den svakeste prosentvise veksten framskrives i områdene Sogn og Fjordane, Telemark, Innlandet og i opptaksområdene til Helse Nord. Også Bråthen med flere (2015) framhever at dersom standardøkningen fortsetter, vil behovet bli langt høyere enn det referansebanene skulle tilsi. Dersom helsen blant de over 55 år bedres slik at sykkeligheten komprimeres i eldre år, vil bemanningsbehovet bli noe lavere enn referansebanen tilsier, men kun med rundt 5 prosent.

Standard- eller kvalitetsøkninger i helsesektoren kombinert med aldringen av befolkningen vil nødvendigvis medføre økte framtidige kostnader knyttet til helse og omsorg (OECD 2013), uavhengig av hvordan utviklingen i sykkelighet vil bli framover. Framtidige utgifter til helse og omsorg er anslått å øke kraftig. I tillegg til de økte kostnadene vil flere eldre også forandre en vesentlig økning i antallet ansatte i helse- og omsorgssektoren (Holmøy mfl. 2016). Dette vanskeliggjøres noe av at eldreomsorgsbyrden, som vist i kapittel 3 og 4, forventes å stige markant, ettersom dette innebærer at det blir færre personer i yngre aldersgrupper relativt til antallet personer i eldre aldersgrupper. En noe eldre rapport av Holmøy og Nielsen (2008) oppsummerer utviklingen i offentlig ressursbruk knyttet til helse- og omsorgstjenester, og diskuterer utviklingen opp mot mulige endringer i utviklingen i aldring og sykkelighet mer spesifikt. Denne rapporten illustrerer ulike alternativer knyttet opp mot helse og hjelpebehov hos framtidige eldre, og gir således noe mer konkret informasjon om forskjellene mellom de ulike framtidsscenarioene som diskuteres i delkapittel 10.5. Selv om de spesifikke estimatene kan være noe utdaterte, vil trendene og variasjonen det vises til kunne gi nyttig informasjon også i dag.

Norge har velutbygde velferdsordninger på helse- og velferdsområdet. De markerte forskjellene etter sosioøkonomiske og sosiodemografiske karakteristika er derfor noe overraskende (Dahl mfl. 2014). Mens mange personer i 60- og 70-årene er ganske friske, vet vi at helse-, pleie og omsorgsbehov for eldre i gjennomsnitt øker relativt markant for hvert år de eldes. Dette gjelder særlig når folk kommer opp i 80- og 90-årene. Da vil sammensatte og kompliserte sykdomsbilder kreve et godt utbygd, relativt spesialisert tjenestetilbud. Samtidig vil en økning i standard

kombinert med befolkningsaldring nødvendigvis medføre økte framtidige kostnader og et økt behov for kompetent personell knyttet til helse og omsorg, uavhengig av hvordan utviklingen i sykkelighet vil bli framover.

10.4. Sammenhengen mellom helse og sosiodemografiske kjennetegn

Det er relativt markerte sosiale forskjeller i både sykkelighet og dødelighet i Norge. Det er påvist forskjeller etter for eksempel utdanning, inntekt, yrke, posisjon i arbeidslivet, familiesituasjon og innvandrerbakgrunn.

Som nevnt i kapittel 5, er helsen generelt bedre blant personer med høy utdanning (Helsedirektoratet 2008; Dahl mfl. 2014). For eksempel har det blitt vist at høyere utdanning er forbundet med lavere risiko for demens (Sharp og Gatz 2011; Satizabal mfl. 2016; PRB 2017a), og lavere dødelighet av hjerte- og karsykdom og kreft (Huisman mfl. 2005). Slike sammenhenger kan dels skyldes seleksjonseffekter som innebærer at friskere og mer ressurssterke mennesker i større grad tar høyere utdanning, men det har også blitt vist at sammenhengen mellom utdanning og helse til en viss grad også speiler en reell årsakssammenheng (Adams 2002; Lleras-Muney 2005; Silles 2009). Forskjellene er imidlertid mindre blant eldre enn blant yngre, slik at forskjellene mellom gruppene med lav og høy utdanning minsker med økende alder (Kinge mfl. 2015; Moe mfl. 2012; Strand mfl. 2014).

Også levealdersøkningen har, over flere tiår, vært klart sterkest i gruppene med høy utdanning (Folkehelseinstituttet 2017b). Også dette kan dels skyldes en seleksjonseffekt. Ettersom det er blitt stadig vanligere å ta lengre utdanning, vil de som tar kort utdanning i økende grad være en negativt selektert gruppe. Med andre ord er det grunn til å tro at de som tar korte utdanninger i dag (for eksempel ved at de ikke fullfører videregående) i gjennomsnitt er en mer ressurs svak gruppe enn personer med korte utdanninger i gjennomsnitt var tidligere, og at dette kan være noe av årsaken til at forskjellene i levealder etter utdanning øker.

Det kan også være at det å ha lengre utdanning er mer gunstig for helsen i dag enn tidligere, for eksempel ved at det å ha en kort utdanning i dagens samfunn gir mer begrensede muligheter og ressurser enn det gjorde før, slik at den negative helseeffekten av å ha relativt lav utdanning er sterkere. Eksempelvis kan det å ikke ha fullført videregående skole gi mer begrensede muligheter for å finne en jobb eller en partner enn det gjorde før, og dermed føre til dårligere livskvalitet og dårligere helse. Utdanningsforskjeller kan også bidra til helseforskjeller gjennom at dagens medisinske behandling er mer komplisert enn før (Berkman mfl. 2011), for eksempel ved at en større del av utredning og behandling i dag foregår poliklinisk og krever at pasienter selv følger opp avtaler og holder seg orientert om hvilke undersøkelser de bør følge opp, sammenliknet med tidligere. Likeledes krever dette at pasienter i større grad enn før evner å kommunisere godt med helsepersonell om hvordan de responderer og fungerer, siden de er utenfor sykehus og dermed ikke under direkte observasjon. Hvor store konsekvenser det vil få at framtidens eldre vil ha bedre utdanning enn dagens eldre er dermed ikke opplagt. Det er imidlertid rimelig å anta at helseforskjeller vi ser i dag mellom eldre med ulik utdanning vil være tilstede også i framtiden.

Dersom utdanning er en god indikator på hvor ressurssterke de eldre er, kan vi forvente en klart mer ressurssterk eldre befolkning i framtiden. Dette kan innebære at framtidens eldre på enkelte områder kan komme til å være mer selvstendige og i bedre stand til å håndtere enkelte utfordringer i hverdagen. For eksempel er en mulig årsak til at personer med høyere utdanning har bedre helse at utdanning gjør en bedre rustet til å navigere i helsesystemet (Berkman mfl. 2011).

Sammenhengen mellom utdanning og helse er sterkere enn sammenhengen mellom inntekt (i vid forstand) og helse i Norge. I internasjonal litteratur tillegges dette ofte at helsetjenester i stor grad er offentlige og i mindre grad avhengig av personers privatøkonomi enn i land med et sterkere innslag av private tjenester. Videre er det et relativt sterkt samsvar mellom utdanning og inntekt i Norge. Hvorvidt en bedret privatøkonomi kan føre til færre sykdommer blant eldre framover, er mer usikkert. Imidlertid vil eldre med større økonomisk handlingsrom kunne tilrettelegge sitt nærmiljø (som for eksempel ved valg av bolig og bruk av velferdsteknologi) samt kjøpe seg tjenester noe som kan bidra til å øke deres funksjonsnivå – og dermed helsen i vid forstand. En nylig studie viser imidlertid større ulikhet i dødelighet etter inntekt i dag enn tidligere (Mortensen mfl. 2016), som kan bety at vi også kan forvente store regionale forskjeller framover. Dette understøttes også i en studie over bruk av helsetjenester fra HUNT (Vikum mfl. 2012).

Når det gjelder familieforhold, er helsen generelt bedre hos kvinner og menn som er foreldre, og for personer som lever i parforhold (Berntsen 2011; Kravdal 2013). For både foreldreskap og partnerskap er det to forhold som antas å ligge bak: Seleksjon og sosial kontroll. Vi vet at på grunn av en økt andel barnløse menn og sentralisering er det stadig flere eldre som ikke bor i samme by som sine (eventuelle) voksne barn. Dette kan bety en noe svekket sosial kontroll og færre muligheter for uformell omsorg. Videre viser amerikansk forskning på uformell omsorg at det er mindre vanlig å hjelpe samboere enn ektefeller, og også at voksne stebarn i mindre grad enn egne barn bidrar (Nöell-Miller 2011). I Norge ser dette noe annerledes ut: Sammenliknet med gifte, rapporterer samboere at de får like sterk følelsesmessig støtte fra svigerfamilien og gir like mye hjelp til partners foreldre (Slagsvold og Hansen 2011). Forfatterne konkluderer med at det dermed er liten grunn til å uroe seg for tilgangen til uformell hjelp til gamle selv om samboerskap øker, fordi samboere synes å være like gode svigersønner og -døtre som de gifte. Når det gjelder oppløsning av parforhold, finner Daatland og Herlofson (2011) at skilte foreldre jevnt over har sjeldnere kontakt og et mindre nært forhold til barna enn ikke-skilte, og at dette gjelder særlig skilte fedre, i tråd med Nöell-Miller (2011). De konkluderer med at det er vanskelig å vite hvorvidt dette skyldes selve skilsmissen eller prosesser forut for den. Samtidig vet vi at eldres familiemedlemmer utfører anslagsvis 90 000 årsverk som ulønnet omsorgsarbeid, og endringer her vil potensielt ha stor betydning for ressursbehovet i den formelle omsorgen i ulike deler av landet. Utviklingen her beskrives nærmere i avsnittet om bruk av tjenester relatert til helse. I dette kapitlet har vi tatt utgangspunkt i at betydningen av familie for helse og velferd vil være noenlunde lik i framtiden som den er i dag. På et mer overordnet nivå påvirkes vi i noen grad av personer også i nettverkene rundt oss, familiemedlemmer vi ikke bor sammen med, venner, kollegaer og folk i nærmiljøet vårt – samt nabolaget vi bor i (PRB 2017b). Dette har vi imidlertid ikke mulighet til å gå inn på her.

Det er det gjort flere studier på innvandrerhelse og -dødelighet i Norge de siste årene. Generelt har innvandrere som kommer på grunn av utdanning og arbeid svært god helse, mens den er noe dårligere for flykninger og familieinnvandrere. Likevel er helsen i gjennomsnitt også blant sistnevnte grupper bedre enn for befolkningen ellers, også etter at det er tatt hensyn til at innvandrere i gjennomsnitt er yngre enn befolkningen ellers (Diaz mfl. 2015). Det samme finner man også når man ser på bruk av helsetjenester (Elstad 2016; Sandvik mfl. 2012; Diaz og Kumar 2014). Dette gjenspeiles også i dødelighetsmønsteret, da innvandrere generelt har lavere dødelighet enn befolkningen ellers (Syse mfl. 2016c; Syse og Dzamarija 2016). Tilsvarende mønster finner man når man undersøker landbakgrunn, som i mange tilfeller sammenfaller med innvandringsgrunn. Dette mønsteret er tydelig til tross for at innvandrere i gjennomsnitt har lavere utdanning enn befolkningen ellers, og at de i mindre grad lever i samliv fordi flere har sine barn i sitt

opprinnelsesland eller i et annet land. Mens innvandrere som har vært kort i Norge, synes å ha bedre helse enn befolkningen ellers, svekkes helsen deres med økende botid i Norge (Elstad 2016; Syse mfl. 2016c). Dermed kan det tenkes at framtidens eldre innvandrere med lang botid vil ha noe dårligere helse enn dagens innvandrere – og dermed en helse som er likere den i befolkningen ellers. I det videre har vi tatt utgangspunkt i at innvandrere vil ha tilnærmet lik helse som befolkningen ellers i framtiden.

Et regionalt perspektiv på helse i lys av sosiodemografiske forskjeller

Som vist i kapittel 4 til 9, vil utviklingen i ressursene til framtidens eldre, anslått ved sosiodemografiske kjennetegn, trolig bli markant forskjellig i ulike regioner framover. Således vil også samspillet med helse påvirkes noe ulikt regionalt, og dette understøttes i en studie av Elstad og Koløen som viser at sammenheng mellom utdanning og helse dels varierer i ulike fylker (2009).

Selv om andelen med kun grunnskole har gått ned og andelen med høyere utdanning har økt blant eldre i de fleste fylkene, er utgangsnivået ulikt i ulike fylker: Oslo har gjennomgående det høyeste utdanningsnivået – i alle aldersgrupper. Således kan det forventes en bedret helse blant eldre i Oslo på bakgrunn av dette, enn i områder hvor utviklingen er mindre sterk eller starter på et lavere nivå. Fylkene med det laveste utdanningsnivået varierer noe på tvers av alder, men som vist skiller både Østfold, Hedmark og Oppland seg ut i negativ forstand. Generelt har fylker med storbyer og store utdanningsinstitusjoner en befolkning med klart høyere utdanning enn fylker med mer rurale bosettingsmønstre, og denne økningen i andelen med høyere utdanning forventes også framover å bli sterkest for storbyfylkene (Stambøl 2005, 2013). Dette innebærer at de regionale forskjellene i utdanningsnivå blant eldre trolig vil øke framover, med mulige implikasjoner for regionale helseforskjeller.

Med hensyn til den regionale utviklingen i eldres privatøkonomi, som inntekt, formue, gjeld og boligforhold, er det i dag enkelte forskjeller som kan ha betydning for helse og helseatferd blant framtidens eldre. Mens særlig Akershus, Oslo og Rogaland skiller seg ut som fylker med høy median nettoformue blant kohorter av både kvinner og menn som vil være eldre i 2040, er situasjonen mindre heldig for menn i Vestfold, Nord-Trøndelag og Finnmark. Med andre ord er de eldres økonomiske ressurser ujevnt fordelt i landet, med de implikasjonene det kan tenkes å få for samspillet mellom eldres økonomiske handlingsrom og deres helse i framtiden i ulike områder.

De fylkesvise forskjellene i både barnløshet, barnetall og sivilstand og samboerstatus er relativt moderate. De har også vært påfallende stabile over tid. Samtidig er det en økning i barnløshet blant yngre kohorter – særlig blant menn – som kan medføre en økende andel barnløse eldre framover. Det er også vesentlige forskjeller i kjønnsandelene mellom fylkene, som igjen kan påvirke sannsynligheten for å bo alene, men per i dag er forskjellene større blant eldre enn yngre. Forskjellen mellom kvinner og menn har imidlertid minsket de siste ti årene, og forutsettes å fortsette å minske fram mot 2040. Dermed vil det bli et likere antall eldre kvinner og menn i alle fylker og i de fleste kommunene framover. Dette gjør at den generelle trenden med færre aleneboende eldre forventes å fortsette framover, i alle fylker, dog med ulikt utgangsnivå. Finnmark har det minste kvinneoverskuddet i eldre år, mens det har vært, er og vil forbli, størst i Oslo.

På grunn av en økt andel barnløse menn og sentralisering er det stadig flere eldre som ikke bor i samme by som sine (eventuelle) voksne barn. Dette kan antas å særlig gjelde eldre i distriktskommuner uten utdanningsinstitusjoner (Stambøl 2013). Dette kan bety at vi kan forvente en regional skjevhet i mulighetene for

sosial kontroll og uformell omsorg, hvor distriktskommuner kommer dårligere ut enn andre områder.

På lang sikt blir det flest eldre innvandrere fra områdene utenfor Europa, Nord-Amerika og Oseania i årene som kommer. Dette innebærer at regionene med store andeler av innvandrere fra disse områdene vil kunne forvente den sterkeste aldringen blant innvandrere. Dette vil hovedsakelig gjelde de store byene (fra Trondheim og sørover) og byer og områder rundt disse på det sentrale Østlandet. Disse områdene har allerede i dag en relativt høy andel fra disse landområdene, og utflyttingsraten er nokså lav. Dermed vil innvandrerne i disse områdene med stor sannsynlighet eldes der de allerede er bosatt. Samtidig betyr dette at det forventes å bli relativt lave andeler av eldre innvandrere i mange distriktskommuner, særlig i de nordligste fylkene. I distriktskommunene er det hovedsakelig arbeidsinnvandrere som bosetter seg, og de har en tendens til å utvandre når de blir eldre.

Som vi har påpekt tidligere, har innvandrere i snitt bedre helse og lavere dødelighet enn den øvrige befolkningen. Imidlertid har flyktninger en dårligere helse enn andre innvandrere, og den framtidige fordelingen av flyktninger kan således bidra til økte helseforskjeller. Dette gjelder særlig etter at de har lang botid, som vi har vist at vi forventer framover. I et regionalt perspektiv, er flyktninger i stor grad bosatt i byer eller bynære strøk, og med unntak av Østfold har den øvrige befolkningen i disse områdene en bedre helse i gjennomsnitt enn i landet for øvrig. Dermed kan det tenkes at forskjellen i helse mellom innvandrere og den øvrige befolkningen vil øke i disse områdene, som igjen kan øke helseforskjeller etter innvandringsbakgrunn i disse områdene.

10.5. Tre scenarier for framtidig helse

Når sykkeligheten har samme omfang som tidligere, men inntreffer senere i livet, kalles det utsatt sykkelighet. Dette innebærer at antallet friske år øker like mye som antall leveår. Når sykkeligheten er til stede en kortere tidsperiode, kalles det komprimert sykkelighet. Da øker antallet friske år mer enn antallet leveår. Når sykkelighet er til stede i en lengre tidsperiode enn tidligere vil antallet friske år øke mindre enn antallet leveår, og dette kalles forlengt eller utvidet sykkelighet (Crimmins og Beltran-Sanchez 2011).

Hvordan økende levetid påvirker forholdet mellom helse og sykdom i eldre alder har vært diskutert i lang tid (see for eksempel Gruenberg 1977, Fries 1980 og Manton mfl. 2008), og diskuteres fremdeles (Chatterji mfl. 2015; Jagger mfl. 2016; Zeng mfl. 2017). En relativt fersk studie som har sammenfattet internasjonal forskning på utviklingen på dette området, understreker at studiene ikke gir noe entydig støtte til noen av de tre alternativene (Chatterji mfl. 2015). Forfatterne oppsummer at ulike helseindikatorer synes å gi støtte til litt ulike alternativer. Mer spesifikt finner de at dersom sykkelighet måles som funksjonsbegrensninger i hverdagen, støttes hypotesen om utsatt sykkelighet – altså at økt levealder har gitt flere friske år. Men dersom sykkelighet defineres som det å leve med en kronisk sykdom, finner de støtte til teorien om forlengt sykkelighet – der økt levealder har gitt flere år med sykdom. Ifølge Verdens helseorganisasjon oppstår funksjonsdyktighet i samspillet mellom en person og dens miljø (WHO 2001). Dette ble også sterkt understreket av Hagen-utvalget, som understreker at en aktiv seniorpolitikk på helse- og omsorgsområdet må tenke forebyggende og legge forholdene til rette for at folk kan ta det ansvar for eget liv som de ønsker, ved for eksempel å tilrettelegge boforhold og nære omgivelser, tilrettelegge for fysisk, sosial og kulturell aktivitet, og muliggjøre deltakelse i opplæring, opptrening og rehabilitering (NOU 2011).

Fram til i dag ser de ut til at vi ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdommer enn før – kanskje snarere flere. Likevel ser det ut til at vi klarer oss bedre med disse sykdommene enn tidligere. Dette kan henge sammen med bedre medisinsk behandling, bedre fysiske omgivelser og teknologi som tilrettelegger for at eldre kan klare seg selv, og at eldre i dag har mer utdanning enn eldre hadde før i tiden. Imidlertid er det fortsatt usikkerhet om hvordan helsen vil være for framtidige eldre generasjoner, gitt ulike risikofaktoreksponeringer i forskjellige fødselskull og den økte utbredelsen av kroniske sykdommer. Dette diskuteres i mer detalj nedenfor, under hvert enkelt scenario.

Forlengt sykkelighet

Dersom vi antar at framtidens sykkelighet forlenges slik at antallet syke leveår øker mer enn antallet friske leveår, vil befolkningsaldringen gjøre at vi får langt flere eldre med helseproblemer enn vi har i dag. Forlengt sykkelighet impliserer at flere eldre vil trenge helse-, pleie- og omsorgstjenester enn før, og at færre kan antas å leve selvstendig. Mest sannsynlig vil dette ha negative implikasjoner for eldre selv, i form av smerte og plager, mestringsfølelse, lykke, livskvalitet med videre, og således være svært uheldig for enkeltpersonene det gjelder og deres nærmeste. Indikasjoner på forlengt sykkelighet er dokumentert i en studie fra Sverige som ser på endringer i eldres helse fra 1992 til 2002, vurdert både subjektivt og objektivt (Parker mfl. 2005).

Et slikt scenario vil nødvendigvis kreve store ressurser både fra det offentlige og fra familie. For familien kan det ha implikasjoner for arbeidstilbud blant voksne barn, kanskje særlig kvinner (Jacobsson mfl. 2013), og 'tidsklemme' ift prioritering av aktiviteter. Således kan et slikt scenario også tenkes å innvirke negativt inn på helsen til generasjonen under, ved at de velger å nedprioritere aktiviteter som ivaretar egen helse for å prioritere nødvendig omsorg til syke foreldre (Leopold mfl. 2014). Videre vil man ikke forvente at arbeidsdeltakelsesalderen kan økes for eldre i samme grad som pensjonsreformen legger opp til, da flere vil være helsemessig forhindret fra å delta i arbeidslivet i eldre år. For øvrig vil konsekvensene være som beskrevet nedenfor under avsnittet om utsatt sykkelighet.

Konklusjonen man trekker i lys av dette scenarioet om forlengt sykkelighet vil i stor grad avhenge av hvorvidt man ser på sykdomsbilde eller funksjon. En fersk studie rapporterer mindre kognitiv svekkelse, flere sunne leveår og en nedgang i milde funksjonsnedsettelse, men ingen nedgang i alvorlige funksjonsnedsettelse (Jagger mfl. 2016). Dette understøttes av en annen studie som konkluderer med at økt levetid kan føre til en utvidelse av perioden med nedsatt fysisk og kognitiv funksjon fordi et stadig økende antall svake eldre overlever med helseproblemer (Zeng mfl. 2017). De gruppene som lever lengst, opplever likevel færre og langsommere nedsettelse i funksjonsdyktighet enn grupper som lever kortere (Verbrugge mfl. 2017). I tidsperioden kort opptil død opplever imidlertid alle en kraftig reduksjon i funksjon (Chernew mfl. 2016; Gregersen 2014; Riley og Lubitz 2010), men dette vil være likt for alle scenarioene som her diskuteres.

Dersom framtidens eldre har bedre økonomi og eventuelt større boligverdier enn dagens eldre, vil de i større grad kunne tilrettelegge sin egen situasjon og således bidra til en bedret fungering sammenliknet med dagens eldre. Dette taler mot en utvidet sykkelighet, dersom man legger funksjonsnivå til grunn for vurderinger av helse. Samtidig vil mange av framtidens eldre bo i distriktskommuner, hvor boligverdien er lavere enn i sentrale strøk. Dette kan vanskeliggjøre flytting til mer sentrale strøk for å være nærmere eventuelle voksne barn eller tjenestetilbud. Dette er imidlertid kun spekulasjoner, og bør undersøkes nærmere. Når det gjelder eldre innvandrere, er det studier som tyder på at sykkeligheten øker med økt botid, og at eldre innvandrere rapporterer om en dårligere helse enn yngre innvandrere. I hvor stor utstrekning de vil ha adekvate nettverk i eldre år og en forståelse av det norske

helse- og velferdssystemet som optimerer deres fungering, er uvisst. Langt de fleste eldre innvandrere forventes å være fra ikke-vestlige land, hvor både språk- og kulturforståelse kan være en barriere. Også dette bør undersøkes nærmere.

Oppsummert er det, med unntak av utviklingen i forekomst av demens, lite forskning som tyder på at et scenario om forlenget sykkelighet er rimelig å anta for Norges del. Når det gjelder demens, kan det tenkes at det økte utdanningsnivået blant framtidens eldre vil redusere forekomsten slik at konsekvensene blir mindre enn antatt i framskrivninger og anslag som ikke tar hensyn til dette, men kun tar høyde for andelen eldre øker (Sharp og Gatz 2011). Likevel forventes en økt forekomst og dødelighet av demens framover, i land det kan være naturlig å sammenlikne oss med (PRB 2017a). Økt overvekt og mulig antibiotikaresistens kan gi økt sykkelighet, men vil mest sannsynlig også føre til at levealdersøkningen reduseres – og dermed ikke forlenge sykkeligheten vesentlig. Dette er diskutert i artikler som omhandler dødelighet i USA, hvor det etter flere tiår med synkende dødelighet nå er en trend til økende dødelighet blant middelaldrende (Case og Deaton 2015). Imidlertid vil det økte antallet eldre føre til flere med kreft, siden kreft er en alderssykdom. Og siden overlevelsen er blitt bedre og denne utviklingen antas å fortsette, vil flere leve med større og mindre plager av kreftsykdom og kreftbehandling. Dette vil forandre hjelp og støtte fra helsetjenestene. Samtidig vil også lungesykdommer være en utfordring framover, fordi det tar lang tid før endringer i røykehistorier bidrar til å endre mønstre for lungesykdommer.

Utsatt sykkelighet

Dersom vi antar at sykkelighet inntreer senere i livet men i samme omfang ettersom levealderen øker vil også dette forventes å ha markerte implikasjoner for offentlige finanser og tjenester, særlig når det gjelder pensjonsuttak og helsekostnader, som vist i blant annet internasjonale litteraturgjennomganger (Bloom mfl. 2015). Imidlertid vil konsekvensene for helsekostnader være mindre enn i scenarioet med utvidet sykkelighet.

Når levealderen øker og folk dermed lever i lenger tid etter pensjon, forlenges den gjennomsnittlige perioden for pensjonsuttak. Selv om mange land har implementert reformer for å minimere effekten av aldring ved å regne med lengre levetid i pensjonsordningene, forventes pensjonskostnadene å fortsette å øke (Bloom mfl. 2015). Dette gjelder også for Norges del, i hovedsak fordi det totale antallet pensjonister forventes å øke (OECD 2015). Dersom sykkeligheten utsettes, kan man imidlertid tenke seg at eldre kan ha helse til å arbeide lenger, og dermed kompensere delvis for dette. Dette er i motsetning til i scenarioet om forlenget sykkelighet, beskrevet over. Imidlertid er det ikke opplagt om eldres helse påvirkes i negativ eller positiv forstand av å stå lenger i arbeid. Studier finner støtte til en forverring, en forbedring og ingen endring (se for eksempel Syse mfl. 2016d for en oppsummering). Dette er et område som bør utredes nærmere dersom aldersgrensene i arbeidslivet vurderes hevet.

Generelt har eldre mennesker flere *samtidige* helseproblemer (Verbrugge mfl. 2017). Som et eksempel rapporterer flere enn 45 prosent av amerikanere 65 år og eldre at de har to eller tre helseproblemer, mens hele 14 prosent rapporterer om fire eller flere (CDC 2012). Til sammen utgjør dette hele 60 prosent. I Norge har vi ikke tilsvarende gode tall, men i levekårsundersøkelsen svarer 46 prosent 67 år og eldre at de sliter med langvarig sykdom eller har et helseproblem, som er høyere enn gjennomsnittet for alle aldersgrupper (34 prosent). Som en konsekvens bruker eldre mennesker flere helsetjenester enn yngre, både i Norge og andre land (Bloom mfl. 2015).

En nokså ny studie fra USA viser at sykkeligheten blant personer 65 år og eldre ble utsatt og/eller komprimert fra 1991 til 2009, primært som et resultat av bedre

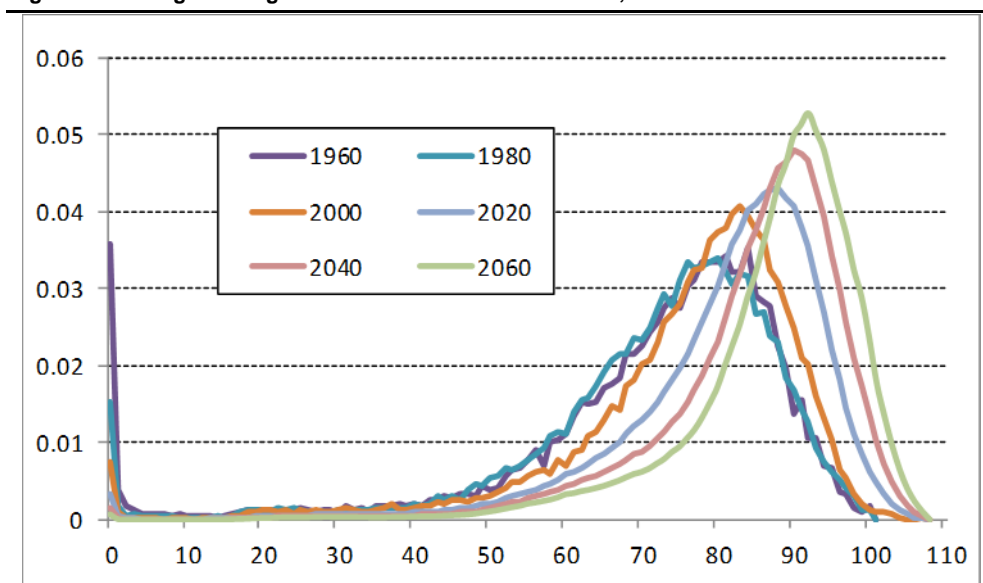
(medikamentell) forebygging og medisinsk behandling av hjerte- og karlidelser, samt øyeoperasjoner for synsproblemer (Chernew mfl. 2016). Imidlertid viser den same studien en økning i diabetes og demens, som trekker i motsatt retning, dog svakere. I Danmark er det rapportert om utsatt og/eller komprimert sykkelighet blant de aller eldste (90 år og eldre) i en sammenlikning av kohorter født med ti års mellomrom (Christensen mfl. 2013), selv om den yngste fødte kohorten var langt mindre selektert med hensyn til dødelighet enn den eldste og den yngste i gjennomsnitt var to år eldre da den ble undersøkt. I Sverige er det observert forbedringer blant eldre på noen områder, som mobilitet, syn, daglige aktiviteter, men forverring på andre områder (Parker mfl. 2008), og utviklingen har gått i en mer ugunstig retning på 2000-tallet sammenliknet med tidligere perioder. Den samme tendensen er rapportert også i Norge, hvor utviklingen i funksjonsnivå var mer gunstig 20-30 år tilbake i tid sammenliknet med på 2000-tallet (Moe og Hagen 2011). Også den amerikanske studien finner at bedringen var større tidligere (før 2005) sammenliknet med i perioden 2005-2008 (Chernew mfl. 2016). En svensk studie viser at bedringen har vært mest markert for eldre menn (Sjölund mfl. 2014), og siden kvinner generelt rapporterer dårligere helse enn menn og samtidig lever lenger, betyr dette at kjønnsforskjellen i 'syke' leveår øker.

Dersom eldre i snitt vil være eldre før de blir syke, kan det hende at helseproblemene de da får vil kreve en annen intervensjon enn om de samme problemene oppstod i yngre alder. For eksempel øker gjennomsnittskostnadene ved behandling, pleie og omsorg med økende alder, fordi de eldstes tilstander oftere krever lengre sykehusopphold og behandlinger for flere sykdommer samtidig (Bähler mfl. 2015). Økt utdanningsnivå og færre aleneboende kan motvirke noe av dette. Det er mer usikkert hvordan det vil slå ut at flere eldre vil ha bakgrunn fra ikke-vestlige land og dermed en annen kultur, et annet nettverk og forståelse av samspillet mellom formell og uformell omsorg og generell institusjonalisering.

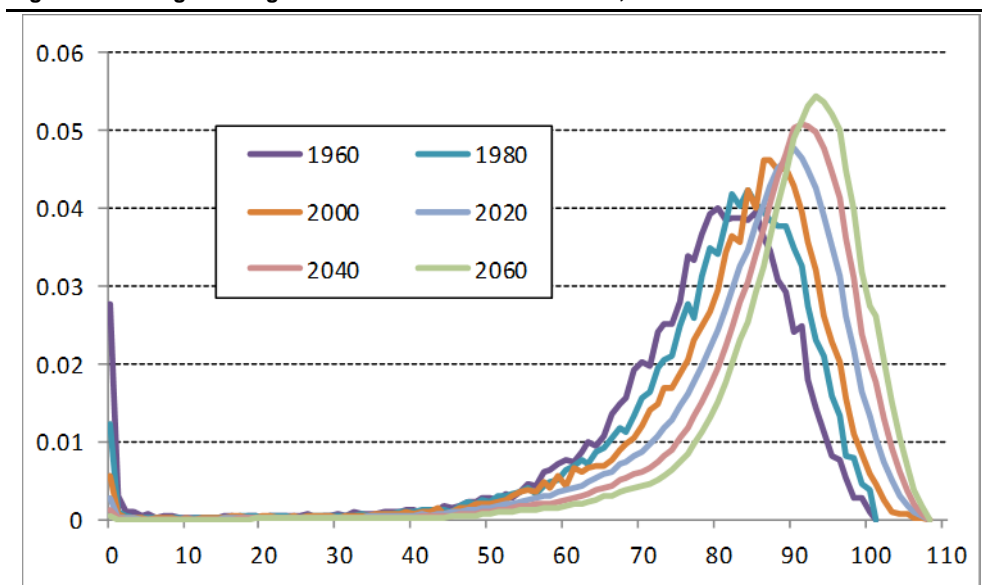
Her forstod jeg ikke metoden. Hvordan fremskrives det? I Befinn/reg? Eller har dere en egen fremskriving her? I Norge har vi over de siste årene sett en utsettelse av og en komprimering av tidspunkt for død, og denne framskrives videre framover. Dette er eksemplifisert i figur 10.2 og 10.3. Figurene er hentet fra en studie under utarbeidelse (Syse mfl. 2015).

Syse A, Keilman N, Pham DQ (2015): Modal alder ved død. Presentasjon ved VI. norske kongress i aldersforskning. Voksenåsen, 3.-4. desember 2015

Figur 10.2 Registrert og framskrevet modal alder ved død, menn. Hovedalternativet



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 10.3 Registrert og framskrevet modal alder ved død, kvinner. Hovedalternativet

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Hvorvidt en komprimering av dødelighet også representerer en utsettelse eller en komprimering av sykkelighet, er ikke opplagt. Imidlertid vil en konsekvens av at vi forventer en slik komprimering av dødstidspunkt framover gjøre det enklere å planlegge behov for tjenester, fordi vi vet at behovet for tjenester relatert til helse er størst de siste par årene før død i Norge. Hele 18-28 prosent av helsetjenester som ytes er knyttet til denne perioden (Gregersen 2014). Samtidig tyder funn på at behandlingene eldre personer mottar, er billigere enn de yngre personers. Dette har blant annet blitt vist for helsetjenestekostnader knyttet til død (Gregersen 2014). Dermed kan det tenkes at selv om helsekostnader er sterkt knyttet til alder, vil disse i framtiden bli noe rimeligere fordi personer i snitt vil være eldre når de behøver hjelp, i et scenario med utsatt sykkelighet. På den annen side vet vi at personer (eller deres nærmeste) med høyere utdanning og mer ressurser ofte mottar mer spesialisert behandling (se for eksempel Fiva mfl. 2014) – og dette kan igjen slå motsatt ut.

For de eldre selv, betyr utsatt sykkelighet at de kan forvente flere friske leveår, hvor de kan delta aktivt i sine lokalsamfunn, i tråd med perspektivet om aktiv aldring (WHO 2002). Verdens helseorganisasjon definerer 'aktiv aldring' som en prosess for å optimalisere forholdene for helse, deltakelse, mestring og trygghet for å forbedre livskvalitet for eldre mennesker. Av viktige determinanter nevnes helse- og sosialtjenesten, den enkeltes atferd, personlighetstrekk, fysiske omgivelser, arbeidsliv, samt sosiale og økonomiske forhold. For Norges del er det mye som tyder på (minst) utsatt sykkelighet. Statistisk sentralbyrå beskriver en positiv utvikling i friske leveår (2015), og resultater fra Sykdomsbyrdeprosjektet ved Folkehelseinstituttet (2016) understøtter delvis en slik konklusjon. Disse resultatene omtales nærmere i delkapittelet under om komprimert sykkelighet.

Komprimert sykkelighet

Dersom vi gjør en antakelse om at framtidens sykkelighet vil komprimeres slik at antallet friske leveår øker mer enn antallet syke leveår i Norge, ser framtiden lysere ut enn i de øvrige scenarioene som skisseres. Dersom folk i gjennomsnitt er sykere en kortere tidsperiode enn før, kan de aller fleste eldre greie seg hjemme uten bistand fra det offentlige, og også i mindre grad gjøre bruk av offentlige pleie- og omsorgstjenester. Samtidig vil eldre i større grad være en ressurs for sine familier og sitt lokalmiljø. Et slikt scenario gjør også at man kan tenke at økt arbeidsdeltakelse vil være en mulighet, gjerne med noen tilpasninger. Sistnevnte vil

være særlig viktig for lokalsamfunn med høye eldreomsorgsbyrder, og et mulig framtidig underskudd når det gjelder yngre personer og dermed arbeidskraft.

I tråd med dette har Statistisk sentralbyrå anslått at 84 prosent av kvinners levetid vil være i god helse, mens dette gjelder hele 91 prosent av menns levetid (2015). Samtidig tyder de samme tallene på at antall år i god helse har økt siden 2005. Som nevnt innledningsvis kan dette dels være et resultat av hvordan man opplever at man fungerer. Komprimert sykkelighet, i vid forstand, kan i noen grad oppnås ved tilrettelegging av nærmiljøet, da funksjonsdyktighet oppstår i samspillet mellom en person og dens miljø (WHO 2001). Dette er også understreket i Verdens helseorganisasjons dokument om aktiv aldring og hvordan samfunn kan tilrettelegge for dette ved å være 'aldersvennlige' (WHO 2002). For Norges del ble dette, som tidligere nevnt, også understreket også av Hagen-utvalget (NOU 2011), og senere i regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn (2016). Dersom en kan tilrettelegge boforhold og nærmiljø i større grad enn tidligere, som også vil være en fordel for andre brukergrupper, kan konsekvensen være at flere av framtidens eldre kan få brukt sine ressurser langt inn i alderdommen. Dette vil være til fordel både får de selv og deres nærmeste.

Samtidig innebærer et slikt scenario at vi kan forvente et mindre behov pleie- og omsorgstjenester blant eldre i framtiden, fordi eldre i større grad vil være selvhjulpne. Eksempler på områder som har bidratt til dette, er blant annet at synsoperasjoner og økt bruk av høreapparater har gjort eldre mer selvhjulpne.

Imidlertid tyder nyere forskning på at behovet for rene helsetjenester, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, kan forbli uendret eller økt også i dette scenarioet. Sistnevnte understøttes av utviklingen i for eksempel kreft, overvekt og demens. At behov for helsetjenester og funksjonsnivå kan utvikle seg ulikt støttes dels i en ny studie fra HUNT (Aunsmo og Holmen 2017), som viser at eldre rapporterer en bedre helse og fungering i dagliglivet i 2008, sammenliknet med tidligere, men at bruken av allmennlege og poliklinikk har økt vesentlig. Oppsummert ser det ut til at eldre nordtrøndere synes de har bedre helse, at de er blitt mer selvhjulpne og mer fysisk aktive i perioden fra 1984 til 2008, men at de bruker mer helsetjenester. Imidlertid må funnene tolkes med noe forsiktighet på grunn lav deltakelse i de seneste rundene sammenliknet med tidligere runder. Sammenlikninger over tid som forventes om ikke lenge fra tredje runde av NorLag og den siste runden av Tromsøundersøkelsen, og kan bidra til avklaring. Imidlertid preges alle disse undersøkelsene av frafall, og andre typer studier bør supplere disse for å vurdere en eventuell betydning av slikt frafall, før konklusjoner kan trekkes for den eldre befolkningen som helhet.

Hvilken utvikling synes rimeligst?

Som vist over, finner ulike studier litt ulike resultater, som dels understøtter de ulike scenarioene. Dette kan delvis skyldes at ulike studier ser på ulike land (og ulike grupper) og at utviklingen faktisk er forskjellig i ulike områder. De sprikende resultatene kan også henge sammen med at spørsmålet om hvorvidt vi får flere friske eller flere syke år, er vanskelig å besvare. Som vist innledningsvis, er det ingen generell enighet om hva man legger i begrepet helse, og hvordan det best skal operasjonaliseres. Ulike studier tar for seg ulike aspekter eller komponenter, som diagnoser, selvrappoert helse og mulighet til å mestre hverdagsoppgaver. Videre kan det være uenighet om hvor alvorlige sykdommer eller funksjonshemminger som skal regnes med, og bildet kan kompliseres av at man for eksempel lettere (og tidligere) får en diagnose i dag sammen med tidligere, både fordi de diagnostiske verktøyene er blitt bedre, men også fordi det er igangsatt folkehelseiltak som for eksempel screening for utvalgte kreftformer. Det er også en metodeutfordring at det ofte er de friskeste som er best i stand til å svare på undersøkelser.

Med dette forbeholdet, tyder utviklingstrekkene i livsstil, sykdommer, medisinsk behandling og den generelle aldringen av befolkningen på at vi kan forvente en sterk økning i antall eldre med kroniske sykdommer (Parker og Thorslund 2007; Chatterji mfl. 2015)). Dette er sykdommer som vil kreve medisinsk behandling og/eller oppfølging. Fordi eldre i gjennomsnitt har flere sykdommer og kompliserte helseforhold, kan det bety at behovet for mer avansert helsehjelp vil bli betydelig framover. Dette er understreket i en svensk studie (Santoni mfl. 2015). For Norges del understrekes dette av Balteskard (2017), som viser at eldre som blir innlagt akutt for hjerneslag, hoftebrudd, lungebetennelse eller for forverring av kols eller hjertesvikt, har lang liggetid, reinnlegges ofte og har dårlig prognose. Eldre pasienter utgjør en stor andel av denne type innleggelse og vil med økningen i den eldre befolkningen kreve økte egnede sengerressurser. Forfatteren konkluderer med at denne gruppen akutt innlagte eldre representerer en utfordring både under behandling, for samhandling ved utskrivelse og for det faglige mottaksapparatet i kommunene.

Samtidig synes utviklingen i selvrapportert helse og antall år i god helse å indikere at eldre opplever en bedring i helse og funksjonsnivå. Dette kan tyde på at flere kan bo hjemme i framtiden sammenliknet med situasjonen i dag, eventuelt med hjelp fra hjemmebaserte tjenester og/eller familie eller andre som yter uformell omsorg. Dette kan henge sammen med bedre medisinsk behandling og hjelpemidler, bedre fysiske omgivelser og teknologi som tilrettelegger for at man kan klare seg selv (NOU 2011). Denne utviklingen forventer vi at vil fortsette, og muligens forsterkes framover. Imidlertid blir det spennende å følge med på hvorvidt kjønnsforskjeller i sykkelighet blant eldre menn og kvinner vil forsterkes eller reduseres framover.

På grunn av økningen i levealder forventes det også at færre eldre vil bo alene. Imidlertid tyder de økende skilsmisseratene blant middelaldrende og eldre på at noen færre vil være gift. Samtidig vil flere ha lengre avstand til sine voksne barn enn tidligere siden stadig flere yngre flytter fra distriktene, mens de eldre blir igjen. Og flere eldre menn vil være barnløse i framtiden. På den annen side vil det generelle utdanningsnivået være høyere blant framtidens enn blant dagens eldre, iallfall blant norskfødte. Når det gjelder inntekt og økonomi, er det noe usikkert i hvor stor grad eldre i framtiden vil være mer bemidlet enn de er i dag. Framtidige eldre med innvandrerbakgrunn kan antas å ha lavere pensjoner enn eldre i den øvrige befolkningen på grunn av lavere yrkesdeltakelse og -inntekt og færre opptjeningsår, og dette vil særlig gjelde eldre innvandrerkvinner. I gjennomsnitt har innvandrere lavere utdanning enn norskfødte, men tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det er store forskjeller mellom ulike grupper av innvandrere. Mens arbeidsinnvandrere har høyere utdanning enn befolkningen generelt, har flyktninger langt lavere utdanning (2016b). Litt over halvparten av flyktningene i Norge har kun grunnskoleutdanning – og andelen er høyest blant de fra Afrika hvor hele 70 prosent har grunnskole som sin høyeste utdanning. Blant de familieinnvandrede er det vel 40 prosent som kun har grunnskoleutdanning, og andelen med høyere utdanning er hele 35 prosent. Generelt er utdanningsnivået til innvandrere fra Asia, Afrika og Latin-Amerika noe lavere enn blant øvrige innvandrere, og siden dette er en gruppe som forventes å øke framover antas dette å trekke det samlede framtidige utdanningsnivået blant eldre i Norge noe ned

Spørsmål å følge med på videre blir dermed i hvilken grad et økt utdanningsnivå bidrar til mer selvstendige eldre når det gjelder å håndtere egen helsesituasjon, hvorvidt eldre vil fortsette å bistå med og motta familieomsorg i samme grad som før med andre familieforhold og lengre geografisk avstand til voksne barn, i hvilken grad de er villige til å benytte private tilbud, og i hvilken grad eldre innvandrere tilpasser seg det norske systemet for bruk av tjenester knyttet til helse,

pleie og omsorg. For Norges del forventer vi at de seneste rundene av helseundersøkelsene som er igangsatt, som tredje runde av NorLAG, analyser av flere runder av HUNT og Tromsøundersøkelsen vil bidra med gode og nødvendige svar. Like viktig vil det imidlertid være å følge med på hvordan lokalsamfunn og nærmiljø *tilrettelegger* for at eldre skal kunne fungere mest mulig selvstendig og optimalt (Helse- og Omsorgsdepartementet 2016; NOU 2011; WHO 2002). God tilrettelegging for bevegelseshemmede, synshemmede, hørselshemmede med videre er i dag mulig, og fordi dette er vanlige problemer i eldre år vil en tilrettelegging på disse områdene kunne ha stor betydning. Likeledes kan en sentrering i lokalmiljøer av tjenester som eldre ofte benytter, øke både tilbud og etterspørsel etter slike, og skape gode levekår for eldre i lokalsamfunnet.

Mange studier fokuserer også på at det er stor heterogenitet i helsen til eldre som er like gamle (se for eksempel Lowsky mfl. 2014). Mens vi er relativt like som barn og unge, øker variasjonen i helsen vår med økende alder. Ettersom stadig flere når en høyere alder, er det også studier som tyder på at dagens eldre utgjør en mindre selektert gruppe enn de gjorde tidligere (Hülür mfl. 2013). Samtidig er det også studier som påpeker at de aller eldste fortsatt utgjør en svært selektert gruppe, og at ulik dødelighet i ulike kohorter gjør at sammensetningen av eldre endrer seg over tid (Zajacova og Burgard 2013). Dette bør således tas i betraktning når man undersöker trender og gjør seg tanker om fremtiden.

11. Muligheter og utfordringer framover

Dette avslutningskapitlet forsøker å sammenstille informasjonen fra tidligere kapitler, og gi et oppsummerende bilde til nytte for planleggere på regionalt nivå, når det gjelder å dra nytte av ressursene til de eldre som kan forvente å være bosatt i lokalmiljøene, samt legge til rette for at de får en best mulig alderdom der det måtte være behov for en eventuell tilrettelegging. Avslutningsvis påpeker vi også noen kunnskapsmangler og gir anbefalinger om mulige områder som med fordel kan utforskes nærmere.

Det er vanskelig å vite hva fremtiden vil bringe, og enkelte framskrevne tall er det knyttet stor usikkerhet til. Dette gjelder særlig tall for mindre kommuner og antakelser om kjennetegn som ikke framskrives formelt og som derfor er beheftet med stor usikkerhet. Imidlertid er de som vil være gamle i 2040, allerede født – og i stor grad også bosatt – der de forventes å bli gamle. Dette minsker usikkerheten noe. Det er helt sikkert at Norge vil få stadig flere eldre – og at de vil utgjøre en større andel i distriktskommunene enn i mer sentrale strøk.

Den nasjonale befolkningsveksten på rundt 20 prosent mot 2040, som Statistisk sentralbyrå framskriver i sitt hovedalternativ, er meget ujevnt geografisk fordelt. Ifølge Statistisk sentralbyrå vil rundt en fjerdedel av kommunene oppleve nedgang i folketallet: Omtrent 70 kommuner vil få en nedgang på mer enn 5 prosent, mens 30 kommuner vil miste mer enn hver tiende innbygger. Siden mange av nedgangskommunene allerede er små, kan dette få store konsekvenser. De fleste av nedgangskommunene ligger usentralt til, og mange av dem ligger i Nord-Norge. Det er spesielt de unge som flytter, sannsynligvis for å ta utdanning og for å finne arbeid i mer sentrale strøk. Det blir da generelt få unge mennesker igjen, og dermed fødes det naturlig nok også færre barn. Samtidig har nedgangskommunene lite tilflytting, både av personer fra andre norske kommuner og fra utlandet. Som en konsekvens vil aldringen i Norge bli sterkest – og skje raskest – i distriktene. I 2040 vil mer enn hver tredje innbygger i mange distriktskommuner være over 65 år. I dag er det 4 prosent, eller 220 000 personer, som er 80 år eller mer i Norge. Men også her er det stor geografisk variasjon: Noen kommuner har en befolkning hvor de over 80 år utgjør 9 prosent i dag. På nasjonalt nivå dobles både andelen og antallet som er 80 år eller mer fram mot 2040, fordi levealderen øker og de store etterkrigskullene kommer inn i denne gruppen i løpet av de neste ti-femten årene. I enkelte distriktskommuner vil imidlertid økningen være langt mer markert – noen steder øker andelen til hele 17 prosent. Det betyr at noen steder vil en av seks være 80 år eller mer i 2040. Og det er ikke bare andelen eldre i distriktene som øker – de som allerede er gamle blir enda eldre fordi levealderen øker. Gjennomsnittsalderen blant eldre over 65 år forventes å være rundt to år høyere i 2040 enn i 2016.

Spørsmålet er hvilke konsekvenser dette får for de eldre selv og lokalsamfunnene de er en del av. Framskrevne tall på dette området kan bidra til å forberede lokalsamfunn på konsekvensene, slik at eventuelle tiltak kan iverksettes for å minimere eller håndtere en slik utvikling.

11.1. Oppsummering på tvers av kapitlene

I tidligere kapitler har vi vist framskrevne omsorgsbyrder og alderssammensetninger i kommunene, og forskjeller mellom fødselskohorter i oppnådd utdanning, gjeld, formue, og andre sosiodemografiske kjennetegn i vid forstand. Vi har også oppsummert andres forskning på utviklingen i eldres helse og bruk av tjenester relatert til helse. Her oppsummerer vi noen av implikasjonene av denne utviklingen for den geografiske fordelingen av eldre med ulike ressurser, samt hvordan den øvrige befolkningen i regionene forventes å se ut. Slik kan vi gi et mulig bilde på hvilke ressurser vi kan vente at framtidens befolkning vil besitte framover i ulike deler av Norge.

Sterk aldring i distriktene framover

Som vi viste i kapittel 3 og 4 er det grunn til å forvente en sterk økning i andelen eldre i nesten alle fylker og kommuner framover. Dette innebærer at det blir flere personer i pensjonsalder og flere personer i aldersgrupper som har et høyt forbruk av pleie- og omsorgstjenester per person i arbeidsfør alder. Dette er en utvikling vi kan forvente selv om økt helse og mestring blant eldre skulle resultere i forlenget arbeidsdeltakelse og økt selvstendighet. Dette kan by på store utfordringer for mange kommuner, ettersom det vil bidra til et stort press på offentlige tjenester. I tillegg til den økonomiske belastningen det innebærer at man vil få flere brukere av pleie- og omsorgstjenester, kan flere kommuner få problemer med å rekruttere arbeidskraft til pleie- og omsorgssektoren. Utfordringen med økt behov for pleie- og omsorgstjenester vil nemlig trolig forsterkes av en nedgang i folketallet og antall personer i arbeidsfør alder i en rekke kommuner. Med andre ord vil mange kommuner kunne oppleve at det blir flere pleietrengende eldre og færre personer som kan jobbe med å yte tjenester til eldre innenfor pleie- og omsorg. Det er framskrevet en sterk økning i behovet for arbeidskraft innenfor pleie- og omsorg på nasjonalt nivå (Dapi mfl. 2016; Holmøy mfl. 2016), og et viktig budskap fra denne rapporten er at dette behovet trolig vil være svært ujevnt fordelt geografisk på grunn av de store geografiske forskjellene i alderssammensetningen av befolkningen og i andelen i yrkesaktiv alder som faktisk har inntektsgivende arbeid (Kornstad 2017).

Flere eldre med høyere utdanning

Som vist i kapittel 5 har yngre kohorter i all hovedsak høyere utdanning enn eldre, og disse forskjellene forventes å vedvare over tid. Etter hvert som yngre kohorter trer inn i de eldres rekker kan vi derfor forvente at utdanningsnivået blant eldre vil øke tilsvarende. Dersom utdanning er en god indikator på hvor ressurssterke de eldre vil være, kan vi forvente en klart mer ressurssterk eldre befolkning i framtiden. Dette kan innebære at framtidens eldre på enkelte områder kan komme til å være mer selvstendige og i bedre stand til å håndtere enkelte utfordringer i hverdagen. For eksempel er en av flere mulige årsaker til at personer med høyere utdanning har bedre helse at utdanning gjør en bedre rustet til å navigere i helsesystemet (Berkman mfl. 2011). Det er også vel etablert at det er en sterk sammenheng mellom utdanning og en rekke helseindikatorer. For eksempel har det blitt vist at høyere utdanning er forbundet med lavere risiko for demens (Sharp og Gatz 2011). Slike sammenhenger kan dels skyldes seleksjonseffekter som innebærer at friskere og mer ressurssterke mennesker i større grad tar høyere utdanning, men det har også blitt vist at sammenhengen mellom utdanning og helse til en viss grad også speiler en reell årsakssammenheng (Adams 2002; Lleras-Muney 2005; Silles 2009). Dersom utdanning har en reell effekt på eldres helse kan vi trolig forvente at framtidens eldre vil ha bedre helse og flere friske leveår sammenliknet med dagens eldre.

Samtidig viser vår gjennomgang at det er store geografiske variasjoner i utdanningsnivået til framtidens eldre. Særlig ser vi at fylker med storbyer og store utdanningsinstitusjoner har en befolkning med klart høyere utdanning enn fylker med mer rurale bosettingsmønstre, og at økningen i andelen med høyere utdanning har vært sterkere i storbyfylkene. Dette innebærer at de regionale forskjellene i utdanningsnivå blant eldre trolig vil øke framover.

Geografiske forskjeller i eldres økonomiske ressurser

Høyere formue blant eldre kan potensielt begrense det offentliges utgifter dersom den brukes på for eksempel tilpasning av egen bolig slik at man kan bo hjemme lenger selv om helsen skulle svikte, eller gjennom kjøp av private tjenester. I vår gjennomgang av median bruttoformue, gjeld og nettoformue blant eldre på fylkesnivå viste vi at det er tydelige forskjeller i disse størrelsene mellom fylkene.

Særlig viste vi at enkelte fylker, som Oslo, Akershus og Rogaland skiller seg ut med klart høyere median bruttoformue enn vi finner i når vi ser på hele landet under ett, og at median bruttoformue er klart lavere i andre fylker, som for eksempel Hedmark, Nord-Trøndelag og Finnmark. Vi har også vist klare forskjeller i median gjeld. De yngre kohortene av menn i Rogaland, og til en viss grad Akershus og Vest-Agder skiller seg ut med høy median gjeld. Når det gjelder median nettoformue, viste vi at særlig de eldre kohortene av kvinner i Oslo og menn i Rogaland har høy median nettoformue. Median nettoformue er lavere blant eldre kohorter i fylker som Østfold, Hedmark, Telemark, Nord-Trøndelag og Finnmark.

Utviklingen i formue blant eldre framover avhenger i stor grad av den generelle økonomiske utviklingen, og er derfor vanskelig å forutsi basert på tall om opparbeidet nettoformue. Vi kan allikevel slå fast at eldre kohorter gjennomgående har høyere median nettoformue enn yngre kohorter. Det store spørsmålet, som vi ikke kan gi noe entydig svar på i denne rapporten, er om dette gjenspeiler forskjeller mellom kohortene som vil vedvare over tid, eller om dette skyldes aldersforskjeller. Dersom forskjellene mellom kohortene vedvarer over tid kan det tenkes at framtidens eldre vil ha mindre økonomiske ressurser.

I alle tilfeller er de eldres økonomiske ressurser ujevnt fordelt i landet, med de implikasjonene det kan tenkes å få for framtidige eldres økonomiske handlingsrom.

Flere barnløse menn og mer ustabile familieforhold

Fordi vi kun ser litt over 20 år fram i tid, kan andelen barnløse 40 år og eldre i dag gi et bilde av situasjonen slik den kan bli. Vi har vist at den samlede fruktbarheten har falt, målt ved gjennomsnittlig barnetall. Andelen barnløse kvinner forventes imidlertid ikke å endre seg i særlig grad: Fallet i fruktbarhet som vi har sett den siste tiden skyldes at færre kvinner får *mange* barn. For menn er situasjonen noe annerledes. Med utgangspunkt i barnløsheten ved alder 40 år i dag, forventer vi at andelen barnløse menn i alderen 65-69 år vil øke fra rundt 13 prosent i dag til rundt 24 prosent i 2040, som tilsvarer en økning på rundt 80 prosent. For aldersgruppen 70-74 år dobles andelen barnløse, og vi forventer også en nær dobling i andel barnløse i aldersgruppen 75-79 år, fram mot 2040. Økningen forventes å bli noe mindre blant de aller eldste mennene.

Som nevnt er situasjonen mer flytende når det gjelder sivilstand og samboerskap, også i eldre aldersgrupper. Den langt vanligste årsaken til endringer i sivilstatus blant personer 65 år og eldre er at ektefellen dør, selv om separasjoner og skilsmisser også forekommer – dog langt sjeldnere. Enkelte gifter seg også, og både inngåelse og oppløsning av samboerskap forekommer. Av den grunn er det vanskelig å ta utgangspunkt i situasjonen i dag og konkludere om framtiden. Ifølge Keilman og Christiansen (2010) sine framskrivinger av aleneboende i Norge, vil det bli mindre vanlig for personer over 80 år å bo alene i 2032, sammenliknet med i dag. De konkluderer med at hovedårsaken til dette er at en større andel av de aller eldste vil ha en partner i live, og dermed bo med denne. Dette gjelder spesielt for menn, som de tillegger levealdersforskjellen mellom menn og kvinner, samt at menn i snitt er rundt to år eldre enn sine koner. Imidlertid er det en tendens til økende gjenbruk av menn, og hvorvidt husholdningsdannelser og -oppløsninger er tilstrekkelig godt modellert i Keilman og Christiansen til å ta høyde for endringer i denne tendensen, er ikke opplagt.

På regionalt nivå, har vi vist at de fylkesvise forskjellene i både barnløshet, barnetall og sivilstand og samboerstatus er relativt moderate. De har også vært påfallende stabile over tid. Imidlertid er det vesentlige forskjeller i kjønnsandelene mellom fylkene. Ser vi på personer i yrkesaktiv alder, har alle fylkene et mannsoverskudd. Men mens enkelte fylker har et stort mannsoverskudd, har andre

fylker en nokså lik andel kvinner og menn. Det er større kjønnsforskjeller mellom fylkene når vi ser på de som er 67 år og eldre. Forskjellen har imidlertid minsket de siste ti årene, og forutsettes å fortsette å minske fram mot 2040. Dermed vil det bli et likere antall eldre kvinner og menn i alle fylker og i de fleste kommunene framover. Dette gjør at den generelle trenden med færre aleneboende eldre forventes å fortsette framover, i alle fylker, dog med ulikt utgangsnivå. Finnmark har det minste kvinneoverskuddet i eldre år, mens det har vært, er og vil forbli, størst i Oslo.

Flere eldre innvandrere

Innvandrerne i Norge er i gjennomsnitt yngre enn den øvrige befolkningen. I dag er den klart høyeste andelen 18-39 år. Imidlertid er det også en markert andel i aldersgruppen 40-64 år, som i 2040 dermed vil være 'eldre' dersom de fortsatt befinner seg i Norge. Per i dag utgjør innvandrere 65 år og eldre bare 5 prosent totalt av befolkningen 65 år og eldre – mens de i 2040 forventes å utgjøre hele 14 prosent, ifølge hovedalternativet i Statistisk sentralbyrå sine framskrivinger.

Innvandring og antall innvandrere i Norge er imidlertid den komponenten i framskrivingene som er beheftet med størst usikkerhet. Imidlertid er den gjennomsnittlige innvandringsalderen nokså lav, og få innvandrere til Norge i eldre år. Utvandringsratene synker med økende alder og botid i landet, og framskrivingene tyder på at vi fram mot 2040 vil få stadig flere med lang botid, og dermed lav utvandrings sannsynlighet. Således kan vi forvente at mange av innvandrerne som allerede er i Norge, vil eldes her.

Det er i dag klart flest innvandrere i sentrale strøk på Sør-Østlandet, og Oslo ligger klart høyere enn andre fylker. Det er også en betydelig andel innvandrere i Akershus, Buskerud, Rogaland og Hordaland. Fylkene med lavest innvandrereandeler er Hedmark, Oppland, Nord-Trøndelag og Nordland. Også Finnmark har en nokså markert innvandrereandel. Med unntak av Oslo, finner vi de høyeste andelene av eldre innvandrere på det sentrale Østlandet, og da særlig i Østfold og Akershus, samt i sentrale deler av Agderfylkene, mens innvandrerne generelt er yngre i de nordligste fylkene og på Vestlandet.

Framover forventes en betydelig økning i antallet innvandrere, og mange av de som allerede er i landet, vil bli eldre og ha relativt lang botid i Norge. I hovedalternativet øker antall innvandrere med nesten 600 000 fram mot 2040, til 1,3 millioner, som tilsvarer en økning på rundt 80 prosent. På lang sikt blir det flest eldre innvandrere fra områdene *utenfor* Europa, Nord-Amerika og Oseania i årene som kommer. Dette innebærer at regionene med store andeler av innvandrere fra disse områdene vil kunne forvente den sterkeste aldringen blant innvandrere. Dette vil hovedsakelig gjelde de store byene (fra Trondheim og sørover) og byer og områder rundt disse på det sentrale Østlandet. Disse områdene har allerede i dag en relativt høy andel fra disse landområdene, og utflyttingsraten er nokså lav. Dermed vil innvandrerne i disse områdene med stor sannsynlighet eldes der de allerede er bosatt. I snitt har disse innvandrerne lavere utdanning enn andre innvandrere og den øvrige befolkningen, og de representerer kulturer og språk som er annerledes, med mulige implikasjoner for håndtering av egen helse, funksjonsnivå og mestring. Samtidig betyr dette at det forventes å bli relativt lave andeler av eldre innvandrere i mange distriktskommuner, særlig i de nordligste fylkene. I distriktskommunene er det hovedsakelig arbeidsinnvandrere som bosetter seg, og de har en tendens til å utvandre når de blir eldre. Imidlertid understreker vi igjen at innvandringsframskrivingene er svært usikre, og at vi ved å bryte ned svært usikre tall på regionalt nivå, øker usikkerheten og sannsynligheten for avvik. Regionale framskrivinger som både inkluderer innvandringsgrunn og aldersaspektet vil kunne gi nyttig informasjon om hvilke regioner som kan forvente en betydelig andel eldre

innvandrere framover, men slike framskrivinger vil være beheftet med betydelig usikkerhet.

Bedre helse?

Vi forutsetter at framtidens eldste aldersgrupper vil leve betydelig lenger enn de eldste i dag. Et økt antall leveår er et ubetinget gode såframt kvaliteten på de ekstra årene er god. Vi forventer en særlig sterk vekst blant de over 75 år. Det at den økte levetiden i stor grad kommer i relativt høye aldersgrupper, gjør imidlertid at mange allerede vil ha kroniske helseproblemer av ulike slag, og således ha disse med seg også i sin økte levetid. Hvorvidt problemene kan håndteres av den enkelte, i samarbeid med helsevesenet, eller hvorvidt flere vil ha behov for omsorgstjenester av ymse slag, er det ikke lett å gi et klart svar på. Imidlertid skjer det relativt mye på den teknologiske fronten, som kan bidra til at flere kan bruke sine ressurser til å leve mest mulig uavhengig, jamfør Hagen-utvalget som understreket dette som en mulig vei videre i sin konklusjon (NOU 2011).

Det er relativt markerte sosiale forskjeller i både sykelighet og dødelighet i Norge. Det er påvist forskjeller etter for eksempel utdanning, inntekt, yrke, posisjon i arbeidslivet, familiesituasjon og innvandrerbakgrunn.

Vi vet at helsen generelt er bedre blant personer med høy utdanning (Helsedirektoratet 2008), og som diskutert tidligere er dette trolig en konsekvens både av en reell årsakssammenheng og en seleksjonseffekt (Adams 2002; Lleras-Muney 2005; Silles 2009). Hvorvidt det å ha lengre utdanning vil være mer gunstig for eldres helse i framtiden enn i dag, er ikke opplagt. Imidlertid vil det trolig slå positivt ut at en økt andel av framtidens eldre vil ha bedre utdanning sammenliknet med dagens situasjon. Vi har derfor her konkludert med at denne typen ressurser mest sannsynlig vil føre til en bedre helse blant framtidens eldre, både gjennom helseatferd, egen mestring og funksjonsdyktighet, men også i samspill med hjelpeapparatet.

I Norge har det til nå vært en sterkere sammenheng mellom utdanning og helse, enn mellom inntekt (i vid forstand) og helse. I internasjonal litteratur tillegges dette ofte at helsetjenester i stor grad er offentlige og i mindre grad avhengig av personers privatøkonomi enn i land med et sterkere innslag av private tjenester. Videre er det et relativt sterkt samsvar mellom utdanning og inntekt i Norge. Likevel er det studier som tyder på at inntekt, justert for utdanning, kan ha en selvstendig effekt (Dahl mfl. 2014). Ved at eldre kan antas å være bedre stilt økonomisk framover, kan dette således bidra til bedre helse blant framtidens eldre. Imidlertid tyder både studier fra Norge (Kinge mfl. 2015; Moe mfl. 2012) og andre land (Crimmins mfl. 2009) på at betydningen av denne typen ressurser er sterkest i yngre år, og svekkes med økende alder. Således kan det tenkes at betydningen blir noe mindre for de aller eldste i framtiden enn det vi her foreslår.

Når det gjelder familieliv, er helsen generelt bedre hos kvinner og menn som er foreldre, og for personer som lever i et parforhold (Berntsen 2011; Kravdal 2013). For både foreldreskap og partnerskap er det to forhold som antas å ligge bak: Seleksjon og sosial kontroll. Vi vet at på grunn av en økt andel barnløse menn og sentralisering er det stadig flere eldre som ikke bor i samme by som sine (eventuelle) voksne barn. Dette kan bety en noe svekket sosial kontroll og færre muligheter for uformell omsorg. Videre viser amerikansk forskning på uformell omsorg at det er mindre vanlig å hjelpe samboere enn ektefeller, og også at voksne stebarn i mindre grad enn egne barn bidrar (Nöell-Miller 2011). I Norge ser dette noe annerledes ut: Sammenliknet med gifte, rapporterer samboere at de får like sterk følelsesmessig støtte fra svigerfamilien og gir like mye hjelp til partners foreldre (Slagsvold og Hansen 2011). Forfatterne konkluderer med at det dermed er liten grunn til å uroe seg for tilgangen til uformell hjelp til gamle selv om

samboerskap øker, fordi samboere synes å være like gode svigersønner og -døtre som de gifte. Når det gjelder oppløsning av parforhold, finner Daatland og Herlofson (2011) at skilte foreldre jevnt over har sjeldnere kontakt og et mindre nært forhold til barna enn ikke-skilte, og at dette gjelder særlig skilte fedre, i tråd med Nöell-Miller (2011). De konkluderer med at det er vanskelig å vite hvorvidt dette skyldes selve skilsmissen eller prosesser forut for den. Vi har her tatt utgangspunkt i at betydningen av familie for helse og velferd vil være noenlunde lik i framtiden som den er i dag, men at endrete mønstre vil ha betydning. Det at flere eldre menn vil være barnløse, kan virke negativt inn, mens det at færre eldre vil bo alene, kan virke positivt inn. Samtidig kan det at eldre i enkelte distrikter vil ha lengre avstand til sine voksne barn, slå negativt ut – som vist i amerikanske studier (Redfoot mfl. 2013; Ryan mfl. 2012).

Det er gjort flere studier på innvandrerhelse og -dødelighet i Norge de siste årene. Generelt har innvandrere som kommer på grunn av utdanning og arbeid svært god helse, mens den er noe dårligere for flykninger og familieinnvandrere. Likevel er helsen i gjennomsnitt også blant sistnevnte grupper bedre enn for befolkningen ellers (Diaz mfl. 2015). Det samme finner man også man ser på bruk av helsetjenester (Elstad 2016; Sandvik mfl. 2012; Diaz og Kumar 2014). Dette gjenspeiles også i dødelighetsmønsteret, da innvandrere generelt har lavere dødelighet enn befolkningen ellers (Syse mfl. 2016c; Syse og Dzamarija 2016). Tilsvarende mønster finner man når man undersøker landbakgrunn, som i mange tilfeller sammenfaller med innvandringsgrunn. Dette mønsteret er tydelig til tross for at innvandrere i gjennomsnitt har lavere utdanning enn befolkningen ellers, og at de i mindre grad lever i samliv fordi flere har sine barn og/eller sin partner i sitt opprinnelsesland eller i et annet land. Mens innvandrere som har vært kort i Norge, synes å ha bedre helse enn befolkningen ellers, svekkes helsen deres med økende botid i Norge (Elstad 2016; Syse mfl. 2016c). Dermed kan det tenkes at framtidens eldre innvandrere med lang botid vil ha noe dårligere helse enn dagens innvandrere – og dermed en helse som er likere den i befolkningen ellers. I oppsummeringen her har vi konkludert med at vi tenker det er trolig at innvandrere vil ha tilnærmet lik helse som befolkningen ellers i framtiden.

Med mindre helsen blant de aller eldste bedres markant framover, og/eller kommunene legger til rette for at nærmiljøet rundt eldre gjør de i stand til å utnytte sine ressurser fullt ut og dermed leve selvstendig og med et lavt hjelpebehov lengst mulig, vil en slik regional aldring som her er beskrevet kunne innvirke markant på oppgaver og utgifter knyttet til helse- og omsorgstjenester i mange kommuner framover. De aller eldste forventes å bli langt flere, og er i dag storforbrukere av helsetjenester, og særlig pleie- og omsorgstjenester. Hvorvidt de framover i større grad vil ha behov for helsetjenester enn pleie- og omsorgstjenester vil i stor grad avhenge av tilretteleggingen og tilbudene som ytes i lokalmiljøene der de befinner seg.

11.2. utfordringer og muligheter på nasjonalt nivå

På nasjonalt nivå har vi lenge forutsett befolkningsaldring, og mange tiltak er iverksatt eller vurderes. Som eksempler kan nevnes at aldersgrensene i arbeidslivet er hevet noe og at pensjonssystemet er vesentlig endret. Samhandlingsreformen er innført for å flytte mer av behandlingen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Ifølge Statistisk sentralbyrås nasjonale framskrivinger, vil aldringen av befolkningen ta til for alvor etter rundt 2030-2035. De nærmeste årene vil imidlertid aldringen være relativt svak på nasjonalt nivå, som gir rom for nødvendig planlegging.

I hvor stor grad de ovennevnte tiltakene vil nytte og/eller være tilstrekkelig avhenger imidlertid av framtidige Eldres helse og funksjon. Når det gjelder arbeidslivsdeltakelse, kan det diskuteres i hvor stor grad det vil være mulig og nyttig å heve aldersgrensene i arbeidslivet. Hvor mange flere som da vil (ha mulighet til å) velge å stå lenger i jobb bør undersøkes nærmere. Det bør også undersøkes hvorvidt dette eventuelt vil kunne få negative konsekvenser for Eldres deltakelse i annet samfunnsarbeid, som frivillig arbeid og/eller uformell omsorg for svært gamle foreldre, partner, voksne barn, barnebarn, venner med videre. Det kan tenkes at arbeidsdeltakelsen vil økes mer ved en heving av den nedre aldersgrensen fra 62 til 65 år, slik at man øker arbeidstilbudet i aldersgrupper som i større grad kan tenkes å være arbeidsføre. En slik heving kan tenkes å øke arbeidstilbudet noe i pleie- og omsorgsykker, særlig blant eldre kvinner, hvor det er forventet et underskudd framover, som vist i kapittel 10. Samtidig vil en slik heving gjøre det vanskeligere for folk som kan ha behov for det å pensjonere seg tidlig.

Videre er det slik at endringene i pensjonssystemet vil slå ulikt ut økonomisk for de som har helse til å jobbe lenge og de som ikke har det, siden det lønner seg å pensjonere seg ved høyere aldre. Dette kan få store konsekvenser for utviklingen i sosial ulikhet framover. Og i hvor stor grad eldre velger eller får muligheten til å stå lenger i arbeid vil dels også avhenge av hvilken antatt nytte arbeidsgivere vurderer de har av eldre arbeidstakere, og helsen og trivselen til de eldre som er i arbeid. Her ser det ut til at det er en positiv trend på gang, men mer forskning vil være nyttig før eventuelle aldersgrenser endres.

Når det gjelder flytting av tjenester fra spesialisthelsetjenesten og til primærhelsetjenesten, er dette noe som fordrer velfungerende og velbemannede tjenester i kommuner og/eller regioner (der interkommunalt samarbeid er iverksatt). Hvorvidt de mange og dels små distriktskommunene i Norge vil klare en slik opprustning framover, vites ikke (se for eksempel Helse- og omsorgsdepartement 213). Dette er også problematisert av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2017) som finner dels store regionale variasjoner i behandling av både yngre og eldre pasienter, som i liten grad forklares ved trekk ved pasientene selv.

11.3. Store regionale variasjoner i Eldres ressurser og ressurstilgang

En økt sentralisering, særlig av yngre, er en trend som har foregått over en svært lang tidsperiode og som det kan være vanskelig å snu. Statistisk sentralbyrås framskrivinger forutsetter derfor at denne trenden vil fortsette fram mot 2040. Dette innebærer at det vil bli stadig flere eldre relativt til antall yngre i distriktene framover. Altså er det samlet sett svært sikkert at det vil bli flere eldre i de aller fleste distriktskommunene i landet framover. Likeledes er det sikkert at framtidens eldre vil ha høyere utdanning enn dagens eldre. Men det er ikke like sikkert at framtidens eldre vil ha en bedre privatøkonomi. Pensjonsreformen innebærer også en innstramming av ytelsene fra Folketrygden (sammenholdt med lønn) dersom ikke uttaket utsettes i tilstrekkelig grad. Selv om avgangene utsettes noe, kan de årlige pensjonsytelsene tape seg i verdi dersom tendensen til tidlig uttak fortsetter. Dette kan innebære at framtidens eldre vil kunne få en lavere inntekt som pensjonister sammenliknet med situasjonen i dag.

Aldringen og de Eldres ressurser er også svært ujevnt fordelt. De fylkene der vi kan forvente den sterkeste aldringen framover, er samtidig fylker der de eldre har lavest utdanningsnivå og minst økonomiske ressurser, mens de mest ressurssterke eldre (når det gjelder utdanning og økonomiske forhold) bor i fylkene der aldringen vil bli svakest.

Ser vi på ressurser blant de eldre selv, og hvordan dette forventes å fordele seg regionalt framover, er det variasjoner langs alle dimensjonene som her er undersøkt. Når det gjelder utdanning, er det fylker med storbyer og store utdanningsinstitusjoner som kommer best ut og har hatt den sterkeste økningen over tid, mens fylker med mer rurale bosettingsmønstre ligger lavere og har hatt en svakere vekst. Spesielt gjelder dette Østfold, Hedmark, Oppland og Sogn og Fjordane. Når det gjelder økonomi, er det Akershus og Rogaland som kommer best ut, med litt ulike utslag for menn og kvinner, mens situasjonen i Østfold, Hedmark, Telemark, Nord-Trøndelag og Finnmark er mindre oppløftende. Når det gjelder bolig, er det å ikke eie egen bolig klart vanligst i Oslo, og ellers i landet er det relativt høye andeler som eier sin egen bolig. Dagens eldste (80 år og eldre) er unntaket, her er andelen som ikke eier gjennomgående nokså høy i mange fylker. Imidlertid er andelene som ikke eier langt lavere blant middelaldrende og eldre, som kan bety at framtidens eldre i større grad enn i dag vil eie sin egen bolig, med den økonomiske sikkerheten det innebærer. Når det gjelder familieliv, er det jevnt over små regionale variasjoner, med unntak av at det er en langt høyere andel barnløse i Oslo enn i resten av landet. Det er også nokså små forskjeller mellom fylker i sivilstatus, og i alle fylker forventes andelen aleneboende å gå noe ned framover. Ser vi på innvandring, er det særlig det sentrale Østlandet som har en stor andel fra Asia, Afrika etc., og som kan forvente å få en betydelig andel eldre innvandrere framover.

Ser vi alle disse faktorene i sammenheng med helse, kan det se ut som om enkelte områder vil komme godt ut når det gjelder ressurser blant eldre framover. I disse områdene er samtidig tilgangen på arbeidskraft god, og eldreomsorgsbyrdene er lavere enn andre steder i landet. Dermed forventer vi en stor grad av ulikhet når det gjelder fordeling av Eldres ressurser, Eldres lokalmiljø, og således deres muligheter for aktiv aldring i tiden som kommer.

Disse ulikhetene gjenspeiles også når vi ser på det lokale tilbudet av velferdsordninger: Norge har velutbygde velferdsordninger på helse- og velferdsområdet, og pleie- og omsorgstjenester er tilgjengelige på kommunalt nivå. Men det er markerte regionale forskjeller i tjenestetilbud og etterspørsel (Otnes og Haugstveit 2015; Balteskard 2017). Disse forskjellene er i stor grad lite forklart, selv om både sammensetningseffekter og avstand til tjenester er vurdert (Elstad og Koløen 2009; Kravdal 2006; Kravdal 2010; Kravdal mfl. 2015; Balteskard 2017). Den framskrevne økningen i antallet eldre kombinert med en forventet standardøkning i tjenestene vil trolig fordele en vesentlig opprusting av helse-, pleie- og omsorgssektoren i mange distriktskommuner, deriblant en vesentlig økning i antallet ansatte. Ser vi på fylkesforskjeller, er det særlig Hedmark, Oppland, Sogn og Fjordane, Telemark og Nordland som kan forvente høye omsorgsbyrder framover. Likeledes gjelder for enkeltkommuner innenfor disse fylkene, og også noen kommuner i øvrige fylker. Som eksempler kan nevnes Loppa, Engerdalen, Vanylven, Aremark, Grue, Rendalen, Norddal, Rørvik, Leka, Bindal, Beiarn, Tjeldsund, Røst, Bø og Dyrøy – som alle forventes å få eldreomsorgsbyrder på over 0,80 i 2040. Samtidig ligger mange av disse kommunene usentralt til, noe som medfører lang reisevei for eventuelle pendlere. Denne typen kommuner kan dermed komme til å få problemer med å rekruttere tilstrekkelig med både faglært og ufaglært personell. Videre kan det forventes at økonomien i kommuner med relativt færre i yrkesaktiv alder vil bli dårligere enn den er per i dag. Dette kan igjen få betydning for forebyggende helsearbeid og aktivitetstilbud til eldre i form av sosiale aktiviteter som er viktig for mestring, livskvalitet og for å forebygge funksjonsnedsettelse og ensomhet. Samtidig kan det tenkes at denne typen aktiviteter vil være særdeles viktig i disse kommunene, da tilgangen på uformell omsorg fra voksne barn kan antas å være mindre enn i mer sentrale kommuner. Hvorvidt noe av dette kan kompenseres med tiltak som for eksempel 'likemansarbeid', bør utredes.

Flyttingen av tjenester fra spesialisthelsetjenestene til kommunene kan gi økt ulikhet i tilbud (og etterspørsel) for kommuner med ulike ressurser – og dermed også for eldre bosatt på ulike steder. Med økt forekomst av overlevelse etter sykdommer som krever relativt spesialisert oppfølging kan dette gi økt ulikhet for kommuner avhengig av plassering og muligheter for tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Langsiktig og konkret planlegging vil være nødvendig, og prioriteringsdiskusjoner vil bli sentrale. Både nasjonale og regionale politikere blir nødt til å gjøre krevende valg i prioriteringer mellom helse og andre sektorer, mellom ulike sykdomsgrupper, og innad i sykdomsgrupper. Likeledes kan det tenkes at enkelte kommuner vil merke en interessekonflikt mellom behov i den eldre og yngre delen av befolkningen. Flere eldre betyr at stadig flere utenfor arbeidslivet vil ha stemmerett, med de utfordringene dette eventuelt vil bringe med seg. En mer utførlig diskusjon av samfunnsmessige implikasjoner av aldring i et internasjonalt perspektiv er tilgjengelig i Bloom med flere (2015) og Prince med flere (2015).

Oppgaver og utgifter i de regionale helse- og omsorgstjenestene vil øke framover, fordi de eldre blir langt flere. Som vist her, er de aller eldste i dag storforbrukere av helserelaterte tjenester, og da særlig pleie- og omsorgstjenester. Denne oppsummeringen kan bidra som en oppfordring til å intensivere arbeidet med å kartlegge lokale behov og utvikle handlingsplaner som også inkluderer retningslinjer for prioriteringer. Implikasjonene og konsekvensene av de ulike scenarioene om framtidig sykkelig er imidlertid dels ulike:

- Dersom sykkeligheten forlenges vil det være vanskelig å øke arbeidstilbudet blant eldre, samtidig som behovet for tjenester relatert til helse, pleie og omsorg vil øke markant. Med økende omsorgsbyrder for eldre og relativt færre i yrkesaktiv alder kan det derfor bli vanskelig å møte framtidige eldres behov i enkelte distriktskommuner, både i form av personell til å arbeide i omsorgssektoren og når det gjelder å få kommuneøkonomien til å gå rundt.
- Dersom sykkeligheten utsettes og eldre står lenger i arbeid, vil det mest sannsynlig bli et økt behov for pleie og omsorg blant de eldste eldre. Mange steder vil dette kunne møtes adekvat ved at yngre eldre forlenger sin arbeidsdeltakelse. Dels kan behovet møtes ved at de som står utenfor arbeidslivet (g dermed har lavere alternativkostnader enn eldre yrkesaktive) kan bistå de aller eldste ('likemannsarbeid'). Eldre med god helse vil også kunne bistå i uformell omsorg av eldre med dårlig helse, om det er gamle foreldre, ektefeller, venner eller naboer. De kan også bistå på andre arenaer i lokalsamfunnet, som i frivillig arbeid, i barnehager, leksehjelp, integreringsarbeid med flykninger med videre.
- Dersom sykkeligheten komprimeres, vil de negative konsekvensene av aldring være mindre både for de eldre selv og for lokalsamfunnene de er en del av, sammenliknet med i de to øvrige scenarioene. Da vil det være gode muligheter for økt arbeidsdeltakelse i eldre år, likemannsarbeid og annen frivillig virksomhet, samt at eldre selv vil kunne oppleve mestring og selvstendighet i høye aldre. Således er dette i tråd med perspektivet om aldersvennlige samfunn og aktiv aldring. Hvorvidt dette lar seg gjennomføre, vil mest sannsynlig avhenge av i hvilken grad kommunene selv evner å skape møteplasser og sette ting i system. Forskning viser at det er få eldre som ikke har vært aktive i for eksempel frivillighet, som blir det når de pensjonerer seg (Solem 2016). Dermed vil en slik mulig bruk av eldres ressurser trolig kreve en viss 'rekruttering' og tilrettelegging.

Oppsummert er det opplagt at det er et stort potensial for å bedre helse og mestring og dermed legge til rette for at eldrebefolkningen kan være aktive og selvstendige lenger, uavhengig av hvilket av de tre scenarioene vi vil møte i fremtiden. Eldre i

Norge i dag er en dels lite utnyttet ressurs (jf. undersøkelser om Eldres innsats i frivillig arbeid, se for eksempel Solem mfl. 2011), og i tiden som kommer vil lokalsamfunn være tjent med 'å spille de eldre gode', for å bruke en sportsmetafor. Dette vil kreve innsats, men trolig gi gode resultater. Studier tyder på at både dagens og framtidens eldre *ønsker* å bidra i samfunnet, gitt at det legges til rette for det (Haugen og Logstein 2017).

De neste 25 årene vil endre den demografiske sammensetning av Norge betydelig. En snarlig regional planlegging for de ulike scenarioene som her er skissert vil være viktig for at eldre i Norge skal få en bra alderdom – der de bor – og for at Norge skal være et aldersvennlig samfunn i framtiden.

11.4. Avsluttende kommentarer

Formålet med analysene i denne rapporten var å få mer kunnskap om regional aldring og mulige konsekvenser for eldre selv og kommunene de er bosatt i. Et særskilt fokus ble rettet mot Eldres ressurser og deres helse, og hvordan helsen påvirkes av andre kjennetegn, som utdanning, inntekt, formue og gjeld, boforhold, familieforhold og innvandringsbakgrunn.

Aldringen i Norge er i dag svakere enn i mange sammenliknbare land, og også den framskrevne eldrebølgen i Norge vil bli langt svakere enn det som forventes andre steder (se for eksempel Raftery mfl. 2013). Dette skyldes at Norge har hatt et mindre fall i fruktbarheten og en relativt høy innvandring av yngre kohorter sammenliknet med andre land i for eksempel Europa – samtidig som levealderen vår ikke er blant de aller høyeste. I 1960-årene hadde Norge en av Europas eldste befolkninger målt i medianalder. Siden da har de fleste europeiske land hatt en raskere aldring enn Norge (Eurostat 2017). I dag har Tyskland og Italia noen av Europas eldste befolkninger, med en medianalder på nær 46 år. Halve den tyske og italienske befolkningen er altså eldre enn 46 år, og halve befolkningen er yngre. Disse to landene har også lave barnetall per kvinne. Også Sverige og Finland har en sterkere aldring enn Norge.

Det at Norges aldring er svakere enn andre land som vi ellers kan sammenlikne oss med, gjør at vi kan se på hvilke utfordringer disse landene har møtt, samt hvilke løsninger de har valgt. Dermed kan vi dra nytte av at vår aldring til nå har vært relativt moderat. På nasjonalt nivå har vi dessuten noen år på oss til å planlegge og iverksette mulige løsninger. Som en begynnelse kan det kanskje være aktuelt å se til våre naboland, som vi på mange måter er svært like når det gjelder geografi, helse og velferd.

I et nasjonalt perspektiv vil framtidens eldre ha et høyere utdanningsnivå og trolig en høyere livsløpsinntekt enn dagens eldre, mens utviklingen i nettoformue er mer usikker. Det høye utdanningsnivået vil antakelig bidra til å bedre helsen blant eldre framover. Samtidig vil noen flere av framtidens eldre motta lavere pensjonsutbetalinger, være innvandrere, og noen flere vil ha brokete familiehistorier når det gjelder samlivsmønstre. Andelen barnløse menn vil øke. Samtidig vil flere eldre ha en partner i live fram mot 2040, men denne trenden forventes etter dette tidspunktet å snu (Keilman og Christiansen 2010). Endringer i de unges flyttemønstre mot sentrale strøk kan føre til at flere eldre i framtiden vil bo lenger unna sine voksne barn. Dette kan ha konsekvenser for tilgjengelighet på sosial kontakt og uformell omsorg. Videre er det en utfordring framover at ulikheten i helse og muligheter kan tenkes å øke fordi ressursene vil være ulikt fordelt blant eldre med og uten familie, høy utdanning, god økonomi med videre. I denne rapporten har vi i all hovedsak sett på gjennomsnitt og ikke variasjon. Framtidige studier bør i større grad også undersøke variasjonen i ressurser hos eldre og deres nærmeste.

Vi forventer også markerte forskjeller mellom fylker og kommuner. Mens eldre som gruppe vil være mer ressurssterke enn i landet ellers i enkelte områder, vil dette være motsatt i andre områder. Områder som særlig kan virke utsatt er distriktskommuner som ligger usentralt til, hvor eldre generelt har lavere utdanning og en mindre heldig privatøkonomi, og hvor arbeidsmarkedet er begrenset på grunn av lange pendleravstander. I disse områdene vil eldres ressurser være noe svakere, og således kan det tenkes at deres evne til å bidra i lokalsamfunnet potensielt kan være mindre enn i andre områder. Samtidig vil dette være områder hvor de eldre utgjør en markert andel med behov for hjelp fra det offentlige. Dermed kan det bli vanskelig å prioritere bruk av offentlige ressurser i områder hvor disse er begrenset i utgangspunktet.

Avslutningsvis bør det understrekes at framskrivingene og analysene i denne rapporten i stor grad understreker *utfordringer* framover. Det vil trolig også oppstå mange spennende muligheter framover. Disse mulighetene overskuer vi ikke fullt ut i dag, fordi vi ikke kjenner til hvordan den teknologiske utviklingen, medisinske nyvinninger, endringer i sosiale og kulturelle forhold med videre kan komme til å endre flere livsbetingelser for både unge og eldre i tiden som kommer – i bygd og by. Utviklingen med lengre liv og flere eldre representerer en betydelig endring, både for våre egne liv men også for hvordan vi tenker og planlegger for ulike livsfaser. Ifølge Statistisk sentralbyrås hovedalternativ vil det mot slutten av 2030-tallet for første gang være flere eldre (65+ år) enn yngre (< 20 år) i Norge. Hvordan en slik endring i befolkningssammensetningen kan og bør innvirke på hvordan lokalsamfunn innretter seg for å fungere mest mulig optimalt, har vi lite kunnskap om i dag. Framtidens eldre vil, som gruppe, ha mange ressurser og forholdsvis god kjøpekraft, og dermed kunne påvirke lokale markeder for relevante varer og tjenester. En tilrettelegging for og en tydelig verdsetting av eldres innsats og bidrag i lokalsamfunn vil være særlig viktig for kommuner som forventer en sterk aldring. Samtidig vil det trolig også være viktig for de eldre selv i disse kommunene. Selv om sykkelighet øker med alderen, og spesielt i perioden tett opp mot døden, vil langt de fleste av oss ha mange år hvor helsen ikke vil forhindre oss fra å bidra, og særlig dersom det skapes møteplasser og tilrettelegges for denne typen bidrag. Slik sett står kommuner, med nærhet og kjennskap til lokale forhold, i en særstilling når det gjelder å kunne utnytte mulighetsrommet for å ta denne typen ansvar. Aldringen i mange kommuner vil opplagt bli en utfordring framover. Imidlertid er det trolig at det vil være forskjeller mellom kommuner når det gjelder i hvilken grad de evner å møte utfordringen – som igjen vil være med på å forme hvordan utviklingen blir for både eldre og yngre i de respektive kommunene.

Referanser

- Aamodt PO, Stølen NM (2003): Vekst i utdanningssystemet. I Raabe P, Aasen P, Aamodt O mfl. (red): Utdanning 2003 – ressurser, rekruttering og resultater. Statistiske analyser, Statistisk Sentralbyrå
- Adams SJ (2002): Educational Attainment and Health: Evidence from a Sample of Older Adults. *Education Econ* 10(1):97-109
- Aunsmo RH, Holmen J (2017): Er eldre HUNT-deltagere friskere enn før? *Tidsskr norsk legeforening* 18;137(17)
- Bähler C, Huber CA, Brüngger B mfl. (2015): Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Serv Res* 22(15):23
- Balteskard L (2017): Eldrehelseatlas for Norge. En oversikt og analyse av somatiske helsetjenester for befolkningen 75 år og eldre for årene 2013–2015. Rapport 2/2017, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
- Barlindhaug R (1995): Kan eldres boligformue redde velferdsstaten? Mulige virkninger av å omgjøre bundet kapital i bolig til kontanter. Rapport 86/1995, Norges byggforskningsinstitutt.
- Barlindhaug R (2003): Eldres boligkarrierer og formuesforvaltning. Rapport 350/2003, Norges byggforskningsinstitutt
- Bergland A, Jørgensen L, Emaus N mfl. (2017): Mobility as a predictor of all-cause mortality in older men and women: 11.8 year follow-up in the Tromsø study. *BMC Health Serv Res* 17(1):22
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE mfl. (2011): Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med* 155:97-107
- Berntsen KN (2011): Trends in total and cause-specific mortality by marital status among elderly Norwegian men and women. *BMC Public Health* 6(11):537
- Berge T, Øien H, Jakobsson N (2014): Formell og uformell omsorg: Samspillet mellom familien og velferdsstaten. Notat 3/2014, NOVA
- Bloom DE, Chatterji S, Kowal P mfl. (2015): Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet* 385(9968):649-57
- Blom S (2014): Sysselsetting og økonomiske overføringer blant sju ankomstkohorter av innvandrere observert i perioden 1993–2010. Rapport 38/2014, Statistisk sentralbyrå.
- Bosnes I, Almkvist O, Bosnes O mfl. (2017): Prevalence and correlates of successful aging in a population-based sample of older adults: the HUNT study. *Int Psychogeriatr* 29(3):431-40
- Bratsberg B, Røed K, Raaum O (2010): When minority labor migrants meet the welfare state. *Journal of Labor Economics* 28(3):633-76
- Bratsberg B, Røed K, Raaum O (2011): Yrkesdeltaking på lang sikt blant ulike innvandrergupper i Norge. Rapport 1/2011, Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning
- Bratsberg B, Raaum O, Røed K (2016): Flyktninger på det norske arbeidsmarkedet. *Søkelys på arbeidslivet* 33(3):185-207
- Bråthen R, Hjemås G, Holmøy E mfl. (2015): Bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten mot 2040. Rapport 29/2015, Statistisk sentralbyrå

- Cappelen A, Skjerpen T, Tønnessen M (2016): Befolkningsframskrivningene 2016-2100: Inn- og utvandring. Økonomiske analyser 3/2016
- Carlson E (2008): *The lucky few: Between the greatest generation and the baby boom*. Springer: New York
- Case A, Deaton A (2015): Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *PNAS* 112(49):15078–83
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012): Older Americans 2012: Key indicators of well-being. www.nia.nih.gov/sites/default/files/2017-07/nia-strategic-directions-2016.pdf
- Chatterji S, Byles J, Cutler D mfl. (2015): Health, functioning, and disability in older adults – present status and future implications. *Lancet* 385(9967):563-75
- Chernew M, Cutler DM, Ghosh K mfl. (2016): Understanding the improvement in disability-free life expectancy in the US elderly population. NBER WP 22306. www.nber.org/papers/w22306
- Christensen K, Thinggaard M, Oksuzyan A mfl. (2013): Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *Lancet* 382:1507-13
- Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H (2011): Mortality and morbidity trends: Is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 66B(1):75-86
- Crimmins EM, Kim JK, Seeman TE (2009): Poverty and biological risk: The earlier “aging” of the poor. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 64a(2):286-92
- Daatland SO, Herlofson K (2011): Flere skilte: svekket familiesamhold? I Slagsvold B, Solem PE (red): *Morgendagens eldre: En sammenlikning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. Rapport 11/05:59-72, NOVA
- Dahl E, Bergsli H, van der Weel K (2014): Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Dapi B, Gjefsen HM, Sparrman V, Stølen NM (2016): Education-specific labour force and demand in Norway in times of transition. Rapport 31/2016, Statistisk sentralbyrå
- Dartmouth Institute (2017): Reflections on variations, in *The Dartmouth atlas of health care*, www.dartmouthatlas.org/keyissues/issue.aspx?con=1338
- Diaz E, Kumar BN (2014): Differential utilization of primary health care services among older immigrants and Norwegians: a register-based comparative study in Norway. *BMC Health Serv Res* 26(14):623.
- Diaz E, Kumar BN, Gimeno-Feliu LA mfl. (2015): Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay. *Trop Med Int Health* 20(12):1805-14
- Elstad JI (2016): Register study of migrants' hospitalization in Norway: world region origin, reason for migration, and length of stay. *BMC Health Serv Res* 26(16):306
- Elstad JI, Koløen K (2009): Utdanningsforskjeller i helse relatert atferd er like store over hele landet. Notat 3/2009, NOVA
- Eurostat (2017): Population: Structure indicators. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjanind&lang=en
- Falk H, Johansson L, Ostling S mfl. 2014): Functional disability and ability 75-year-olds: a comparison of two Swedish cohorts born 30 years apart. *Age Ageing* 43:636-41

- Fiva JH, Hægeland T, Rønning M mfl. (2014): Access to treatment and educational inequalities in cancer survival. *J Health Econ* 36:98-111
- Folkehelseinstituttet (2014): Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge (pdf). Rapport 4/2014, Folkehelseinstituttet. www.fhi.no
- Folkehelseinstituttet (2015): Dødsårsaksregisteret/Dødsårsaker for 2014: Kreft stabilt, demens øker. www.fhi.no/helseregistre/dodsaarsaksregisteret
- Folkehelseinstituttet (2016): Sykdomsbyrdeprosjektet. www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/
- Folkehelseinstituttet (2017a): Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>
- Folkehelseinstituttet (2017b): Folkehelse rapporten. Levealderen i Norge (pdf). www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning-og-levealder/levealderen-i-norge---folkehelse-rap/
- Fries JD (1980): Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England J Med* 303(3):130-35
- Gregersen FA (2014): The impact of ageing on health care expenditures: a study of steepening. *Eur J Health Econ* 15(9):979-89
- Gulbrandsen, L. (2016): Husholdningenes gjeld og formue i Norge høsten 2015. Notat 3/2016, NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Gulbrandsen I, Langsether Å (2001): The elderly; asset management, generational relations and independence. Presentasjon på 5th European Sociological Association Conference, Helsinki
- Haga O, Lien OC (2017): Utviklinga i pensjonering og sysselsetjing blant seniorar. *Arbeid Velferd* 2/2017
- Hagen T mfl. (2016): Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner. www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/prosessevaluering-samhandlingsreformen/prosessevaluering-av-samhandlingsreformen-sluttrapport-31jan2016.pdf
- Haugen MS, Logstein B (2017): Frivillighetens plass i distriktskommuners eldreomsorg. En forprosjektrapport. Rapport fra Bygdeforskning
- Helsedepartementet (2005–2006): Mestring, muligheter og mening. St. meld. 25 (2005-2006), Helsedepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013): Meld.St. 29 (2012-13) Morgendagens omsorg, Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016): Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, Helse- og omsorgsdepartementet
- Helsedirektoratet (2008): Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn. Helsedirektoratet
- Holmøy E, Haugstveit FV, Otnes B (2016): Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren. Rapport 20/2016, Statistisk sentralbyrå
- Holmøy E, Nielsen VO (2008): Utviklingen i offentlig ressursbruk knyttet til helse og omsorgstjenester. En oversikt over relevant faglitteratur. Rapport 42/2008, Statistisk sentralbyrå
- Huisman M, Kunst AE, Bopp M mfl. (2005): Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet* 365(9458):493-500

- Hülür G, Infurna FJ, Ram N mfl. (2013): Cohorts based on decade of death: No evidence for secular trends favoring later cohorts in cognitive aging and terminal decline in the AHEAD study. *Psychol Aging* 28(1):115-27
- Jagger C, Matthews FE, Wohland P mfl. (2016): A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet* 387(10020):779-86
- Jakobsson N, Hansen T, Jakobsson SS (2013): Omfang av offentlig omsorg i kommunen - påvirker det holdninger og faktisk familieomsorg? I Daatland SO, Slagsvold B (red): Vital aldring og samhold mellom generasjoner: Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) – runde 1 og 2. Rapport 15/2013:245-257, NOVA
- Keilman N, Christiansen S (2010): Norwegian elderly less likely to live alone in the future. *Eur J Population* 26:47-72
- Kinge JM, Steingrimsdóttir ÓA, Moe JO mfl. (2015): Educational differences in life expectancy over five decades among the oldest old in Norway. *Age Ageing* 44(6):1040-5
- Kornstad T (2017): Utvikling i befolkningens forsørgelsesrater på kommunenivå som følge av en aldrende befolkning. *Økonomiske analyser* 3/2017
- Kravdal Ø, Alvær K, Bævre K mfl. (2015): How much of the variation in mortality across Norwegian municipalities is explained by the socio-demographic characteristics of the population? *Health Place* 33:148-58
- Kravdal Ø (2013): The poorer cancer survival among the unmarried in Norway: is much explained by comorbidities? *Soc Sci Med* 81:42-52
- Kravdal Ø (2010): The importance of community education for individual mortality: a fixed-effects analysis of longitudinal multilevel data on 1.7 million Norwegian women and men. *J Epidemiol Community Health* 64(12):1029-35
- Kravdal Ø (2006): Does place matter for cancer survival in Norway? A multilevel analysis of the importance of hospital affiliation and municipality socio-economic resources. *Health Place* 12(4):527-37
- Krefregisteret (2016): Cancer in Norway 2015 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Krefregisteret
- Langballe EM, Strand BH (2015). Vil fremtidens eldre være friskere? *Tidsskr norsk legeforening* 2(135):113–114
- Leknes S, Syse A, Tønnessen M (2016): Befolkningsframskrivingene 2016. Dokumentasjon av modellene BEFINN og BEFREG. Notater 14/2016, Statistisk sentralbyrå
- Leknes S (2016): Regionale befolkningsframskrivinger 2016-2040: Flytteforutsetninger og resultater. *Økonomiske analyser* 3/2016, Statistisk sentralbyrå
- Leopold T, Raab M, Engelhardt H (2014): The transition to parent care: Costs, commitments and caregiver selection among children. *J Marriage Family* 76(2):300-18
- Lian Nesbakken R, Thoresen TO (2013): Skattesystemets omfordelende effekt 2005-2013. Rapport 29/2013, Statistisk sentralbyrå
- Lleras-Muney A (2005): The relationship between education and adult mortality in the US. *The Review Economic Studies* 72(1):189-221
- Lowsky DJ, Olshansky SJ, Bhattacharya J mfl. (2014): Heterogeneity in healthy aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 69(6):640–9

- Moe JO, Hagen TP (2011): Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986 – 2008. *Eur J Ageing* 8:49-61
- Moe JO, Steingrimsdóttir ÓA, Strand BH mfl. (2012): Trends in educational inequalities in old age mortality in Norway 1961-2009: a prospective register based population study. *BMC Public Health* 12:911
- Morseth B, Jacobsen BK, Emaus N mfl. (2016): Secular trends and correlates of physical activity: The Tromsø Study 1979-2008. *BMC Public Health* 16:1215
- Mortensen LH, Rehnberg J, Dahl E mfl. (2016): Shape of the association between income and mortality: a cohort study of Denmark, Finland, Norway and Sweden in 1995 and 2003. *BMJ Open* 6:e010974
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2016): Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet* 387:1377-96
- Nöell-Miller C (2011): Partner caregiving in older cohabitating couples. *J Gerontology, Series B: Psychological Sci Soc Sci* 66(3):34-53
- NOU (1992): Trygghet – Verdighet – Omsorg. NOU 1992: 1, Sosialdepartementet
- NOU (2011): Innovasjon i omsorg. NOU 2011: 11, Helse- og omsorgsdepartementet
- OECD (2013): Public spending on health and long-term care: a new set of projections. Report No. 06, June 2013. Paris: OECD Economic Policy Papers
- OECD (2015): Pensions at a Glance 2015: OECD and G20 indicators. Paris: OECD Publishing. www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2015_pension_glance-2015-en
- Omholt EL, Strøm F (2010): Sterk vekst i boligformuen. *Samfunnsspeilet* 5/2014, Statistisk sentralbyrå
- Otnes B, Haugstveit F (2015): Kommunal variasjon i omsorgstjenester. *Rapporter* 2015/44, Statistisk sentralbyrå
- Parker MG, Ahacic K, Thorslund M (2005): Health changes among Swedish oldest old: Prevalence rates from 1992 to 2002 show increasing health problems. *J Gerontology* 60a(10):1351-5
- Parker MG, Thorslund M. (2007): Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist* 47(2):150-8
- Parker MG, Schon PA, Lagergren MA mfl. (2008): Functional ability in the elderly Swedish population from 1980 to 2005. *Eur J Ageing* 5:299-309
- Population Reference Bureau (PRB) (2017a): Dementia trends: Implications for an aging America. *Today's Research on Aging, Program and policy implications*, No. 36
- Population Reference Bureau (PRB) (2017b): How neighborhoods affect the health and well-being of older Americans. *Today's Research on Aging, Program and policy implications*, No. 35
- Prince MJ mfl. (2015): The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet* 385:549-62
- Raftery AE, Chunn JL, Gerland P mfl. (2013): Bayesian probabilistic projections of life expectancy for all countries. *Demography* 50:777-801
- Ramm J (red) (2013): Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. *Statistiske analyser*, Statistisk sentralbyrå

- Redfoot D, Feinberg L, Houser A (2013): The aging of the baby boom and the growing care gap. A look at future declines in the availability of family caregivers. *Am Assoc Retired Persons (AARP) Insights on the Issues No. 85*
- Riley GF, Lubitz JD (2010): Long-term trends in Medicare payments in the last year of life. *HSR 45(2):565-76*
- Rogne A (2016): Hvor godt treffer befolkningsframskrivingene? Økonomiske analyser 3/2016
- Rogne A, Tønnessen M (2014): Hvor godt treffer befolkningsframskrivingene for kommunene? Økonomiske analyser 4/2014
- Ryan LH, Smith J, Antonucci TC mfl. (2012): Cohort differences in the availability of informal caregivers: Are the boomers at risk? *Gerontologist 52(2):177-88*
- Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E (2012): Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Serv Res 12:308*
- Santoni G, Angleman S, Welmer AK mfl. (2015): Age-related variation in health status after age 60. *PLoS ONE 10(3):e0120077*
- Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V (2016): Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med 374(6):523-32*
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) (2017): Helseatlas, www.helseatlas.no/om-helseatlas
- Sharp ES, Gatz M (2011): The relationship between education and dementia. An updated systematic review. *Alzheimer Dis Assoc Disorders 25(4):289-304*
- Silles MA (2009): The causal effect of education on health: Evidence from the United Kingdom, *Econ Education Rev 28(1):122-128*
- Sjölund BM, Wimo A, Qiu C mfl. (2014): Time trends in prevalence of activities of daily living (ADL) disability and survival: comparing two populations (aged 78+ years) living in a rural area in Sweden. *Arch Gerontol Geriatr 58:370-5*
- Skjerpen T, Stambøl LS, Tønnessen M (2015): Utvandring blant innvandrere i Norge. Del 1: Litteraturstudie, makroanalyse og regionale mønstre. Rapport 17/2015, Statistisk sentralbyrå
- Slagsvold B, Hansen T (2011): Flere samboere – vil de i like stor grad som gifte stille opp for partners foreldre? I Slagsvold B, Solem PE (red): *Morgendagens eldre: En sammenlikning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. Rapport 11/05:73-80, NOVA
- Solem PE (2016): Livskvalitet, mestring og aktivitet i eldre år. Dagsseminar, Helsedirektoratet
- Solem PE, Hansen T, Halse B (2011): Frivillig innsats – vil det øke eller kanskje minske i framtiden? I Slagsvold B, Solem PE (red): *Morgendagens eldre: En sammenlikning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. Rapport 11/05:161-7, NOVA
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): Sosiale ulikheter i helse i Norge. En kunnskapsoversikt, Sosial- og helsedirektoratet
- Stambøl LS (2005): Urban and regional labour market mobility in Norway. *Soc Econ Studies*, Statistisk sentralbyrå
- Stambøl LS (2013): Studentvandringer. Rekruttering til studier og tilførsel av nye høyt utdannede i et geografisk perspektiv. Rapport 6/2013, Statistisk sentralbyrå
- Statistisk sentralbyrå (2015): Helsefakta – Norge i verden, Statistisk sentralbyrå

- Statistisk sentralbyrå (2016a): Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold)
- Statistisk sentralbyrå (2016b): Befolkningens utdanningsnivå, 1. oktober 2015, Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv/aar)
- Statistisk sentralbyrå (2017a): Økonomisk utsyn over året 2016. Økonomiske analyser 1/2017
- Statistisk sentralbyrå (2017b): Nøkkeltall for helse, Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no/helse/nokkeltall)
- Strand BH, Steingrimsdóttir ÓA, Grøholt EK mfl. (2014): Trends in educational inequalities in cause specific mortality in Norway from 1960 to 2010: a turning point for educational inequalities in cause specific mortality of Norwegian men after the millennium? *BMC Public Health* 14:1208
- Strand BH, Cooper R, Bergland A mfl. (2016): The association of grip strength from midlife onwards with all-cause and cause-specific mortality over 17 years of follow-up in the Tromsø Study. *J Epidemiol Community Health* 70(12):1214-21
- Syse A, Dzamarija M (2016): Dødelighet blant innvandrere etter innvandringsgrunn. Økonomiske analyser 5/2016
- Syse A, Keilman N, Pham DQ (2016a): Befolkningsframskrivninger 2016-2100: Dødelighet og levealder. Økonomiske analyser 3/2016
- Syse A, Hart RK, Aase KN (2016b): Befolkningsframskrivninger 2016-2100. Frukbarhet. Økonomiske analyser 3/2016
- Syse A, Kumar BN, Næss Ø mfl. (2016c): Differences in all-cause mortality between immigrants and the host population in Norway. *Demographic Research* 34(22):615-56
- Syse A, Veenstra M, Furunes T mfl. (2016d): Changes in health and health behavior associated with retirement. *J Aging Health* 29(1):199-217
- Syse A, Keilman N, Pham DQ (2015): Modal alder ved død. Presentasjon ved VI. norske kongress i aldersforskning. Voksenåsen, 3.-4. desember 2015
- Sørvoll J, Sandlie HK, Nordvik V mfl. (2016): Eldres boligsituasjon. Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring. NOVA Rapport 11/16, NOVA
- Texmon I (2012): Regional framskrivning av antall innvandrere 2011-2040. Modellen REGINN, forutsetninger og resultater. Rapport 11/2012, Statistisk sentralbyrå
- Tønnessen M, Leknes S, Syse A (2016): Befolkningsframskrivninger 2016-2100: Hovedresultater. Økonomiske analyser 3/2016
- Tønnessen M, Cappelen Å, Skjerpen T (2017): Innvandringen synker raskere enn antatt. Kronikk, Aftenposten www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/8499w/Innvandringen-synker-raskere-enn-antatt--Tre-forskere-i-Statistisk-sentralbyra
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015): *World Population Prospects*. New York: United Nations
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013): *World population ageing*. New York: United Nations
- Verbrugge LM, Brown DC, Zajacova A (2017): Disability rises gradually for a cohort of older Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 72(1):151-61
- Vikum E, Krokstad S, Westin S (2012): Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway: the population-based HUNT3 survey. *Int J Equity Health* 11:48

Vrålstad S (2017): Slik har vi det – Livskvalitet og levekår, Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/slik-har-vi-det-2017

World Health Organization (WHO) (2002): Active ageing. A policy framework. Geneve: World Health Organization

World Health Organization (WHO) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneve: World Health Organization

Zajacova A, Burgard SA (2013): Healthier, wealthier and wiser: A demonstration of compositional changes in aging cohorts due to selective mortality. *Popul Res Policy Rev* 32:311-24

Zeng Y, Feng Q, Hesketh T mfl. (2017): Survival, disabilities in activities of daily living, and physical and cognitive functioning among the oldest-old in China: a cohort study. *Lancet* 389(10079):1619-29

Vedlegg A: Regionale inndelinger i BEFREG

Prognoseregion		Kommune/bydel		Fruktbarhets-region	Fruktbarhets-profil	Dødelighets-region	Utflyttings-område
0191	Halden	0101	Halden	1	35	1	12
		0118	Aremark	1	57	1	12
0192	Moss	0104	Moss	3	35	1	13
		0135	Råde	3	36	1	13
		0136	Rygge	3	46	1	13
		0137	Våler	3	37	1	13
		0105	Sarpsborg	2	35	1	12
0193	Fredrikstad/Sarpsborg	0106	Fredrikstad	2	36	1	12
		0111	Hvaler	2	27	1	12
		0128	Rakkestad	4	46	1	12
		0119	Marker	4	45	1	13
0194	Askim/Mysen	0121	Rømskog	4	55	1	13
		0122	Trøgstad	4	35	1	13
		0123	Spydeberg	4	46	1	13
		0124	Askim	4	35	1	13
		0125	Eidsberg	4	45	1	13
		0127	Skriptvet	4	65	1	13
		0138	Hobøl	4	37	1	13
		0211	Vestby	47	38	2	13
0291	Follo	0213	Ski	47	48	2	13
		0214	Ås	47	58	2	13
		0215	Frogn	47	58	2	13
		0216	Nesodden	47	58	2	13
		0217	Oppegård	47	48	2	13
		0219	Bærum	48	58	2	13
		0220	Asker	48	58	2	13
		0221	Aurskog-Høland	49	45	2	13
0292	Bærum/Asker	0226	Sørum	49	37	2	13
		0227	Fet	49	38	2	13
		0228	Rælingen	49	46	2	13
		0229	Enebakk	49	36	2	13
		0230	Lørenskog	49	38	2	13
		0231	Skedsmo	49	47	2	13
		0233	Nittedal	49	48	2	13
		0234	Gjerdrum	49	36	2	13
		0236	Nes	49	36	2	13
		0293	Lillestrøm	0235	Ullensaker	49	36
0237	Eidsvoll			49	36	2	13
0238	Nannestad			49	35	2	13
0239	Hurdal			49	46	2	13
0301	Gamle Oslo	0301	Gamle Oslo	5	10	3	14
0302	Grünerløkka	0302	Grünerløkka	50	11	13	15
0303	Sagene	0303	Sagene	51	12	21	16
0304	St. Hanshaugen	0304	St. Hanshaugen	52	13	22	17
		0316	Sentrum	52	13	22	17
		0318	Uoppgitt	52	13	22	17
0305	Frogner	0305	Frogner	53	14	23	18
0306	Ullern	0306	Ullern	54	15	24	19
0307	Vestre Aker	0307	Vestre Aker	55	16	25	25
		0317	Marka	55	16	25	25
0308	Nordre Aker	0308	Nordre Aker	56	17	26	26
0309	Bjerke	0309	Bjerke	57	18	27	27
0310	Grorud	0310	Grorud	58	19	28	28
0311	Stovner	0311	Stovner	59	20	29	29
0312	Alna	0312	Alna	60	21	30	35
0313	Østensjø	0313	Østensjø	61	22	31	36
0314	Nordstrand	0314	Nordstrand	62	23	32	37
0315	Søndre Nordstrand	0315	Søndre Nordstrand	63	28	33	38
0491	Kongsvinger	0402	Kongsvinger	7	26	4	11
		0418	Nord-Odal	7	36	4	11
		0419	Sør-Odal	7	36	4	11
		0420	Eidskog	7	55	4	11
		0423	Grue	7	26	4	11
		0425	Åsnes	7	26	4	11
0492	Hamar	0403	Hamar	6	27	4	12
		0412	Ringsaker	6	55	4	12
		0415	Løten	6	37	4	12
		0417	Stange	6	36	4	12
0493	Elverum	0426	Våler	8	27	4	11
		0427	Elverum	8	36	4	11
		0428	Trysil	8	35	4	11
		0429	Åmot	8	26	4	11
		0430	Stor-Elvdal	8	26	4	11
		0434	Engerdal	8	66	4	11

Prognoseregion		Kommune/bydel		Fruktbarhets-region	Fruktbarhets-profil	Dødelighets-region	Utflyttings-område
0494	Tynset	0432	Rendalen	8	48	4	11
		0436	Tolga	8	98	4	11
		0437	Tynset	8	68	4	11
		0438	Alvdal	8	48	4	11
		0439	Folldal	8	68	4	11
		0441	Os	8	77	4	11
0591	Lillehammer	0501	Lillehammer	9	27	5	12
		0521	Øyer	9	47	5	12
		0522	Gausdal	9	36	5	12
0592	Gjøvik	0502	Gjøvik	10	36	5	12
		0528	Østre Toten	10	36	5	12
		0529	Vestre Toten	10	35	5	12
		0536	Søndre Land	10	36	5	12
		0538	Nordre Land	10	24	5	12
0593	Midt-Gudbrandsdalen	0516	Nord-Fron	9	35	5	11
		0519	Sør-Fron	9	45	5	11
		0520	Ringebru	9	36	5	11
0594	Nord-Gudbrandsdalen	0511	Dovre	8	45	5	11
		0512	Lesja	8	67	5	11
		0513	Skjåk	8	36	5	11
		0514	Lom	8	47	5	11
		0515	Vågå	8	46	5	11
		0517	Sel	8	54	5	11
0595	Hadeland	0532	Jevnaker	11	45	5	13
		0533	Lunner	11	36	5	13
		0534	Gran	11	36	5	13
0596	Valdres	0540	Sør-Aurdal	12	86	5	11
		0541	Etnedal	12	45	5	11
		0542	Nord-Aurdal	12	26	5	11
		0543	Vestre Slidre	12	46	5	11
		0544	Øystre Slidre	12	47	5	11
		0545	Vang	12	67	5	11
0691	Drammen	0602	Drammen	13	36	6	13
		0621	Sigdal	13	36	6	13
		0623	Modum	13	25	6	13
		0624	Øvre Eiker	13	36	6	13
		0625	Nedre Eiker	13	45	6	13
		0626	Lier	13	48	6	13
		0627	Røyken	13	58	6	13
		0628	Hurum	13	46	6	13
		0692	Kongsberg	0604	Kongsberg	12	27
0631	Flesberg			12	66	6	13
0632	Rollag			12	48	6	13
0633	Nore og Uvdal			12	45	6	13
0605	Ringerike			11	36	6	13
0693	Hønefoss	0612	Hole	11	48	6	13
		0622	Krødsherad	11	25	6	13
		0694	Hallingdal	0615	Flå	12	36
0616	Nes			12	56	6	11
0617	Gol			12	36	6	11
0618	Hemsedal			12	57	6	11
0619	Ål			12	68	6	11
0620	Hol			12	27	6	11
0791	Tønsberg/Horten			0701	Horten	15	46
		0704	Tønsberg	15	37	7	12
		0716	Re	15	56	7	12
		0719	Andebu	15	45	7	12
		0720	Stokke	15	57	7	12
		0722	Nøtterøy	15	37	7	12
		0723	Tjøme	15	38	7	12
0792	Holmestrand	0702	Holmestrand	14	35	7	13
		0714	Hof	14	46	7	13
0793	Sandefjord/Larvik	0706	Sandefjord	16	46	7	12
		0709	Larvik	16	46	7	12
		0728	Lardal	16	35	7	12
0794	Sande/Svelvik	0711	Svelvik	14	46	7	13
		0713	Sande	14	56	7	13
0891	Skien/Porsgrunn	0805	Porsgrunn	17	45	8	12
		0806	Skien	17	35	8	12
		0811	Siljan	17	37	8	12
		0814	Bamble	17	45	8	12
		0819	Nome	17	35	8	12
0892	Notodden/Bø	0807	Notodden	18	36	8	11
		0821	Bø	18	27	8	11
		0822	Sauherad	18	37	8	11
		0827	Hjartdal	18	55	8	11
0893	Kragerø	0815	Kragerø	18	44	8	12

Prognoseregion		Kommune/bydel		Fruktbarhets-region	Fruktbarhets-profil	Dødelighets-region	Utflyttings-område
		0817	Drangedal	18	44	8	12
0894	Rjukan	0826	Tinn	18	25	8	11
0895	Vest-Telemark	0828	Seljord	18	27	8	11
		0829	Kviteseid	18	26	8	11
		0830	Nissedal	18	56	8	11
		0831	Fyresdal	18	76	8	11
		0833	Tokke	18	58	8	11
		0834	Vinje	18	55	8	11
0991	Risør	0901	Risør	19	45	9	22
		0911	Gjerstad	19	44	9	22
		0904	Grimstad	20	65	9	22
0992	Arendal	0906	Arendal	20	46	9	22
		0912	Vegårshei	20	66	9	22
		0914	Tvedestrand	20	55	9	22
		0919	Froland	20	55	9	22
		0929	Åmli	20	74	9	22
0993	Lillesand	0926	Lillesand	19	56	9	23
		0928	Birkenes	19	86	9	23
0994	Setesdal	0935	Iveland	19	74	9	22
		0937	Evje og Hornnes	19	85	9	22
		0938	Bygland	19	78	9	22
		0940	Valle	19	57	9	22
		0941	Bykle	19	67	9	22
1001	Kristiansand by	1001	Kristiansand	64	56	10	24
1091	Kristiansand	1014	Vennesla	21	84	10	23
		1017	Songdalen	21	75	10	23
		1018	Søgne	21	66	10	23
1092	Mandal	1002	Mandal	19	66	10	23
		1021	Marnardal	19	86	10	23
		1026	Åseral	19	97	10	23
		1027	Audnedal	19	96	10	23
		1029	Lindesnes	19	75	10	23
1093	Lyngdal/Farsund	1003	Farsund	22	74	10	21
		1032	Lyngdal	22	74	10	21
		1034	Hægebostad	22	84	10	21
1094	Flekkefjord	1004	Flekkefjord	22	55	10	21
		1037	Kvinesdal	22	63	10	21
		1046	Sirdal	22	76	10	21
1103	Stavanger by	1103	Stavanger	65	57	11	24
1191	Egersund	1101	Eigersund	22	85	11	21
		1111	Sokndal	22	94	11	21
		1112	Lund	22	95	11	21
		1114	Bjerkreim	22	96	11	21
1192	Stavanger/Sandnes	1102	Sandnes	23	76	11	23
		1122	Gjesdal	23	95	11	23
		1124	Sola	23	77	11	23
		1127	Randaberg	23	76	11	23
		1129	Forsand	23	85	11	23
		1130	Strand	23	83	11	23
		1133	Hjelmeland	23	86	11	23
		1141	Finnøy	23	97	11	23
		1142	Rennesøy	23	86	11	23
		1144	Kvitsøy	23	96	11	23
1193	Haugesund	1106	Haugesund	25	75	11	22
		1134	Suldal	25	75	11	22
		1135	Sauda	25	75	11	22
		1145	Bokn	25	63	11	22
		1146	Tysvær	25	95	11	22
		1149	Karmøy	25	74	11	22
		1151	Utsira	25	94	11	22
		1160	Vindafjord	25	95	11	22
1194	Jæren	1119	Hå	23	94	11	23
		1120	Klepp	23	95	11	23
		1121	Time	23	85	11	23
1201	Bergen by	1201	Bergen	66	57	12	34
1291	Bergen	1238	Kvam	27	66	12	33
		1241	Fusa	27	86	12	33
		1242	Samnanger	27	67	12	33
		1243	Os	27	65	12	33
		1244	Austevoll	27	94	12	33
		1245	Sund	27	45	12	33
		1246	Fjell	27	85	12	33
		1247	Askøy	27	75	12	33
		1251	Vaksdal	27	75	12	33
		1252	Modalen	27	65	12	33
		1253	Osterøy	27	94	12	33
		1256	Meland	27	75	12	33

Prognoseregion	Kommune/bydel	Fruktbarhets-region	Fruktbarhets-profil	Dødelighets-region	Utflyttings-område	
	1259 Øygarden	27	84	12	33	
	1260 Radøy	27	54	12	33	
	1263 Lindås	27	74	12	33	
	1264 Austrheim	27	75	12	33	
	1265 Fedje	27	25	12	33	
	1266 Masfjorden	27	96	12	33	
1294	Odda	1227 Jondal	24	97	12	31
		1228 Odda	24	65	12	31
		1231 Ullensvang	24	57	12	31
		1232 Eidfjord	24	66	12	31
1295	Voss	1233 Ulvik	24	67	12	31
		1234 Granvin	24	47	12	31
		1235 Voss	24	67	12	31
1296	Sunnhordaland	1211 Etne	26	65	12	31
		1216 Sveio	26	85	12	31
		1219 Bømlø	26	93	12	31
		1221 Stord	26	84	12	31
		1222 Fitjar	26	93	12	31
		1223 Tysnes	26	86	12	31
		1224 Kvinnherad	26	64	12	31
1491	Florø	1401 Flora	29	86	14	31
		1438 Bremanger	29	76	14	31
1492	Høyanger	1411 Gulen	28	86	14	31
		1412 Solund	28	76	14	31
		1416 Høyanger	28	66	14	31
		1418 Balestrand	28	76	14	31
1493	Sogndal/Årdal	1417 Vik	28	78	14	31
		1419 Leikanger	28	48	14	31
		1420 Sogndal	28	67	14	31
		1421 Aurland	28	38	14	31
		1422 Lærdal	28	77	14	31
		1424 Årdal	28	56	14	31
		1426 Luster	28	98	14	31
1494	Førde	1413 Hyllestad	29	95	14	31
		1428 Askvoll	29	77	14	31
		1429 Fjaler	29	66	14	31
		1430 Gaular	29	98	14	31
		1431 Jølster	29	86	14	31
		1432 Førde	29	78	14	31
		1433 Naustdal	29	77	14	31
1495	Nordfjord	1439 Vågsøy	29	76	14	31
		1441 Selje	29	95	14	31
		1443 Eid	29	97	14	31
		1444 Hornindal	29	98	14	31
		1445 Gloppen	29	78	14	31
		1449 Stryn	29	78	14	31
1591	Molde	1502 Molde	32	57	15	32
		1535 Vestnes	32	75	15	32
		1539 Rauma	32	55	15	32
		1543 Nesset	32	76	15	32
		1545 Midsund	32	74	15	32
		1547 Aukra	32	65	15	32
		1548 Fræna	32	65	15	32
		1551 Eide	32	84	15	32
		1557 Gjemnes	32	36	15	32
1592	Kristiansund	1505 Kristiansund	33	35	15	32
		1554 Averøy	33	55	15	32
		1573 Smøla	33	54	15	32
		1576 Aure	33	66	15	32
1593	Ålesund	1504 Ålesund	31	67	15	32
		1523 Ørskog	31	68	15	32
		1524 Norddal	31	76	15	32
		1525 Stranda	31	76	15	32
		1526 Stordal	31	67	15	32
		1528 Sykkylven	31	66	15	32
		1529 Skodje	31	86	15	32
		1531 Sula	31	86	15	32
		1532 Giske	31	86	15	32
		1534 Haram	31	66	15	32
		1546 Sandøy	32	64	15	32
1594	Ulsteinvik	1511 Vanylven	30	84	15	31
		1514 Sande	30	66	15	31
		1515 Herøy	30	65	15	31
		1516 Ulstein	30	86	15	31
		1517 Hareid	30	75	15	31
1595	Ørsta/Volda	1519 Volda	30	67	15	31
		1520 Ørsta	30	65	15	31

Prognoseregion		Kommune/bydel		Fruktbarhets-region	Fruktbarhets-profil	Dødelighets-region	Utflyttings-område		
1596	Sunndalsøra	1560	Tingvoll	33	56	15	31		
		1563	Sunndal	33	45	15	31		
1597	Surnadal	1566	Surnadal	33	75	15	31		
		1567	Rindal	33	75	15	31		
		1571	Halsa	33	46	15	31		
1601	Trondheim by	1601	Trondheim	67	46	16	44		
1691	Trondheim	1624	Rissa	36	84	16	43		
		1648	Midtre Gauldal	36	64	16	43		
		1653	Melhus	36	55	16	43		
		1657	Skaun	36	65	16	43		
		1662	Klæbu	36	56	16	43		
		1663	Malvik	36	56	16	43		
		1664	Selbu	36	46	16	43		
		1665	Tydal	36	27	16	43		
1692	Frøya/Hitra	1617	Hitra	35	63	16	41		
		1620	Frøya	35	83	16	41		
1693	Brekstad	1621	Ørland	35	75	16	41		
		1627	Bjugn	35	55	16	41		
		1630	Åfjord	35	74	16	41		
		1632	Roan	35	54	16	41		
		1633	Osen	35	85	16	41		
1694	Oppdal	1634	Oppdal	34	65	16	41		
		1635	Rennebu	34	64	16	41		
1695	Orkanger	1612	Hemne	34	83	16	42		
		1613	Snillfjord	34	96	16	42		
		1622	Agdenes	34	55	16	42		
		1636	Meldal	34	44	16	42		
		1638	Orkdal	34	45	16	42		
1696	Røros	1640	Røros	34	77	16	41		
		1644	Holtålen	34	57	16	41		
1791	Steinkjer	1702	Steinkjer	38	55	17	41		
		1718	Leksvik	38	63	17	41		
		1724	Verran	38	64	17	41		
		1725	Namdalseid	38	75	17	41		
			Snåase						
		1736	Snåsa	38	76	17	41		
1792	Namsos	1756	Inderøy	38	66	17	41		
		1703	Namsos	35	54	17	41		
		1743	Høylandet	35	65	17	41		
		1744	Overhalla	35	64	17	41		
		1748	Fosnes	35	56	17	41		
		1749	Flatanger	35	97	17	41		
1793	Stjørdalshalsen	1711	Meråker	37	54	17	43		
		1714	Stjørdal	37	65	17	43		
1794	Levanger/Verdalsøra	1717	Frosta	37	75	17	42		
		1719	Levanger	37	75	17	42		
		1721	Verdal	37	74	17	42		
1795	Grong	1738	Lierne	38	84	17	41		
		1739	Raarvinke Røyrvik	38	76	17	41		
		1740	Namsskogan	38	85	17	41		
		1742	Grong	38	75	17	41		
1796	Rørvik	1750	Vikna	35	83	17	41		
		1751	Nærøy	35	94	17	41		
		1755	Leka	35	54	17	41		
1891	Bodø	1804	Bodø	41	56	18	51		
		1836	Rødøy	41	94	18	51		
		1837	Meløy	41	73	18	51		
		1838	Gildeskål	41	65	18	51		
		1839	Beiarn	41	63	18	51		
		1840	Saltdal	41	26	18	51		
		1841	Fauske	41	54	18	51		
		1845	Sørfold	41	54	18	51		
		1848	Steigen	41	76	18	51		
		1849	Hamarøy Håbmer	41	67	18	51		
		1892	Narvik	1805	Narvik	42	55	18	51
				1850	Divtasvu-odna Tysfjord	42	64	18	51
				1851	Lødingen	42	65	18	51
1852	Tjeldsund			42	45	18	51		
1853	Evenes			42	84	18	51		
1854	Ballangen	42	65	18	51				
1893	Brønnøysund	1811	Bindal	39	97	18	51		
		1812	Sømna	39	65	18	51		
		1813	Brønnøy	39	55	18	51		
		1815	Vega	39	76	18	51		
		1816	Vevelstad	39	54	18	51		
1894	Sandnessjøen	1818	Herøy	39	55	18	51		
		1820	Alstahaug	39	55	18	51		

Prognoseregion	Kommune/bydel	Fruktbarhets-region	Fruktbarhets-profil	Dødelighets-region	Utflyttings-område		
1895	1822	Leirfjord	39	64	18	51	
	1827	Dønna	39	65	18	51	
	1834	Lurøy	39	83	18	51	
	1835	Træna	39	94	18	51	
	1824	Vefsn	39	55	18	51	
1896	1825	Grane	39	65	18	51	
	1826	Hattfjelldal	39	66	18	51	
	1828	Nesna	40	75	18	52	
1897	1832	Hemnes	40	74	18	52	
	1833	Rana	40	55	18	52	
	1856	Røst	43	94	18	51	
	1857	Værøy	43	94	18	51	
1898	1859	Flakstad	43	96	18	51	
	1860	Vestvågøy	43	76	18	51	
	1865	Vågan	43	55	18	51	
	1874	Moskenes	43	93	18	51	
	1866	Hadsel	43	55	18	51	
	1867	Bø	43	54	18	51	
	1868	Øksnes	43	84	18	51	
1902	1870	Sortland	43	76	18	51	
	1871	Andøy	43	65	18	51	
	1902	Tromsø by	68	57	19	54	
	1991	1903	Harstad	42	55	19	52
		1911	Kvæfjord	42	76	19	52
1913		Skånland	42	27	19	52	
1917		Ibestad	42	56	19	52	
1992	1933	Balsfjord	45	75	19	51	
	1936	Karlsøy	45	54	19	51	
	1938	Lyngen	45	84	19	51	
	1939	Storfjord Omasvuotna					
	1939	Omasvuono	45	66	19	51	
1993	1919	Gratangen	44	66	19	51	
	1920	Loabák Lavangen	44	54	19	51	
	1922	Bardu	44	66	19	51	
	1923	Salangen	44	56	19	51	
	1924	Målselv	44	76	19	51	
	1925	Sørreisa	44	76	19	51	
	1994	1926	Dyrøy	44	24	19	51
1927		Tranøy	44	84	19	51	
1928		Torsken	44	83	19	51	
1929		Berg	44	73	19	51	
1931		Lenvik	44	64	19	51	
1940		Gáivuotna Kåfjord	44	65	19	51	
1995	1941	Skjervøy	44	74	19	51	
	1942	Nordreisa	44	75	19	51	
	1943	Kvænangen	44	75	19	51	
	2002	Vadsø	46	75	20	51	
	2003	Vadsø	46	66	20	51	
2091	2024	Berlevåg	46	73	20	51	
		Deatnu					
	2025	Tana	46	55	20	51	
	2027	Unjárga Nesseby	46	68	20	51	
	2028	Båtsfjord	46	63	20	51	
	2004	Hammerfest	46	45	20	51	
	2017	Kvalsund	46	63	20	51	
	2018	Måsøy	46	64	20	51	
	2019	Nordkapp	46	84	20	51	
	2020	Porsanger Porsángu					
2020	Porsanki	46	55	20	51		
2021	Kárásjohka Karasjok	46	86	20	51		
2022	Lebesby	46	65	20	51		
2023	Gamvik	46	63	20	51		
2092		Guovdag-eaidnu					
	2011	Kautokeino	46	76	20	51	
	2012	Alta	46	85	20	51	
	2014	Loppa	46	84	20	51	
	2015	Hasvik	46	64	20	51	
2094	Kirkenes	2030	Sør-Varanger	46	65	20	51

Figurregister

Figur 1.1	Registrert andel 65 år og eldre i norske kommuner 2017	9
Figur 1.2	Registrert (2016) og framskrevet (2017-2040) antall personer 65 år og eldre i tre alternativer ¹	10
Figur 3.1	Registrert (2008-2016) og framskrevet (2017-2040) forventet gjenstående levetid ved alder 65, 75 og 85 år for menn (blå) og kvinner (rød). Hovedalternativet	19
Figur 3.2	Omsorgsbyrde for barn (rød) og eldre (blå). Registrert og framskrevet i tre alternativer (hovedalternativet og alternativet for sterk og svak aldring) fram til 2040 ¹	20
Figur 3.3	Registrert (2017) og framskrevet (2040) medianalder for fylkene og prosentvis endring. Hovedalternativet	21
Figur 3.4	Framskrevet utvikling over tid i medianalder i fylkene. Hovedalternativet	22
Figur 3.5	Fylkesvis registrert (2008 og 2017) og framskrevet (2040) andel av befolkningen etter alder. Hovedalternativet	23
Figur 3.6	Framskrevet alderssammensetning i fylkene fram mot 2040. Hovedalternativet	24
Figur 3.7	Registrerte og framskrevne omsorgsbyrder for eldre på fylkesnivå. Hovedalternativet ¹	25
Figur 3.8	Framskrevne omsorgsbyrder for eldre i fylkene. Hovedalternativet	26
Figur 3.9	Registrert (2017) og framskrevet (2040) omsorgsbyrde for eldre på fylkesnivå. Hovedalternativet	26
Figur 4.1	Registrert (2017) og framskrevet (2040) omsorgsbyrde for eldre på kommunenivå. Hovedalternativet	28
Figur 4.2	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Østfold	30
Figur 4.3	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Østfold	31
Figur 4.4	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Akershus	32
Figur 4.5	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Akershus	33
Figur 4.6	Framskrevet omsorgsbyrde i Oslo kommune	34
Figur 4.7	Framskrevet alderssammensetning i Oslo kommune	34
Figur 4.8	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Hedmark	35
Figur 4.9	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Hedmark	36
Figur 4.10	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Oppland	38
Figur 4.11	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Oppland	39
Figur 4.12	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Buskerud	41
Figur 4.13	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Buskerud	42
Figur 4.14	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Vestfold	43
Figur 4.15	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Vestfold	44
Figur 4.16	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Telemark	45
Figur 4.17	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Telemark	46
Figur 4.18	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Aust-Agder	47
Figur 4.19	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Aust-Agder	48
Figur 4.20	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Vest-Agder	49
Figur 4.21	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Vest-Agder	50
Figur 4.22	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Rogaland	51
Figur 4.23	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Rogaland	52
Figur 4.24	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Hordaland	54
Figur 4.25	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Hordaland	56
Figur 4.26	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Sogn og Fjordane	58
Figur 4.27	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Sogn og Fjordane	59
Figur 4.28	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Møre og Romsdal	61
Figur 4.29	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Møre og Romsdal	63
Figur 4.30	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Sør-Trøndelag	65
Figur 4.31	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Sør-Trøndelag	66
Figur 4.32	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Nord-Trøndelag	68
Figur 4.33	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Nord-Trøndelag	69
Figur 4.34	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Nordland	71
Figur 4.35	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Nordland	73
Figur 4.36	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Troms	75
Figur 4.37	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Troms	76
Figur 4.38	Framskrevne omsorgsbyrder i kommunene i Finnmark	78
Figur 4.39	Framskrevet alderssammensetning i kommunene i Finnmark	79
Figur 5.1	Utvikling i høyeste utdanningsnivå fra 2005 til 2015 (andeler) og prosentvis endring	82
Figur 5.2	Utdanningsnivået etter kjønn og alder i utvalgte kohorter ¹	83
Figur 6.1	Median bruttoformue, gjeld og nettoformue i 2014 i utvalgte kohorter etter kjønn. Regnet i 1000 kr	126

Figur 6.21	Forsørgelsesrater registrert i 2017 og framskrevet i 2040 (hovedalternativet)	149
Figur 7.1	Oversikt over andeler som leier bolig etter alder. 2015	154
Figur 7.2	Andeler som leier bolig etter alder og fylke ¹	156
Figur 7.3	Andeler som ikke har tilgang til heis etter alder og fylke, blant de med bolig i 2. etasje eller høyere. 2015	157
Figur 8.1	Prosent barnløse personer 40 år og eldre etter alder, 2007 og 2016	162
Figur 8.2	Fylkesvis utvikling i samlet fruktbarhetstall for utvalgte år, fra 1971 til 2016	164
Figur 8.3	Endringer i andeler etter ekteskapeleg status, 2007 og 2016	165
Figur 8.4	Fylkesvis oversikt over andeler med ulik ekteskapeleg status, 2016 ¹	165
Figur 8.5	Utvikling i antall menn og kvinner som lever i og utenfor par, 2007 og 2016	166
Figur 8.6	Andel som lever i par i aldersgruppen 67-79 år i ulike fylker, 2007 og 2016	167
Figur 8.7	Forholdet mellom kvinner og menn 67 år og eldre, 2008, 2017 og framskrevet i hovedalternativet i 2040	170
Figur 9.1	Registrert antall innvandrere i Norge, 2008 til 2017	171
Figur 9.2	Andel innvandrere i ulike aldersgrupper, 2017	172
Figur 9.3	Andel innvandrere i norske fylker, 2017	173
Figur 9.4	Andel innvandrere i norske kommuner, 2017	174
Figur 9.5	Antall innvandrere i tre alternativer. Registrert (2017) og framskrevet til 2040	177
Figur 9.6	Registrert (2017) og framskrevet antall innvandrere (2040) etter aldersgruppe og landbakgrunn. Hovedalternativet	178
Figur 9.7	Registrert (2017) og framskrevet (2040) antall personer etter innvandringsbakgrunn og ettårig alder. Hovedalternativet	178
Figur 9.8	Registrert (2017) og framskrevet antall innvandrere og øvrige personer 65 år og eldre. Hovedalternativet	179
Figur 9.9	Registrert og framskrevet antall innvandrere etter botid i Norge. Hovedalternativet	180
Figur 9.10	Framskrevet andel av innvandrere fra ulike landområder i 2040 i ulike regioner. Hovedalternativet	183
Figur 10.1	Andel med svært god eller god selvrappoertert helse, etter fylke. 2015	187
Figur 10.2	Registrert og framskrevet modal alder ved død, menn. Hovedalternativet ..	197
Figur 10.3	Registrert og framskrevet modal alder ved død, kvinner. Hovedalternativet	198

Tabellregister

Tabell 3.1	Antall (N) og prosent (%) eldre i ulike aldersgrupper. Registrert (2008 og 2017) og framskrevet (2040) i fem alternativer	19
Tabell 3.2	Registrert (2017) og framskrevet (2040) andel eldre i ulike aldersgrupper for fylkene. Hovedalternativet	23
Tabell 8.1	Prosent barnløse personer 40 år og eldre etter fylke. 2016	163
Tabell 8.2	Andeler med ulik ekteskkelig status etter alder og fylke. 2016	166
Tabell 9.1	Innvandrerandeler i 31 regioner etter innvandringsgrunn. Prosent. 2017	175
Tabell 9.2	Innvandrerandeler i 31 regioner etter aldersgruppe. Prosent. 2017	176
Tabell 9.3	Norskfødte barn av innvandrere som andel av befolkningen i hvert fylke. 2017	181
Tabell 9.4	Andel og antall innvandrere i hver region. Registrert i 2017 og framskrevet for 2040. Hovedalternativet	182

Statistisk sentralbyrå

Postadresse:
Postboks 8131 Dep
NO-0033 Oslo

Besøksadresse:
Akersveien 26, Oslo
Oterveien 23, Kongsvinger

E-post: ssb@ssb.no
Internett: www.ssb.no
Telefon: 62 88 50 00

ISBN 978-82-537-9618-5 (trykt)
ISBN 978-82-537-9619-2 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

