

Jorun Ramm (red.)

Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester



Jorun Ramm (red.)
**Eldres bruk av helse-
og omsorgstjenester**

Statistiske analyser

I denne serien publiseres analyser av statistikk om sosiale, demografiske og økonomiske forhold til en bredere leserkrets. Fremstillingsformen er slik at publikasjonene kan leses også av personer uten spesialkunnskaper om statistikk eller bearbeidingsmetoder.

© Statistisk sentralbyrå, juni 2013.

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

ISBN 978-82-537-8705-3 (trykt)

ISBN 978-82-537-8706-0 (elektronisk)

ISSN 0804-3221

Emne

Helse

Omslag: Siri E. Boquist

Trykk: Statistisk sentralbyrå

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	

Forord

I denne publikasjonen har Statistisk sentralbyrå samlet et knippe artikler om eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Bakgrunnen er at det i løpet av de neste 40 årene vil bli om lag dobbelt så mange eldre i Norge som i dag. Det er derfor viktigere enn noen gang å få oversikt over hvilke helse- og omsorgstjenester eldre har behov for, og hvordan dagens eldre bruker de tjenestene samfunnet tilbyr når helse og funksjonsevne svekkes.

Utgangspunktet for beskrivelsen er Statistisk sentralbyrås statistikk og befolkningsfremskrivninger. Publikasjonen omfatter artikler om ressursbruk knyttet til eldres bruk av helse- og omsorgstjenester, om bruksmønsteret for hjemmetjenester og institusjonstjenester og om omfanget av uformell omsorg. Den gir et tilbakeblikk og ser på hvordan tjenestene har utviklet seg siden 1960-tallet, og forsøker å se fremover på behovet for å styrke tjenestene i årene som kommer, sett i lys av demografiske forhold.

En redaksjon ledet av Jorun Ramm har koordinert arbeidet. Redaksjonen har ellers bestått av Erling Holmøy, Julie Kjelvik og Berit Otnes. Gunn Bredevang, Helga Nordermoen (layout) og Marit Vågdal (layout) har stått for redigeringen. Omslags- og bildedesign ved Siri Boquist.

Statistisk sentralbyrå, 30. mai 2013

Hans Henrik Scheel

Sammendrag

Norges samlede prioritering av helserelaterte tjenester har gjennom flere år vært omtrent like høy som i andre vesteuropeiske land. Det totale helseforbruket per innbygger i Norge økte med 35 prosent fra 1997 til 2008, men flere vesteuropeiske land har hatt sterkere vekst. Selv med nøkterne forutsetninger om demografi og standardforbedringer av helsetjenestene vil bemanningsbehovet i helsenæringen i Norge øke sterkt fremover, særlig etter 2020. Andelen av samlet sysselsetting som jobber innenfor helse og omsorg, kan bli mer enn doblet innen 2060. I omsorgstjenestene utførte innvandrere 13 prosent av årsverkene. I Oslo var den tilsvarende andelen 40 prosent. Innvandrere står for halvparten av tilveksten av årsverk de siste årene.

Ved siste årsskifte var 13 prosent av befolkningen i Norge 67 år eller eldre. Fram mot 2050 vil 21 prosent være eldre enn 67 år. Den sterke veksten skyldes først og fremst at store fødselskull fra etterkrigstiden nå er på vei inn i alderdommen, og at levealderen ventes å øke. Dagens 67-åring har vokst opp med økende velstand, og vil i større grad enn dagens 80- og 90-åring ha støtte i ektefelle og barn. Trolig vil behovet for pleie- og omsorgstjenester for disse kullene komme i en noe senere fase av livet sammenlignet med tidligere generasjoner eldre.

I 2011 ble det brukt 74 milliarder i sykehus og andre somatiske institusjoner, og en av tre sykehuskroner ble brukt på eldre. 83 milliarder blir brukt i kommunale pleie- og omsorgstjenester, hvorav to av tre kroner til eldre tjenestemottakere. Sammenlignet med 1998 gikk en mindre andel av utgiftene til eldre i 2011, både til somatiske institusjoner og til pleie- og omsorg.

Yngre eldre bruker fastlegen mest. 85 prosent av eldre i alderen 67-79 år hadde minst én konsultasjon med fastlegen i løpet av året. Personer over 80 år bruker gjerne andre legetjenester, som sykehjems- og sykehustjenester. Eldre er hyppige brukere av sykehustjenester. De ligger oftere og lenger på sykehus enn yngre. Seks av ti personer 70 år og over hadde kontakt med somatiske sykehus i 2011. Hjerte- og karsykdommer, skader og kreft er de vanligste årsakene til sykehusopphold blant eldre.

På sekstitallet var det en kraftig vekst i det offentlige tilbudet av pleie- og omsorgstjenester. De siste 30 årene er andelen eldre som bor på alders- eller sykehjem redusert, og beboerne er mer omsorgstrengende enn før. Det er særlig blant de eldste at det har vært en nedgang. I 1991 bodde nær halvparten av eldre 90 år og over på institusjon. I 2011 er dette tallet redusert til under en tredjedel.

I dag klarer fire av fem eldre seg i eget hjem uten hjelp fra kommunen. Mens en av fem eldre bor hjemme eller i omsorgsbolig og mottar kommunale omsorgstjenester. Det er like mange eldre som mottar hjemmetjenester fra kommunen i dag som i 2008.

Det private ulønnede omsorgsarbeidet har en viktig rolle i omsorgen for eldre. Selv om de kommunale omsorgstjenestene nå står for størstedelen av det totale omsorgsarbeidet, betyr ikke det at de private hjelperne er helt ute av bildet. Mange eldre med hjelpebehov får omsorg fra familie og andre private i tillegg til kommunale tjenester.

I livets siste fase mottar svært mange pleie- og omsorgstjenester. I 2011 døde 41 300 personer i Norge. Vel tre fjerdedeler av disse mottok kommunal pleie og omsorg. Andelen som mottok tjenester, økte med alder, og blant de aller eldste mottok så godt som alle bistand fra kommunenes pleie- og omsorgstjeneste.

I denne publikasjonen har SSB samlet en knippe artikler knyttet til utviklingen i antallet eldre, om ressurser som brukes til helse- og omsorgstjenester til eldre og om eldres bruk av tjenestene.

Abstract

Health related services have had the same ranking of priority in Norway as in other Western European countries. Total health consumption per capita in Norway increased by 35 per cent from 1997 to 2008. Even with prudent presumptions about demography and improvements in the quality of the services, the demand for health personnel in Norway will increase strongly in the years to come, especially after 2020. The percentage of the total work force engaged in health and long-term care sectors may be more than doubled by 2060. Immigrants performed 13 per cent of the man-years in long-term care services. The corresponding percentage in Oslo was 40 per cent. Immigrants stand for about half the increase in man-years in the last years.

13 per cent of the population in Norway is 67 years or older. Towards 2050 21 per cent will be older than 67 years. The strong growth is mainly due to large birth cohorts from the post war years now being on the threshold of old age, and an expected increase in life expectancy. Today's 67-year olds grew up with better living conditions, and will to a larger extent than today's 80 and 90 year olds have the support of spouse and children. The need for long-term care for these cohorts will probably appear at a later stage in life compared to previous generations of elderly.

In 2011 general hospitals and institutions accounted for 74 billion NOK, of which one out of three kroner was spent on services to the elderly. In municipal long-term care operating costs were 83 billion NOK, and two out of three kroner were spent on services to the elderly. Compared to 1998, a smaller share of the expenses were spent on elderly in 2011, both in general hospitals and in long-term care.

The young elderly use their GP most often. 85 per cent of elderly aged 67-79 years had at least one consultation with their family doctor during the year. Elderly 80 years and older tend to use services provided by doctors in-care institutions and hospitals. Elderly are frequent users of hospital services. They are more often admitted to hospitals and stay there longer. Six out of ten elderly 70 years and older consulted somatic hospitals during 2011. Cardio-vascular diseases, injuries and cancer are the most common causes for hospitalisation among elderly.

During the 1960s there was a strong growth in the public supply of long-term care services. Over the last 30 years the percentage of elderly living in long-term care institutions have been reduced, and those who do live in institutions are more in need of care than used to be the case. In 1991 half of the elderly above 90 years were living in institutions. In 2011 this figure had been reduced to less than one third. Today four out of five elderly live in their own homes without any assistance from municipal services, while one out of five live at home with services or in some form of assisted housing. The number of elderly receiving municipal services is the same today as in 2008.

Private unpaid care plays an important role in the care for the elderly. Even if the municipal services now performs the greatest share of the total care work, that does not mean that informal care givers are totally out of the picture. Many elderly who are in need of care get care from family, neighbours or friends in addition to the municipal services they receive.

A large proportion receives long-term care services during the last year before they die. In 2011 41 300 people died in Norway. More than three out of four of these received municipal long-term care. The percentage receiving care was highest among the oldest patients. Among the very oldest, practically everyone received municipal care.

In this report Statistics Norway has collected a bundle of articles related to the increase in the number of elderly, to resources spent on health and care services and on elderly's use of the services.

Innhold

Innledning	9
<i>Erling Holmøy og Julie Kjelvik</i>	
1. Plassering av den norske helsesektoren i tid og rom	13
<i>Inger Texmon</i>	
2. Dagens og morgendagens eldre – en demografisk beskrivelse	27
<i>Julie Kjelvik og Anne Mundal</i>	
3. Utgifter til Eldres helse og omsorg	39
<i>Jens-Kristian Borgan</i>	
4. 50 år med offentlig eldreomsorg.....	49
<i>Dag R. Abrahamsen og Julie Kjelvik</i>	
5. Dobling av innvandrerårsverk på fem år.....	55
<i>Eiliv Mørk</i>	
6. Hjemme så lenge som mulig.....	63
<i>Elin Skretting Lunde og Borgny Vold</i>	
7. Eldre menn bruker fastlegen mest	69
<i>Anne Mundal og Merete Thonstad</i>	
8. Seks av ti eldre i kontakt med sykehus.....	77
<i>Berit Otnes</i>	
9. Familieomsorg – fortsatt viktig	85
<i>Bjørn Gabrielsen</i>	
10. Færre eldre bor på sykehjem	93
<i>Bjørn Gabrielsen</i>	
11. Omsorgstjenester mot livets slutt	101

Innledning

Helse- og omsorgstjenestene er under lupen, og myndighetene forbereder seg på en kraftig vekst i antallet eldre. Store fødselskull når pensjonsalder og vil som en konsekvens skape økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Innføring av samhandlingsreformen i 2008 ga på mange måter startskuddet for endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenestene (St. meld. nr. 47:2008-2009), Samhandlingsreformen og Meld. St. 29 (2013) Morgendagens omsorg. Det handler blant annet om satsing på forebygging, etablering av lokale lavterskeltilbud og rehabilitering med tanke på egenmestring, i tillegg til satsing på innovasjon og økt bruk av teknologi.

Statistisk sentralbyrå publiserer regelmessig offisiell statistikk om helse- og omsorgstjenestene og befolkningens helse-tilstand, blant annet om bruk av pleie- og omsorgstjenester og fastlegetjenester, om pasienter i somatiske sykehus, befolkningens helse, samt helseregnskapet. Statistikkene utarbeides med bakgrunn i ulike datakilder, blant annet IPLOS-registeret (individbasert pleie- og omsorgstatistikk), KOSTRA (kommune-stat-rapportering), KUHR-registeret (register over utbetaling av helserefusjoner, HELFO), Norsk Pasientregister (NPR) og levekårsundersøkelsene. I denne publikasjonen brukes disse statistikkene og datakildene til å tegne et bilde av eldres bruk av helse- og omsorgstjenester og ressursbruk knyttet til å produsere og å yte tjenestene.

Kunnskapen vi har om eldres bruk av tjenestene i dag, gir grunnlag for å tro at det blir økt press på tjenestene fremover. Ved inngangen til 2013 var 13 prosent av

befolkningen 67 år og eldre, 673 000 personer. Av disse hadde nær 41 000 passert 90 år og 800 personer har feiret sin 100 års dag. Det er de eldste aldersgruppene av eldre som særlig har økt frem til nå. Denne gruppen vokste opp og etablerte seg i en økonomisk vanskelig periode på 1930- og 1940-tallet. En relativt høy andel av denne generasjonen, de som er i slutten av 80 årene i dag, bor alene. Flere er ugift, og flere ble enker i voksen alder, samtidig har de færre egne barn sammenlignet med senere generasjoner eldre.

Veksten som ventes fremover, skyldes først og fremst at store fødselskull fra etterkrigstiden er på vei inn i alderdommen, og at flere av dem vil leve til de blir riktige gamle. Disse fødselskullene har vokst opp med økende velstand, og vil i større grad enn de aller eldste i dag ha støtte i ektefelle/partner og barn. Dette er en friskere generasjon eldre som mest sannsynlig vil møte behov for pleie eller omsorg i en senere fase av livet. Dette er også en generasjon som har vært pådrivere for sosiale endringer i alle livsfaser, og det er ingen grunn til å tro annet enn at de vil bli en viktig pressgruppe også fremover.

I denne publikasjonen har vi samlet et knippe artikler knyttet til utviklingen i antallet eldre, om ressurser som brukes til helse- og omsorgstjenester til eldre, og eldres bruk av tjenestene. Dagens bruksmønster vil gi en indikasjon på fremtidig forbruk av tjenestene. Tallfestede fremskrivninger av ressursbehovet er et viktig holdepunkt for utformingen av en langsiktig politikk. De tre første artiklene i denne artikkelsamlingen gir et oversiktsbilde av helse- og omsorgssektoren

og eldrebefolkningen. Her beskrives to av faktorene som har størst betydning for sektorens vekst i tiårene fremover: den demografiske utviklingen og bruksmønsteret i ulike aldersgrupper. Artiklene som følger ser nærmere på eldres bruk av ulike helse- og omsorgstjenester i dag.

Helse- og omsorgstjenestene som næring – utviklingstrekk

Artikkelen *Plassering av den norske helsesektoren i tid og rom* av Erling Holmøy og Julie Kjelvik (1) viser at Norge prioriterer helse på linje med hva man gjør i mange andre vesteuropeiske land. Det høye lønnsnivået i Norge fører til at helsetjenestene koster mer i Norge enn i de fleste andre land. Av den totale arbeidsinnsatsen i Norge går 11 prosent til helse- og omsorgstjenester direkte rettet mot brukerne av tjenestene. Fremskrivninger indikerer at denne andelen kan bli doblet innen 2060. Endringer i dødelighet, helsetilstand og standarden på tjenestene vil påvirke bemanningsbehovet. Dette er viktig kunnskap for betraktninger knyttet til finansiering av næringen og med tanke på dimensjonering av behovet for helsepersonell fremover.

Artikkelen *Dagens og morgendagens eldre – en demografisk beskrivelse* av Inger Texmon (2) viser hvordan befolkningens størrelse og alderssammensetning fremover påvirkes av fruktbarhet, dødelighet og migrasjon. Befolkningsfremskrivningene forutsetter at dødeligheten blant eldre fortsetter å falle. Perioden som gammel vil dermed utgjøre en stadig økende del av et gjennomsnittsliv. Forskjellen i menns og kvinners levealder synes å avta. Dette kan bety at flere vil leve i samliv lengre. Imidlertid ser skilsmisseraten ut til å øke i grupper som er på vei inn i aldersdommen. Dette vil ha konsekvenser for mulighetene for omsorg av pårørende eller familie og behovet for offentlige eller

private omsorgstjenester. Artikkelen ser på forventet utvikling ut fra ulike antakelser om demografiske forhold.

Artikkelen *Utgifter til eldres helse og omsorg* av Julie Kjelvik og Anne Mundal (3) viser hvor mange kroner som går til behandling og pleie av eldre. I somatiske sykehus blir en av tre kroner brukt på tjenester til eldre pasienter. Behandling knyttet til hjerte-/karsykdom står for hoveddelen av disse utgiftene. I omsorgssektoren går to av tre kroner til eldre tjenestemottakere. Målt i kostnader per innbygger har veksten vært dobbelt så høy for yngre brukere av tjenestene, sammenlignet med eldre.

Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester

Eldreomsorgen har i løpet av få tiår blitt en stor og mangfoldig samfunnssektor. Artikkelen *50 år med offentlig eldreomsorg* av Jens-Kristian Borgan (4) gir en oversikt over utviklingstrekkene, fra hvordan tilbudet vokste frem til det etter hvert ble et offentlig ansvar. Den kraftige veksten kom på 1960-tallet. Artikkelen beskriver aldershjemmenes vekst og fall og hvordan tilbudet i sykehjemmene i dag rettes mot en snevrere brukergruppe. I løpet av de siste 30 årene er andelen eldre som bor på alders- og sykehjem redusert, og beboerne er mer omsorgstrengende enn før.

Overføring av ansvaret for omsorgstilbudene til kommunene og prioritering av lokal omsorg ga økt satsing på hjemmebasert omsorg. Omsorgsboliger med og uten bemanning ble etablert i mange kommuner på 1970-tallet og utover. I dag tilbyr alle kommunene hjemmetjenester til eldre. Tilbudet har, over tid, dreid i retning av tjenester med større medisinsk tilsnitt (hjemmesykepleie) fremfor praktisk hjelp i hverdagen. Endret prioritering og organisering av tjenesten kan ses i sammenheng med hvordan tankegangen omkring eldre-

omsorg er endret i perioden – fra en «ta vare på»-ideologi til økt oppmerksomhet omkring medisin, pleie og geriatri.

Med vekst i omsorgsbehovet blant unge brukere av omsorgstjenester og med et økt antall eldre, og dermed antatt flere brukere av pleie- og omsorgstjenester totalt sett, vil behovet for personell innenfor tjenesten øke. I dag utføres det 129 000 årsverk i omsorgssektoren. Mye tyder på at det blir behov for flere hender i omsorgstjenestene fremover. Artikkelen *Dobling av innvandrerårsverk på fem år* av Dag R. Abrahamsen og Julie Kjelvik (5) tar for seg personell i omsorgssektoren og ser nærmere på hvor mange innvandrere som jobber der. I dag står innvandrere for om lag 13 prosent av årsverkene i omsorgssektoren. I Oslo, der innvandringstettheten er høyest, blir 40 prosent av årsverkene i omsorgstjenesten utført av personell med innvandrerbakgrunn. Det har vært en sterkere rekruttering av innvandrere til denne sektoren, og antallet årsverk utført av innvandrere i omsorgssektoren er nesten doblet siden 2006.

Det har over tid vært en dreining i tjenestebruk fra institusjonsomsorg til større bruk av kommunale hjemmetjenester. Institusjonene har også endret karakter. Det tradisjonelle aldershjemmet er så å si borte, og i dag er sykehjemmet et tilbud primært til eldre som ikke klarer å bo hjemme. Sykehjemmene brukes også i større grad til korttidsopphold ved behov. Det er et politisk mål at eldre skal kunne bo i eget hjem også utover i alderdommen. Artikkelen *Hjemme så lenge som mulig* av Eiliv Mørk (6) ser nærmere på eldre som mottar tjenester hjemme. Imidlertid er det slik at tre av fire eldre klarer seg hjemme uten hjelp fra kommunen. Av dem som får tjenester, er kvinnene i flertall. Dette henger sammen med kvinneoverskuddet i eldre aldersgrupper. Hjemmesykepleie,

bistand til daglige gjøremål og trygghetsalarm er de tjenestene som har størst utbredelse. De fleste eldre som har passert 90 år, og som fremdeles bor hjemme, får pleie og omsorgstjenester fra kommunen. I denne aldersgruppen er tre av fire mottakere kvinner.

Med flere eldre hjemme og større satsing på hjemmebasert omsorg for eldre blir kontakten med fastlegen viktig. Artikkelen *Eldre menn bruker fastlege mest* av Elin Skretting Lunde og Borgny Vold (7) handler om fastlegebruk blant eldre. Den viser at det er de yngste gruppene av eldre som bruker fastlegen hyppigst. Blant de eldste går bruken av denne tjenesten ned for både menn og kvinner. Det henger mest sannsynlig sammen med at flere i denne gruppen bor på institusjon og følges opp av sykehjemslege eller i spesialisthelsetjenesten.

Blant eldre 80 år og over er det flere menn enn kvinner som bruker fastlegjetjenester. Dette må ses i sammenheng med bruk av andre helse- og omsorgstjenester og med at sykkelighetsbildet blant menn og kvinner er forskjellig. Mange kvinner har sykdommer som de har levd med i lang tid, mens menn i større grad utsetter kontakt med helsetjenesten til situasjonen blir mer akutt. Eldre menn ligger også oftere på sykehus sammenlignet med eldre kvinner. Artikkelen *Seks av ti eldre i kontakt med sykehus* av Anne Mundal og Merete Thonstad (8) viser at sykdommer i hjerte- og karsystemet, skader, luftveissykdommer og kreft er de vanligste sykdommene som fører til sykehusopphold blant eldre. Generelt ligger eldre oftere på sykehus enn yngre, og de har lengre opphold. Liggetiden ved innleggelse på sykehus har imidlertid gått ned for alle grupper. For de eldste er liggetiden ved sykehusopphold nærmest halvert over en tyveårsperiode.

Ofte er det tett samspill mellom offentlige hjemmetjenester og hjelp fra pårørende og familie. Artikkelen *Familieomsorg – fortsatt viktig* av Berit Otnes (9) viser at hjelp fra uformelle omsorgsgivere er et viktig tilskudd til den offentlige omsorgen. Kvinner får i større grad uformell hjelp enn menn. Estimater tyder på at den uformelle hjelpen tilsvarer om lag 40 prosent av total årsverksinnsats innenfor omsorg, om lag 96 000 årsverk. Andelen som sier at de gir regelmessig ulønnet hjelp til syke og funksjonshemmede utenfor egen husholdning, har økt – fra 8 prosent i 1983 til 13 prosent i 2008.

Med nedbygging av aldershjemmene og satsing på hjemmebasert omsorg og oppfølging i omsorgsboliger har institusjonene fått en ny rolle. I dag bor kun 6 prosent av eldrebefolkningen på institusjon. De fleste er godt opp i 80 årene. Artikkelen *Færre eldre bor på sykehjem* av Bjørn Gabrielsen (10) viser at antallet institusjonsplasser er redusert, og at dekningsgraden har gått ned. Det er dermed færre enn før som får tilbud om institusjonsplass. Det legges i større grad til rette for korttidsopphold ved akutt hjelpebehov, oppfølging etter sykehusopphold eller for avlastning for omsorgspersoner. Over tid ser det ut til at korttidsoppholdene er blitt kortere, og at selv langtidsopphold har kortere varighet enn før. Dette henger trolig sammen med at tidspunktet for innleggelse er forskjøvet, og at de som legges inn på langtidsopphold, i utgangspunktet er eldre og sykere enn før. Åtte av ti beboere på sykehjem har omfattende bistandsbehov.

Gitt høyere levealder i befolkningen kan man spørre seg om de ekstra årene blir friske år, eller om sykkeligheten vil strekkes lenger ut i tid og således gi større etterspørsel etter omsorgstjenester. Er det slik at sykkeligheten blir konsentrert i en kort periode før død, eller kan man

forvente at økning i lidelser som demens krever høy tjenesteintensitet over lengre tid? Omsorgstjenesten yter hjelp til svært mange som er i livets siste fase. Artikkelen *Omsorgstjenester mot livets slutt* av Bjørn Gabrielsen (11) ser på tjenestebruken i en gruppe eldre tjenestemottakere i en femårsperiode før død. Den viser at tjenestebruken øker jevnt i perioden, men at det skjer en intensivering i tjenestebruk siste året før død. Svært mange fikk plass på sykehjem i denne perioden. Nær dødstidspunktet bodde nærmere 70 prosent av dem på institusjon. For dem som bodde hjemme, ble timeantallet med bistand fra hjemmetjenestene nesten fordoblet i løpet av måleperioden – med en betydelig økning siste leveåret.

Erling Holmøy og Julie Kjølvik

1. Plassering av den norske helsesektoren i tid og rom

Norges samlede prioritering av helserelaterte tjenester har i flere år vært omtrent like høy som i andre vesteuropeiske land. Det samme gjelder helsenæringens bruk av arbeidskraft og andre ressurser per innbygger. Høye lønninger fører likevel til at Norge er blant de OECD-land hvor innbyggerne gir avkall på flest andre varer og tjenester for å få sine helsetjenester. Under plausible forutsetninger kan andelen av samlet sysselsetting som jobber innenfor helse og omsorg, bli mer enn doblet innen 2060.

Problemstillinger

I 2012 brukte norske innbyggere i gjennomsnitt vel 54 000 kroner per hode, til sammen 273 milliarder kroner, på helse, herunder helserelatert omsorg.¹ Er det mye? Spørsmålet må presiseres før det kan besvares. Den helsepolitiske debatten tilsier at følgende presiseringer er blant de mest interessante:

1. Hvor høyt prioriteres helsetjenester i Norge?
2. Hvor stort er gjennomsnittspersonens forbruk av helsetjenester?
3. Hvor mye koster helseforbruket i form av arbeidskraft og andre ressurser?
4. Hvor mye koster helseforbruket i form av lavere forbruk av andre varer og tjenester?

Selv om man – hypotetisk – skulle finne pålitelige tall som svarer på disse fire spørsmålene, vil hvert av dem si svært lite før de plasseres i en sammenheng gjennom sammenligninger. I denne artikkelen plasserer vi dem i tid og rom ved at de sammenlignes med tilsvarende tall i henholdsvis tidligere år og i andre land – i den grad dette er mulig. Deretter bruker vi fremskrivninger til å sammenligne dagens nivå på årsverkene i individrettet helse og omsorg med bemanningsbehovet mot 2060, under ulike forutsetninger om befolkningsutvikling, sykelighet, standard på helsetjenestene og omfanget av familieomsorg. Slike fremskrivninger er viktige i analyser av offentlige finanser på lang sikt og av dimensjoneringen av kapasiteten i de helsefaglige utdanningene. Etter en oppsummering spør vi avslutningsvis om internasjonale sammenligninger av helseutgifter fortjener den store oppmerksomheten de synes å få.

¹ «Nøkkeltall for helse» presentert på www.ssb.no/helse/. Tallene for 2012 er foreløpige.

Brukes det mye (på) helsetjenester i Norge?²

Hvor høyt prioriteres helsetjenester i Norge?

Et budsjett, for eksempel for en husholdning, en kommune eller staten, viser prioriteringen av disponibel inntekt på ulike goder/formål. Holmøy og Scheel (2012) argumenterer for at et lands prioritering av ulike formål best uttrykkes ved andelen av landets samlede inntekt som går til formålene. Landets samlede inntekt måles best ved begrepet *disponibel inntekt* som består av inntektene fra innenlandsk produksjon (BNP – kapitalslit) pluss alle nettoinntekter Norge mottar fra utlandet. Foreløpige tall viser at de samlede offentlige og private helseutgiftene utgjorde 10,7 prosent av denne inntekten i 2012. Det er verken stort eller lite *i forhold til* hva denne helseandelen har ligget på etter 2004, se figur 1. Her må oppgangen i andelen fra 2008 til 2009 ses i lys av finanskrisens negative virkning på produksjon og inntekt.

En konstant inntektsandel til helse kombinert med inntektsvekst innebærer ikke nødvendigvis vekst i den reelle bruken av helsetjenester per innbygger. Både prisøkning på helsetjenester og/eller økt antall brukere av helsetjenester kan spise opp en nominell vekst i helseutgiftene. Dette kommer vi tilbake til.

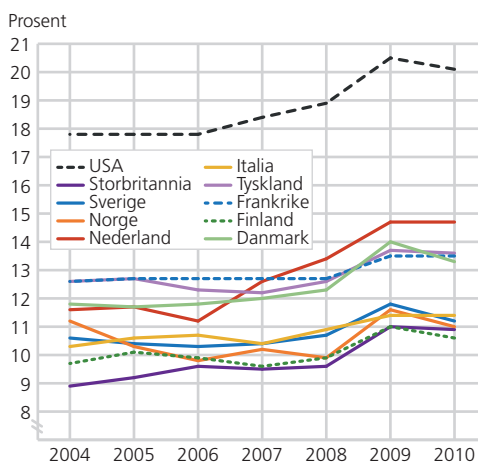
Målt ved andelen av landenes samlede inntekt, prioriterer Norge helsetjenester omtrent like høyt som Italia, Sverige, Storbritannia og Finland. Prioriteringen av helsetjenester er høyere i Nederland, Tyskland, Danmark og Frankrike enn i Norge. Prioriteringen av helse er en god del høyere i USA enn i andre OECD-land.

Her var inntektsandelen kommet opp i 20 prosent i 2010.

Prioriteringen av helsetjenester i forhold til andre goder er et resultat av både politiske beslutninger på statlig og kommunalt nivå, samt individuelle valg. I Norge har den samlede offentlige finansieringsandelen økt gradvis fra 80 prosent i 1997 til 86 prosent i 2010. Tilfellet USA illustrerer at en relativt lav offentlig finansieringsandel av helseutgiftene (48 prosent i 2010) ikke trenger å bety at landet sett under ett prioriterer helsetjenester lavt. Dersom man mener at en stor andel av innbyggerne i Norge, eller et annet land med markedsøkonomi, i mange år har ønsket en opprioritering av helsetjenester, må man forklare hvorfor det private tilbudet ikke er større enn det faktisk er.

Internasjonale sammenligninger av helseutgifter ser normalt på helseutgiftenes andel av BNP. Som nevnt argumenterer Holmøy og Scheel (2012) for at man heller bør sammenligne andelen av landenes samlede inntekt. Men prioriteringen av

Figur 1. Helseutgiftenes andel av samlet disponibel inntekt i utvalgte land. 2004-2010. Prosent



Kilde: Egne beregninger basert på OECDs tall for helseutgifter og disponibel inntekt.

² Første del av artikkelen har betydelig «overlapp» med Holmøy og Scheel (2012).

helse i forhold til andre goder har hittil ikke vært nevneverdig påvirket av hvilke av disse andelene man legger til grunn.³

Det kan argumenteres for at prioriteringen av helse bør måles med den andelen helseutgiftene til forbruk og investering utgjør av korresponderende totaltall for Norge, særlig fordi Norge har bygget opp finansielle fordringer overfor utlandet.⁴ Det er likevel liten tvil om at Norges plassering i figur 1 ville vært høyere hvis man sammenlignet slike «sparekorrigerte» helseutgiftsandeler mellom land. Dette fordi de fleste OECD-land har bygget opp offentlig gjeld og utenlandsgjeld. Selv om man ikke kan isolere hvor mye av helseutgiftene som er lånefinansiert, bør man heller ikke se bort fra at utgiftene før eller senere må vokse saktere enn inntektene i land med gjeld. Det kan isolert sett også komme til å redusere helseutgiftenes inntektsandel. Norge kan derimot delfinansiere fremtidens utgifter til helse og/eller andre formål gjennom uttak fra Statens pensjonsfond - utland.

Norges samlede inntekt og BNP har i mange år inneholdt en stor andel petroleumsinntekter som en gang må ta slutt. Siden disse tallene ikke tar hensyn til at reservene reduseres, blir petroleumsinntektene overvurdert i forhold til andre inntekter.

³ Norges disponible inntekt utgjorde 86,6 prosent av BNP i 2011. Tilsvarende forholdstall for EURO-området (17 land) og USA var henholdsvis 83,2 og 88,1 prosent. Norges helseandel av BNP har variert mellom 9 og 10 prosent i de senere år. Det er omtrent det samme som i de andre nordiske landene og svært nær gjennomsnittet for hele OECD-området.

⁴ Helseutgiftene til forbruk og investering i prosent av Norges samlede forbruk og investeringer lå nær sitt gjennomsnittsnivå på 11,2 prosent i årene 2008-2012. Helseutgiftene til kun forbruk utgjorde i gjennomsnitt 14,2 prosent av samlet forbruk i årene 2008-2012.

Korreksjon for dette er mulig⁵, og vil øke de norske utgiftsandelene for alle formål. Men korreksjonen må baseres på prognoser og vil neppe innarbeides i OECDs tall. Et annet tolkningsproblem skapes av svingninger i olje- og gassprisene som gir svingninger i helseutgiftenes inntekts- og BNP-andeler som ikke reflekterer endringer i prioriteringer. Dette bør ikke korrigeres ved å utelate petroleumsinntektene. Dette er jo reelle inntekter – selv om de ikke varer evig. I stedet bør man se på gjennomsnittsandeler for flere år, eller bruke gjennomsnittspris på olje og gass.

Hva regnes som «helsetjenester»?

Tallene for helseutgifter over er hentet fra helseregnskapet, Statistisk sentralbyrå (2013). Dette er en del av et internasjonalt system med felles retningslinjer for å oppnå mest mulig informative sammenligninger av helserelaterede forhold innenfor OECD-området, se OECD, Eurostat og WHO (2011)⁶ og oversikten i Hernæs og Brathaug (2012). Retningslinjene avgrenser blant annet begrepet helsetjenester. De viktigste avgrensningene er:

- Ulønnede helsetjenester utført av blant annet familie er utelatt på grunn av åpenbare måleproblemer. Meld. St. 29 (2012-2013) anslår den uformelle omsorgsinnsatsen til 100 000 årsverk. Berit Otnes, artikkel 9, kommer til 96 000 årsverk i 2008. Forskjellen mellom anslagene er liten tatt i betraktning den store usikkerheten. Til sammenligning sys-

⁵ Korreksjon av Norges disponible inntekt for tapping av endelige olje- og gassreserver gjøres blant annet i kapittel 3 i «Økonomisk utsyn over 2012», Statistisk sentralbyrå (2013).

⁶ OECD presenterer sammenlignbare tall for helseutgifter og andre helserelaterede størrelser i «Health at a Glance», sist utgitt i november 2012, se http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en.

Tabell 1. Helseutgifter i Norge, fordelt på hovedkategorier av tjenester. 2011. Prosent og kroner

	Prosent av totale helseutgifter	Kroner per innbygger
Totale helseutgifter	100	51 204
1. Medisinsk behandling utført på sykehus, av allmennlege, spesialist, tannlege, fysioterapeut, kiropraktor, samt rehabilitering	47,8	24 491
2. Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie	28,2	14 442
3. Støttetjenester (røntgen- og laboratorietjenester, ambulans og pasienttransport)	6,9	3 524
4. Medisinske produkter (legemidler og sykepleieartikler for pasienter som ikke er innlagt)	10,3	5 287
5. Forebyggende og helsefremmende arbeid	2,4	1 245
6. Helseadministrasjon	0,6	313
7. Investeringer	3,7	1 902

Kilde: Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helsat/tab-2012-04-19-02.html>).

selsatte den formelle omsorgsnæringen 129 000 årsverk i 2011. Dette trekker i retning av at statistikken undervurderer det reelle omfanget av omsorgstjenester i tidligere tider og i land med relativt lav kvinnelig yrkesdeltakelse.

- Helseregnskapet skal bare inkludere pleie- og omsorgstjenester som er relatert til helse. Derfor er omsorg for barn i barnehager og skolefritidsordningen utelatt. En grunn til å nevne dette er at disse tjenestene inngår i nasjonalregnskapets kategori «helse- og sosialtjenester».
- Det er vanskeligere å avgjøre hva som skal inkluderes av praktisk bistand. Hjemmebaserte helsetjenester skal omfatte kun den praktiske bistanden som ytes i kombinasjon med hjemmesykepleie.⁷ Den helserelaterte andelen av institusjonsbaserte tjenester settes lik den andelen sykehjemsplasser utgjør av alle plassene i syke- og aldershjem. Datakilden for utgifter til pleie og omsorg i Norge er regnskapsdata fra kommunene (KOSTRA⁸).

⁷ Tallgrunnlaget her er *Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk* (IPLOS), se <http://www.ssb.no/pleie/>

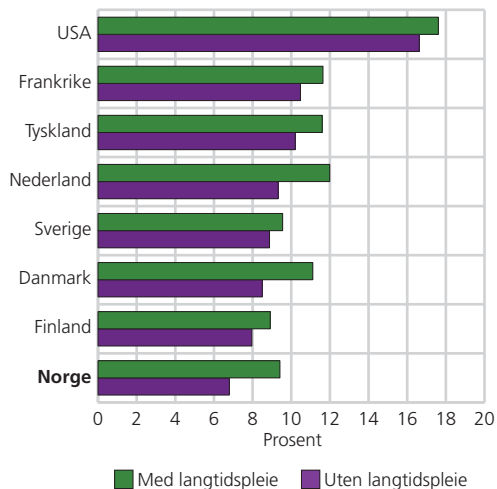
⁸ KOSTRA er en forkortelse for kommune-statrapportering, se <http://www.ssb.no/vis/kommregnko/art-2012-06-15-01.html>

Tabell 1 viser helseregnskapets tall for helseutgifter i 2011 fordelt på syv hovedkategorier, uavhengig av om de er produsert i offentlig eller privat sektor. Vel 93 prosent av utgiftene går til det de fleste vil kalle kjernetjenester, det vil si medisinsk behandling og rehabilitering, sykehjemstjenester, hjemmesykepleie, legemidler og ulike støttetjenester. Helsesektorens gråsoner inneholder tjenester som ikke direkte retter seg mot individer, herunder administrasjon, forskning og forebygging.⁹

Til tross for felles retningslinjer varierer den faktiske avgrensningen av helsetjenestene til dels betydelig mellom OECD-landenes helseregnskap. Dette er et viktig poeng hos Møinichen-Berstad (2012) og Jensen (2012) når de kritiserer tolkningen av OECDs tall for landenes helseutgifter. Spesielt peker de på at de norske tallene

⁹ *Forebyggende og helsefremmende arbeid* omfatter Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, skolehelsetjeneste, helsestasjoner, helserelatert forsknings- og utredningsvirksomhet, Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, og annen forebygging. *Helseadministrasjon* omfatter Helse- og omsorgsdepartementet, Bioteknologinemnda, Statens strålevern, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda, Statens legemiddelverk, Apotekvesenet, legemiddelfaglige tiltak, stimuleringstiltak for psykisk helse, samt noen andre mindre poster.

Figur 2. Helseutgifter i utvalgte land, med og uten langtidspleie. Andel av BNP i 2010. Prosent



Kilde: OECD.

inkluderer mer omsorg (langtidspleie) enn det tallene fra mange andre land gjør. Dermed overvurderer de Norges helseprioritering sammenlignet med land som inkluderer en mindre del av langtidspleien. Det skyldes at SSB har vært blant de «flinkeste» til å følge OECDs retningslinjer. Når langtidspleie tas ut av landenes helseutgifter, faller prioriteringen av helse mer i Norge enn i flertallet av andre land. Dette gjelder enten man betrakter utgiftenes andel av samlet inntekt eller av BNP. Av hensyn til sammenlignbarhet med nevnte referanser og OECDs tall viser figur 2 endringer i BNP-andelene. Spesielt påvirkes Sveriges helseutgifter relativt lite av å fjerne langtidspleie, fordi de svenske helseutgiftene i utgangspunktet omfatter få av disse tjenestene.¹⁰

¹⁰Den avgrensningen Sverige har valgt førte til at de helserelaterte pleie- og omsorgsutgiftenes andel av samlede svenske helseutgifter var kun 7 prosent i 2009, mens den tilsvarende andelen i Norge var 27,3 prosent. Foreløpige beregninger for Sverige indikerer at denne andelen vil stige til ca. 20 prosent for Sverige når samme avgrensning blir lagt til grunn.

Man kan imidlertid miste viktig informasjon i «jakten på sammenlignbarhet». I Norge har pasientenes sykehusopphold blitt kortere ved at rekonvalesens og rehabilitering i økende grad skjer hjemme eller på egne institusjoner. Dette innebærer overføring av ressurser og aktivitet fra rene helsetjenester til pleie- og omsorgstjenester. Samhandlingsreformen er ment å forserer denne utviklingen. Denne spesialiseringen kan gi mer helse for ressursinnsatsen. Hvis landene satser ulikt med hensyn til denne spesialiseringen, kan man trekke misvisende konklusjoner om landenes helseprioritering hvis helsetjenestene avgrensnes for snevert i internasjonale sammenligninger.

Hvor stort er gjennomsnittspersonens forbruk av helsetjenester?

Også for helsetjenester gjelder i prinsippet sammenhengene:

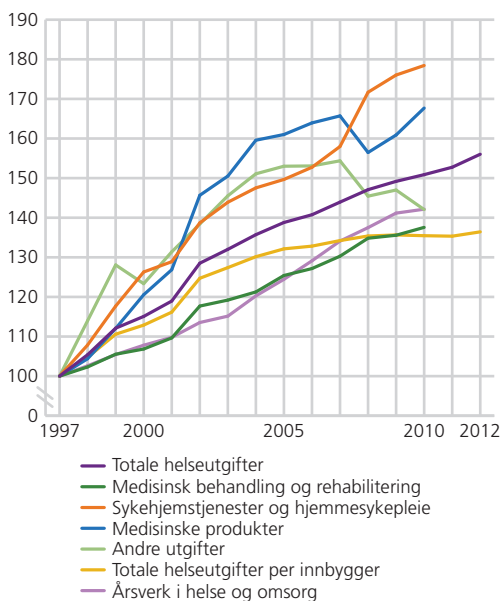
$$\text{volum} = \text{utgift/pris} = \text{utgift} \times \text{«helse per krone»}$$

Men priser på helsetjenester er snarere unntaket enn regelen, fordi helse typisk ikke omsettes i vanlige markeder. Volumet av helsetjenester må derfor anslås indirekte og på til dels svært usikkert grunnlag. De norske volumberegningene støtter seg til blant annet DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper)¹¹ i spesialisthelsetjenesten, endringer i antall sykehjemsplasser og priser på tannhelsetjenester og legemidler, se Hernæs og Brathaug (2012).

Figur 3 viser at det samlede volumet av helsetjenester per innbygger i Norge økte med i alt 37 prosent fra 1997 til 2012, det vil si en årlig realvekst på tilnærmet 2,1 prosent, ifølge foreløpige tall. Volum-

¹¹DRG-poeng måler ressursbruken per enhet av en bestemt tjeneste, for eksempel en hofteoperasjon. Kombinert med tall for ressursbruk, gir de dermed et grunnlag for valide målinger av produksjonsvolum.

Figur 3. Volumutvikling for enkelte helsetjenester i Norge, alle helsetjenester totalt og per innbygger, samt årsverk¹ i helse og omsorg. Indekser. 1997=100



¹ Årsverk i helse og omsorg avgrenset som i nasjonalregnskapet, som er noe videre enn i helseregnskapet.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

veksten har vært sterkere enn veksten i samlede årsverk i helse og omsorg.¹² Veksten per innbygger har vært noe svakere enn den samlede volumveksten. Spesielt falt volumet av helsetjenestene per innbygger mellom 2008 og 2011. 2012-anslaget er omtrent på samme nivå som nivået i 2008. Men disse tallene kan gi et overdrevent bilde av det demografiske bidraget til vekst i helseetterspørselen, fordi en stor del av den sterke befolkningsveksten etter 2004 skyldes innvandring av yrkesaktive som bruker relativt lite helsetjenester.

¹² Årsverkene i helse og omsorg er hentet fra nasjonalregnskapet. Her er den norske helse- og omsorgsnæringen definert noe videre enn i helseregnskapet. På den annen side omfatter helseutgiftene i helseregnskapet import, spesielt av medisinsk utstyr.

Det er prinsipielt umulig å tallfeste nivåforskjellene mellom samlet forbruk av helsetjenester i ulike land. Det er misvisende å si at dette er «vanskelig». Det skyldes at markeder for helsetjenester snarere er unntaket enn regelen. Da har man heller ingen «helsepriser», og uten slike priser kan man ikke beregne hvor mange enheter av helse man får for et gitt beløp i ulike land.

Hvor mye koster helsetjenestene i form av ressursbruk?

OECD/Eurostat har i stedet korrigert landenes helseutgift per innbygger for forskjeller i timelønn og andre priser på ressursene som brukes i helsenæringen. Gitt at tallene er pålitelige, viser slike beregninger forskjeller mellom den reelle ressursbruken i landenes helsenæringer – ikke forskjeller mellom landenes reelle produksjon av helsetjenester. Imidlertid har svakheter ved tallgrunnlaget ført til at OECD hittil ikke har publisert landssammenligninger av disse beregningene.

Tallene i figur 4 er hentet fra Møinichen-Berstad (2012). Her er langtidspleie utelatt fra helseutgiften per innbygger i utvalgte OECD-land i 2009. I det ene settet med søyler er disse utgiftene korrigert for OECDs usikre anslag på forskjeller mellom landenes kostnader per enhet av helsetjenester. I 2009 var dette målet på ressursbruk på helse per innbygger i Norge tilnærmet det samme som i Sverige og gjennomsnittet for vestlige EU-land. Nivået i Nederland og Sveits lå tilnærmet 20 prosent høyere, mens det lå lavere i Belgia, Spania, Island, Finland og Danmark. Møinichen-Berstad (2012) viser at ressursinnsatsen per innbygger vokste saktere i Norge enn i de vestlige EU-landene fra 1999 til 2009.

Hvis forskjeller mellom landenes ressursbruk på helse per innbygger skal brukes til

å anslå forskjeller i helseforbruk, må man kjenne produktiviteten i landenes helsenæringer. Den nødvendige informasjonen om dette finnes ikke. Selv om man i flere land har informasjon om produktivitetsveksten i flere av de enkelte helsenæringer, blant annet fra DRG-poeng, kan ikke dette utnyttes til å anslå forskjeller mellom produktivetsnivået i landenes samlede helsenæringer. Spesialstudier viser at produktiviteten i ulike former for sykehusbehandling varierer rundt det samme nivået i Norge, Sverige og Danmark, mens den er klart høyere i Finland, se gjennomgang i Melberg (2012).

Hvor mye koster forbruket av helse-tjenester i form av lavere forbruk av andre varer og tjenester?

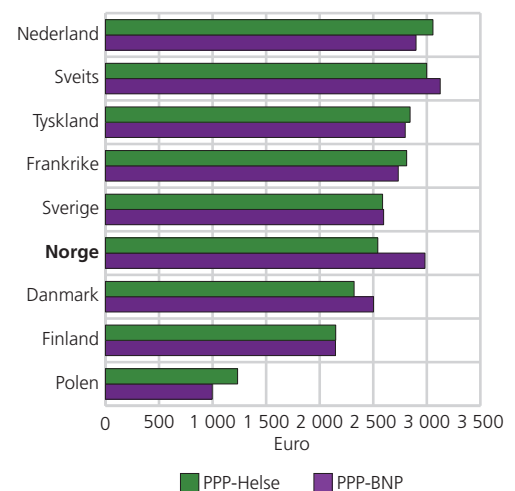
OECDs publiserte tall for helsetjenester per innbygger korrigerer helseutgiftene for forskjellene mellom landenes generelle prisnivå, altså forskjeller i et veid gjennomsnitt av prisforskjellene på alle varer og tjenester, se Svenneby (2012). Denne priskorleksjonen av helseutgiftene måler hvor mange varekurver med BNP-sammensetning som man alternativt kunne fått for de ressursene som settes inn i produksjonen av helsetjenester, det vil si alternativkostnaden knyttet til helsenæringens ressursbruk. Dette begrepet er irrelevant for andre spørsmål enn det vi svarer på i dette avsnittet. Spesielt svarer det ikke på spørsmål om helsenæringens direkte ressursbruk eller reelt helseforbruk.

Innenfor OECD, bruker innbyggerne i USA klart mest på helse målt ved alternativkostnaden. I gjennomsnitt ga de avkall på varer og tjenester tilsvarende 8 233 USD ved å bruke så mye på helse som de gjorde i 2010. Innbyggerne i Norge hadde sammen med sveitserne den nest høyeste alternativkostnaden, men den var kun 2/3 av amerikanernes. Det norske nivået lå 20 og 43 prosent over tilsvarende nivå i

henholdsvis Danmark og Sverige og klart over snittet for vestlige EU-land.

Figur 4 sammenligner alternativkostnadene med ressursbruken knyttet til helseutgiften per innbygger i utvalgte land i 2009. I Norge koster helseforbruket per innbygger mer i form av tapt produksjon av andre goder enn den koster i form av arbeidskraft og andre ressurser. Det er motsatt i de østeuropeiske landene. Dette skyldes et til dels betydelig høyere real-lønnsnivå i Norge enn i andre land. Det reflekterer i stor grad tilsvarende forskjeller i arbeidsproduktiviteten i store deler av privat sektor, samt et gunstig bytteforhold overfor utlandet. Dermed går «taksamteret» fort når man bruker arbeidskraft i helsenæringen; en gitt helseutgift dekker færre helseårsverk hos oss enn i andre land. Samtidig vil overføring av et årsverk fra produksjon av helsetjenester til produksjon av andre goder i privat sektor gi en større økning i BNP hos oss enn i mindre produktive land.

Figur 4. Helseutgifter utenom langtidspleie per innbygger i utvalgte OECD land, korrigert for generelle prisforskjeller (Pris-BNP) og anslag på forskjeller i helsepriser (Pris-Helse). 2009. Euro



Kilde: Møinichen-Berstad (2012) og OECD.

Helsesektorens betydning fremover

Drivkrefter og fremskrivningsmetode

Begrunnede fremskrivninger av bemanningsbehovet i helsenæringen er nyttige i analyser av offentlige finanser på lang sikt og for å vurdere kapasiteten i helsefaglig utdanning. Det er flere grunner til at helseutgiftene vil vokse fremover, både absolutt og i forhold til Norges samlede inntekt og skattegrunnlag:

1. Det blir flere eldre som er de tyngste brukerne av helsetjenester. Antall som er 70 år eller eldre, øker i forhold til antall yrkesaktive, hvilket bidrar til økt skattebyrde.
2. Økt levestandard vil skjerpe kravene til standard på helsetjenestene. En markert økning i eldres andel av velgermassen vil sannsynligvis trekke i samme retning.
3. Vedvarende fall i dødeligheten blant eldre er en av flere indikatorer på at eldres helse er bedre nå enn før. Forlengelse av denne tendensen bidrar isolert sett til lavere etterspørsel etter helsetjenester. Hittil har imidlertid økningen i levealder falt sammen med vekst i helseutgifter per innbygger. Noe av levealdersøkningen skyldes trolig økt innsats av helsetjenester. I tillegg kan lavere dødelighet blant for eksempel pasienter med kreft og hjerte- og karsykdommer føre til at flere vil få en periode som demente før de dør. Per i dag er demens en meget kostbar sykdom (Vossius 2012).
4. Erfaringer i flere land indikerer at produktivitetsvekst i helsenæringen ikke tas ut i form av lavere vekst i ressursbruken, men i form av økt produksjon, også av relativt dyre tjenester.
5. Enhetskostnadene innenfor eldreomsorg vil trolig øke raskere enn de fleste andre priser. Dette fordi potensialet for produktivitetsvekst er mindre her enn i andre næringer, samtidig som lønnsveksten ikke kan være svakere her enn i andre næringer hvis tilstrekkelig mange skal velge eldreomsorg som arbeidsplass.
6. Økt omfang av markedsarbeid blant kvinner og flere aleneboende eldre kan redusere familieomsorgen, og dermed øke behovet for formell omsorg.
7. Det er også mulig at lønnsnivået innenfor helse og omsorg må heves i forhold til andre yrkesgrupper for at sektoren skal kunne tiltrekke seg en arbeidsinnsats som dekker veksten i bemanningsbehovene.

Holmøy, Kjølvik og Strøm (2013) fremskriver etterspørselen etter arbeidskraft i ti individrettede helsenæringer, herunder flere pleie- og omsorgstjenester enn det helseregnskapet inkluderer.¹³ Modellen fanger opp tilnærmet 246 000 årsverk i startåret 2010, se tabell 2. For hver enkelt tjeneste/næring beregnes etterspørselen etter arbeidskraft fra befolkningen i en gruppe definert ved kjønn og alder ved formelen¹⁴:

$$\begin{aligned} \text{Årsverk} &= \text{standard} \cdot \text{brukerfrekvens} \cdot \text{befolkning} \\ &= \frac{\text{årsverk}}{\text{brukere}} \cdot \frac{\text{brukere}}{\text{befolkning}} \cdot \text{befolkning} \end{aligned}$$

¹³De 10 helsenæringene er: pleie/omsorg hjemme; pleie/omsorg, institusjon; somatiske spesialisthelsetjenester; psykisk helsevern, barn; psykisk helsevern, voksne; kommunale legetjenester; rusbehandling; helsestasjoner og skolehelsetjenesten; fysioterapi; tannhelse.

¹⁴Fremskrivningsmodellen er av samme type som de som har vært brukt i en rekke langsiktige fremskrivninger tidligere, for eksempel i Perspektivmeldingen 2013 og Nielsen (2008).

der brukerfrekvensen fanger opp både andelen som er syke, og andelen av de syke som retter etterspørselen mot den formelle helsesektoren. Typisk øker brukerfrekvensene sterkt med alder når man blir eldre enn 70 år (Julie Kjølvik og Anne Mundal, artikkel 3). Standard måles ved årsverk per bruker. Produktivitetsvekst kan legges inn i standardutviklingen. Så langt data har gjort det mulig, er det også tallfestet kjønns spesifikke aldersprofiler for standard.

Betydningen av sannsynlige demografiske endringer mot 2060

Tabell 2 rendyrker virkningene på bemanningsbehovet av endringene i befolkningens størrelse og sammensetning som finner sted i det vi her vil kalle vår referansebane. Her utvikler befolkningens størrelse og sammensetning seg som i middelalternativet (M) i SSBs befolkningsfremskrivninger fra 2012. Alle andre faktorer, det vil si brukerfrekvenser, tjenestestandarder og forholdet mellom familieomsorg og formell omsorg, holdes konstant på sine respektive 2010-nivåer. Referansebanen beskriver dermed ikke den mest realistiske utviklingen, men den egner seg godt som et sammenligningsgrunnlag for fremskrivninger basert på alternative forutsetninger.

I referansebanen vil helseårsverkene nesten dobles i løpet av perioden 2010-2060. Holmøy, Kjølvik og Strøm (2013) viser at over halvparten av veksten i helseårsverkene skyldes kun økningen i eldres befolkningsandel alene, som akselererer etter 2020. Resten skyldes vekst i samlet folkemengde. Et viktig element er at alderen øker bruken av institusjonsbaserte tjenester som krever betydelig mer arbeidsinnsats enn hjemmebaserte tjenester.

Den såkalte referansebanen i Perspektivmeldingen 2013 (Meld. St. 12:2012-2013)

baserer seg i hovedsak på de samme forutsetningene om helsenæringen som vi gjør. Her øker samlet sysselsetting fra 2 364 000 årsverk i 2012¹⁵ til vel 2 816 000 årsverk i 2060. I vår referansebane vil dermed andelen av totale årsverk i de ti individrettede helse- og omsorgsnæringene øke fra nær 11 prosent i 2010 til vel 17 prosent i 2060, se tabell 3.¹⁶

Tabell 2. Årsverk i individrettede helse- og omsorgsnæringene i referansebanen. 1 000 årsverk

	2010	2030	2060
Individrettet helse og omsorg totalt	246	334	485
Pleie og omsorg, totalt	126	176	291
Hjemmetjenester	65	84	113
Institusjon	61	92	178
Helsetjenester, totalt	120	158	194
Somatisk spesialisthelsetjenester	73	101	131
Psykisk helsevern (barn, voksne)	21	24	26
Annet (kommuneleger, rusbehandling, helsestasjoner, skolehelse, fysioterapi, tannhelse)	26	32	37

Kilde: Holmøy, Kjølvik og Strøm (2013).

¹⁵Tall for årsverk i 2012 er basert på foreløpige nasjonalregnskapstall per april 2013.

¹⁶Økt offentlig sysselsetting kan påvirke samlet arbeidstilbud gjennom flere kanaler. Virkningen kan gå begge veier, avhengig av en rekke forutsetninger, blant annet av hvordan økningen finansieres og av hvilken nytte arbeidstilbyderne har av den økte offentlige produksjonen, se Holmøy, Kravik, Nielsen og Strøm (2009). Referansebanen i Perspektivmeldingen 2013 bygger på de samme forutsetninger som vår referansebane når det gjelder veksten i helse og omsorg. Her synes det ikke som om samlet sysselsetting er påvirket av årsverksveksten i helse og omsorg.

Betydningen av alternative forutsetninger

Familieomsorg: I referansebanen endres årsverkene som ytes av familien, proporsjonalt med årsverkene i den formelle omsorgsnæringen. Dette kan innebære en overvurdering av fremtidens familieomsorg, jamfør punkt 6. Betydningen av denne forutsetningen kan belyses ved å sammenligne med et alternativ der dagens (2010) nivå på samlet familieomsorg, anslagsvis 100 000 årsverk, videreføres i alle år. Det innebærer betydelig mindre familieomsorg per eldre fremover, både i forhold til dagens nivå og i forhold til utviklingen i referansebanen.

I våre beregninger blir redusert familieomsorg kompensert med en like stor årsverksøkning i formell omsorg, mens årsverkene i de rene helsenæringene ikke påvirkes. Gitt demografien, tjenestestandarder og sykkelighet i referansebanen fører den reduserte familieomsorgen til at den formelle omsorgen må styrkes med 130 000 årsverk i 2060. Til sammenligning var det 126 000 årsverk i de individrettede formelle omsorgsnæringene i 2010. Hele helsenæringen sysselsetter i dette tilfellet 615 000 årsverk i 2060, tilsvarende 22

prosent av samlet formell sysselsetting. I tillegg kommer årsverkene i helseadministrasjon, forebygging og helsefremmende virksomhet.

Dødelighetsutviklingen fremover er usikker, særlig for eldre. I det ovennevnte M-alternativet for befolkningsutvikling øker forventet levealder for nyfødte menn (kvinner) fra 79 (83) år i 2011 til 90 (93) år i 2100. I høyalternativet (H) i den siste befolkningsfremskrivningen faller dødeligheten sterkere, og levealderen øker til 93 (96) år i 2100 for menn (kvinner). I lavalternativet faller dødeligheten mindre, og levealderen øker til bare 84 (85) år i 2100 for menn (kvinner). H-alternativets dødelighetsutvikling øker behovet for helseårsverk i alle år, sammenlignet med referansebanen. I 2060 er økningen 13 prosent. Endringer i dødeligheten slår først og fremst ut på antall eldre, mens antallet i de mest yrkesaktive aldersgruppene endres lite. Gitt at perspektivmeldingens anslag for samlet sysselsetting ikke påvirkes, vil formell helse- og omsorg i 2060 da beslaglegge vel 19 prosent av den totale sysselsettingen, mot 17 prosent i M-alternativet. Effektene er tilnærmet motsatt like store av å øke dødeligheten tilsvarende

Tabell 3. **Fremskrivninger av etterspørselen, etter individrettede helse- og omsorgsårsverk i 2060. (2010-nivå = 246 000 årsverk). 1 000 årsverk og prosent**

	Referansebane, unntatt familieomsorg	Redusert dødelighet	Høyere dødelighet	1 prosent årlig standardforbedring	Utsatt sykkelighet
Proporsjonal familieomsorg					
Årsverk	485	549	417	797	428
Andel av anslått total sysselsetting	17	19	15	28	15
Prosentvis avvik fra referansebane	0	13	-14	64	-12
Samlet familieomsorg som i dag, dvs. 100 000 årsverk					
Årsverk	615	723	504	1 077	514
Andel av anslått total sysselsetting	22	26	18	38	18
Prosentvis avvik fra referansebane	27	49	4	122	6

Kilde: Holmøy, Kjelvik og Strøm (2013).

forskjellen mellom M- og L-alternativene. De forsterkes desto mer av familieomsorgen som må overtas av formell omsorg.

En isolert økning i standarden, tilsvarende 1 prosent vekst i årsverk per bruker av alle helsetjenestene, herunder familieomsorgen, hvert år fra og med 2011, må betraktes som beskjedent. Det gjelder både i forhold til hva standardveksten trolig har vært historisk, og i forhold til hva man antar i utenlandske fremskrivninger, se Holmøy og Nielsen (2008). Økningen i nødvendige helseårsverk, målt i forhold til referansebanen, passerer 64 prosent i 2060, når familieomsorgen øker proporsjonalt med formell omsorg. Gitt at dette ikke påvirker det totale arbeidstilbudet, vil helse og omsorg da sysselsette 28 prosent av alle årsverk i 2060. Økningene blir enda sterkere i alternativene hvor samlet familieomsorg ikke øker eller faller fra dagens nivå.

*Betydningen av sykelighet blant eldre: I alle beregningene beskrevet over videreføres 2010-nivåene på brukerfrekvensene. Når dødeligheten faller, og det gjelder særlig eldre, opplever gjennomsnittspersonen flere leveår som «syk», i betydningen relativt tung bruker av helsetjenester. Et slikt scenario kalles derfor ofte *utvidet sykelighet*. Et plausibelt alternativ er *utsatt sykelighet* hvor senere død gir flere «friske» år. I vårt spesialtilfelle er antall brukere fra samme årskull konstant over tid etter 67 års alder, bedringen av den enkeltes helse nøytraliserer effekten av at stadig flere av et årskull overlever til et gitt alderstrinn. Det antas at denne endringen i Eldres helse bare påvirker etterspørselen etter omsorgstjenester – etterspørselen etter rene helsetjenester er som i referansebanen. Effektene øker over tid siden helseforbedringen oppleves av stadig flere eldre. I 2060 kreves 12 prosent færre årsverk enn i tilfellet med utvidet sykelighet. Helse*

og omsorg beslaglegger da 15 prosent av samlet arbeidsinnsats.

Oppsummering og noen tanker om nytten av internasjonale sammenligninger

Vi har gitt følgende svar på fire presiseringer av spørsmålet om det brukes mye helsetjenester i Norge:

1. Målt ved helseutgiftenes andel av landets inntekt prioriterer Norge helsetjenester på linje med mange andre vesteuropeiske land.
2. Det samme gjelder bruken av arbeidskraft og andre ressurser på helsetjenester per innbygger.
3. I Norge økte det totale reelle helseforbruket per innbygger med 35 prosent fra 1997 til 2008. Utviklingen i de senere årene, herunder nedgangen i 2010 og 2011, må tolkes i lys av høy innvandring. I flere vesteuropeiske land har denne veksten vært sterkere enn i Norge. Nivåforskjeller mellom ulike lands helseforbruk kan ikke måles direkte, fordi markeder ikke finnes for de fleste helsetjenester. Dersom man antar at produktivitetnivået i helsenæringen er den samme i de landene som sammenlignes, er helseforbruket per innbygger i Norge omtrent som i andre vesteuropeiske land. Men det er få empiriske holdepunkter for en slik antakelse.
4. Med unntak av USA og Sveits betaler norske innbyggere mer enn andre OECD-innbyggere for sitt helseforbruk i form av lavere produksjon av andre varer og tjenester. Det skyldes kombinasjonen av en «middels» prioritering av bruk av inntekter til helse og et høyere lønnsnivå i Norge enn i andre land.

Selv med nøkterne forutsetninger om demografi og standardforbedringer av helsetjenestene vil bemanningsbehovet i

helsenæringen øke sterkt fremover, særlig etter 2020. Det må skje et brudd med dagens mønstre og tendenser dersom det ikke skal doubles i løpet av de kommende 50 årene. Kombinasjonen av nullvekst i familiemedlemmenes gjennomsnittlige omsorgsinnsats og en årlig vekst på 1 prosent i arbeidsinnsatsen per bruker kan føre til at mer enn hver tredje sysselsatte produserer helse- og omsorgstjenester. Et slikt scenario er i samsvar med den velrenommerte analysen i Hall og Jones (2007).¹⁷ De utvikler en økonomisk modell for USA som blant annet tar hensyn til at folk flest over tid opplever en høyere velferdsøkning av å få flere gode år enn enda høyere forbruk. I deres analyse fordobles helseutgiftene i USA som andel av BNP fra 2000 til 2050. Veksten reflekterer folks behovsvurderinger og tolkes som optimal.

Det er ikke opplagt at bedre helse blant eldre vil dempe veksten i bemanningsbehovet. For det første kan helseforbedringene i seg selv delvis betinge bruk av helsetjenester. For det andre vil helseforbedringene gjennom redusert dødelighet føre til at stadig flere når en alder hvor bruken av helsetjenester uansett vil være relativt høy. For det tredje kan lavere dødelighet blant 70- og 80-åringer føre til at flere avslutter sitt liv som demente, en gruppe som krever relativt kostbar omsorg.

De forholdene som fører til at helsenæringen vil vokse raskt fremover, gjør seg mer eller mindre gjeldende i de fleste utviklede land. Norges rangering i internasjonale sammenligninger av helserelaterte forhold kan derfor endres i begge retninger. Forhold som kan flytte Norges plassering nedover, er at aldringen av befolkningen

er relativt beskjeden i Norge, og at overgangen fra uformell til formell omsorg har kommet kortere utenfor Norden enn hos oss. På den annen side tilsier betjeningen av utenlandsgjeld at flere land fremover må ha en noe lavere vekst i samlet forbruk enn i samlede inntekter. For Norge er det motsatt. Vi vet imidlertid ikke i hvilken grad dette spesifikt vil påvirke helseforbruket.

Men bør man legge vekt på hvilken plassering Norge får i internasjonale sammenligninger av helserelaterte størrelser? Det viktigste svaret må være at slike rangeringer i seg selv er irrelevante som begrunnelse for endringer i landets prioriteringer knyttet til helse. Disse prioriteringene bør i prinsippet reflektere innbyggernes vurderinger av ulike behov, hva ulike goder koster, og disponibel inntekt per innbygger. I denne sammenheng bør det også minnes om at prioriteringen av helsenæringen ikke bare styres politisk. En begrunnelse for opprioritering må blant annet forklare hvorfor private markeder ikke har dekket eventuelle mangler. USA prioriterer helse høyest i OECD selv om den offentlige finansieringsandelen er klart lavest. Markedssvikt begrunner en sterk offentlig rolle, men hindrer ikke nødvendigvis mindre markedsbaserte tilbud utover de politiske prioriteringene.

En mulig grunn til at internasjonale sammenligninger av helseutgifter har – og bør ha – interesse, er at de implisitt kan inneholde noe relevant informasjon om hvor høyt helse bør prioriteres. Når det offentlige med god grunn tar et hovedansvar for finansiering (og produksjon) i de fleste land, har omfanget av helseforbruket ikke passert markedstesten der brukerne avveier fordeler mot de reelle kostnadene. Når markedstesten ikke fungerer, mangler man kriterier for prioritering av helse i større grad enn for andre

¹⁷Modellsimuleringen i Hall og Jones (2007) reproducerer at USAs helseutgifter økte fra ca. 5 prosent av BNP i 1950 til ca. 15 prosent i 2000, og denne andelen øker til 30 prosent i 2050.

varer og tjenester. Andre lands faktiske prioriteringer kan da gi noen, av svært få, holdepunkter. Hvis det var slik at et lands helseprioritering avvek markert fra en relativt lik prioritering av helse i relativt mange andre land, er det en viss grunn for avvikerne til å spørre: Har alle andre tatt feil?

Referanser

Hall, R.E. og C.I. Jones (2007): The value of life and the rise in health spending, *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. **122**, No 1, 39-72.

Hernæs, K.H. og A.L. Brathaug (2012): Helseregnskapet – et internasjonalt system, *Økonomiske analyser 2*, 2012, Statistisk sentralbyrå, 18-23.

Holmøy, E. og V.O. Nielsen (2008): *Utviklingen i offentlig ressursbruk knyttet til helse og omsorgstjenester: En oversikt over relevant faglitteratur*, Rapport 2008/42, Statistisk sentralbyrå.

Holmøy, E., E.M. Kravik, V.O. Nielsen og B. Strøm (2009): *Konsekvenser av ubalans mellom ressurser og krav til offentlige velferdstjenester*, Rapport 2009/39, Statistisk sentralbyrå.

Holmøy, E. og H.H. Scheel (2012): Brukes det mye helsetjenester i Norge? *Økonomiske analyser 6*, 2012, Statistisk sentralbyrå, 5-10.

Holmøy, E., J. Kjølvik og B. Strøm (2013): *Utviklingen i arbeidskraftsbehovet innen helse- og omsorg fremover*, kommer i serien Rapport, Statistisk sentralbyrå.

Jensen, B. (2012): *Helseutgifter i Norge - ressursforbruket sammenlignet med andre land*, En foreløpig rapport fra Høgskolen i Hedmark.

Melberg, H.O. (2012): Bruker Norge mye eller lite til helseformål sammenlignet med andre land? *Perspektiv 03/12*, Stortingets utredningsseksjon.

Meld. St. 12 (2012-2013): *Perspektivmeldingen 2013*, Finansdepartementet, 2013.

Meld. St. 29 (2012-2013): *Morgendagens omsorg*, Helse- og omsorgsdepartementet, 2013.

Møinichen-Berstad, T. (2012): Helseutgiftene I Norge sammenlignet med andre land, *Samfunnsøkonomen* nr. 3, 12-22.

Nielsen, V.O. (2008): Utviklingen i offentlige utgifter til velferdstjenester mot 2060, *Økonomiske analyser 2*, 2008, Statistisk sentralbyrå, 11-18.

OECD, Eurostat, WHO (2011): *A System of Health Accounts*, OECD Publishing.

Statistisk sentralbyrå (2013): «Utviklingen i inntekt per innbygger», kapittel 3.1 i *Økonomisk utsyn over 2012*, *Økonomiske analyser 1*, 2013, Statistisk sentralbyrå, 43-48.

Statistisk sentralbyrå (2013): *Helseregnskap 2012*, <http://www.ssb/helsesat>

Svennebye, L. (2012): *Kjøpekraftspariteter, prisnivåindekser og prisnivåjustering*, kommer i serien Notater, Statistisk sentralbyrå.

Vossius, C. (2012): Hva koster demens? *Demens & Alderspsykiatri* vol. **16**, nr.2, 2012.

Takk til Birger Strøm for avgjørende bidrag til de fremskrivningene som benyttes i denne artikkelen.



Inger Texmon

2. Dagens og morgendagens eldre – en demografisk beskrivelse

Ved siste årsskifte var 13 prosent av befolkningen i Norge 67 år eller eldre. Fram mot 2050 vil 21 prosent være eldre enn 67 år. Den sterke veksten skyldes først og fremst at store fødselskull fra etterkrigstiden nå er på vei inn i alderdommen, og at levealderen ventes å øke. Dagens 67-åringer har vokst opp med økende velstand, og vil i større grad enn de aller eldste i dag ha støtte i ektefelle og barn. Trolig vil behovet for pleie- og omsorgstjenester komme i en noe senere fase av livet sammenlignet med tidligere generasjoner eldre.

Denne artikkelen gir en beskrivelse av den eldre befolkningens demografiske sammensetning. Aldersgruppen 67 år og eldre har vokst gjennom flere tiår og har endret sammensetning. Særlig har andelen i riktig høy alder (90 år og over) økt. Vi ser nærmere på sammensetningen av dagens eldre og på hvordan vi antar at gruppen vil endres i årene framover – ut fra gitte forutsetninger.

Fortsatt vekst i antall eldre vil gi utfordringer knyttet til behovet for helse- og omsorgstjenester, ettersom både sykkelighet, hjelpe- og omsorgsbehov øker med alder. Imidlertid forklarer ikke veksten i antallet eldre og endret aldersfordeling alene hvordan etterspørselen etter tjenester vil endre seg. Hvilke behov som skal dekkes, er det først og fremst helsetilstanden i den eldre befolkningen som avgjør. Hvordan behovene dekkes, har blant annet sammenheng med deres familiesituasjon. I tillegg kan andre faktorer, som økonomiske ressurser, tenkes å påvirke hvilke forventninger ulike grupper i befolkningen vil ha til sin alderdom og hva de vil etterspørre av tjenester.

I den demografiske beskrivelsen som følger, legges det også vekt på utviklingen i Eldres samlivsmønster, da det kan ha stor betydning å leve sammen med noen om sviktende helse og hjelpebehov inntreffer. Fordi det å ha egne barn i mange tilfeller er en ressurs, ser vi også på fruktbarhetsmønsteret blant dagens og morgendagens eldre.

Hvem er dagens eldre?

Av 673 000 personer som var 67 år eller eldre ved inngangen av 2013, var drøyt 67 prosent under 80 år, mens 27 prosent var i aldersgruppen 80-89 år. 6 prosent hadde passert 90 år, og av dem var bare noen få hundre 100 år eller mer (vedleggstabell 1). Når hele gruppen av dagens eldre betraktes samlet, er 57 prosent kvinner, mens to av tre i gruppen over 80 år og tre av fire i gruppen over 90 år er kvinner.

Ser vi tilbake og sammenligner antallet som var 67 år eller eldre i 1970 med dagens gruppe av eldre, er den økt med 250 000 – eller med en drøy halvpart.

Begreper og forklaringer

Kohort: En gruppe personer som har opplevd noe i samme periode, som å bli født, gifte seg eller studere. Brukes mest om fødselskohorter – her også kalt fødselskull. I denne artikkelen blir også ekteskapskohorter omtalt (figur 5).

Forventet levealder (eller forventet antall gjenstående leveår) er det antall år en person i en gitt alder kan forventes å leve under dødelighetsforholdene i en periode, beskrevet ved et sett av døds sannsynligheter etter alder, som regel i ett kalenderår. Det er vanligst å angi denne for alder 0, det vil si forventet levealder ved fødselen, separat for menn og kvinner.

Innvandrere: Person født i utlandet med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre og som har innvandret til Norge.

Innvandrerbakgrunn: Omfatter i vår terminologi innvandrere og norskfødte med to innvandrerforeldre, se <http://www.ssb.no/innvandring/>.

Befolkningsframskrivning er en beregning av en framtidig befolknings størrelse og sammensetning, med hensyn til kjønn og alder (her også etter innvandringskategori, landbakgrunn og innvandreres botid i Norge). Befolkningen framskrives trinnvis fra 1. januar ett år til 1. januar året etter. Dette gjøres ved å anvende sannsynligheter for **dødsfall** etter kjønn og alder, for **utvandring** etter kjønn og alder (og innvandringskategori, landbakgrunn og botid). For beregning av **fødsler** anvendes fødselsrater etter kvinnes alder (og innvandringskategori, landbakgrunn og botid). Anslag for årlig **innvandring** etter landbakgrunn fordeles på kjønn og alder (og

etter innvandringskategori og eventuell tidligere botid i Norge blant dem med bakgrunn utenfor landet).

Framskrivningsalternativ: Det utarbeides ulike alternativer for den framtidig utvikling i hver av de fire komponentene fruktbarhet (1), levealder (dødelighet) (2), innenlands flytting (3) og innvandring (4). I de siste framskrivningene er det gitt tre alternative anslag for hver av dem: L(avt), M(iddels) og H(øyt) (unntatt for innenlands flytting). I tillegg kan det lages beregninger med mindre realistiske forutsetninger, som alternativ uten inn- og utvandring (0-alternativ) og med konstant dødelighet (K-alternativ).

Alternativ presentert i artikkelen:

- MMMM – mellomalternativ (figur 1 og 2): Kombinerer middels anslag for fruktbarhet, levealder og innvandring.
- LLML – lavalternativ (figur 1): Kombinerer lavt anslag for fruktbarhet, levealder og innvandring.
- HHMH – høyalternativ (figur 1): Kombinerer høyt anslag for fruktbarhet, levealder og innvandring.
- MKMM – konstant levealder (figur 1): Kombinerer middels anslag for fruktbarhet og innvandring med konstant levealder.
- MM00 – (ingen innenlands flytting og ingen inn- og utvandring (figur 1)): Kombinerer middels anslag for fruktbarhet og levealder med nullalternativ for inn- og utvandring (og for innenlands flytting i den regionale nedbrytningen).

Mye av denne veksten skjedde før 1990. Veksten var langsommere etter 1990 og snudde til nedgang gjennom nesten ti år fra midten av 1990-tallet, men har deretter økt raskt (figur 1). Dette skyldes at kullene som ble født i 1930-årene og som kom inn i gruppen av eldre rundt midten av 1990-årene, var mindre enn kullene fra 1920-tallet. De siste årene er det de store kullene født på begynnelsen av 1940-tallet som har passert 67 år. Gruppen som i dag

er 80 år og eldre, har vokst enda raskere og er mer enn fordoblet etter 1970.

Sterk forventet vekst i antall eldre fram mot 2050

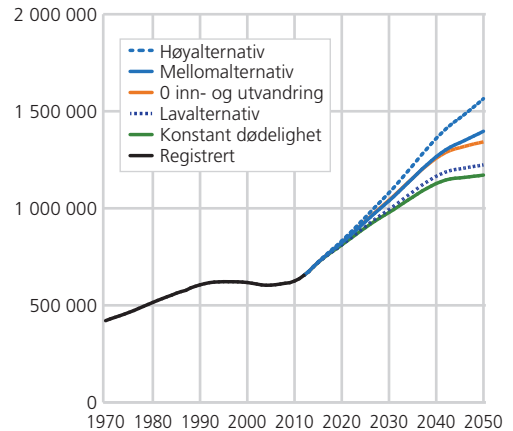
I befolkningsframskrivningene illustreres det hvordan utviklingen av befolkningen vil bli under ulike sett av forutsetninger (se Statistisk sentralbyrå 2012 og Brunborg mfl. 2012 for fullstendig beskrivelse av forutsetningene). Figur 1 viser ulike

alternative utviklingsretninger (forklart i tekstboks). Ifølge *mellomalternativet* vil gruppen eldre bli omtrent fordoblet fram mot år 2050, til nesten 1,4 millioner. Det vil også bli en kraftig vekst i gruppen som er 80 år eller eldre, slik at den i 2050 vil telle godt over en halv million. I de nærmeste årene forventes det imidlertid en liten nedgang.

Lav- og høyalternativet (figur 1) kombinerer det vi betrakter som henholdsvis lave og høye anslag for både fruktbarhet, levealder og innvandring og representerer dermed hvert sitt ytterpunkt for kombinasjoner av forutsetninger. Selv *lavalternativet* som forutsetter lav fruktbarhet, lav levealder og lav innvandring, vil gi en betydelig vekst i antallet personer 67 år eller eldre mot 2050, hele 550 000, mens *høyalternativet* som forutsetter høy fruktbarhet, høy levealder og høy innvandring, gir en vekst på 890 000. Det er forutsetningene om utviklingen i levealder som gir størst utslag for veksten i antallet eldre. Fruktbarhetsnivået betyr ikke noe på kort sikt, mens innvandringsforutsetningene forklarer mindre enn en fjerdedel av forskjellene mellom lav-, mellom- og høyalternativet.

Når det gjelder vekst i levealder, forutsetter *middelalternativet* (M) at den fortsetter i omtrent samme tempo som i perioden etter 1950, til 84,8 år for menn og 88 år for kvinner innen 2050 (figur 3). *Høyalternativet* (H) innebærer en ytterligere vekst på 2–3 leveår for hvert av kjønnene i samme periode. Også i det lave anslaget (L) er det vekst i levealderen, men betydelig langsommere enn i *mellomalternativet*. Også i et mindre realistisk alternativ med *konstant dødelighet* og ellers forutsetninger som i *mellomalternativet* illustreres det at gruppen av eldre vil vokse mye, med 500 000 fram til 2050. Det vil si at fortsatt dødelighetsnedgang bidrar med drøyt

Figur 1. Antall personer i alder 67 år og over. Registrert 1970-2012. Framskrevet 2013-2050 ifølge fem alternativ ved befolkningsframskrivningen 2012. Absolutte tall



Kilde: Befolkningsstatistikk og befolkningsframskrivningen 2012, Statistisk sentralbyrå.

200 000 av en beregnet vekst på over 700 000 i *mellomalternativet*. Tempoet i levealderveksten framover betyr altså mye for hvor omfattende veksten i antall eldre vil bli, men den er altså langt fra avgjørende for at det blir vekst.

Til slutt vises et alternativ som avviker fra *mellomalternativet* ved at det ikke forutsetter framtidig inn- eller utvandring. Dermed rendyrkes også effekten som *mellomalternativets* ganske høye anslag for innvandring framover har for det beregnede antall eldre. Som vi ser i figur 1, gir dette bare ubetydelig avvik fra *mellomalternativet* de første 2–3 tiårene, men innen 2050 ligger det drøyt 50 000 under *mellomalternativet*. Fordi det er lite innslag av eldre i innvandringsstrømmene, betyr innvandring lite for veksten i antall eldre på kort sikt.

Om antall eldre blir fordoblet gjennom noen tiår framover, er et stykke på vei avhengig av at levealderen fortsetter å stige og i ganske liten grad av fortsatt inn-

vandringsoverskudd. Oppunder en halv million av den beregnede veksten kommer av at de særlig store fødselskullene fra etterkrigstiden blir eldre og at disse kullene har fått større tilvekst gjennom innvandring enn sine forgjengere. I tillegg har nedgangen i dødelighet fram til i dag medført at en stadig større andel av fødselskullene har kommet opp i denne alderen (se vedleggstabell 1).

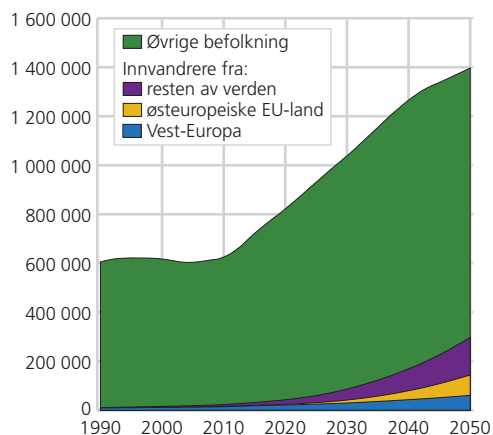
Tilveksten i gruppen av eldre som skyldes innvandring, har foreløpig vært relativt beskjeden. Dagens eldre med innvandrerbakgrunn utgjør om lag 28 000¹. Av disse har et klart flertall bakgrunn fra Vest-Europa² (17 000), mens det foreløpig bare er 1 600 med bakgrunn fra de østeuropeiske EU-landene og oppunder 10 000 fra resten av verden. Vesteuropeiske innvandrere som svensker, dansker og briter har innvandret til Norge gjennom en mye lengre periode enn innvandrerne fra de andre delene av verden. Det er de unge arbeidsinnvandrere med ankomst til Norge rundt 1970 som nå kommer inn i gruppen av eldre. Antall eldre med innvandrerbakgrunn vil tidobles til nesten 300 000 fram til 2050. Denne veksten i antall med innvandrerbakgrunn skyldes ikke at nye grupper innvandrere kommer til, men aldri av innvandrere som allerede har kommet til Norge.

Innvandrere med bakgrunn utenfor EU/EØS-området er den gruppen som vil vokse raskest. Når alle med innvandrerbakgrunn ses under ett, er denne størst i dag med rundt en halvpart. Innvandringen fra landene utenfor EU/EØS-området fikk et enda større omfang fra slutten av 1980-tallet, da særlig gruppen med

¹ Her inkludert norskfødte barn av innvandrere, som utgjør ubetydelige antall i denne aldersgruppen.

² Innvandrere fra Nord-Amerika, Australia og New-Zealand inngår også (landgruppe 1 i befolkningsframskrivningen).

Figur 2. **Antall personer 67 år og eldre, etter landbakgrunn. Registrert 1990-2012. Framskrevet 2013-2050 ifølge mellomalternativet ved befolkningsframskrivningen 2012. Absolutte tall**



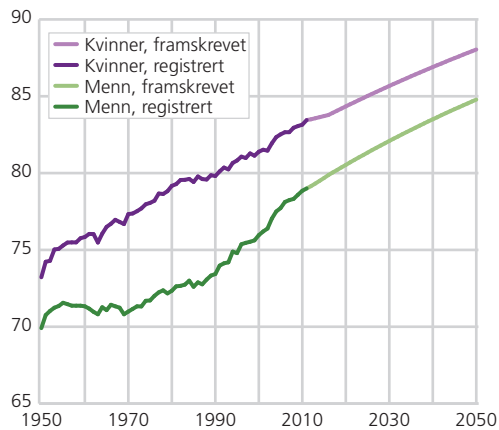
Kilde: Befolkningsstatistikk og befolkningsframskrivningen 2012, Statistisk sentralbyrå.

opphold i Norge på humanitært grunnlag økte. Derfor er det forventet at veksten av antall eldre med denne innvandrerbakgrunnen vil øke raskere etter 2030. Antall eldre med bakgrunn i østeuropeiske EU-land er lavt i dag og er beregnet til å holde seg lavt i enda noen tiår.

Levealderen forventes å stige

Det har vært en nesten sammenhengende nedgang i befolkningens dødelighet gjennom et par hundre år. Her ser vi på utviklingen fra 1950, som også er observasjonsperiode for dødelighetsanalysen som forutsetningene i befolkningsframskrivningene i 2011 og 2012 ble basert på. På de siste drøyt 60 årene har menns og kvinners forventede levealder (definisjon i tekstboks) økt med henholdsvis 9 og 10 år (figur 3). Kvinnes levealderutvikling har vært nokså jevn, mens det for menn var en stagnasjon i perioden 1950-1970 da det blant annet var høy dødelighet av hjerte- og karsykdommer blant menn.

Figur 3. **Forventet levealder ved fødselen. Registrert 1950-2011. Framskrevet 2012-2050 ifølge alternativ M i befolkningsframskrivningen 2012**



Kilde: Befolkningsstatistikk og befolkningsframskrivningen 2012, Statistisk sentralbyrå.

Fra omtrent 1990 har veksten i menns levealder vært raskere enn veksten i kvinners levealder, og forskjellen mellom kjønnene, som var 6-7 år på det meste, er redusert til 4,5 år i 2012. I framskrivningens mellomalternativ for levealder er det forutsatt at gapet vil minke – til 3,0 år ved slutten av framskrivingsperioden i 2100 (eller til 3,3 år i 2050). I mellomalternativet forutsettes det at veksten i levealder for menn vil være 5,8 år fram til 2050, og at det tilsvarende tallet for kvinner vil være 4,6 år. Det innebærer at den gjennomsnitt-

lige årlige økningen etter 1950 opprettholdes for menn (0,15 leveår per år) og reduseres til et noe lavere nivå for kvinner (0,12 leveår per år).

Fortsatt stort kvinneoverskudd blant eldre?

Selv med forskjeller i veksttakt har kvinner i hele perioden hatt høyere levealder enn menn, og derfor har det også vært et betydelig kvinneoverskudd blant eldre. Høyere dødelighet blant menn medfører en tallmessig ubalanse mellom kjønnene i de aldersgruppene der mange menn har falt fra. I 2050 er det beregnet at det vil være nær balanse mellom kjønnene i aldersgruppen som er 67 år eller mer (52 prosent kvinner), mens kvinneandelen vil synke til 65 prosent i gruppen 90 år eller mer. Dette vil gi redusert kvinneoverskudd i alle aldersgruppene sammenlignet med i dag.

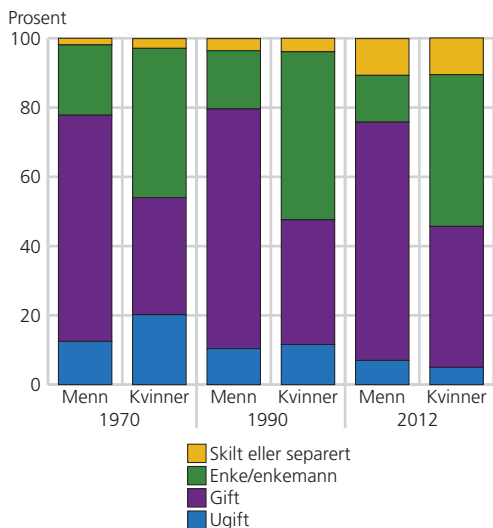
Hvis vi ser tilbake på utviklingen fra 1970 og fram til i dag, har det derimot ikke vært noen tilsvarende reduksjon i kvinneoverskuddet. At kvinneandelen har holdt seg stabil i noen perioder, skyldes at bedringen i overlevelse fra kull til kull blant menn født tidlig på 1900-tallet gikk noe langsommere enn utviklingen i kvinnes overlevelse. Dette har både sammenheng med dødeligheten under annen verdens-

Tabell 1. **Andelen av ulike fødselskull som har overlevd fram til 67 år, 80 år og 90 år. Registrert og framskrevet. Prosent**

	Menn			Kvinner		
	67 år	80 år	90 år	67 år	80 år	90 år
1895	52,6	25,5	5,8	61,2	38,2	12,6
1905	57,2	28,4	6,5	67,6	46,2	16,9
1915	60,8	30,5	7,3	73,6	51,5	19,9
1925	66,8	38,2	11,8	79,9	59,4	25,5
1935	71,5	46,3	15,8	83,1	63,9	30,3
1945	77,6	53,6	20,2	85,2	68,6	35,9
1955	82,3	60,0	25,0	88,6	74,2	42,6
1965	85,1	65,2	29,8	90,5	78,5	49,0

Kilde: Mamelund og Borgan (1996) og befolkningsframskrivningen 2012, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. Antall personer i alder 67 år og over, fordelt etter sivilstand. Menn og kvinner. Registrert 1970, 1990 og 2012. Prosent



Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

krig og utviklingen i menns dødelighet på 1950- og 1960-tallet.

Færre ugifte – flere skilte

Nære familierelasjoner gir viktige bidrag til å ivareta eldres livskvalitet. Dette er både fordi de utgjør en stor del av eldres sosiale kontaktnett, og fordi nære familiemedlemmer ofte yter praktisk hjelp og uformell omsorg. Vi ser at familierelasjoner påvirker bruksmønstrene av helse- og omsorgstjenester, og det er særlig nærværet av en ektefelle eller samlivspartner som er viktig. Her ser vi nærmere på ekteskapsmønstrene til dagens eldre og blant eldre drøyt 20 og 40 år tilbake i tid, før vi ser på ekteskapsferfaring i de ulike fødselskullene blant dagens og morgendagens eldre.

I aldersgruppen som var 67 år eller eldre ved årsskiftet 2011/2012, var det en noe redusert andel som aldri hadde vært gift sammenlignet med tidligere – og særlig sammenlignet med situasjonen i 1970 (henholdsvis 5 og 7 prosent blant kvin-

Tabell 2. Andel av ulike fødselskull som aldri har vært gift, og andel som var separert eller skilt som siste sivilstand. 1. januar 2013. Prosent

Fødselsår	Aldri gift		Skilt eller separert	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
1905	13,8	14,9	3,3	3,6
1915	13,1	11,6	4,5	4,3
1925	12,5	7,6	7,3	6,3
1935	12,4	5,8	13,2	11,5
1945	12,4	8,7	17,4	18,4
1955	20,7	12,8	20,0	22,5
1965	37,2	28,9	14,8	19,4

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

ner og menn mot 13 og 20 prosent). Om lag 40 prosent av de eldre kvinnene og 69 prosent av de eldre mennene var gift ved forrige årsskifte, mens andelen separerte eller skilte var 11 prosent, mens 44 prosent var enker og 14 prosent enkemenn.

Blant gårdsdagens eldre var det altså en større andel som ikke hadde ekteskapsferfaring, enn det er blant dagens eldre, for eksempel hadde 20 prosent av kvinnene som var over 66 år i 1970, aldri vært gift. Andel skilte eller separerte var lavere, mens andelen enkemenn var høyere fordi flere av ekteskapene ble avsluttet ved dødsfall og færre ble avsluttet med skilsmisse. Blant eldre menn har andelen gifte ikke endret seg så mye. Blant eldre kvinner var det en lavere andel som var gift i 1990 og 1970 enn ved inngangen av 2012. Dette skyldes at flere var ugift, at andel enker var omtrent som i dag og at andel skilte og separerte fremdeles er ganske lav i denne generasjonen.

Når vi ser på enkeltkull, er det først og fremst kvinnene født før 1920-tallet som har hatt en noe lavere giftermålstilbøyelighet enn senere kull (tabell 2), mens kullene født rundt 1920 i gjennomsnitt har giftet seg sent. At det blant de aller eldste i dag er flere som aldri ble gift, kan skyldes de økonomisk vanskelige forholdene på

1930-tallet. At 1920-kullene fikk en senere start, kan også forklare av at disse kullene var unge under annen verdenskrig. For begge kjønn var andelen med sen samlivsstart høyere enn blant kullene som ble født i de påfølgende tiårene.

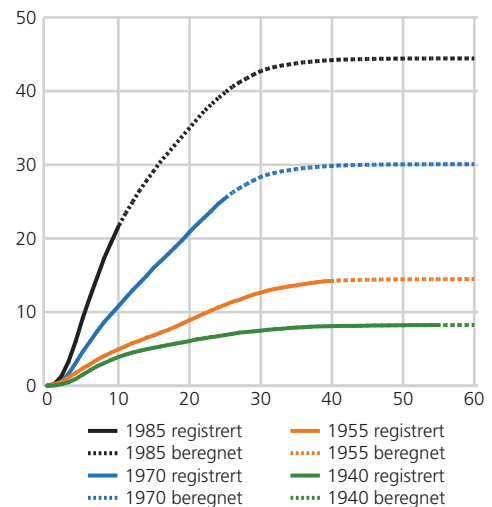
Blant 1945-kullet som nylig har nådd pensjonsalder, har rundt ni av ti giftet seg, og dette kullet har også et visst innslag av samboerskap. En av fem kvinner i denne generasjonen startet det første samlivet som et samboerskap. Det er en noe stigende andel i 1950- og 1960-tallskullene som forblir i samboerskap, men de fleste samboere gifter seg etter hvert. Hvilken betydning det har for alderdommen at ekteskapet er på noe vikende front sammenlignet med samboerskapet, er det vanskelig å si noe sikkert om. Imidlertid vil en økende andel samlivsbrudd medføre at flere kommer til å leve alene i alderdommen.

Flere skilte eldre framover

Det er flere som har dannet familie blant de yngste eldre enn blant de aller eldste eldre i dag. De siste tiårene har også andelen enker gått ned. Samtidig vil en økende andel eldre være berørt av skilsmisse.

Sammenlignet med andel skilte eldre i 1990, er det en tredobling av skilte eldre i 2012. Ser vi på ulike ekteskapskohorter, har under 10 prosent av ekteskapene som ble inngått i 1940, endt i skilsmisse (figur 5). For ekteskapskohorten fra 1970 vil det gjelde en tre ganger så stor andel dersom skilsmissemønsteret fra 2000-tallet holdes konstant. Blant dem som giftet seg i 1985, har skilsmisseutviklingen etter ekteskapets varighet gått enda raskere, og det er forventet at nesten halvparten av dette ekteskapskullet vil ende i skilsmisse. Det er dagens 67-åringer og de kommende kull av eldre som utgjorde ekteskapskohortene fra tidlig 1970-tall. Derfor ser vi nå den første generasjonen av eldre som i sær-

Figur 5. Andel av ulike ekteskapskohorter som har endt i skilsmisse, etter varighet. Ekteskap inngått i 1940, 1955, 1970 og 1985



Kilde: Mamelund mfl. (1997).

lig grad er berørt av skilsmisse. Som det framgår av både tabell 2 og figur 5, vil de som er født på 1950- og 60-tallet, og som kommer inn i gruppen av eldre, i tiårene framover ha skilsmisseeerfaring i enda større grad.

Hvordan samlivssituasjonen vil være for kommende generasjoner av eldre, avhenger både i hvor stor grad de går inn i et samliv, og av hva som vil skje med samlivene. Noen framskrivninger som ser på utvikling i folketallet etter samlivsstatus (Keilman og Christiansen 2010), indikerer at det først vil være en økning i andelen eldre som er gifte og samboende, men at det deretter vil bli en reduksjon til omtrent dagens nivå innen 2050³. Den kortsiktige økningen i andel eldre som vil leve i sam-

³ Dennis Fredriksen, SSB (personlig meddelelse) kommer fram til samme konklusjon basert på framskrivninger med mikrosimuleringsmodellen Mosart, som er konsistente med befolkningsframskrivningen fra 2012.

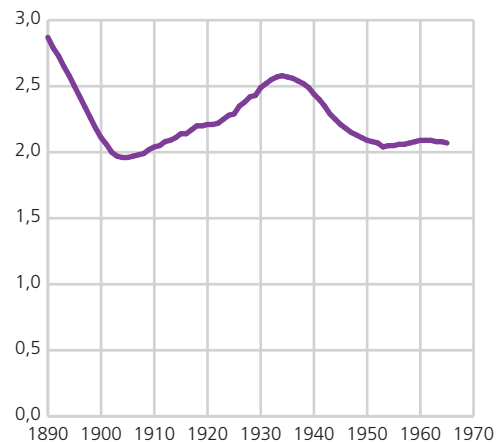
liv, skyldes redusert kvinneoverskudd og høy giftermålshyppighet. På lengre sikt vil lavere giftermålshyppighet og flere samlivsbrudd redusere andel eldre i ekteskap eller samboerforhold.

Barnetall blant dagens og framtidens eldre kvinner

Et stort flertall av eldre som opplever at livet som par tar slutt, vil ha egne barn og barnebarn å støtte seg til ved behov for hjelp. Voksne barn supplerer ofte den hjelpen som deres gamle foreldre får fra andre tjenesteytere. Dette skjer fremdeles i noen grad, selv om den tid er forbi da det var utbredt at voksne barn bodde sammen med gamle foreldre. I det følgende ser vi på eldre som har egne barn. De kullene som dominerer gruppen av dagens eldre, som var mellom 67 og 79 år ved årsskiftet 2011/2012, har hatt et gjennomsnittlig barnetall på oppunder 2,5 barn per kvinne, noe som er høyere både sammenlignet med kullene som ble født tidlig på 1900-tallet, og kullene som er født etter annen verdenskrig (figur 6). Lavt fruktbarhetsnivå blant kullene født rundt 1910 hang, som deres lave giftermålstilbøyelighet, sammen med at disse kullene skulle etablere seg i vanskelige tider før og under annen verdenskrig. Når disse kullene også har hatt en relativt høy gjennomsnittlig alder ved giftermålet og høy alder ved første fødsel, er det et uttrykk for at noen utsatte giftermålet, mens en høyere andel forble ugift sammenlignet med yngre kull. Barnetallet blant kvinnene født i de første 20 årene av 1900-tallet var lavt når det sammenlignes med barnetallet blant kvinnene født i tiårene før. Kullene av kvinner fra 1880- og 1890-tallet fikk rundt tre barn i gjennomsnitt når de betraktes under ett, og blant disse kvinnene var det også ganske utbredt å ha store barneflokker.

Det har altså vært høyt gjennomsnittlig barnetall blant kvinnene som utgjør de

Figur 6. **Kohortfruktbarhet. Gjennomsnittlig antall barn per kvinne ved 45 års alder. Kvinner født 1890-1965**



Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå, og Brunborg og Kravdal (1986).

nyngste av dagens eldre. I denne generasjonen har det særlig vært lav andel barnløse (tabell 4). Ser vi på de kvinnene som vil utgjøre morgendagens pensjonister, har kohortfruktbarheten avtatt fra kull til kull fram til dem som ble født på 1950-tallet. Deretter økte kohortfruktbarheten svakt for kullene født utover på 1950-tallet. Det ser imidlertid ut til at det er en synkende kohortfruktbarhet for 1960-tallskullene, men i disse kullene (personer i 45-årsalderen) kan det være noen gjenstående fødsler. For kullene født på 1950- og 1960-tallet har det vært noe økende barnløshet.

I framskrivningene av folkemengden forutsettes det i mellomalternativet at fruktbarhetsnivået vil holde seg på dagens nivå, på nær 1,9 barn per kvinne.⁴ Med dette forutsettes det at kohortfruktbarheten vil gå ned mot dette nivået for kvinner født på 1980-tallet. Som for samlivssituasjonen

⁴ Fordi fødealderen har steget gjennom lang tid, har periodefruktbarheten ligget vesentlig under det gjennomsnittlige barnetallet for de kvinneskullene som har fullført sin fruktbare periode.

Tabell 4. **Barnetallsfordeling i ulike fødselskull av kvinner. Prosent**

Fødselsår	Barnetall				
	0	1	2	3	4 eller flere
1935	9,2	10,3	30,2	27,8	22,6
1940	9,2	10,0	33,9	29,2	17,7
1945	9,0	11,7	41,6	26,2	11,3
1950	9,6	13,1	45,4	23,6	8,3
1955	11,5	14,3	41,9	24,2	8,2
1960	12,1	13,9	39,3	25,5	9,3
1965	12,5	14,2	40,2	24,7	8,4

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

vil det derfor være slik at de som nylig har kommet inn i gruppen av eldre, er ganske heldig stilt med tanke på sannsynligheten for at de vil ha familie rundt seg i eldre år. Flere har partner, og flere har barn. Blant framtidens eldre forventes det derimot noe lavere barnetall og høyere barnløshet enn blant dagens eldre.

Oppsummering

Størrelsen og sammensetningen av eldrebefolkningen har endret seg fram til i dag, og gruppen vil fortsette å vokse i tiårene framover. Gruppen på 67 år eller eldre vil omtrent fordobles fram mot 2050 ifølge befolkningsframskrivningens mellomalternativ. Dette henger sammen med flere faktorer: Fødselskullene som når pensjonsalder er større, og levealderen øker. Innvandrere som allerede bor i Norge blir eldre. Men nettoinnvandringen fremover vil i liten grad bidra til veksten i antallet eldre. Det er store fødselskull som kommer inn i gruppen av eldre i de nærmeste årene, og i hvert fødselskull av menn og kvinner vil det være en større andel som har oppnådd høyere alder enn blant forjengene.

Til nå har det vært et klart kvinneoverskudd blant eldre. Befolkningsframskrivningen viser at dette overskuddet vil være noe redusert om noen tiår. Da er det lagt

til grunn at menns levealder vil fortsette å stige noe raskere enn kvinners i årene framover – slik det har vært etter 1990, samtidig som det stadig er levealdersvekst for begge kjønn. At stadig flere, både kvinner og menn, overlever til høy alder, vil gi en nedgang i andel enker, særlig i aldersgruppen som er 80 år og over. Når vi sammenligner ulike fødselskull, har det vært en høyere giftermålshyppighet blant dagens 67-åringer enn blant dem som ble født like etter forrige århundreskifte, de som er aller eldst i dag.

Kvinnene som ble født midt i forrige århundre (rundt 1940-50), vil mest sannsynlig ha en partner eller barn å støtte seg til i alderdommen og er slik sett heldigere stilt enn sine eldre medsøstre både ved at færre er ugift, og fordi færre vil bli enker tidlig. Dessuten har de i gjennomsnitt hatt noe høyere barnetall og lavere barnløshet enn kvinner født tidlig på 1900-tallet. Når vi ser på framskrivningene av befolkningen etter samlivsstatus, vil andelen eldre som bor alene gå ned de nærmeste årene. Senere vil andel aleneboende eldre igjen stige. Dette henger sammen med at skilsmisser og oppløste samboerskap i økende grad vil påvirke eldres samlivssituasjon inn i alderdommen.

Referanser

Brunborg, Helge og Øystein Kravdal (1986): *Kohortfruktbarhet i Norge*, Rapporter 86/15, Statistisk sentralbyrå.

Brunborg, Helge, Inger Texmon og Marianne Tønnesen (2012): Befolkningsframskrivning 2012-2100: Modell og forutsetninger, *Økonomiske analyser* 4/2012: 33-45. <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivning-2012-2100-modeller-og-forutsetninger>.

Mamelund, Svenn-Erik og Jens-Kristian Borgan (1996): *Kohort- og periodedødelighet i Norge 1846-1994*, Rapporter 96/9, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/a/histstat/rapp/rapp_199609.pdf.

Mamelund, Svenn-Erik, Turid Noack og Helge Brunborg (1997): *Skilsmisser i Norge*, Rapporter 97/19, Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/skilsmisser-i-norge-1886-1995-for-kalenderaar-og-ekteskapskohorter>.

Keilman, N. og S. Christiansen (2010): Norwegian elderly less likely to live alone in the future, *European Journal of Population*, 26(1):47–72.

SSB (2012a): «Færre fødsler og høyere fødealder», *Publisert* 12.4.2012, <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte>.

SSB (2012b): «Høy levealder og lav spedbarnsdødelighet», *Publisert* 19.4.2012, <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode>.

SSB (2012c): «Befolkningsframskrivninger. Nasjonale og regionale tall, 2012-2060: Rask utvikling mot 6 millioner innbyggere», *Publisert* 20.6.2012, <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram>.

Vedleggstabell 1. Folkemengden, etter alder og kjønn per 1. januar. Registrert 1970, 1990 og 2013. Framskrevet 2030 og 2050 ifølge mellomalternativet i befolkningsframskrivningen 2012

		1970	1990	2013	2030	2050
Begge kjønn	I alt	3 863 221	4 233 116	5 051 275	6 037 326	6 680 814
	0-66 år	3 442 380	3 627 543	4 378 063	4 999 054	5 283 862
	67 år eller eldre	420 841	605 573	673 212	1 038 272	1 396 952
	67-79 år	336 324	449 294	451 627	690 870	828 440
	80-89 år	76 032	137 377	180 524	297 335	449 433
	90-99 år	8 404	18 602	40 262	48 716	115 614
	100 år eller eldre	81	300	799	1 351	3 465
Menn	I alt	1 922 037	2 093 280	2 535 908	3 051 428	3 365 825
	0-66 år	1 740 184	1 845 989	2 241 224	2 564 832	2 699 307
	67 år eller eldre	181 853	247 291	294 684	486 596	666 518
	67-79 år	148 308	194 899	214 187	339 316	416 710
	80-89 år	30 359	47 033	69 810	131 114	207 939
	90-99 år	3 162	5 285	10 544	15 886	41 062
	100 år eller eldre	24	74	143	280	807
Kvinner	I alt	1 941 184	2 139 836	2 515 367	2 985 898	3 314 989
	0-66 år	1 702 196	1 781 554	2 136 839	2 434 222	2 584 555
	67 år eller eldre	238 988	358 282	378 528	551 676	730 434
	67-79 år	188 016	254 395	237 440	351 554	411 730
	80-89 år	45 673	90 344	110 714	166 221	241 494
	90-99 år	5 242	13 317	29 718	32 830	74 552
	100 år eller eldre	57	226	656	1 071	2 658
<i>Prosent</i>						
Begge kjønn	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	0-66 år	89,1	85,7	86,7	82,8	79,1
	67 år eller eldre	10,9	14,3	13,3	17,2	20,9
	67-79 år	8,7	10,6	8,9	11,4	12,4
	80-89 år	2,0	3,2	3,6	4,9	6,7
	90-99 år	0,2	0,4	0,8	0,8	1,7
	100 år eller eldre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Menn	I alt	49,8	49,5	50,2	50,5	50,4
	0-66 år	45,0	43,6	44,4	42,5	40,4
	67 år eller eldre	4,7	5,8	5,8	8,1	10,0
	67-79 år	3,8	4,6	4,2	5,6	6,2
	80-89 år	0,8	1,1	1,4	2,2	3,1
	90-99 år	0,1	0,1	0,2	0,3	0,6
	100 år eller eldre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kvinner	I alt	50,2	50,5	49,8	49,5	49,6
	0-66 år	44,1	42,1	42,3	40,3	38,7
	67 år eller eldre	6,2	8,5	7,5	9,1	10,9
	67-79 år	4,9	6,0	4,7	5,8	6,2
	80-89 år	1,2	2,1	2,2	2,8	3,6
	90-99 år	0,1	0,3	0,6	0,5	1,1
	100 år eller eldre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Kilde: Statistisk sentralbyrå.



Julie Kjelvik og Anne Mundal

3. Utgifter til eldres helse og omsorg

I 2011 ble det brukt 74 milliarder i sykehus og andre somatiske institusjoner, og en av tre sykehuskroner blir brukt på eldre. 83 milliarder blir brukt i kommunale pleie- og omsorgstjenester, hvorav to av tre kroner til eldre tjenestemottakere. For både somatiske institusjoner og pleie og omsorg gikk en mindre andel av utgiftene til eldre i 2011 sammenlignet med 1998.

Nivået på helseutgiftene i Norge er debattert heftig de seneste årene, og statistikken viser at Norge brukte 255 milliarder kroner på helse i 2011, hvorav 85 prosent av utgiftene finansieres av det offentlige ved blant annet kommuner og statlige helseforetak i tillegg til Folketrygden (Statistisk sentralbyrå 2013). Imidlertid vet man ikke gjennom regulær statistikk hvor mange av kronene som går til yngre versus eldre tjenestemottakere. Hvorvidt helsekroner brukes på eldre eller yngre i befolkningen, vil ha betydning for ressursbruken i årene som kommer i kraft av at et bærekraftig helsesystem skal tåle de mange flere med høy alder og dertil store behov for helse- og omsorgstjenester. Vi vil her gi estimater

på hvor mye som brukes på kommunale og statlige helse- og omsorgstjenester til eldre i Norge, og forsøke å si noe om hvordan utviklingen har vært i løpet av de siste årene.

Kommunale utgifter til pleie- og omsorgstjenester, statlige utgifter til sykehus og andre somatiske institusjoner, samt offentlige og private utgifter til allmennlegetjenester utgjorde i 2011 nesten 173 milliarder kroner (tabell 1). Herav gikk 41 prosent av utgiftene til behandling og tjenester til eldre, definert som 67(70) år eller eldre. Denne eldregruppen står for mest av ressursbruken i sykehjem og tilsvarende pleie- og omsorgsinstitusjoner. I artikkelen belyses ressursbruk på

Tabell 1. **Kostnader¹ til utvalgte helse- og omsorgstjenester, etter alder². 2011. Millioner kroner og prosent**

	Totalt	0-66(69) år	67(70)-79år	80 år og over	I alt
	Millioner kroner	Prosent			
Totalt	172 778	59	14	27	100
Pleie og omsorg, hjemmetjenester	39 714	65	11	24	100
Pleie og omsorg, institusjoner	39 140	11	17	72	100
Somatiske institusjoner	73 865	67	17	16	100
Allmennlegetjenester	20 006	77	15	9	100

¹ Utgifter til aktivisering og dagsentre, ca 3 mrd kr, er ikke med i tallene for pleie og omsorg.

² For somatiske tjenester er skillet for eldre 70 år og over, mens for de øvrige tjenestene er skillet 67 år og eldre.

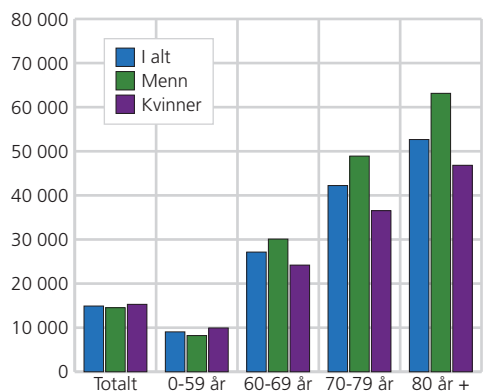
Kilde: KOSTRA, Spesialisthelsetjenesten, Helseregnskapet, Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister.

Tabell 2. Driftskostnader ved somatiske institusjoner, etter alder og kjønn. 2011. Millioner kroner

	Totalt	0-9 år	10-19 år	20-39 år	40-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år +
I alt	73 865	6 027	2 608	10 263	16 504	14 312	12 492	11 658
Mann	36 037	3 320	1 315	3 589	8 210	7 943	6 657	5 004
Kvinne	37 828	2 708	1 293	6 674	8 295	6 369	5 835	6 654

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå. Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

Figur 1. Driftskostnader ved somatiske institusjoner per innbygger, etter alder og kjønn. 2011. Kroner



Kilde: Statistikk over spesialisthelsetjenesten og befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

tjenesteområdene, og til slutt i artikkelen sammenlignes 2011-tallene med tilsvarende tall for 1998. Helseutgifter som ikke er belyst i denne artikkelen, er blant annet fysioterapi, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, legemidler utenfor sykehus, forebyggende helsearbeid og helseadministrasjon. Utgifter til psykisk helsevern er heller ikke brutt ned på alder, men er omtalt i eget avsnitt.

Hver tredje krone i sykehus til eldre

Driftskostnadene ved sykehus og andre somatiske institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten var 73,9 milliarder i 2011. Beregnede tall viser at 32,7 prosent av kostnadene kan knyttes til behandling av pasienter i aldersgruppen 70 år og over (se tekstboks for beregningsmetode og

datakilde). Utgiftene var litt høyere for behandling av kvinner (52 prosent) enn menn (48 prosent) for denne aldersgruppen. En av årsakene til dette er at det er flere kvinner enn menn i de eldre aldersgruppene. Forventet levealder for kvinner er 83,5 år og 79 år for menn (2011).

Helseutgiftene per innbygger er høyest i de eldste aldersgruppene. Ved stigende alder svekkes helsen, og behovet for helsetjenester blir større. For befolkningen som helhet ble det i gjennomsnitt brukt 15 000 kroner per innbygger på institusjoner innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste i 2011, mens for dem i aldersgruppen 70 år og over var beløpet i gjennomsnitt 46 700 kroner. Per innbygger i denne aldersgruppen ble det brukt mer ressurser på menn enn på kvinner. Driftsutgiftene per mann var om lag 54 200 kroner og 41 400 per kvinne.

Rehabiliteringsinstitusjonene er ikke inkludert i pasientdata som vi bruker til å fordele kostnader etter kjønn og alder. Særlig kvinner bruker flest helsetjenester ved rehabiliteringsinstitusjonene, kvinner hadde 64 prosent av oppholdene her. Derfor kan utgifter til eldre, og særlig kvinner, være litt underestimert. Rehabiliteringsinstitusjoner er en liten del av somatiske institusjoner med kun 3,8 prosent av årsverkene.

Tre av fire kroner går til behandling av innlagte pasienter

Beregnete tall viser at de samlede driftskostnadene ved behandling i somatiske sykehus fordeles med 74 prosent på inne-

Om datagrunnlaget og DRG

Somatiske institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten er i hovedsak somatiske sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner, men det er også noen få syke- og fødestuer og spesialistpoliklinikker.

Fordeling av driftskostnader på aldersgrupper og kjønn baseres på en kombinasjon av kostnadstall for somatiske institusjoner og pasienttall for somatiske sykehus. Pasienttall er utarbeidet av Norsk pasientregister (NPR, Helsedirektoratet) og kostnadsvektet ved DRG-systemet. Vi forutsetter her at rehabiliteringsinstitusjoner har samme kjønns- og aldersfordeling som somatiske sykehus. Ved rehabiliteringsinstitusjoner behandler en flere kvinner enn menn, men ressursmessig utgjør disse institusjonene en liten del av kostnadene ved somatiske institusjoner.

DRG står for diagnose relaterte grupper. Hvert sykehusopphold, dagopphold og poliklinisk behandling blir kostnadsvektet ved DRG-systemet. Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et system som klassifiserer all behandlingsaktivitet ved somatiske sykehus, etter forventet ressursbruk. Systemet håndterer tusenvis av ulike diagnoser og like mange behandlingsmetoder.

DRG-systemet brukes i mange land, og det finnes ulike versjoner av systemet. Den norske versjonen, NordDRG, baseres på et nordisk samarbeid og brukes i finansieringen av norske sykehus. DRG-systemet for 2011 klassifiserer alle behandlede pasienter i 870 grupper.

Pasienter plassert i samme gruppe skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye ressurser. Grupperingen skjer på bakgrunn av de dataene som registreres om pasientene i sykehusene: diagnoser, medisinske og kirurgiske prosedyrer, kjønn og alder.

Forventet ressursbruk ved et sykehusopphold, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjon i 2011 er beregnet ut fra kostnads- og aktivitetsdata fra et utvalg sykehus i 2009. Det er mediankostnaden per behandling som danner grunnlag for kostnadsvekten. Når mediankostnaden per behandling sammenstilles med gjennomsnittskostnaden for alle DRG-er, får man et mål på hvor ressurskrevende de enkelte DRG-ene er i forhold til hverandre.

DRG-poeng fordelt etter diagnose er beregnet ut fra pasientens hoveddiagnose. Dersom pasienten har flere avdelingsopphold, er hoveddiagnosen fra det mest kostnadskrevende oppholdet valgt. Pasienten kan ha flere diagnoser i tillegg til hoveddiagnose, såkalte bidiagnoser. Disse har vi ikke tatt hensyn til ved beregning av kostnader etter diagnose.

For polikliniske konsultasjoner må pasientene betale en egenandel. DRG-tallene SSB får fra NPR, er redusert med denne egenandelen. Statistisk sentralbyrå har lagt til egenandelen i beregningene. I denne beregningen har vi forutsatt at enhetskostnad per DRG-poeng og enhetsrefusjonen som sykehusene får fra staten, er lik.

liggende behandling, 7 prosent på dagbehandling og de resterende 19 prosent på poliklinisk behandling.

Det er flere grunner til at eldre pasienter bruker forholdsvis mest ressurser når det gjelder døgnopphold. Eldre pasienter har gjennomsnittlig lengre liggetid på sykehus enn yngre. At eldre krever mer tid, kan skyldes at eldre pasienter kan være vanskeligere å diagnostisere enn yngre. Dette skyldes at de oftere har flere lidelser, medisiner kan gi bivirkninger som kompliserer bildet, og de kan ha vanskeligheter med å gjøre seg forstått. Etter avsluttet

behandling kan en del eldre fortsatt ha behov for hjelp og blir liggende lengre på sykehus fordi de mangler tilbud om sykehjemsplass.

305 500 personer i alderen 70 år og over ble behandlet ved somatiske sykehus i 2011, 133 200 menn og 172 300 kvinner. Disse pasientene ble behandlet en eller flere ganger i dagbehandling, døgnopphold og/eller poliklinisk konsultasjon i løpet av året. Eldre utgjorde 18 prosent av alle pasienter ved somatiske sykehus. For pasienter med døgnopphold var andelen i aldersgruppen 70 år og over, 24 prosent.

Tabell 3. **Andel DRG-poeng ved somatiske sykdommer for pasienter i alderen 70 år og over, fordelt på kjønn og hoveddiagnose. 2011. Prosent**

	I alt	Menn	Kvinner
I alt	100	48,3	51,7
Hjerte- og karlidelser	20,9	11,5	9,4
Svulster	16,6	9,2	7,4
Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	12,6	4,3	8,3
Sykdommer i åndedretts-systemet	9,2	4,8	4,4
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	8,9	3,1	5,9
Sykdommer i fordøyelsesorganene	5,9	2,7	3,2
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	4,3	2,3	2,0
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	3,6	1,4	2,2
Andre årsaker til sykehusopphold	18,0	9,0	8,9

Kilde: Statistikk over spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

For behandling av eldre pasienter er døgnopphold den absolutt mest kostnadskreven behandling, med 82 prosent av kostnadene (beregnet etter DRG-systemet). 13 prosent kan knyttes til poliklinisk behandling og 5 prosent til dagbehandling.

Hjerte- og karsykdommer koster mest

Av 18 sykdomsgrupper (gruppert etter sykdomsklassifikasjonen (ICD-10) innenfor somatisk medisin medførte behandling av hjerte- og karlidelser de høyeste behandlingstkostnader for eldre pasienter på sykehus. Dette gjaldt både behandling av eldre menn og kvinner. 21 prosent av behandlingstkostnadene ble brukt på hjerte- og karlidelser (tabell 3).

Kostnader per person i døgnopphold for hjerte- og karlidelse var gjennomsnittlig

høyere for eldre menn enn for eldre kvinner. Kostnaden per kvinne var 78 prosent av kostnaden per mann.

Utgiftene er fordelt etter pasientens hoveddiagnose. Tilleggsdiagnoser (bidiagnoser) som også kan ha vesentlig betydning for kostnaden ved behandlingen, er det ikke tatt hensyn til her. Nesten 40 000 pasienter i aldersgruppen 70 år og over ble behandlet for sykdommer i sirkulasjonssystemet ved døgnopphold, som medførte nesten 60 000 døgnopphold i 2011.

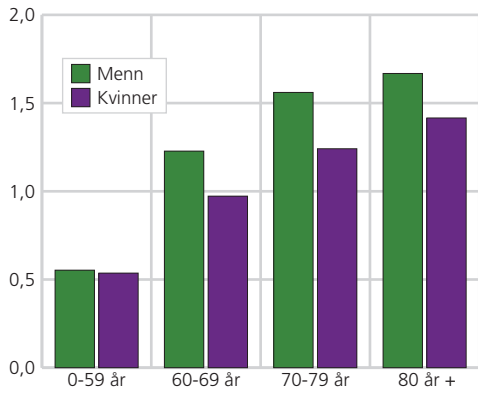
Behandling av svulster som hovedsakelig gjelder kreft, var årsak til nesten 17 prosent av kostnadene for pasienter i alderen 70 år og over. Kostnadene var her samlet sett høyere for menn enn kvinner. De krefttypene som krevde mest ressurser var ondartet svulst i fordøyelsesorganene, blant annet mage og tarmkreft, ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer, prostatakreft, og ondartet svulst i åndedrettsorganene og øvre brysthule, blant annet lungekreft.

Mens menn i større grad behandles for skader i yngre aldersgrupper, er det motsatte tilfelle blant eldre. For eldre brukes det nesten dobbelt så mye ressurser på behandling av skader blant kvinner sammenlignet med menn. Om lag halvparten av kostnadene i forbindelse med skader blant kvinner kan knyttes til brudd av lårben.

Sykdommer i åndedrettsorganene, blant annet lungebetennelse og influensa, sykdommer i muskel- og skjelettsystemet samt bindevev, blant annet rygglidelser, medførte også betydelige behandlingstgifter for eldre, og bidro hver med 9 prosent av kostnadene til behandling av eldre.

For det er flere eldre kvinner enn menn, brukes det samlet mer behandlingsressurser på kvinner enn på menn. Regnet per

Figur 2. DRG-poeng per pasient i sykehus, etter alder og kjønn. 2011. DRG



Kilde: Statistikk over spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

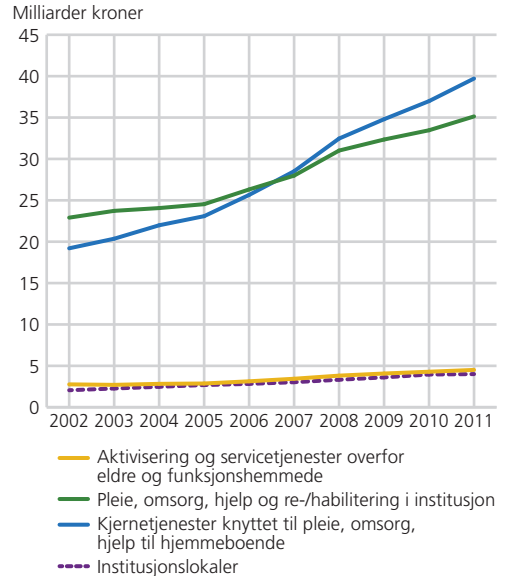
pasient brukes det derimot mer ressurser på menn enn på kvinner. I 2011 var antall DRG-poeng per kvinnelig pasient 89 prosent av poengtallet per mannlig pasient i aldersgruppen 70-79 år (figur 2). For dem i aldersgruppen 80 år og over var tilsvarende andel 91 prosent.

Eldre i omsorgstjenestene

Totalt sett økte driftsutgiftene i pleie- og omsorgssektoren fra 45 til 83 milliarder i perioden 2002- 2011 (figur 3). I 2011 utgjorde de tilnærmet 3 prosent av BNP. Pleie- og omsorgstjenestene er den største utgiftsposten for kommunene – mer enn hver fjerde krone i kommunene brukes på dette formålet. Mens utgifter til institusjonstjenester tidligere var den største utgiftsposten for kommunene, har det vært omvendt siden 2007. Det skyldes blant annet «boliggjøring» av tjenestene, hvor tanken er at brukerne skal kunne bo i egen bolig så lenge som det er ønskelig og mulig, ved hjelp av tilpassede tjenester.

Pleie- og omsorgstjenestene brukes ikke bare av eldre. Med IPLOS som datakilde vet man mer enn tidligere om både de

Figur 3. Brutto driftsutgifter til pleie og omsorg. 2002-2011. Milliarder kroner



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

ynge og de eldre brukerne (Brevik 2010, Strand 2012, Gabrielsen mfl. 2012). Imidlertid vet man ikke gjennom regulær statistikk hvor mye som brukes, målt i kroner, på yngre og eldre tjenestemottakerne. Vi vil i det følgende gi et begrunnet anslag på hvor mye av utgiftene som i dag brukes på eldre brukere, samt belyse hvor mye som har vært brukt på eldreomsorg de siste årene.

Mens ni av ti beboere i institusjon er over 67 år, er seks av ti av mottakerne av hjemmetjenester over 67 år. I tillegg vet vi at eldre brukere har betydelig færre timer hjelp hjemme per uke enn yngre brukere (Gabrielsen mfl. 2012). Ved å utnytte slik informasjon om tjenestene og brukerne kan det beregnes hvor mye av utgiftene som brukes på de ulike aldersgruppene, se tekstboks om datagrunnlaget og beregningene.

Tabell 4. Estimerte utgifter til pleie og omsorg, etter alder og type tjeneste. 2011. Kroner per innbygger og per bruker

	0-66 år	67-79 år	80-89 år	90 år+	Alle
Hjemmetjenester (f254)					
Estimerte utgifter til hjemmetjenester, milliarder kroner	25,9	4,4	6,6	2,8	39,7
Estimerte utgifter til hjemmetjenester, kroner per innbygger	6 000	10 000	36 000	71 000	8 000
Estimerte utgifter til hjemmetjenester, kroner per mottaker	389 000	136 000	116 000	153 000	227 000
Institusjon (f253+261)					
Estimerte utgifter til institusjon, milliarder kroner	4,3	6,7	17,2	11,0	39,1
Estimerte utgifter til institusjon, kroner per innbygger	1 000	16 000	95 000	274 000	8 000
Estimerte utgifter til institusjon, kroner per beboer ¹	901 000

¹ Det finnes ikke tallgrunnlag for å kunne bergne driftsutgifter per person som bor på institusjon.

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

I 2011 var driftsutgiftene til hjemmetjenester på nærmere 40 milliarder kroner. Av dette ble tredjeparten brukt på personer over 67 år. Utgiftene per innbygger øker med alder. Kommunene brukte 10 000 kroner per innbygger på de yngste eldre, i alderen 67-79 år, mens for aldersgruppen 90 år eller mer hadde hjemmetjenesteutgiftene økt til om lag 70 000 kroner per innbygger (tabell 4). At utgiftene per innbygger øker med alder, skyldes både at flere eldre mottar tjenester ved høyere alder, og at hver enkelt får tildelt noen flere timer hjemmetjeneste i uka.

Utgiftene per bruker yngre enn 67 år var imidlertid mer enn det dobbelte av utgiften per eldre mottaker av hjemmetjenester. 389 000 kroner gikk i gjennomsnitt til hver bruker yngre enn 67 år, mens det tilsvarende beløp for en bruker over 90 år var 153 000 kroner. Det er også noe variasjon blant de eldste brukerne, men forskjellene er ikke like store.

De samlede driftsutgiftene brukt på institusjonstjenester som sykehjem og aldershjem utgjorde 39 milliarder i 2011. Av disse ble ni av ti kroner brukt på de eldre beboerne, fordi beboere i institusjon i hovedsak er over 67 år. I snitt ble det brukt i overkant av 900 000 kroner per institusjonsbeboer i 2011.

Helsedirektoratet (2013) har også beregnet pleie- og omsorgsutgifter til eldre og finner at kommunene brukte henholdsvis 40 000 og 127 000 kroner per innbygger over 80 år til hjemmetjenester og institusjon i 2011. Vår beregning i mer detaljerte aldersgrupper, 80-89 år og 90 år og eldre, viser at det er stor variasjon innenfor aldersgruppen 80 år og eldre med hensyn til bruk av omsorgstjenester. Huseby og Paulsen (2009) har gjort tilsvarende beregninger av kommunenes omsorgsutgifter etter alder, og finner i tillegg at andelen utgifter som brukes på eldreomsorg, varierer mellom kommunene.

For tjenesten samlet økte driftsutgiftene målt i løpende priser, det vil si at lønns- og prisvekst ligger inne i tallene, med 32 prosent i perioden 2007-2011 (tabell 5). Utgiften per innbygger over og under 67 år utvikler seg imidlertid svært forskjellig i disse årene. Per innbygger under 67 år økte utgiftene med 41 prosent, mens den tilsvarende veksten var 16 prosent per innbygger over 67 år.

I 2007 var utgiften per eldre person nær 12 ganger utgiften per person yngre enn 67 år. I 2011 hadde dette forholdstallet falt til 10. Basert på andre datakilder kan man anslå dette forholdstallet til 17 i 1998 (tabell 5).

Om datagrunnlaget og beregningene

Utgiftene til pleie og omsorg for perioden 2007-2011 er beregnet fra kommuneregnskapene som rapporteres inn til Statistisk sentralbyrå. Følgende regnskapsfunksjoner viser utgifter til pleie og omsorg:

- Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede (F234)
- Bistand, pleie, omsorg, i institusjoner for eldre og funksjonshemmede (F253)
- Bistand, pleie og omsorg til hjemmeboende (F254)
- Institusjonslokaler (F261)

For å fordele utgiftene på alder er data fra IPLOS-registeret (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) og pleie- og omsorgsstatistikk i KOSTRA (kommune-stat-rapportering) benyttet. IPLOS er et individbasert register over brukere og søkere til pleie- og omsorgstjenester, og har siden 2007 vært hovedkilden for pleie- og omsorgsstatistikk.

Aldersfordelte utgifter til *hjemmeboende* er beregnet ved å bruke informasjon om antall mottakere av hjemmetjenester samt gjennomsnittlig antall timer i uka med hjemmetjenester. Hjemmetjenester er her hjemmesykepleie og praktisk bistand. Dermed måles det totale antallet timer av hjemmetjenester i løpet av en uke fordelt på brukere over og under 67 år.

Timefordelingen brukes som fordelingsnøkkel på brutto driftsutgifter fra funksjon 254 i kommuneregnskapene.

Aldersfordelte utgifter til *institusjonsbeboere* er beregnet ved å bruke andelen beboere i institusjon. Andelen beboere i aldersgruppene 0-66 år og 67 år og over brukes som fordelingsnøkkel på brutto driftsutgifter fra funksjon 253 og 261.

Utgifter til *aktivisering og servicetjenester* utgjør en liten andel av utgiftene totalt. Her er tall på antall ansatte ved henholdsvis eldresentre og dagsentre brukt til å fordele utgiftene på aldersgruppene 0-66 år og 67 år og over.

Denne utgiftsfordelingen innebærer på mange måter en forenklet beskrivelse av virkeligheten. Mange tjenestetyper er ikke inkludert i fordelingsnøkklene, for eksempel støttekontakt, omsorgslønn, avlastningsopphold, trygghetsalarm og brukerstyrt personlig assistent. Tall på aldersfordelte utgifter bør dermed sees på som anslag. Tall for 2007-2011 sammenholdes med aldersfordelte pleie- og omsorgsutgifter fra 1998 (Brathaug mfl. 2001). For 1998-data er Gerix, det daværende registreringssystemet for opplysninger om mottakere av pleie- og omsorgstjenester, brukt til å fordele utgifter på alder. Siden ulike datakilder er brukt, er det noe usikkert hvorvidt periodene er direkte sammenlignbare.

Tabell 5. Estimerte utgifter til pleie og omsorg, etter alder. 1998, 2007-2011. Kroner per innbygger

Brutto driftsutgifter	1998	2007	2008	2009	2010	2011	Endring 2007-2011, prosent
a. Pleie- og omsorg, totalt, millioner kroner	35 500	63 000	70 600	74 800	78 700	83 400	32
b. Pleie- og omsorg, kroner per innbygger 0-66 år	2 400	5 600	6 400	7 000	7 400	7 900	41
c. Pleie- og omsorg, kroner per innbygger 67 år og over	42 200	65 100	71 000	72 000	74 000	75 000	16
Aldersraten (c/b)	17,4	11,7	11,0	10,3	9,9	9,6	.

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 6. Allmennlegetjenesten, konsultasjoner og driftsutgifter. 2011

	Totalt	0-66 år	67-79 år	80-89 år	90 år og over
Antall fastlegekonsultasjoner	13 178 705	10 135 005	1 918 586	977 658	147 456
Andel fastlegekonsultasjoner	100	77	15	7	1
Utgifter til allmennlegetjenester, millioner kroner	20 006	15 385	2 913	1 484	224

Kilde: Fastlegetjenestestatistikk og helseregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

I de siste årene har veksten i omsorgsutgiftene vært sterkere for yngre brukere enn for eldre. Flere faktorer har bidratt til dette:

- 1) Det har kommet nye brukergrupper inn i tjenesten, hvorav de fleste er under 67 år. I perioden økte antallet mottakere av hjemmetjenester med 15 000, og av disse var ni av ti personer under 67 år.
- 2) Unge eldre, personer i 60- og 70-årene, har bedre helse enn før. Andelen eldre som rapporterer å ha god eller meget god egenvurdert helse, økte fra 63 til 68 fra 1998 til 2008 (Statistisk sentralbyrå 2009).
- 3) Politikken basert på «boliggjøring». Institusjonalisering av unge brukere er uønsket, mens institusjonalisering av eldre ønskes utsatt lengst mulig, og mye ressurser settes inn på å gi hjelp hjemme nettopp for å unngå dette.

20 milliarder på allmennlegetjenester

20 milliarder kroner ble brukt på private og offentlige allmennlegetjenester i 2011 (Statistisk sentralbyrå 2013). Nesten hver fjerde konsultasjon hos fastlegen gjelder pasienter som er 67 år og eldre (Elin Skretting Lunde og Borgny Vold, artikkel 7). Selv om allmennlegetjenesten inkluderer mer enn kun fastleger, og aktiviteten hos legen er mer enn konsultasjoner, er tallet på konsultasjoner hos fastlege benyttet til å anslå hvordan allmennlegeressursene fordeles på aldersgrupper (tabell 6).

Få eldre i psykisk helsevern

I 2011 ble drøyt 180 000 personer behandlet i psykisk helsevern (tabell 7), og helseforetakenes driftsutgifter til både unge og eldre var på 17,5 milliarder kroner samme år. Behandlingen foregår enten som dagbehandling, poliklinisk behandling eller som inneliggende døgnbehandling. Av alle som ble behandlet, var kun 5 prosent over 70 år. Eldre får i større grad inneliggende behandling enn yngre pasienter. Mens 7 prosent av utskrivningene fra døgnopphold var knyttet til pasienter over 70 år, var kun 2 prosent av de polikliniske konsultasjonene behandling av eldre pasienter.

Trass i at alder på pasientene i de ulike tjenestetypene innenfor psykisk helsevern er kjent, kan vi ikke si noe om ressursfordelingen og hvor mye av helseforetakenes driftsutgifter som brukes på de ulike aldersgruppene. Hovedårsaken er at arbeidsinnsatsen og lengden på de ulike behandlingene er ukjent og vil være svært varierende, spesielt for døgnopphold som kan vare fra ett døgn til ett år. Men det er kjent at tjenester innenfor psykisk helsevern hovedsakelig ytes til personer under 70 år.

Mindre enn før til eldre?

Fra 1998 til 2011 har de totale helseutgiftene økt med drøyt 40 prosent, målt i faste 2005-priser. Den prosentvise årlige veksten har imidlertid gått ned og er nå på 1-2 prosent (Statistisk sentralbyrå 2013). Hvor mye av veksten som er tildelt eldre, synliggjøres ikke i den ordinære statistik-

Tabell 7. **Personer og behandlinger¹ i psykisk helsevern. 2011. Prosent og antall**

	Prosent			I alt, antall
	0-69 år	70-79 år	80 år og over	
Personer behandlet i alt	95	3	2	180 554
Døgnopphold (utskrivninger)	93	4	3	55 877
Dagbehandlinger	93	5	2	35 029
Polikliniske konsultasjoner	98	1	1	2 401 496

¹ Antallet polikliniske konsultasjoner inkluderer både refusjonsbaserte konsultasjoner og øvrige konsultasjoner, og avviker således med offisiell statistikk som inkluderer kun refusjonsbaserte konsultasjoner.

Kilde: Norsk pasientregister, HelseDirektoratet.

ken. Tre utvalgte tjenesteområder er belyst i denne artikkelen, og innledningsvis ble områdene sammenstilt for å vise at andelen utgifter som går til eldre, varierer mellom tjenestene (tabell 1). SSB har også tidligere gitt anslag på Eldres andel av ressursbruken innenfor utvalgte helse- og omsorgstjenester. Det er beregnet at eldre stod for 38 prosent av ressursene i 1998 (Brathaug mfl. 2001). På to tjenesteområder, somatiske tjenester og pleie og omsorg, finnes aldersfordelte utgiftstall både i 1998 og 2011. For begge områdene er Eldres andel av utgiftene redusert og reduksjonen er størst i pleie- og omsorgstjenestene. Mens 74 prosent av ressursene innenfor pleie og omsorg ble brukt på personer 67 år og over i 1998, var andelen til eldre 59 prosent i 2011 (tabell 8). Også for sykehus og andre somatiske institusjoner har andelen ressurser brukt på eldre 70 år og over gått ned, fra 38 til 33 prosent i perioden 1998-2011.

Formålet med artikkelen har vært å belyse hvordan ressurser, her målt ved helse- og omsorgskostnader, fordeles mellom ulike aldersgrupper, og hvor mye som brukes på eldre spesifikt. Personer 67 år og over står for mesteparten av ressursbruken i sykehjem og andre typer omsorgsinstitu-

Tabell 8. **Kostnader til utvalgte helse- og omsorgstjenester, etter alder. 1998 og 2011. Prosent**

	1998		2011	
	67(70) år og over	80 år og over	67(70) år og over	80 år og over
Pleie- og omsorgstjenester	74	52	59	48
Somatiske institusjoner	38	16	33	16

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

sjoner, mens ressursbruken på eldre pasienter i psykisk helsevern utgjør relativt lite. I tillegg til aldersdimensjonen viser deler av artikkelen ressursbruken splittet på kjønn og diagnosegrupper. I OECD pågår et utviklingsarbeid med å etablere system for helseutgifter fordelt på de tre dimensjonene alder, kjønn og diagnose (OECD 2008). Ved etablering av et slikt system vil det være mulig å sammenligne helseutgiftene mellom land, målt ved de tre dimensjonene. Dette vil være et nyttig verktøy for å analysere ressursfordelingen i lys av forskjellige alderssammensetninger mellom land, en aldrende befolkning og endringer i sykdomsmønstre over tid. Men som vist av Erling Holmøy og Julie Kjelvik, artikkel 1 er sammenligning av helseutgifter mellom land en utfordrende øvelse.

Referanser

Brathaug, Ann Lisbet; Helge Brunborg; Elin Skretting Lunde; Elisabeth Nørgaard; Åsne Vigran (2001): *Utviklingen av aldersrelaterte helse-, pleie- og omsorgsutgifter*, Rapporter 2001/4, Statistisk sentralbyrå.

Brevik, Ivar (2010): *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg*, NIBR-rapport 2010:2, Norsk institutt for by- og regionforskning.

Gabrielsen, Bjørn; Berit Otnes; Brith Sundby (2012): *Pleie- og omsorgstjenesten 2011*, Rapporter 43/2012, Statistisk sentralbyrå.

Helsedirektoratet (2013): *Samhandlingsstatistikk 2011/2012*, Rapport IS-2040, Helsedirektoratet.

Huseby, Beate og Bård Paulsen (2009): *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?* SINTEF Rapport A11522.

OECD (2008): *Estimating expenditure by disease, age and gender under the system of health accounts (SHA) framework; Final Report*, December 2008, OECD.

Statistisk sentralbyrå (2009): *Levekårsundersøkelsen 2008*, <http://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold/hvert-3-aar>.

Statistisk sentralbyrå (2013): *Helseregnskap*, <https://www.ssb.no/helsesat>.

Strand, Pål (2012): «Dekningsgrader for pleie- og omsorgstjenester – indikator på hva?», i *Overordnede trekk og samhandling. Pleie- og omsorgsstatistikken gir ny innsikt*, Rapport IS-1977, Helsedirektoratet.

Jens-Kristian Borgan

4. 50 år med offentlig eldreomsorg

Eldreomsorgen har i løpet av få tiår blitt stor og mangfoldig. I løpet av de siste 50 årene har antallet eldre økt, både absolutt og relativt til andre aldersgrupper. Det var frivillige, humanitære eller religiøse organisasjoner som gikk foran i etablering av tjenestene. På sekstitallet var det en kraftig vekst i det offentlige tilbudet. De siste 30 årene er andelen eldre som bor på alders- eller sykehjem, redusert, og beboerne er mer omsorgstrengende enn før.

Tradisjonelt var det familiens og slektens ansvar å ta vare på syke, fattige og eldre. På 1960-tallet ble det fastslått i lovgivningen at velferdsstaten skulle være den enkeltes sikkerhetsnett. Med lov om sosial omsorg av 1964 falt den siste rest av det juridiske omsorgsansvaret for slektninger bort (St.meld. 25:2005-2006). Denne loven la, sammen med folketryktdloven av 1967 og sykehusloven av 1970, et lovmesig grunnlag for en omfattende utbygging og vekst i omsorgssektoren. Det formelle ansvaret for hjelpetrengende i dag hviler på det offentlige, på kommune og stat.

Dagens eldreomsorg¹ vokste ut av fattigforsorgen. Legdordningen kan ses som en forløper for den hjemmebaserte omsorgen, mens institusjonsomsorgen utviklet seg fra fattighusene. Mange av institusjonene ble etablert av religiøse og humanitære organisasjoner. Dette var for det meste gamlehjem, men også et innslag av pleiehjem, særlig i de største byene. Disse

institusjonene var kommunens ansvar, selv om mange institusjoner fortsatt var eid og drevet av religiøse og humanitære institusjoner.

Lov om sykehus fra 1970 påla fylkeskommunene å sørge for planlegging, oppføring og drift av blant annet sykehjem. Med sykehjem menes her medisinske institusjoner, som ikke er sykehus eller sykestuer, og som gir pasienter opphold i forbindelse med medisinsk pleie. Aldershjemmene forble fortsatt et kommunalt ansvar. Etter 1988 ble ansvaret for sykehjemmene overført til kommunen, som da fikk et samlet ansvar for eldreomsorgen. Utover på 1960- og 1970-tallet ble det også etablert trygdeboliger i stor skala, mest i de større byene. Etter hvert kom serviceboliger, en type boliger som det var knyttet varierende grad av service eller omsorgstilbud til, en mellomting mellom institusjoner og ordinære trygdeboliger.

Se tekstboks for en nærmere beskrivelse av institusjons- og boligtypene.

I løpet av 1970-årene fantes det et offentlig tjenestetilbud til eldre som bodde hjemme, i nær sagt hele landet. Hjemmesykepleien

¹ En rapport fra Gerontologisk institutt fra 1990, forfattet av Svein Olav Daatland (1990), gir en omfattende beskrivelse av utviklingen i organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene i Norge. Beskrivelsen av utviklingen fram til 1990, der ikke annen kilde er oppgitt, er hentet fra denne publikasjonen.

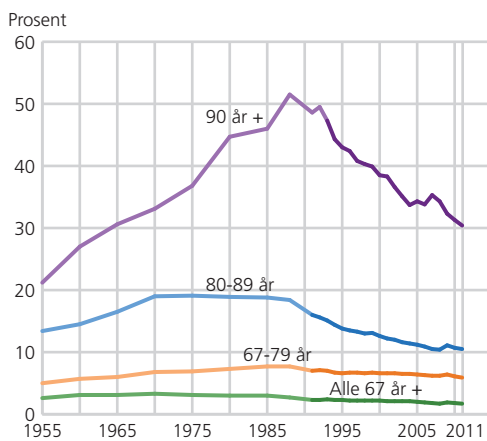
startet i sin tid opp med innsats fra religiøse og humanitære organisasjoner. Fra 1959 ble det gitt statstilskudd til denne tjenesten. Den tidligere husmorvikartjenesten (offentlig tiltak), som var ment som en tjeneste rettet mot barnefamilier og enslige forsørgere, ble forløperen til en egen hjelpetjeneste rettet mot eldre. I samarbeid med frivillige organisasjoner ble tilbudet utvidet. I 1965 var dette en kommunal tjeneste, og i 1969 fikk hjemmehjelpstjenesten statstilskudd, og tilbudet fantes i tilnærmet alle kommunene. Det tok lengre tid å få hjemmesykepleien på plass. Midt på 1960-tallet hadde halvparten av kommunene med i alt tre firedeler av folkemengden innført hjemmesykepleie. Etter 1970 hadde fortsatt 42 prosent av kommunene med i alt 18,5 prosent av folketallet ikke innført hjemmesykepleie (Borgan 2012). Hjemmesykepleie ble først obligatorisk for kommunene ved lov om helsetjenesten i kommunene i 1984.

Det er etablert mange nye tjenestetilbud til eldre de siste 20 årene: matdistribusjon, ambulerende vaktmester, rengjøringspatruljer, alarmtjeneste med videre, samt eldresentre. Videre er de hjemmebaserte tjenestene over tid blitt utvidet til også å dekke kvelds- og nattestid i mange kommuner. Avlastning for pårørende med omsorgsansvar, omsorgslønn, skal nå være et tilbud i alle kommuner. Og det finnes tilbud om dagpleie i institusjoner eller egne dagsentre. Tilbud om hjelpemidler for å avhjelpe funksjonsvansker ble tilgjengelig, jamfør opprettelsen av hjelpemiddelsen-tralene i fylkene utover på 1980-tallet.

Institusjoner – hjem for mange eldre på 1960- og 1970-tallet

Fra midten av 1950-tallet til 1970 ble antallet institusjonsplasser for eldre nær doblet. Dette førte til at flere eldre som tidligere bodde hos familie, eller som måtte greie seg selv, fikk anledning til å

Figur 1. **Andel eldre i institusjon. Aldersgrupper 67 år og over. 1955-1988, 1991-2011¹. Prosent**



¹ Brudd i tidsserier: Til 2006 er tallet på mottakere innhent per summariske skjema. Fra og med 2007 er data henta fra I/PLOS-registeret. Tall fra og med 2007 inkluderer også beboere i barneboliger og avlastningsinstitusjoner, som ikke tidligere var inkludert statistikkgrunnlaget.

Kilde: Daatland 1990 (beregnete tall fram til 1988), og Pleie og omsorgsstatistikk, 1992-2011, Statistisk sentralbyrå.

flytte på en aldersinstitusjon. På denne tiden var institusjonsopphold nesten alltid ensbetydende med opphold på aldershjem. Aldershjemmet var en sentral del av den offentlige pleie- og omsorgstjenesten, men var ikke primært medisinsk betinget. Aldershjemmene har tradisjonelt vært tiltenkt eldre som stort sett er selvhjulpne, men som likevel har behov eller lyst til å bo i en felleshusholdning der de kan få tilsyn og en viss pleie på døgnbasis.

Andelen personer 90 år og eldre som var bosatt i institusjon (alders- eller pleiehjem), økte fra vel hver femte person i 1955, til hver tredje femten år senere (figur 1). Også i yngre grupper av eldre har det vært en økning fram til midten av 1970-tallet, om enn ikke så stor. I denne perioden ble det politisk sett stimulert til satsing på sykehjemsutbygging. Utover på 1980- og 1990-tallet ble institusjonene reservert for de mest hjelpetrengende. Dette førte til at det ble etablert mange

Begreper

Institusjoner for eldre er en fellesbetegnelse på tre hovedformer av institusjoner: aldershjem, (somatiske) sykehjem og kombinerte alders- og sykehjem. **Gamlehjem og aldershjem** er sosiale institusjoner beregnet for eldre som stort sett er selvhjulpne, men som kan få tilsyn og en viss pleie på døgnbasis. I 1966 gikk SSBs statistikk over til å bruke betegnelsen aldershjem til erstatning for gamlehjem.

Sykehjemmene (almennelige somatiske sykehjem) er medisinske institusjoner som gir pasienter opphold, og i forbindelse med dette medisinsk pleie som ikke gjør opphold i sykehus eller sykestue nødvendig (lov om sykehus mv. 1970). Kombinerte alders- og sykehjem har egne alders- og sykehjemsavdelinger under samme organisasjon og ledelse.

Boliger kommunene disponerer til pleie og omsorgsformål. Er en fellesbetegnelse på trygde- og serviceboliger. **Trygdeboliger** er beregnet for alders- og uførepensjonister og er en selvstendig boform, uten fellesusholdning. I enkelte tilfeller er de bygget i tilknytning til eldrecentre eller aldersinstitusjoner og med lett tilgang til hjelp og service. Noen kommuner har knyttet personell og service til sine trygdeboliger/serviceboliger, primært basert på en løsning med hjemmehjelp/sykepleietjenester som for andre hjemmeboende eldre. **Servicebolig** er et boligtilbud med tilsatt personell og service, men ikke nødvendigvis på heldøgns basis.

Boliger med heldøgns omsorg eller -pleie er som det framgår av navnet, boliger tilknyttet omsorgs- eller pleietilbud hele døgnet.

nye sykehjem, samtidig som en del av de gamle aldershjemmene ble nedlagt eller omdannet til kombinerte alders- og sykehjem med egen sykehjemsavdeling.

Brukerraten for yngre eldre sank, mens raten økte for de eldste. Med brukerrate menes andelen av eldre i en gitt aldersgruppe, som benytter en tjeneste. På slutten av 1980-tallet bodde halvparten av eldre

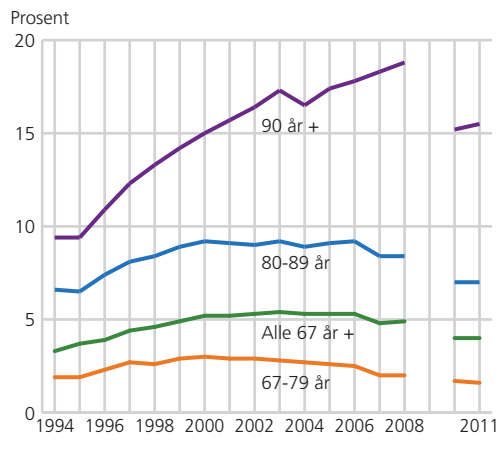
90 år og over i alders- eller sykehjem. For aldersgruppen mellom 80 og 89 år holdt brukerraten seg relativt konstant. Opphold i sykehjem eller aldersinstitusjon er blitt mindre vanlig, særlig blant de eldste. Dette henger sammen med framveksten av andre offentlig tilbud. Denne gruppen får i økende grad tjenester i egen bolig.

Resultatet av en sterkere prioritering av hjelpetrengende grupper og dreining i tilbudet er at terskelen for å motta institusjonstjenester er hevet, og eldre som får sykehjems plass i dag, har større hjelpebehov enn på 1970- og 1980-tallet. Tjenestemottakerne er blitt mer pleietrengende. Over tid har det også vært en kvalitetsheving av tilbudet. Blant annet har de fleste beboere på institusjon nå enerom.

På slutten av 1980-tallet ble, som tidligere nevnt, ansvaret for sykehjemmene overført fra fylkeskommunen til kommunen. Dette førte til at de fleste kommunene etablerte en integrert pleie- og omsorgstjeneste. Aldershjemmene ble bygget ned, og de sykeste fikk tilbud om plass i sykehjem eller tilbud om tjenester hjemme. Som et resultat av dette ble antallet institusjonsplasser redusert utover på 1990- og 2000-tallet. Brukerraten av beboere på aldersinstitusjoner sank på hele 1990-tallet og gjennom første halvdel av 2000-tallet for alle aldersgrupper over 67 år (figur 1). Blant de eldste 90 år og over gikk andelen beboere ned fra vel 50 prosent av gruppen til 30 prosent i 2011. Også i gruppen mellom 80 og 89 år er andelen redusert. Institusjonsomsorgen endret også karakter. Sykehjemmene ble i økende grad brukt til etterbehandling ved sykehusopphold (kortidsopphold, avlastningsopphold) og rehabilitering.

Lavere institusjonsdekning må ses i sammenheng med veksten i andre tilbud som trygdeboliger, hjemmehjelp og hjemme-

Figur 2. **Andel beboere i boliger kommunen disponerer til pleie og omsorgsformål (trygde-, service- og omsorgsboliger). Aldersgrupper 67 år og over. 1994-2006 og 2007-2011¹. Prosent**



¹ Tidsseriebrudd i 2007 og 2010. Ny versjon av IPLOS fra 2010.

Kilde: Pleie og omsorgsstatistikk 1994-2006, og IPLOS 2007-2011, Statistisk sentralbyrå.

sykepleie. Eldre med mindre hjelpebehov fikk tilbud om omsorgsbolig eller pleie- og omsorgstjenester hjemme. Tallet på omsorgsboliger ble mer enn doblet fra 1970-tallet fram til 1990-tallet. Knappt 10 prosent av de eldste (90 år og over) og om lag 6 prosent av eldre 80-89 år bodde i boliger til pleie- og omsorgsformål på midten av 1990-tallet. Utover på 2000-tallet økte særlig andelen eldre 90 år og eldre som bodde i kommunale boliger til pleie og omsorgsformål. I 2011 bodde vel 15 prosent av de eldste 90 år og over i kommunale boliger. Brudd i tidsseriene i 2007 og 2010 gjør at tallene ikke er sammenlignbare for alle år.

Tjenester hjemme – fra husmorvikar til praktisk bistand

Utover på 1960-tallet ble det i mange kommuner etablert ordninger med tjenester hjemme, blant annet hjemmesykepleie og husmorvikartjeneste. Dette var tjenester som utviklet seg fra å være uformelle

tjenester der pårørende eller nær slekt hadde deltidsarbeid med å se til sine egne, til å bli en offentlig tjeneste. Det ble en «yrkesgjøring» av hjemmetjenesten på 1970- og 1980-tallet, og det ble stilt krav til utdanning og kvalifisering av hjemmehjelpere. Hjemmesykepleietjenesten tilbød tjenester knyttet til medisiner og medisinsk oppfølging og er en del av primærhelsetjenesten. Som nevnt i innledningen tok det tid før tilbudet om hjemmesykepleie i kommunene ble landsomfattende. Senere kom tilbud om hjemmehjelp og annen praktisk bistand i hjemmet. Hjemmehjelpstjenesten sprang ut av husmorvikartjenesten. Eldre kunne få hjelp av kommunen til alminnelige og huslige gjøremål som rengjøring av bolig, vask av tøy, innkjøp og matlaging. Hjemmehjelpstjenesten ble raskt utbygd, og allerede i 1970 var det bare tolv kommuner, med i alt mindre enn 1 prosent av folketallet, som ikke kunne tilby hjemmehjelpstjenester (Borgan 2012). I 1969 fikk tjenesten statstilskudd.

Historisk sett la bedre bostandard generelt til rette for at flere eldre kunne bli boende i eget hjem. Ordninger med utbedringslån for å ruste opp uhensiktsmessige boliger, og bostøtte, ble etablert. Etter hvert kom også hjelpemiddelsentraler som bidro med hjelpemidler i hjemmet. Hjemmebaserte tjenester ga trygghet og oppfølging, og det var ikke lenger nødvendig å flytte i institusjon selv for grupper med moderat hjelpebehov. Med rask nedbygging av institusjonene var det heller ikke plasser tilgjengelig selv for grupper som ønsket institusjonsplass.

Tilbudet av hjemmetjenester økte raskt på 1960- og 1970-tallet

Statistikken over tjenestemottakere av hjemmehjelp og annen praktisk bistand før 1989 og hjemmesykepleie før 1977 viste antall tjenestemottakere i løpet av

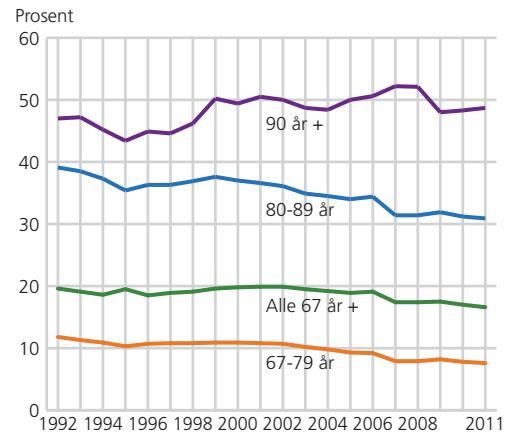
kalenderåret. I senere statistikk er det antall tjenestemottakere ved årsskiftet som er registrert. Det er derfor ikke mulig å lage en likeartet tidsserie tilbake til 1960-tallet for mottakere av kommunale hjemmetjenester. I Daatland (1990) er det utarbeidet tabeller som viser beregning av andelen personer 67 år og over som var mottakere av henholdsvis hjemmehjelp og hjemmesykepleie i løpet av kalenderåret. Andelen som mottok hjemmehjelp, økte jevnt fra tjenesten ble introdusert midt på 1960-tallet og fram til 1980. På 1980-tallet lå denne andelen nokså konstant på 17 prosent. Andelen 67 år og over som mottok hjemmesykepleie, hadde et lignende forløp, men her økte andelen til et nivå på om lag 14 prosent midt på 1980-tallet.

Den raske oppbyggingen av hjemmetjenestene på 1970-tallet gikk over i en ny fase på 1980-tallet da helse- og omsorgstjenestene ble samordnet og desentralisert. Kommunene fikk i denne perioden større ansvar for å yte omsorgstjenester og for å tilrettelegge for et mer helhetlig lokalt tjenestetilbud. Det var et mål at den enkelte så langt som mulig skulle få nødvendig hjelp til å bo i nærmiljøet (St.meld. 25:2005-2006).

Samtidig som andelen eldre som var bosatt i institusjon gikk ned, var det en økning i andelen som mottok hjemmetjenester. På 1990-tallet flatet imidlertid denne andelen ut selv om andelen som bodde i institusjon, fortsatte å synke. På 2000-tallet var det en reduksjon i andelen eldre som mottok hjemmetjenester, unnatt for de eldste over 90 år (figur 3).

Brukerratene for hjemmesykepleie fortsatte å øke på 2000-tallet blant personer over 90 år. Blant de øvrige aldersgruppene over 67 år var brukerratene relativt konstante i dette tiåret. Dette viser at en større andel av tjenestemottakerne mottok

Figur 3. Andel eldre med hjemmetjenester. Aldersgrupper 67 år og over. 1992-2011¹. Prosent



¹ Tidsseriebrudd 2007.

Kilde: Pleie og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

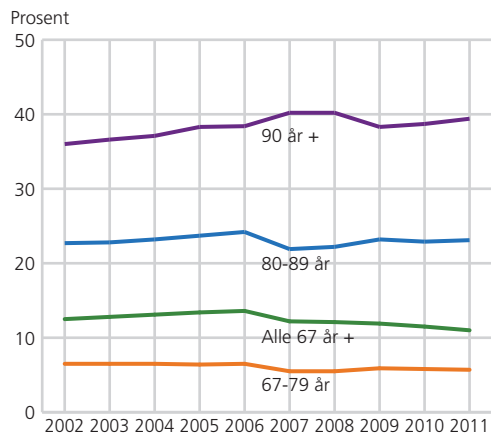
hjemmesykepleie, mens andelen som bare mottok hjemmehjelp, ble redusert.

Hjemmetjenestene ble utover på 1990-tallet mer rettet inn mot grupper med stort hjelpebehov. Flere mottar nå hjemmetjenester, og de som mottar slike tjenester, mottar mer hjelp enn før. Fra 1997 til 2010 sank andelen som bare mottar praktisk hjelp hjemme, fra nesten halvparten til en firedel av hjemmetjenestemottakerne. Dette er resultatet av en bevisst forskyvning fra forebyggende praktisk og sosial bistand til helsefaglig hjelp og pleie (hjemmesykepleie). Det har nok også spilt en rolle at det fra 1997 ikke lenger var anledning til å ta egenbetaling for hjemmesykepleie samtidig som egenbetalingen for praktisk hjemmehjelp ofte økte relativt mye.

Oppsummering

Pleie- og omsorgstjenestene har økt kraftig i løpet av de siste femti årene. Det har også vært en strengere prioritering av hvem som innvilges kommunale pleie- og omsorgstjenester. De som bor i alders- og

Figur 4. Andel eldre med hjemmesykepleie. Aldersgrupper 67 år og over. 2002-2011¹. Prosent



¹ Tidsseriebrudd 2007.

Kilde: Pleie og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

sykehjem, er eldre, og andelen er redusert i alle aldersgrupper over 67 år.

Andelen eldre som mottar kommunale hjemmetjenester, har gått ned i aldersgruppene under 90 år. Det er sannsynlig at en del eldre i større grad ordner sitt hjelpebehov på privat vis på grunn av omleggingen av egenbetalingen for kommunale tjenester samtidig som kommunene prioriterer strengere hvem som skal motta tjenester. På den annen side har de som mottar pleie- og omsorgstjenester, fått mer hjelp de senere årene. Andelen som bare mottar hjemmehjelpstjenester (praktisk bistand), har gått vesentlig ned, mens flere mottar hjemmesykepleie. Tilbudet er også blitt mer variert og tilpasset den enkelte tjenestemottakers behov, men det tas også hensyn til kommunens økonomi.

Referanser

Borgan, Jens-Kristian (2012): *Pleie- og omsorgsstatistikk 1962-2010*, Rapporter 10/2012, Statistisk sentralbyrå.

Daatland, Svein Olav (1990): *Ressurser og ressursbruk i eldresektoren. Dagens mønster og utviklingen over tid*, NGI-rapport 5-1990, Norsk gerontologisk institutt, Oslo.

Lov om sykehus mv. Lov nr. 57, 19. juni 1969 (Gjeldende fra 1970): *Norges lover 1682-1969*, Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo.

St. meld nr. 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*, Helse- og omsorgsdepartementet.

Statistisk sentralbyrå: *Pleie- og omsorgsstatistikk*: <http://www.ssb.no/pleie/>

Dag R. Abrahamsen og Julie Kjelvik

5. Dobling av innvandrerårsverk på fem år

I 2011 utførte innvandrere 13 prosent av de nesten 129 000 årsverkene i omsorgssektoren. I Oslo var den tilsvarende andelen hele 40 prosent. Innvandrere står for halvparten av tilveksten i årsverk de siste årene. Filippinere står bak hvert tiende innvandrerårsverk.

Med lengre levealder og flere eldre i framtiden vil det samlede behovet for omsorgstjenester øke, gitt at framtidens eldre ikke blir vesentlig friskere enn dagens eldrebefolkning. Hvis man kombinerer middelalternativet i Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivinger med forutsetninger om at andelen brukere av omsorgstjenester på hvert alderstrinn samt ressursbruken per bruker holder seg slik det var i 2010, vil antallet årsverk i sektoren øke til mer enn det dobbelte av dagens nivå fram mot år 2060 (Erling Holmøy og Julie Kjelvik, artikkel 1). Selv om aldringen av befolkningen bidrar sterkt til økt etterspørsel etter omsorgstjenester, utgjør likevel brukere under 67 år i dag rundt en tredjedel av mottakerne, og de bruker 40 prosent av ressursene (Julie Kjelvik og Anne Mundal, artikkel 3). I denne omtalen sikter vi til *alt* omsorgspersonell, også dem som jobber med de yngre brukerne.

Tiltak som er satt i verk for å øke sysselsettingen i omsorgsyrkene, omfatter blant annet økte økonomiske rammer i kommunesektoren, oppmuntring til økt bruk av heltidsansettelser, rekrutteringskampanjer og tilrettelegging av forhold på arbeidsplassen slik at folk kan stå lenger i arbeid (St.meld. nr. 25:2005-2006). Det har i

tillegg blitt diskutert hvorvidt innvandring kan løse framtidens utfordringer knyttet til å framskaffe tilstrekkelig arbeidskraft til omsorgssektoren. Det er denne siste faktoren vi vil se nærmere på i denne artikkelen. Hvor mange innvandrere jobber i omsorgssektoren, har andelen endret seg de siste årene, hvem er de, hvor i Norge jobber de, og hvor kommer de fra? Som *innvandrer* regnes en person som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre.

Mer enn hvert tiende omsorgsårsverk utføres av innvandrere

Av i alt nesten 129 000 årsverk i omsorgssektoren i 2011 ble 13 prosent av årsverkene utført av personer som selv har innvandret til Norge (tabell 1). Dette tilsvarer innvandrerandelen i befolkningen. Norskfødte med innvandrerforeldre jobber sjelden i omsorgssektoren; de sto for kun 0,3 prosent av alle årsverkene. Det er også få norskfødte med innvandrerforeldre i befolkningen – de utgjør kun 0,3 prosent av alle i yrkesaktiv alder.

Antallet omsorgsårsverk har økt i de fleste årene etter 1970 (Borgan 2012). I perioden 2006-2011 var den samlede tilveksten nær 15 700 årsverk (tabell 1). Antall personer som bruker tjenestene, har økt

Om datagrunnlaget

Omsorgstjenestene inkluderer kommunalt ansvarsområde med tjenester i sykehjem, omsorgsboliger og lignende, hjemmesykepleie, praktisk bistand (for eksempel hjemmehjelp og brukerstyrt personlig assistent), eldrecentre og dagsentre, aktivisering, støttekontakt med mer. Også støttefunksjoner til disse tjenestene, som administrasjon, rengjøring og drift, er inkludert. Kommunehelsetjeneste, sosialtjeneste og spesialisthelsetjeneste (sykehus med mer) inngår ikke. Alle personelltall som omtales i denne sammenhengen, er basert på SSBs registerbaserte personellstatistikk, som er hentet fra flere ulike registre. Utgangspunktet for å beregne årsverk er arbeidsforhold med minst fire timers gjennomsnittlig arbeidstid per uke, hentet fra NAVs arbeidsgiver/arbeidstakerregister (Aa-registeret). Utdanningsdata er hentet fra Helsedirektoratets helsepersonellregister og Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB).

Avtalte årsverk: Avtalte årsverk er beregnet på grunnlag av avtalt arbeidstid i uken på referansetidspunktet i midten av november. Fravær er ikke fratrukket. Avtalte årsverk i tjenesten omfatter her alle ansettelsesforhold i private og kommunale enheter innenfor tjenesten. Leger, fysioterapeuter og innleid personell fra vikarbyråer registrert med næring utenfor omsorgssektoren er ikke inkludert i disse tallene. Vikarer registrert med næring innenfor omsorgssektoren inngår i tallene. Se nærmere om registerbasert sysselsetningsstatistikk i Aukrust mfl. (2010) og om kategorier for innvandrere i Statistisk sentralbyrå (2008).

med tilnærmet samme takt som veksten i årsverk. Dermed har antall årsverk per bruker holdt seg stabilt rundt 0,58 de fem siste årene. Antall innvandrerårsverk i omsorgssektoren ble nesten doblet i løpet av perioden 2006-2011, og innvandrernes andel av årsverkene økte fra 7,6 til 12,9 prosent. I 2011 var det nærmere 17 000 innvandrerårsverk i omsorgstjenestene.

Tabell 1. Avtalte årsverk i omsorgstjenesten i alt, av innvandrere og per bruker. 2006-2011. Antall og prosent

	Årsverk i alt	Årsverk, innvandrere	Andel innvandrere, prosent	Årsverk i alt per bruker ¹
2011	128 902	16 678	12,9	0,59
2010	126 227	15 132	12,0	0,58
2009	123 482	13 700	11,1	0,57
2008	121 209	12 166	10,0	0,58
2007	118 186	9 896	8,4	0,58
2006	113 220	8 594	7,6	..

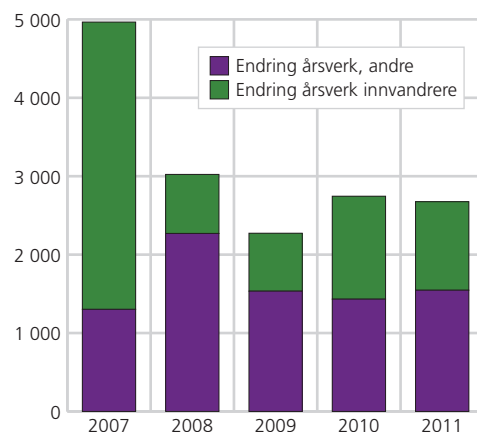
¹ «Bruker» er definert som antall mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand, pluss antall plasser i sykehjem eller aldershjem.

Kilde: Registerbasert sysselsetningsstatistikk for helse- og sosialpersonell, og Pleie og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Et større EU og høyere innvandring

Norge hadde en sterk økning i arbeidsinnvandringen etter utvidelsen av EØS-området i 2004 og utvidelsen av EU i 2007 (Cappelen mfl. 2011). I omsorgssektoren står innvandrere bak hvert andre nye årsverk i løpet av de siste fem årene (figur 1). Sysselsettingen i omsorgssektoren økte også betydelig i disse årene. Veksten er i

Figur 1. Årlig vekst i antall årsverk i omsorgstjenesten. 2007-2011. Antall årsverk



Kilde: Registerbasert sysselsetningsstatistikk for helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

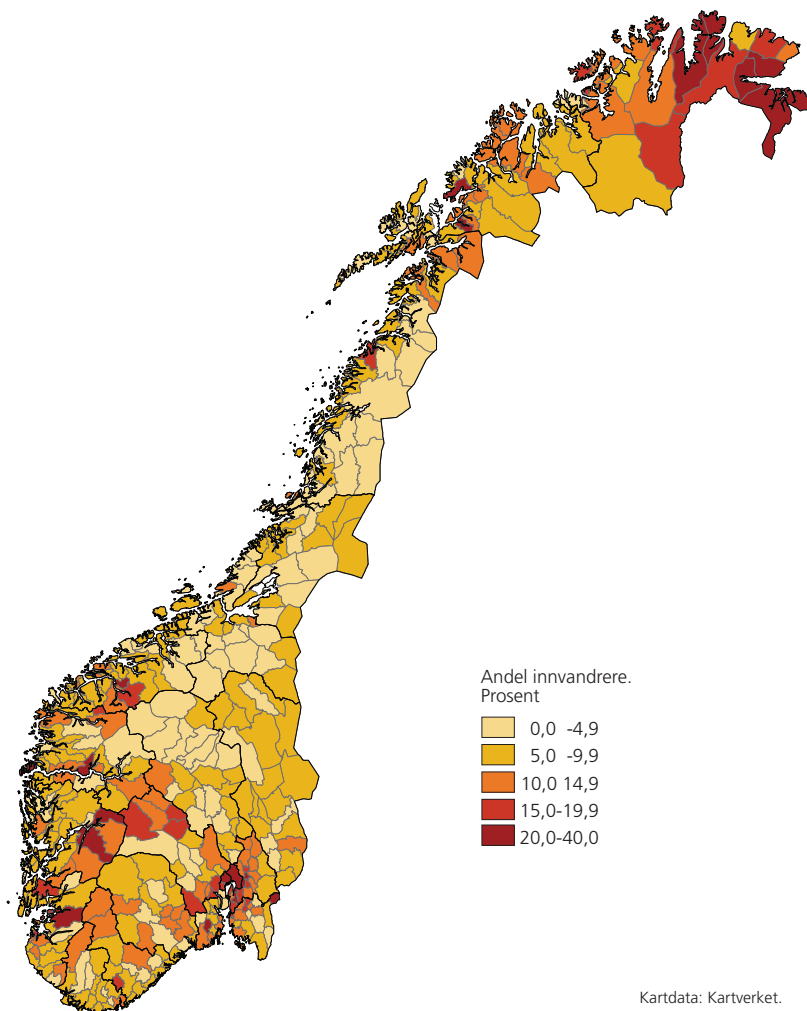
tråd med regjeringens forventninger om personellvekst i omsorgssektoren. I løpet av perioden 2005-2010 skulle 10 000 nye årsverk rekrutteres (Regjeringen 2005). Noe av veksten i årsverk har sammenheng med *opptrappingsplanen for psykisk helse* som virket i perioden 1998-2008. Opptrappingsplanen medførte økte ressurser til kommunene, øremerket til styrking av arbeidet med psykisk helsearbeid blant annet innenfor omsorgssektoren. En stor

del av økningen blant yngre mottakere kan tilskrives denne opptrappingsplanen.

Høy innvanderandel på det sentrale Østlandet og i enkeltkommuner i nord

Innvanderandelen i omsorgssektoren varierer mye mellom kommunene (figur 2). I de store østlandskommunene Oppegård, Bærum, Lørenskog og Oslo er den betydelig høyere enn landsgjennomsnittet.

Figur 2. Andel innvandrersårsverk i omsorgssektoren. 2011. Prosent



Kilde: Registerbasert sysselsettingsstatistikk for helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

I Oslo står innvandrere bak hele 40 prosent av årsverkene i omsorgstjenestene. Også i de nordlige kommunene – særlig Bjarkøy, Vadsø, Lebesby, Gamvik og Sør-Varanger – ligger andelen innvandrere i omsorgsarbeid langt over landsgjennomsnittet.

På den annen side har hver fjerde kommune ikke innvandrere ansatt i omsorgssektoren. Dette gjelder i første rekke mindre kommuner. Disse forskjellene henger sammen med innvandreres bosettingsmønster. Oslo har landets høyeste innvandrersandel. I 2011 var den 29,6 prosent.

Innvandrerne er yngre, og færre av dem har fagutdanning

Nærmere 24 000 innvandrere jobber med omsorgstjenester, og de er i gjennomsnitt 3,6 år yngre enn resten av de ansatte (tabell 2). Langt de fleste som jobber i omsorgstjenestene, er kvinner. Kvinneandelen er imidlertid lavere blant omsorgsarbeidere med innvandrerbakgrunn enn blant øvrige ansatte i tjenestene – mens 80,6 prosent av innvandrerne var kvinner, var kvinneandelen blant de øvrige ansatte på 88,7 prosent. Tilbake til 2006 var kjønnsfordelingen blant innvandrerne omtrent den samme som i 2011, mens for personell som ikke er innvandrere, har andelen kvinner gått ned fra 90,1 prosent.

58 prosent i innvandrergruppen har fagutdanning godkjent i Norge – dette er en lavere andel enn for andre som jobber i sektoren, hvor 75 prosent har fagutdanning. Utenlandske personer som har tatt sin utdanning i utlandet, vil ikke være registrert med en spesifikk utdanning i norske registre¹ – unntatt hvis de har søkt om autorisasjon og fått dette. Utdanninger

¹ I mange tilfelle vil imidlertid utdanningsnivå (høgskole, videregående) kunne være registrert, og påvirke andel med helsefaglig utdanning.

Tabell 2. **Innvandrere og andre som arbeider i omsorgstjenestene, etter kjønn, gjennomsnittsalder, utdanning og sykefravær. 2011. Prosent og gjennomsnitt**

	Innvandrere	Ikke innvandrere
Andel kvinner	80,6	88,7
Gjennomsnittsalder, år	39,3	42,9
Andel med helsefagutdanning	58,0	75,0
Andel med sykefravær	9,6	10,7

Kilde: Registerbasert sysselsettingsstatistikk for helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

fra utlandet godkjennes av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. En del innvandrere som jobber i helse- og omsorgssektoren, kan derfor ha en helsefaglig utdanning som ikke er godkjent i Norge.

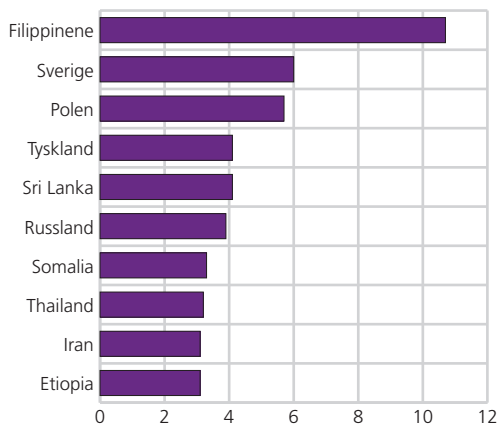
Innvandrerne har noe lavere sykefravær enn øvrige sysselsatte. Fravær inkluderer her legemeldt sykefravær og fødselspermisjon, men omfatter ikke egenmeldt sykefravær. Generelt er sykefraværet høyere blant kvinner enn blant menn og høyere blant eldre arbeidstakere enn yngre. Fraværsprosentene for innvandrere og andre ansatte i omsorgssektoren var henholdsvis 9,6 og 10,7 i 2011. Dette kan henge sammen med at innvandrergruppen er yngre, og at kvinneandelen er lavere.

Omsorgsarbeidere fra 168 land – flest fra Filippinene

Innvandrerne som jobber i omsorgstjenestene i Norge, kommer fra hele 168 forskjellige land. 11 prosent av dem har landbakgrunn fra Filippinene (figur 3). Dernest er det flest svensker og polakker som jobber med omsorg i Norge. De sto hver for seg for 6 prosent av alle innvandrerårsverkene i sektoren.

I perioden 2005-2010 var over 80 prosent av de nye autoriserte hjelpepleierne og helsefagarbeiderne enten fra Sverige eller fra Filippinene (Aamodt og Tjerbo 2012).

Figur 3. Årsverk av innvandrere i omsorgstjenesten, de ti største gruppene, etter landbakgrunn. 2011. Prosent av totalt antall innvandrersårsverk



Kilde: Registerbasert sysselsettingsstatistikk for helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

Av dem som har innvandret fra Filippinene, er kvinner i overvekt. I 2011 var det registrert nærmere 13 400 innvandrere fra Filippinene, og av disse var 82 prosent kvinner. Flesteparten av filippinerne som innvandret i 2011, kom for utdanning, og her regnes også aupairtillatelse som en type utdanningstillatelse (Statistisk sentralbyrå 2012). Det kan være grunn til å tro at en del aupairer fortsetter oppholdet i Norge og går over til omsorgstjenesten.

Ikke høyere innvandrersandel i omsorgsnæringen enn i andre næringer

Helse- og omsorgstjenestene skiller seg ikke veldig fra gjennomsnittet når det gjelder andelen innvandrere som er sysselsatt (tabell 3). 13 prosent av sysselsatte i institusjoner for pleie- og omsorgstjenester er innvandrere, mens 10 prosent av sysselsatte i helsetjenestene er innvandrere. Gjennomsnittet for alle næringer er 12 prosent. Næringer med lav innvandringsandel er blant annet jordbruk og forlagsvirksomhet, hvor innvandrersandelen er på 7 prosent, mens innvandrersandelen er høy innenfor

Tabell 3. Sysselsatte 15-74 år i helse, omsorg og sosiale tjenester¹. 2011. Antall og prosent

	Hele befolkningen, antall	Innvandrere, antall	Innvandrere, prosent
Alle næringer	2 562 000	307 186	12
Helsetjenester	195 923	19 990	10
Pleie- og omsorgstjenester med botilbud	127 811	16 740	13
Sosiale omsorgstjenester uten botilbud	186 476	20 082	11

¹ Helsetjenester er næring 86, pleie- og omsorgstjenester i institusjon er næring 87, og sosiale omsorgstjenester uten botilbud er næring 88. Omsorgstjenestene som artikkelen omtaler, inngår i både næring 87 og 88, sammen med andre typer omsorgstjenester.

Kilde: Registerbasert sysselsettingsstatistikk for innvandrere, Statistisk sentralbyrå.

Presiseringer

I statistikken over årsverk i omsorgstjenesten registreres kun personell som er ansatt i kommunene eller private bedrifter innenfor sektoren. Arbeidskraft som leies inn fra for eksempel vikarbyråer utenfor sektoren, registreres ikke, og det finnes ingen oversikt over omfanget av dette. Fra kommuneregnskapene for 2011 vet vi at henholdsvis 11 og 6 prosent av driftsutgiftene i institusjon og hjemmetjeneste gikk med til kjøp av tjenester fra private som erstattet kommunal egenproduksjon. Antall private plasser i institusjonene har i lang tid ligget på rundt 10 prosent, hvilket samsvarer bra med omfanget av utgifter til kjøp av institusjonstjenester. Når det gjelder hjemmetjenester, er bare et fåtall private virksomheter innlemmet i personelltallene, så her vil en del tjenester være kjøpt utenfor sektoren. Trolig er andelen innvandrere minst like høy her som innenfor sektoren, slik at den reelle innvandrersandelen ligger noe høyere enn det som kommer fram i denne artikkelen.

rengjøring og servering, med henholdsvis 57 og 33 prosent.

I fastlegetjenesten er det en høyere andel innvandrere enn i omsorgstjenesten – hver femte av alle drøyt 4 000 fastleger i Norge

er født i utlandet av utenlandske foreldre (Vold 2011).

Innvandrere og omsorg i kommende tiår

Noen av funnene i denne artikkelen er at innvandrere i omsorgstjenestene er yngre, andelen menn er høyere, mens andelen med fagutdanning er lavere. Innvandrerpersonelet kommer fra en rekke ulike land, flest fra Filippinene. Samtidig er det vist at innvandrerandelen innenfor omsorgssektoren i dag ikke er høyere enn i andre næringer, men at tilveksten av innvandrersårsverk innenfor omsorgstjenestene har vært høy de siste årene, høyere enn i gruppen uten innvandrerbakgrunn.

Hvorvidt veksten av innvandrere i omsorgstjenestene vil ha samme takt i årene som kommer, er et interessant spørsmål. Siste framskrivning av befolkningstall viser at andelen innvandrere i Norge vil nær dobles, fra 11 til 20 prosent i perioden 2012-2050, ifølge hovedalternativet (Brunborg 2013). Og innvandring anses av enkelte som en viktig faktor for å kunne øke tilbudet av omsorg i takt med etterspørselen. I hvilken grad arbeidsinnvandring og sysselsetting av innvandrere vil bidra til å dekke en forventet høyere etterspørsel av omsorgstjenester, er utfordrende å svare på. Vanskelige tider i andre deler av Europa med påfølgende arbeidsledighet og overskudd på arbeidskraft kan bidra til at flere arbeidssøkende kommer til Norge. Siden folk lever lenger, og det blir flere eldre i framtiden, blir det fra offentlig hold lagt vekt på tiltak for å høyne rekrutteringen til omsorgssektoren, spesielt i storbyene. Det er også et uttalt mål å kvalifisere flere personer med innvandrerbakgrunn. Dette gjøres blant annet ved å gi en mer tilpasset utdanning innenfor helsearbeiderfaget kombinert med språkopplæring (St.Meld. nr. 6:2012-2013). Det utdannes i dag alt for få helsefagarbeidere

til å møte de økte behovene (Roksvaag og Texmon 2012).

Det må også nevnes at det er etiske dilemmaer knyttet til å trekke til seg helsepersonell fra land som kan ha større behov enn Norge for den samme arbeidskraften. Selv om arbeidsmarkedet i dag i høy grad er internasjonalt og migrasjonen er stor, har Norge en vedtatt prinsipiell holdning om å ikke rekruttere aktivt fra andre land som selv mangler helsepersonell (St.prp. 1 2006-2007).

Referanser

Aamodt, Per Olaf og Trond Tjerbo (2012): *Får vi nok personell til omsorgstjenestene?* NIFU og NIBR.

Aukrust, Inge; Per Svein Aurdal; Magne Bråthen og Tonje Køber (2010): Registerbasert sysselsettingsstatistikk. Dokumentasjon, Notater 8/2010, Statistisk sentralbyrå.

Borgan, Jens-Kristian (2012): *Omsorgsstatistikk 1962-2010*, Rapporter 10/2012, Statistisk sentralbyrå.

Cappelen, Ådne; Jørgen Ouren; Terje Skjerpen (2011): *Effects of immigration policies on immigration to Norway 1969-2010*, Rapporter 40/2011, Statistics Norway.

Regjeringen (2005): *Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-2009, Soria Moria 1*, http://www.regjeringen.no/upload/SMK/Vedlegg/2005/regjeringsplattform_SoriaMoria.pdf

Roksvaag, Kristian; Inger Texmon (2012): *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035*, Rapporter 14/2012, Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (2012): *Nesten halvparten innvandret for å arbeide*, <http://www.ssb.no/innvgrunn/>

Statistisk sentralbyrå (2008): *Innvandrer kategorier 2008*, <http://www4.ssb.no/stabas/ItemsFrames.asp?ID=5536158&Language=nb>

St.meld. nr. 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*, Helse- og omsorgsdepartementet

St.meld. nr. 6 (2012-2013): *En helhetlig integreringspolitikk*, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet,

St.prp. 1 (2006-2007): *For budsjettåret 2007*, Utenriksdepartementet.

Vold, Borgny (2011): En av fem fastleger er innvandrer, *Samfunnsspeilet* 2, 2011, Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/10/>



Eiliv Mørk

6. Hjemme så lenge som mulig

Langt fra alle eldre trenger hjelp for å klare å bo hjemme. En av fem bor hjemme eller i omsorgsbolig og mottar kommunale omsorgstjenester. Det er like mange eldre som mottar hjemmetjenester fra kommunen i dag som i 2008, til tross for at antallet eldre i befolkningen har økt. Hjemmesykepleie er den vanligste tjenesten.

Med alderen følger det for de fleste gjerne plager som kan gi nedsatt funksjonsevne og redusert deltakelse i aktiviteter i dagliglivet. Når og i hvilken grad slike plager kommer, varierer selvsagt mye fra person til person. Selv om eldrebefolkningen, definert som personer som er 67 år eller eldre, er svært helsemessig uensartet, tyder mye på at eldre har fått generelt sunnere levevaner og bedre helse i løpet av tiårsperioden 1998-2008. Spesielt har andelen som røyker, gått ned, og flere er fysisk aktive (Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå).

Denne artikkelen omhandler offentlige tjenester til eldre i hjemmet. Med utgangspunkt i en beskrivelse av hvordan eldre bor, belyser artikkelen hvilke tjenester som ytes til eldre som bor hjemme. Hjemmetjenester gis til eldre som bor i vanlig bolig, men også tjenester til eldre i omsorgsboliger blir organisert og registrert som hjemmetjenester. Hva slags hjelp man får, henger sammen med alder og hjelpebehov.

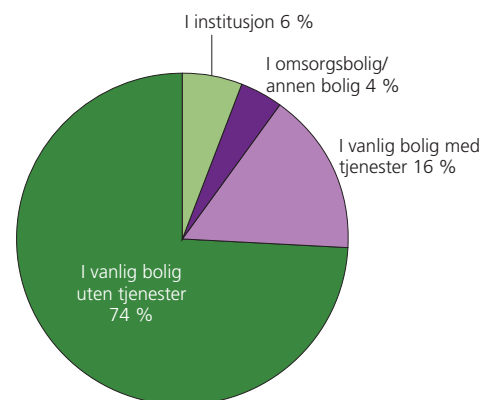
Tre av fire eldre bor hjemme uten tjenester

De fleste eldre 67 år og over bor hjemme i egen bolig uten tjenester fra det offentlige, tre av fire er i denne situasjonen (figur 1).

Det kan tyde på at hovedgruppen av eldre, både helsemessig og ellers, klarer seg fint og ikke har behov for kommunale tjenester i det daglige.

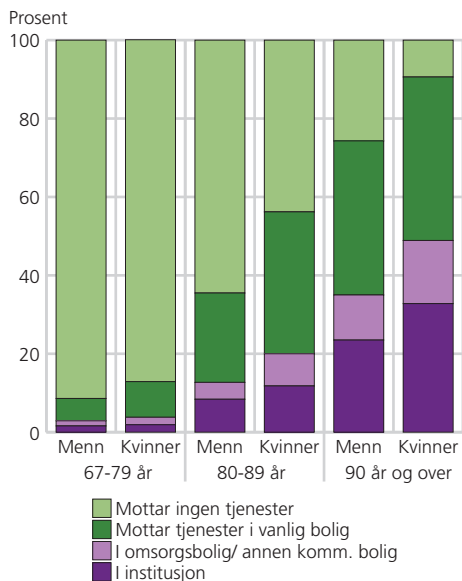
I tillegg bor en av seks (16 prosent) i egen bolig, men med tjenester fra det offentlige. Dette er tjenester av varierende art, men som gjør at de lettere kan fortsette å bo i sitt eget hjem. Av den resterende tiendedelen bor fire av ti i omsorgsbolig og seks av ti på institusjon (for definisjoner, se tekstboks, og Bjørn Gabrielsen, artikkel 10).

Figur 1. **Bosituasjon for alle 67 år og over. 2011. Prosent**



Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Tjenestemottak og boform, etter kjønn og aldersgrupper. Personer 67 år og over. 2011. Prosent



Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

Det vanlige er altså at personer 67 år eller eldre overveiende klarer seg selv og bor hjemme, mens en av fire trenger hjelp i mindre eller større grad. Noen av disse trenger så mye hjelp at de har behov for å bo på institusjon (6 prosent).

Bruk av omsorgstjenester øker med alderen

Sykdom, redusert bevegelsesevne og generell alderssvekkelse gir mange utfordringer med å mestre ulike oppgaver i hverdagen. Oppgaver og aktiviteter knyttet til det daglige husholdet, slik som innkjøp, matlaging, rengjøring og kontakt med omverden, blir vanskeligere. I tillegg kan grunnleggende aktiviteter knyttet til å ivareta personlig hygiene og praktiske funksjoner som påkledning også bli vanskelige å utføre på egenhånd. Ektefelle, samboende partner eller familie i nærheten kan i noen grad bidra til å avhjelpe slike behov, men vil ofte ikke være en tilstrekkelig hjelp.

Tabell 1. Tjenestemottakere som bor i omsorgsbolig eller annen kommunal bolig, etter alder og bemanning. 2011. Prosent

	67-79 år	80-89 år	90 år og over
I alt	100	100	100
Bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet	27	29	36
Bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet	15	16	18
Bolig uten fast tilknyttet personell	59	55	46

Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

En ektefelle eller samboende partner vil vanligvis være på samme alder og i mange tilfelle ikke ha krefter eller overskudd til å utføre de nødvendige omsorg og/eller praktiske tjenester.

74 prosent av alle eldre 67 år og over bodde i egen bolig uten å motta noen hjemmetjenester i 2011. I alle aldersgrupper mottar en større andel av kvinnene tjenester enn menn. I aldersgruppen 67-79 år bodde 89 prosent i egen bolig uten tjenester, og 7 prosent mottok kommunale omsorgstjenester i sin vanlige bolig. I gruppen 80-89 år bodde fortsatt de fleste i egen bolig, og 53 prosent av disse gjorde dette uten å motta noen tjenester fra kommunen. 29 prosent mottok hjemmebaserte omsorgstjenester. 18 prosent bodde i institusjon, omsorgsbolig eller annen kommunal bolig. Langt flere menn enn kvinner klarer seg hjemme uten tjenester i denne aldersgruppen, noe som har sammenheng med at de fleste menn i befolkningen fortsatt har sin ektefelle i live, mens de fleste kvinner er enker.

I gruppen 90 år eller eldre bodde 7 prosent i egen bolig uten å motta noen form for kommunale tjenester, mens 37 prosent mottok hjemmebaserte tjenester fra kommunen. En av fem (19 prosent) av dem som mottok tjenester bodde i omsorgsbolig eller annen kommunal bolig, mens 37 mottok tjenester på institusjon.

Kommunale hjemmetjenester

Hjemmetjenester er en samlebetegnelse for kommunale pleie- og omsorgstjenester som mottas av eldre som ikke bor på institusjon (for definisjon av institusjon, se Bjørn Gabrielsen, artikkel 10). Brukeren bor i egen bolig eller i bolig til pleie- og omsorgsformål, det vil si bolig som er tilrettelagt for eldre, som betaler husleie og blir tildelt hjemmetjenester etter behov. Noen av disse boligene har fast tilknyttet personell hele døgnet eller deler av døgnet. Den hjelpen beboerne mottar, blir uansett registrert som hjemmetjenester.

Den enkelte mottar tjenester enten i form av hjemmesykepleie, eller som tradisjonell hjemmehjelp, eller som både hjemmesykepleie og hjemmehjelp. I tillegg tilbyr kommunene en rekke andre tjenester til eldre som bor hjemme.

Hjemmesykepleie: Medisinsk basert pleie, for eksempel medisiner, sårstell, hjelp til daglig personlig hygiene.

Hjemmehjelp, eller praktisk bistand, i form av bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, som rengjøring, vask av klær, matlaging, annet praktisk arbeid i forbindelse med husholdningen, herunder snømåking, samt hjelp til å bestille brensel, hjelp til å gjøre nødvendig innkjøp, ærend til bank, postkontor eller offentlige kontorer, husmorvikartjeneste.

I tillegg tilbyr kommunene en rekke andre tjenester til hjemmeboende som har behov for assistanse for å klare hverdagen.

Matombringing (ernæringstilbud): Kommunene kan gi bistand i forbindelse med måltider. Dette er organisert på ulike måter fra kommune til kommune. Noen kommuner har en egen matombringingstjeneste, der den enkelte får kjørt hjem varm mat eller kald mat som varmes opp i hjemmet. Det er knyttet egenandel til disse tjenestene.

Trygghetsalarm: Elektronisk varsling som mottakeren selv kan utløse, for å varsle en kommunal sentral om akutt behov for assistanse.

Avlastning utenfor institusjon: Dette er et tilbud til den som gir omfattende omsorg til en person med stort omsorgsbehov. Formålet er at omsorgsyter skal få avlastning fra sine daglige omsorgsoppgaver. Avlastningen kan gis noen timer enkelte dager eller som en lengre døgnbasert tjeneste.

Rehabilitering utenfor institusjon: Tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og hvor flere aktører samarbeider.

Dagsenter: Et tilbud beregnet for eldre som trenger tilsyn og aktivisering på dagtid. Dagsentre bidrar til å opprettholde, eventuelt bedre funksjonsnivået, både fysisk, psykisk og sosialt.

Kilde: IPLOS-veileder, Helsedirektoratet.

Som oppsummering kan en si at sett i forhold til alle eldre (67 år og eldre) er det relativt få som får kommunale omsorgstjenester, 26 prosent. Men mot slutten av livsløpet, etter fylte 90 år, får altså de aller fleste, over 90 prosent, en eller flere kommunale tjenester.

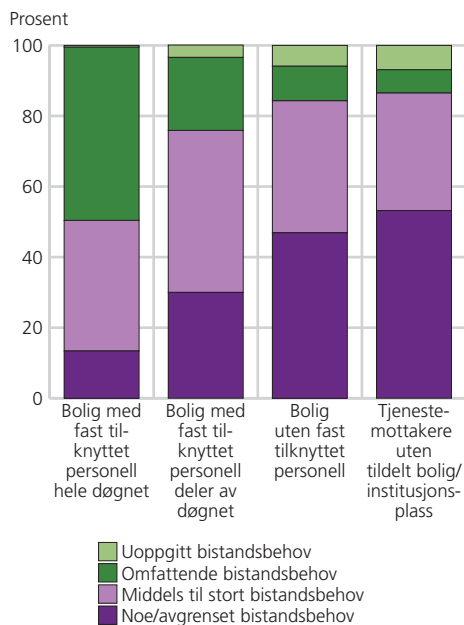
Heldøgnsbemannede boliger – et tilbud primært til de eldste og mest pleietrengende

De fleste av dem som mottar kommunal hjelp, og som bor i omsorgsbolig eller annen kommunal bolig, bor i en bolig uten fast tilknyttet bemanning, mens 90-åringer

i større grad bor i boliger som er bemannet hele døgnet (tabell 1).

De fleste med omfattende omsorgsbehov bor i institusjoner og i boliger med heldøgns bemanning. De som bor i kommunal bolig uten bemanning, og de som bor i vanlig bolig, har omtrent samme bistandsbehov, se figur 3 (for definisjon av bistandsbehov, se Bjørn Gabrielsen, artikkel 10). Det ser ut til at boligtype er godt tilpasset bistandsbehovet, men det finnes en liten andel som bor i egen bolig eller i kommunal bolig uten bemanning, og som har omfattende bistandsbehov.

Figur 3. Tjenestemottakere etter boligtype og bistandsbehov. 67 år og over. 2011. Prosent

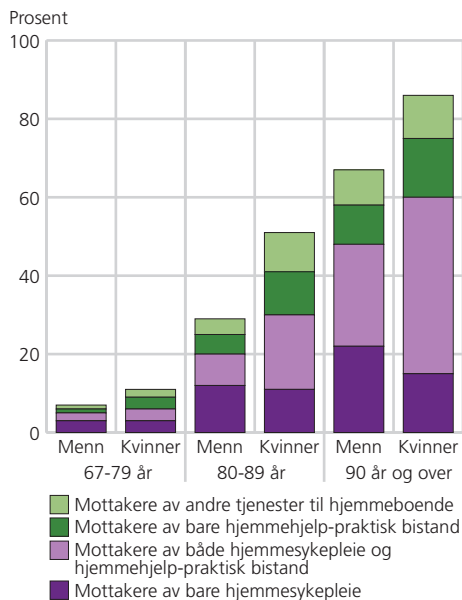


Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

Flere kvinner enn menn får hjemmetjenester

En av fem 67 år og eldre som bor hjemme eller i omsorgsbolig, mottar en eller flere hjemmetjenester fra kommunen (figur 1). I det følgende ser vi på hjemmeboende eldre, og hva slags tjenester de mottar. Figur 4 gir en oversikt over kommunale tjenester som ulike aldersgrupper mottar hjemme. Ikke uventet øker andelen som mottar omsorgstjenester, med alder. Blant alle dem som mottar hjemmetjenester og er 67 år og eldre, er det drøyt 70 prosent kvinner og 30 prosent menn. I alle aldersgrupper er andelen som mottar tjenester, høyere for kvinner enn for menn. I den yngste gruppen av hjemmeboende eldre, de mellom 67 og 79 år, er det bare 10 prosent som mottar omsorgstjenester. I gruppen 80-89 år mottar 43 prosent en eller flere tjenester, og i den eldste gruppen, 90 år og eldre, mottar 81 prosent av de hjemme-

Figur 4. Hjemmeboende eldre 67 år og over som mottar hjemmesykepleie, bare praktisk bistand, begge deler eller andre tjenester. Aldersgrupper og kjønn. 2011. Prosent



Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

boende en eller flere omsorgstjenester fra kommunen.

Hjemmesykepleie er en spesialisert tjeneste, og ofte henger mottak av denne tjenesten sammen med mottakerens

Pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS)

Fram til og med 2006 ble statistikk fra pleie- og omsorgstjenestene innhentet årlig via skjema fra alle landets kommuner. Fra og med 2007 er statistikken over brukere av pleie- og omsorgstjenester hentet fra IPLOS-registeret (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). Opplysninger om kapasiteten i tjenestene (som tallet på institusjoner, plasser, enerom) hentes fortsatt inn via skjema fra kommunene. Innføringen av IPLOS medfører et brudd i tidsseriene. En tilsynelatende nedgang i antallet tjenestemottakere skyldes at det forekom en del dobbeltregistreringer i statistikken før 2007.

Tabell 2. **Mottakere av ulike tjenester ved utgangen av året, eldre 67 år og over. 2011. Absolutte tall**

Praktisk bistand: daglige gjøremål	70 411
Praktisk bistand – opplæring: daglige gjøremål	2 673
Praktisk bistand: brukerstyrt personlig assistent (BPA)	270
Opphold i dagsenter	10 948
Matombringning	17 521
Trygghetsalarm	68 068
Avlastning – utenfor institusjon	813
Støttekontakt	5 095
Omsorgslønn	1 673
Bor i omsorgsbolig	18 118
Bor i annen bolig	7 815
Hjemmesykepleie	82 429
Rehabilitering utenfor institusjon	6 111

Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

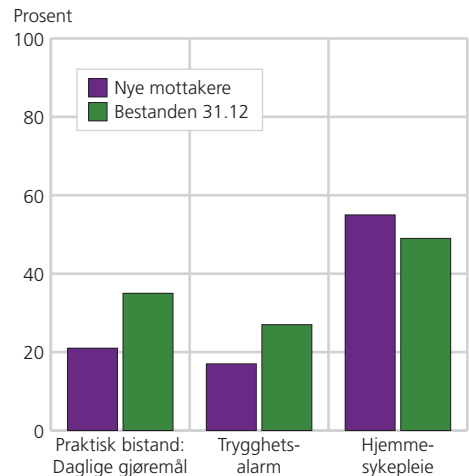
helsetilstand og evne til å utføre personlige gjøremål. I de eldste aldersgruppene er det en høyere andel menn enn kvinner som kun får hjemmesykepleie, mens kvinner er overrepresentert som mottakere av hjemmesykepleie totalt sett hvis vi ser på dem som bare mottar hjemmesykepleie, og dem som får både sykepleie og praktisk bistand, under ett.

Andre hjemmetjenester: trygghetsalarm og matombringning mest utbredt

Kommunen tilbyr mange ulike tjenester til hjemmeboende eldre. Tabell 2 viser fordelingen av tjenestemottakere på ulike tjenester. Mange mottakere får flere tjenester, for eksempel både trygghetsalarm, praktisk bistand og hjemmesykepleie.

Hjemmesykepleie er den tjenesten som definitivt når flest, med drøye 82 400 brukere. Tradisjonell hjemmehjelp (praktisk bistand) er også en betydelig tjeneste, med drøye 70 400 brukere. Hele 68 000 har fått trygghetsalarm, mens 17 500 får mat

Figur 5. **Andel med ulike tiltak ved utgangen av året blant alle mottakere, og blant nye mottakere av hjemmetjenester. 67 år og over. 2011. Prosent**



Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

levert hjemme. Mange bor også i omsorgsbolig eller i annen bolig tildelt av kommunen (25 900 eldre). Mange eldre har flere typer tjenester samtidig, og er telt en gang for hver tjenestetype i tabell 2. I alt var det om lag 135 000 eldre 67 år og over som mottok en eller flere typer hjemmetjenester ved utgangen av 2011.

Nye tjenestemottakere starter oftest med hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er det vanligste tiltaket både blant nye mottakerne av hjemmetjenester (figur 5) og for alle som var mottakere ved utgangen av 2011. Over 19 000 av vel 33 000 (58 prosent) nye mottakere som fortsatt hadde et tiltak ved utgangen av året, hadde hjemmesykepleie. Den tilsvarende andelen for alle mottakere ved utgangen av året var 50 prosent. Praktisk bistand og trygghetsalarm er mindre utbredt blant nye mottakere av hjemmetjenester enn for alle mottakere ved utgangen av 2011.

Går bruken av hjemmetjenester ned?

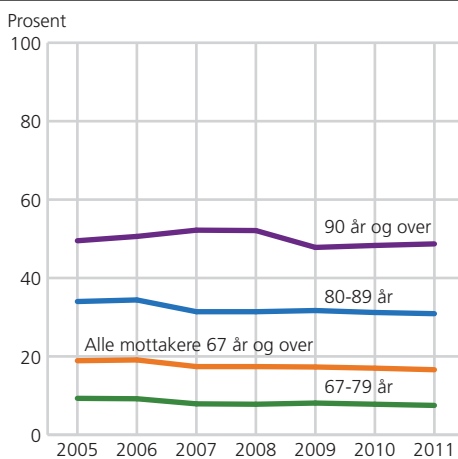
En stadig større andel eldre bor hjemme, mens institusjonsplassene er forbeholdt de mest hjelpetrengende. Andelen av eldrebefolkningen som mottok kommunale pleie- eller omsorgstjenester, falt fra 28 til 26 prosent i løpet årene 2008-2011. Denne endringen er i hovedsak drevet av et fall i brukerandelen blant dem som er 90 år eller eldre fra 96 til 86 prosent i løpet av denne perioden.

Ser vi bare på mottakere av hjemmetjenester (figur 6) ser vi at andelen av alle eldre 67 år og over som mottar hjemmetjenester viser en svakt synkende tendens.¹

Mens det i 2007 i gjennomsnitt var 17,4 prosent mottakere av hjemmetjenester 67 år og eldre, har det i løpet av de siste fem årene vært en reduksjon til 16,6 prosent mottakere i 2011. Imidlertid har effekten på kommunenes totale tjenesteyting vært uendret. Fallet i brukerandeler er blitt tilnærmet nøytralisert av at eldrebefolkningen antallsmessig økte fra 617 000 i 2008 til 655 000 i 2011. Det var om lag 170 000 eldre som mottok pleie- og omsorgstjenester i både 2008 og 2011.

Mens andelen eldre som bor hjemme, øker, går andelen som mottar hjemmetjenester ned. Det kan se ut til at kommunene ikke øker tjenestetilbudet i takt med økningen av gruppen i befolkningen eller i takt med økningen av hvor mange av disse som bor hjemme. Dette kan enten bety at eldres behov dekkes dårligere enn før, eller det kan være et tegn på at den totale etterspørselen etter hjemmetjenester ikke øker. At etterspørselen ikke øker, kan skyldes redusert behov for bistand, og er i samsvar med generelt sunnere levevaner og bedret

Figur 6. Mottakere av hjemmetjenester. Andel av eldre 67 år og over. Aldersgrupper. Prosent



Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

helse blant eldre. En annen medvirkende forklaring kan være at økte egenandeler for enkelte kommunale tjenester gjør at en del eldre finner andre løsninger i stedet.

¹ Brudd i statistikken i 2006 på grunn av endret målemetode, se tekstboks om IPLOS.

Elin Skretting Lunde og Borgny Vold

7. Eldre menn bruker fastlegen mest

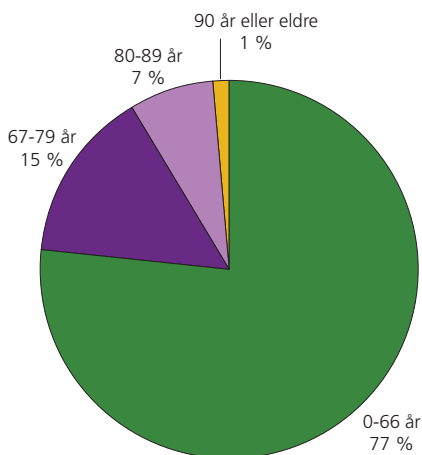
Det er yngre eldre som bruker fastlegen mest. 85 prosent av eldre i alderen 67-79 år hadde minst én konsultasjon med fastlegen i løpet av året. Personer over 80 år bruker gjerne andre legetjenester, som sykehjems- og sykehustjenester, og bruker dermed fastlegen mindre. Likevel bruker menn 80 år og over fastlegen mer enn kvinner i samme alder, og denne forskjellen blir større i høyere alder.

Fastlegetjenesten er en del av førstelinjen i helsetjenesten. Tjenesten tilrettelegger for kontinuitet i lege-pasient-relasjonen ved å gi alle innbyggere rett til å stå på liste hos en fastlege. I 2011 ble det gjennomført til sammen 13,2 millioner konsultasjoner hos fastlege. Siden helsen normalt svekkes med alderen, har eldre langt hyppigere kontakt med fastlegen enn yngre. Alders-

fordelingen av konsultasjoner hos fastlege i 2011 er vist i figur 1. Personer over 67 år utgjør 13 prosent av befolkningen og står for 23 prosent av konsultasjonene hos fastlegene.

Denne artikkelen ser på Eldres bruk av fastlegetjenesten: om hvem som bruker tjenesten mye eller lite, og om det er forskjeller i bruksmønstre.

Figur 1. Alle konsultasjoner hos fastlege, fordelt etter pasientens alder. Andel av konsultasjoner i alt. 2011. Prosent



Kilde: Bruk av fastlegetjenester, Statistisk sentralbyrå.

Yngre eldre oftest til fastlege

Andelen av befolkningen som konsulterer fastlege, øker med alderen, men bare frem til 67-79 års alderen, de yngste eldre. I aldersgruppen 67-79 år hadde 87 prosent av kvinnene og 84 prosent av mennene konsultasjon hos fastlege. For kvinner synker andelen som bruker fastlege forholdsvis mye i aldersgruppen 80-89 år, mens menn i 80-årene har omtrent samme andel med slik konsultasjon som menn 67-79 år. Eldre over 90 år konsulterer i langt mindre grad fastlege. Det kan skyldes blant annet forskjeller i hvem som har opphold i institusjon, i tillegg til forskjeller i sykkelighet og helseatferd.

Statistikk om bruk av fastlegetjenester

Artikkelen bygger på SSBs statistikk om bruk av fastlegetjenester, hvor data om bruk av denne tjenesten er koblet med kjennetegn ved befolkningen; demografiske bakgrunnsvariable samt utdanningsnivå (<http://www.ssb.no/fastlegetj/>).

Bruksdata er hentet fra KUHR-registeret (kontroll og utbetaling av helserefusjoner), et register som eies av Helsedirektoratet. Registeret omfatter flere legetjenester enn fastlegetjenester, men i denne statistikken er bare refusjonskrav som fastlegene har sendt til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) for konsultasjoner inkludert. KUHR-registeret ble etablert i 2004.

Bruksdata er sammenstilt med kjennetegn ved brukerne hentet fra ulike statistiske registre i SSB, med fødselsnummer som koblingsnøkkel. I statistikken inngår kun personer som er registrert som bosatte i Norge i løpet av statistikkåret. Demografiske kjennetegn ved befolkningen inkluderer kjønn, alder, bostedsfylke, innvandringskategori og landbakgrunn. I tillegg er opplysninger om befolkningens utdanningsnivå inkludert.

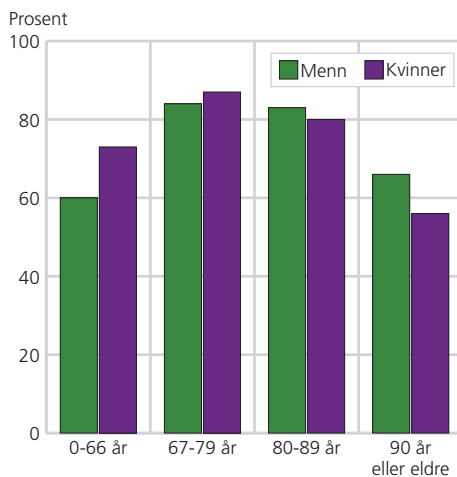
Dette er en ny SSB-statistikk, hvor første årgang er 2010. For 2006 og 2009 er det utarbeidet konsultasjonsstatistikk av hhv. NAV og Helseøkonomiforvaltningen (se NAV 2007 og HELFO 2011).

Statistikken inkluderer bare konsultasjoner hvor pasienten er identifisert ved gyldig fødselsnummer. I 2011 manglet entydig pasientidentifikasjon ved om lag 159 000 konsultasjoner, eller 1 prosent av konsultasjonene, og disse er utelatt fra statistikkgrunnlaget.

Statistikken er ikke korrigert for personer som har dødd i løpet av året. Det kan påvirke antall konsultasjoner per innbygger, særlig i de eldste aldersgruppene. Tall fra dødsårsaksregisteret viser at det døde om lag 23 000 personer over 80 år i løpet av 2011, omtrent 9 000 menn og 14 000 kvinner.

For flere detaljer om datagrunnlaget, se Fastlegetjenesten – Om statistikken.

Figur 2. Andel med konsultasjon hos fastlege, etter kjønn og alder. 2011. Prosent



Kilde: Bruk av fastlegetjenester, Statistisk sentralbyrå.

De friskeste og de sykeste ikke til fastlege

Om lag 15 prosent av befolkningen i aldersgruppen 67-79 år konsulterte *ikke* fastlege i 2011. Andel personer uten konsultasjoner er betydelig høyere i de eldste og yngste aldersgruppene: 41 prosent for dem som er eldre enn 90 år, og 34 prosent for dem som er yngre enn 67 år. Andelen som ikke brukte tjenesten blant personer i alderen 80-89 år, er for øvrig 19 prosent.

Siden helsen svekkes med alderen, kan denne aldersvariasjonen gjenspeile at det ikke bare er de friskeste som i liten grad bruker fastlege, men også at de aller sykeste har behov for andre helsetjenester enn dem som ytes av fastlege. Eldre er oftere innlagt i institusjon – sykehjem og sykehus – enn yngre, og får dekket sitt behov for legetjenester der.

Eldre flest har dårligere helse og flere sykdommer enn yngre mennesker. Mens bare 5 prosent i aldersgruppen 16-66 år oppgir at de har dårlig helse, gjelder dette 12 prosent av personer 67 år og over

(Statistisk sentralbyrå 2009). Andelen eldre som oppgir å ha dårlig helse, har gått noe ned de siste ti årene. Eldre har ofte flere sykdommer og plager, noe som både påvirker funksjonsevnen og hverdagen, og gir økt bruk av helsetjenester generelt. Om lag 18 prosent av eldre 67 år og over har en eller flere sykdommer som påvirker hverdagen i høy grad, mens 24 prosent sier helseproblemene påvirker hverdagen i noen grad. Siden denne utvalgsundersøkelsen kun omfatter den hjemmeboende befolkningen, og personer innlagt på institusjon ikke er med, viser den en noe bedre helsetilstand for den eldre befolkningen enn det som faktisk er tilfelle, gitt at institusjonsboere har dårligere helse.

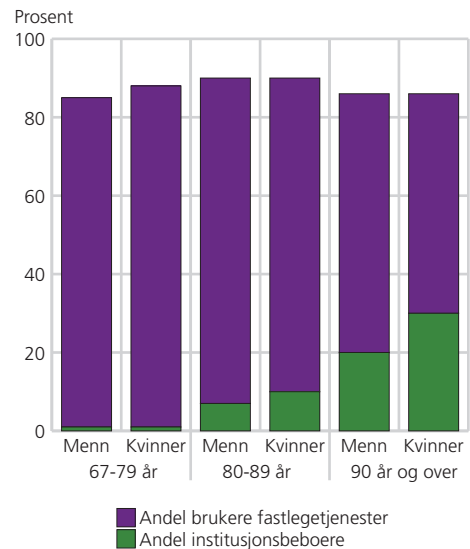
Brukere av hjemmetjenester oftere til fastlege

Et hovedtrekk ved utviklingen for omsorgstjenester er at flere eldre bor hjemme og mottar hjemmetjenester, mens færre har langtidsopphold i sykehjem enn tidligere. 8 prosent i aldersgruppen 67-79 år og 34 prosent 80 år og over mottok hjemmetjenester i 2011 (Eiliv Mørk, artikkel 6). Hjemmetjenester omfatter hjemmesykepleie, praktisk bistand, avlastning utenfor institusjon, rehabilitering utenfor institusjon, matombringning mv. På samme tidspunkt hadde henholdsvis 2 og 14 prosent i disse aldersgruppene langtidsopphold i sykehjem (Statistisk sentralbyrå 2013a og Bjørn Gabrielsen, artikkel 10).

Eldre som mottar hjemmetjenester, har sannsynligvis dårligere helse enn personer i samme alder som bor hjemme uten å motta slike tjenester. Disse har større behov for helsetjenester enn andre, som kan ytes av fastlege og/eller hjemmesykepleie.

Hjemmetjenester og bruk av fastlege er på mange måter *komplementære* helse- og omsorgstjenester. Hjemmetjenester tildeles med utgangspunkt i behov, og fastle-

Figur 3. Andel brukere av fastlegetjenester og institusjonsboere, etter kjønn og alder. Befolkningen 67 år og eldre. 2011. Prosent



Kilde: Bruk av fastlegetjenester, og Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

gens vurdering av personens helsetilstand er ofte et viktig tildelingskriterium. Svært få mottar hjemmetjenester uten å bli fulgt opp av fastlege. Bruk av institusjonstjenester indikerer dårligere helse enn hos brukere av hjemmetjenester. Behov for legetjenester for institusjonsbeboere vil som regel ivaretas av sykehjemslegen, og vil dermed føre til *mindre* bruk av fastlegetjenester.

I figur 3 forutsettes det at eldre på institusjon bruker sykehjemsleger, og at bruk av sykehjemslege er et alternativ, ikke et tillegg, til bruk av fastlege.

Figur 3 viser at kjønnsforskjellene som vist i figur 2 nærmest blir jevnet ut når vi ser på bruk av fastlege og sykehjemslege i sammenheng. Forskjellen mellom kvinner og menn i bruk av fastlegetjenester blant personer i alderen 80-89 år, og 90 år og eldre, blir kompensert av kjønnsforskjeller for

bruk av institusjonstjenester. At andelen brukere av disse to kommunale legetjenestene er noe lavere blant personer 90 år og over enn blant personer i alderen 67-79 år og 80-89 år, kan være misvisende. Beregningsgrunnlaget for bruk av tjenestene er ikke korrigert for personer som døde i løpet av året.

Betydningen av å leve i parforhold

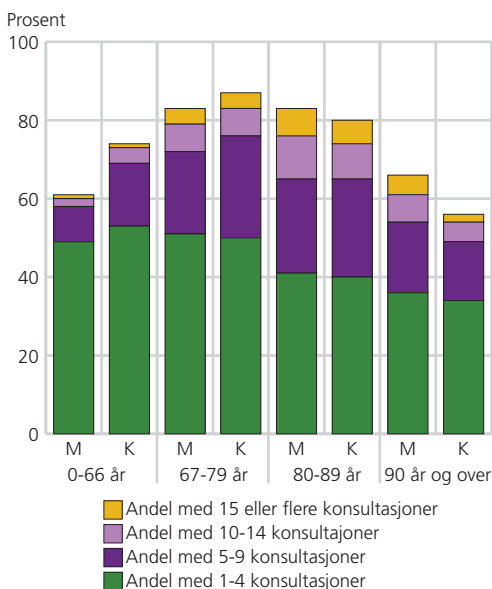
I den alderen da helseplager for alvor begynner å gjøre seg gjeldende, er sannsynligheten for at kvinner er enslige stor. Det skyldes både at kvinner i gjennomsnitt lever lenger enn menn, og at mannen normalt er den eldste i parforholdet. Av samme grunner lever relativt flere eldre menn i et parforhold. Mens hele syv av ti kvinner 80 år og over er enker, er bare tre av ti menn i samme aldersgruppe enke-menn. Tilsvarende er to av ti kvinner 80 år og over gift, mot seks av ti menn (Inger Texmon, artikkel 2 og Statistisk sentralbyrå 2013b).

Både helsetilstanden, bruk av helsetjenester ved sykdom eller sykdomssymptomer, samt muligheten for å bli tatt hånd om i husholdningen, påvirkes av om man lever i et parforhold eller er enslig. Forskning tyder på at det er gunstig – både sosialt, psykisk og fysisk – å bo sammen med noen når en blir gammel (Bergland og Engedal 2011). Eldre kvinner som bor alene har mer hjerte- og lungeproblemer og dårligere balanse enn dem som lever i parforhold. Samtidig rapporterer de både om mindre fysisk aktivitet og mer ensomhet (ibid.).

Eldre i åttiårene er storbrukere av fastlegetjenester

Blant alle som konsulterte fastlege i 2011, uavhengig av alder, hadde kvinner i gjennomsnitt 4,1 konsultasjoner, mens menn hadde 3,5. Kjønnforskjellen blant yngre skyldes blant annet konsultasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel. Vi

Figur 4. **Befolkningen, etter antall konsultasjoner hos fastlege i løpet av året, kjønn og alder. 2011. Prosent**

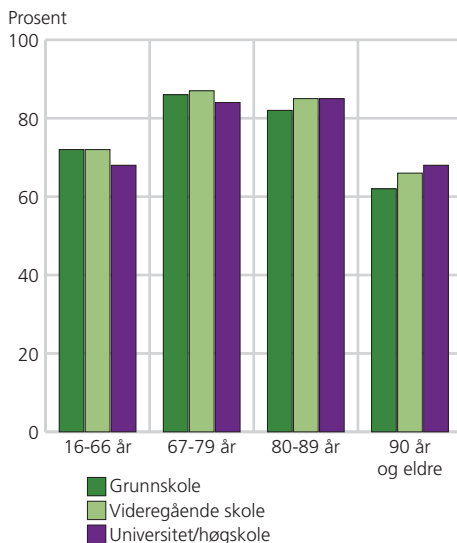


Kilde: Bruk av fastlegetjenester, Statistisk sentralbyrå.

finner et annet bilde dersom vi ser på fastlegebruk blant eldre. Eldre menn bruker fastlegen mer enn eldre kvinner (figur 2), og de har flere konsultasjoner hos fastlegen i løpet av et år.

Ser vi på brukere av fastlegetjenesten (personer med en eller flere konsultasjoner hos fastlege i 2011), hadde kvinner og menn i 80-årene i gjennomsnitt henholdsvis 6,0 og 6,3 konsultasjoner dette året. Forskjellen var enda større blant dem som var 90 år og eldre, 4,9 for kvinner mot 5,7 for menn. Dette henger sammen med at fastlegen brukes av eldre som mestrer tilværelsen sin hjemme. Eldre menn bor oftere med partner, og har bedre helse-tilstand enn kvinner. Ifølge levekårsundersøkelsen fra 2008 oppgir en høyere andel menn over 67 år at de har god helse, enn hva kvinner gjør, 72 versus 65 prosent.

Figur 5. Andel personer med konsultasjon hos fastlege i løpet av året, etter alder og utdanningsnivå. 2011. Prosent



Kilde: Bruk av fastlegetjenester, Statistisk sentralbyrå.

Relativt flere eldre enn yngre personer har fem eller flere konsultasjoner hos fastlege i løpet av året. Dette gjelder vel fire av ti i aldersgruppen 80-89 år. Tilsvarende andel blant personer under ordinær pensjonsalder (0-66 år) er 16 prosent, mens 35 prosent blant personer 67-79 år og 24 prosent av personer som er 90 år og eldre, har så hyppig fastlegebruk.

Andelen som bruker fastlegen ofte, er høyest i aldersgruppen 80-89 år. Nesten 40 prosent i denne aldersgruppen hadde vært hos fastlegen fem til ni ganger i løpet av året, 10 prosent hadde ti til fjorten konsultasjoner og 6 prosent hadde mer enn femten konsultasjoner i løpet av 2011. Til sammenligning hadde kun 1 prosent i den yngre befolkningen (0-66 år) femten eller flere konsultasjoner.

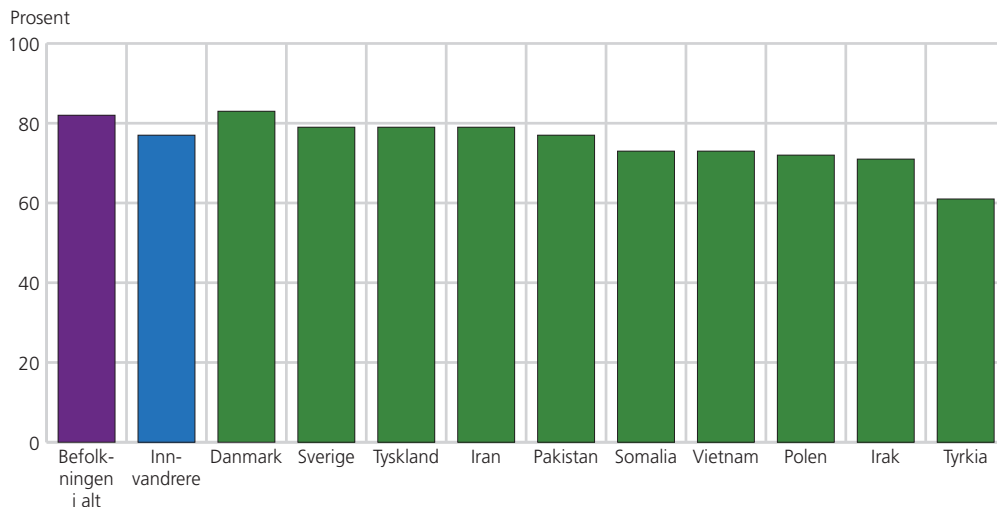
Eldre 80 år og over med høy utdanning mer til fastlege

Utdanning er en mye brukt indikator på sosial ulikhet. Elstad (2008) gir en oversikt over nyere forskning på sammenhengen mellom helse og utdanning. Høy utdanning er forbundet med både bedre helse og lavere dødelighet. Men sammenhengen mellom utdanningsnivå og helsetilstand er kompleks – det er både slik at god helse kan øke sjansen for å gjennomføre høyere utdanning, og slik at utdanning kanskje kan påvirke handlingsvalg som igjen påvirker helsen (ibid.).

For befolkningen sett under ett konsulterer personer med lav utdanning fastlegen oftere enn personer med høyere utdanning. I befolkningen 16-66 år hadde 68 prosent av dem med utdanning på universitets- og høgskolenivå vært hos fastlege i 2011, mot 72 prosent av dem med lavere utdanning (gjelder både utdanning på grunnskolenivå og på videregående skolenivå). I tillegg hadde høyt utdannede færre konsultasjoner i gjennomsnitt enn personer med utdanning på grunnskolenivå.

Bruk av fastlege etter utdanningsnivå er mindre entydig for den eldre befolkningen, se figur 5. Blant 67-79-åringene har relativt færre med høgskole- eller universitetsutdannelse konsultert fastlege enn personer med utdanning på grunnskole- eller videregående skolenivå. Fra 80-års alder snur bildet. Her er det 85 prosent av dem med utdanning fra universitet eller høgskole som har vært hos fastlege siste året, mot 82 prosent av personer med grunnskoleutdanning. Forskjellene øker noe for den eldste gruppen (personer som er 90 år og eldre), men er fortsatt små – her skiller 6 prosentpoeng mellom laveste og høyeste utdanningsnivå.

Figur 6. Andel innvandrere 67 år og eldre med konsultasjon hos fastlege, etter landbakgrunn (utvalgte land),¹ 2011. Prosent



¹ Antall personer i figuren tilsvarer antall bosatte 67 år og eldre ved utgangen av året, pluss antall døde og utvandrede i løpet av året og avviker dermed fra folketallet. Antall referert i figuren: befolkningen 67 år og over i alt (688 832), innvandrere 67 år og over i alt (27 712), Danmark (4 560), Sverige (2 306), Tyskland (2 019), Iran (422), Pakistan (781), Somalia (239), Vietnam (758), Polen (528), Irak (276), Tyrkia (277).

Kilde: Bruk av fastlegetjenester, Statistisk sentralbyrå.

Eldre innvandrere bruker fastlegen mindre enn andre eldre

Det er relativt få innvandrere i Norge som har nådd pensjonsalder, kun 5 prosent (26 500 innvandrere er 67 år og over). Innvandrерandelen i den eldre befolkningen ligger på 4 prosent. Av disse er seks av ti fra EU-/EØS-land, mens til sammen tre av ti har bakgrunn fra Asia, Afrika eller Sør- og Mellom-Amerika, og mindre enn en av ti kommer fra Europa utenfor EU-/EØS-området (Statistisk sentralbyrå 2013c og Inger Texmon, artikkel 2). Den eldre innvandrerbefolkningen fordeler seg svært annerledes på landbakgrunn enn innvandrerbefolkningen generelt. Hele 17 prosent av innvandrerne som er 67 år eller eldre kommer fra Danmark, mens svært få kommer fra Afrika, Asia, Latin-Amerika og tidligere Øst-Europa. Vi vet også at de aller fleste eldre innvandrere har lang botid i Norge. Hele 93 prosent av eldre innvandrerne fra EU-/EØS-området har

bodd i Norge i 20 år eller mer, mens dette gjelder tre av fire eldre innvandrere fra Afrika, Asia og Sør- og Mellom-Amerika.

Det er vist at innvandrere generelt bruker fastlege mindre enn den øvrige befolkningen (Lunde og Kjølvik 2012). Er det slik også for eldre innvandrere? Eldre innvandrere konsulterer fastlege i mindre grad enn eldre generelt. 23 prosent av innvandrere 67 år og over konsulterte ikke fastlege i 2011, mens dette gjelder 18 prosent av alle i aldersgruppen. Eldre innvandrere hadde i gjennomsnitt 3,9 konsultasjoner hos fastlege, mens gjennomsnittet for hele den eldre befolkningen lå på 4,2 konsultasjoner. Blant innvandrere 67 år over var det 31 prosent som hadde fem eller flere konsultasjoner, mens tilsvarende tall for befolkningen generelt var 36 prosent.

Ofte henvises det til at innvandrere har dårligere helse enn befolkningen ellers.

Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006 viste at egenrapportert helse svekkes mer med alderen blant innvandrerne enn blant befolkningen for øvrig (Blom 2010). Imidlertid var utvalget i levekårsundersøkelsen blant innvandrere ikke representativt for innvandrere generelt, men besto av innvandrere (samt norskfødte med innvandrerforeldre) med bakgrunn i utvalgte land på Balkan, Asia, Afrika og Latin-Amerika. Innvandrere fra blant annet EU-/EØS-området, som utgjør en vesentlig del av innvandrerne i Norge, var ikke omfattet av denne undersøkelsen. I statistikken over fastlegebruk omfattes alle innvandrere, uavhengig av landbakgrunn.

Figur 6 viser hvor stor andel av eldre innvandrere med ulik landbakgrunn som konsulterte fastlege i 2011. Befolkningen over 67 år i alt er tatt med som sammenligningsgrunnlag. Antall eldre innvandrere med ulik landbakgrunn varierer mye, og det totale antall personer i den enkelte gruppe som beregningen er gjort ut fra, er vist i note til figur 6.

Lavere bruk av fastlege blant innvandrere kan henge sammen med at innvandrere bruker legevakt mer enn den øvrige befolkningen (Goth 2012). Både forhold ved den enkelte innvandrer, blant annet kjennskap til norsk språk, helsevesen, normer og forhold ved helsetjenesten, som tilgjengelighet, kan bidra til dette. Goth påviser at mange innvandrere har problemer med å forstå informasjon fra helsemyndighetene om fastlegeordningen, og finner i tråd med dette at kort botid i Norge øker sannsynligheten for å bruke legevakt.

Oppsummering

Denne artikkelen viser at bruken av fastlegetjenesten øker med alderen frem til omtrent 80-årsalderen. Bruken av denne helsetjenesten avtar etter hvert

som andelen av befolkningen som mottar institusjonstjenester øker. Blant yngre bruker kvinner fastlegen mer enn menn, mens blant eldre bruker menn tjenesten mer enn jevnaldrene kvinner. Det er grunn til å tro at mønsteret er preget av total livssituasjon mer enn helsetilstand i seg selv. Blant de aller eldste bruker personer med utdanning på universitets- og høgskolenivå fastlegen mer enn personer med lavere utdanning. Trolig indikerer dette relativt bedre helse blant høyt utdannede eldre. Eldre innvandrere bruker fastlegen mindre enn jevnaldrene uten innvandrerbakgrunn.

Referanser

- Bergland, Astrid og Knut Engedal (2011): *Living Arrangements, Social Networks, Health, Mobility, and Balance of Older Women*, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/02703181.2010.541987>
- Blom, Svein (2010): *Sosiale forskjeller i innvandreres helse. Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006*, Rapport 47/2010, Statistisk sentralbyrå, http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201047/rapp_201047.pdf
- Elstad, Jon Ivar (2008): *Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn*, Helsedirektoratet, IS-1573.
- Goth, Ursula-Georgine Småland (2012): *Immigrants' use of the General Practitioner Scheme*, Dissertation for the degree of Philosophiae doctor (PhD), Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. January, 2012, Oslo.
- HELFO (2011): *Analyserapport - Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009*, <http://www.helfo.no/statistikk/Documents/Analyserapport%20Aktivitetsstatistikk%202009.pdf>

Lunde, Elin Skretting og Julie Kjølvik (2012): *Halvparten av innvandrerne til fastlege*, <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/halvparten-av-innvandrerne-til-fastlege>

NAV (2007): *Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006*. NAV-rapport nr. 4/2007

Statistisk sentralbyrå (2008): *Levekår blant innvandrere*, <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/innvlev>

Statistisk sentralbyrå (2009): *Helseforhold, levekårsundersøkelsen, 2008*, <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold>

Statistisk sentralbyrå (2013a): *KOSTRA*, <http://www.ssb.no/kostra>

Statistisk sentralbyrå (2013b): *Befolkningsstatistikk*, <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/folkemengde/>.

Statistisk sentralbyrå (2013c): *Fastlegetjenesten*, <http://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>

Anne Mundal og Merete Thonstad

8. Seks av ti eldre i kontakt med sykehus

Eldre er hyppige brukere av sykehustjenester. De ligger oftere og lenger på sykehus enn yngre. Seks av ti personer 70 år og over hadde kontakt med somatiske sykehus i 2011. Hjerter- og karsykdommer, skader og kreft er de vanligste årsakene til sykehusopphold.

Mer enn 1,7 millioner personer hadde minst én kontakt med somatiske sykehus i 2011. Blant eldre 70 år og over hadde drøyt 300 000 minst en kontakt. Bruken av somatiske spesialisthelsetjenester har økt på 2000-tallet. I denne artikkelen ser vi på eldres forbruk av sykehustjenester og hva som er de vanligste årsakene til behandling på sykehus blant eldre. Artikkelen har lagt vekt på det mest ressurskrevende behandlingsnivået i spesialisthelsetjenesten: døgnopphold ved somatiske sykehus.

Kontakter med sykehus er enten planlagt med henvisning fra fastlegen, eller en akutt innleggelse. Et vanlig behandlingsforløp omfatter gjerne flere typer kontakter. Pasienten undersøkes poliklinisk, behandles ved døgnopphold/dagbehandling og møter til poliklinisk etterkontroll.

Norsk pasientregister (NPR)

NPR er et helseregister som eies av Helse- og helsedirektoratet. Helseforetakene rapporterer aktivitetsdata til NPR hvert tertial. SSB innhenter statistikk fra NPR og publiserer årlig statistikk over pasienter i somatiske sykehus. NPR ble et kryptert personidentifiserbart register fra 2008. I alt 98 prosent av oppholdene som ble rapportert til NPR i 2011, kunne kobles mot fødselsnummer. Det er dermed mulig å telle både hvor mange personer som har vært på sykehus, og antall behandlinger/undersøkelser som er utført.

I NPR registreres det data for hver behandling eller undersøkelse med opplysninger om pasienten, som kjønn og alder, liggetid, diagnoser og type tiltak som er utført. Det brukes mye ressurser på kvalitetskontroll av dataene, men det kan likevel være ulik praksis mellom sykehus med hensyn til koding av diagnoser med videre.

Tabell 1. **Andel personer i ulike aldersgrupper som har hatt kontakt med sykehus, totalt og for døgnopphold, dagbehandling og poliklinisk konsultasjon. 2011. Prosent**

	Hele befolkningen	0-59 år	60-69 år	70-79 år	80-89 år	90 år +
Alle kontakter med sykehus ¹	35	31	45	56	63	67
Døgnopphold	12	9	14	21	32	43
Dagopphold	4	4	6	7	7	4
Polikliniske konsultasjoner	31	27	42	51	52	45

¹ En person telles flere ganger dersom vedkommende har hatt kontakt med flere behandlingsnivåer.

Kilde: NPR, Helsedirektoratet, og Pasienter ved somatiske sykehus, Statistisk sentralbyrå.

Begreper

Kontakter med somatiske sykehus inndeles gjerne i tre behandlingsnivåer. Pasienter kan innlegges for døgnopphold, motta dagbehandling eller ha time til poliklinisk konsultasjon.

Døgnopphold. Opphold hvor overnatting finner sted på sykehuset, eller hvor overnatting var planlagt ved innleggelse. Opphold ved avdelinger for psykisk helsevern, ledsagere og pasienter som var døde ved ankomst, blir ikke inkludert i statistikkene. Fra og med 2009 ble friske nyfødte inkludert. I denne artikkelen er bare døgnopphold for personer bosatt i Norge med.

Dagbehandling. Behandling av pasient enten poliklinisk eller ved dagopphold. Behandlingen er mer omfattende enn vanlig poliklinisk kontakt og forutsetter tilgang til seng/behandlingsplass, men ikke overnatting.

Konsultasjon på poliklinikk. Undersøkelse, behandling eller kontroll, og det er normalt en lege til stede. Omfatter også diabetes- eller hypertensjonskontroll hos sykepleier, med videre.

En person kan dermed ha flere kontakter av ulik art med sykehus i løpet av et år. Seks av ti eldre 70 år¹ og over brukte ulike sykehustjenester i 2011, enten som konsultasjon på poliklinikk, dagbehandling eller innleggelse for døgnopphold.

De fleste kontaktene med sykehus er behandlinger eller kontroll på poliklinikk. Også blant eldre er polikliniske konsultasjoner den vanligste kontaktformen. 262 000 personer 70 år og eldre var til poliklinisk behandling eller kontroll, 34 500 mottok dagbehandling, og 138 500 var innlagt for døgnopphold i 2011². Av

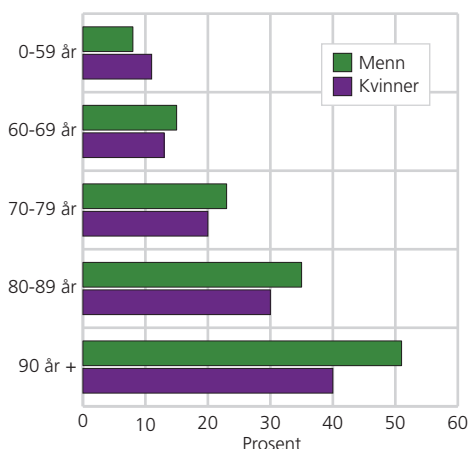
driftskostnader³ knyttet til behandling av eldre 70 år og over i sykehus gikk 82 prosent til døgnopphold, 13 prosent gikk til behandling i poliklinikk, og 5 prosent gikk til dagbehandling (Julie Kjelvik og Anne Mundal, artikkel 3).

Døgnopphold på sykehus – eldre menn oftere innlagt

Eldre har et høyere forbruk av døgnopphold ved sykehus enn yngre. Mens 12 prosent av befolkningen var innlagt for døgnopphold på somatisk sykehus i 2011, var andelen 24 prosent blant eldre 70 år og over. Disse hadde 1,8 opphold i snitt i løpet av året og lå i gjennomsnitt 6 døgn per opphold. Gjennomsnittet for hele befolkningen er 4,4 døgn per opphold.

Blant menn er andelen som har hatt døgnopphold på sykehus, høyere i alle eldre aldersgrupper sammenlignet med kvinner (figur 1). En av tre menn i alderen 80-89 år og halvparten av mennene i aldersgruppen 90 år og over hadde hatt minst ett opphold på sykehus i 2011.

Figur 1. Andel personer i ulike aldersgrupper med døgnopphold på sykehus. Kjønn. 2011. Prosent



Kilde: NPR, Helsedirektoratet, og Pasienter ved somatiske sykehus, Statistisk sentralbyrå.

¹ Gruppen av eldre er i denne artikkelen avgrenset til personer 70 år og over. Dette henger sammen med at grunnlagstabellene som SSB mottar fra NPR, er inndelt i ti års aldersgrupper.

² En person telles flere ganger dersom vedkommende har hatt kontakt med flere behandlingsnivåer.

³ Kostnadene er beregnet etter DRG-systemet.

Antallsmessig har imidlertid flere kvinner enn menn ligget på sykehus, om lag 77 500 kvinner og 61 000 menn 70 år og over. Dette skyldes at det er flere kvinner enn menn blant eldre, i og med at kvinner lever lenger enn menn. Forventet levealder for kvinner var 83,5 år og 79 år for menn i 2011. 57 prosent av personer 70 år og over er kvinner (Inger Texmon, artikkel 2).

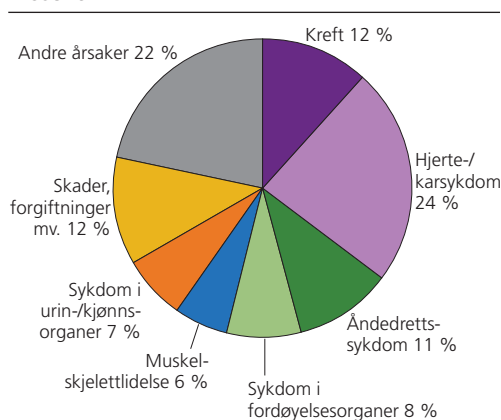
Hva ligger eldre på sykehus for?

De sykdomsgruppene som hyppigst medfører innleggelse på sykehus for eldre som er 70 år og over, har helt siden 1990-årene og frem til i dag i store trekk vært de samme. Hjerter- og karlidelser er den vanligste årsaken til døgnopphold for eldre. Denne gruppen av hoveddiagnoser er årsak til om lag hvert fjerde opphold (figur 2). Kreft er nest hyppigste årsak til døgnopphold for pasienter i alderen 70-79 år, mens skader er den nest vanligste årsak for eldre 80 år og over.

Høyere andel menn innlagt med en hjerte- og karsykdom

I alle aldersgrupper var det i 2011 en høyere andel menn enn kvinner som hadde

Figur 2. Andel døgnopphold for pasienter 70 år og over, etter hoveddiagnosegrupper. 2011. Prosent



Kilde: NPR, Helseidrettoratet, og Pasienter ved somatiske sykehus, Statistisk sentralbyrå.

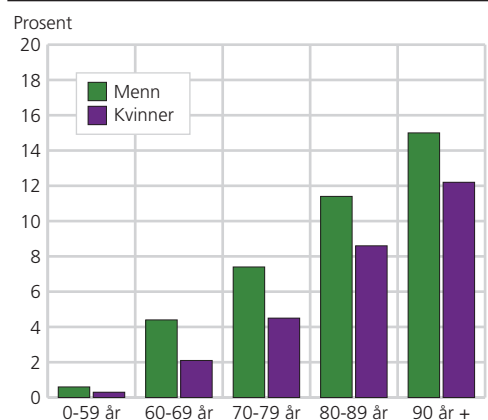
Diagnoser ved døgnopphold

Ved døgnopphold er pasientens hoveddiagnose valgt som årsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse. Hvis det ikke er stilt noen diagnose, anses hovedsymptomet som hovedtilstand. Hvis det dreier seg om mer enn én tilstand, velges den mest ressurskrevende (beregnet med DRG) som hovedtilstand. Det er den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 som anvendes ved sykehusene. I ICD-10 grupperes mange tusen sykdommer og tilstander i hoveddiagnosegrupper/kapitler.

vært innlagt med en hjerte- og karsykdom (figur 3). Mange eldre hjerte- og karsyke pasienter var innlagt med hjerteinfarkt, hjerneslag eller hjerterytmeforstyrrelser. Det er høyere andeler menn enn kvinner i alle aldersgrupper som har hatt døgnopphold på sykehus med en hjerte- og karlidelse.

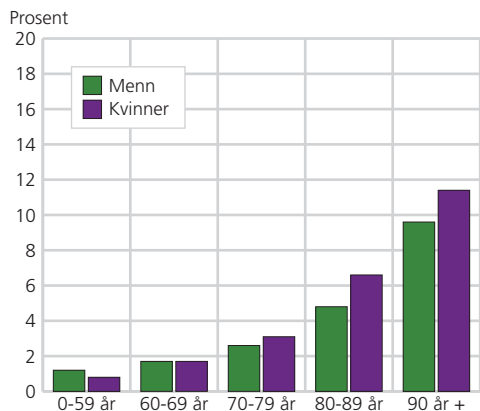
Det har vært en betydelig nedgang i dødsfall som skyldes hjerte- og karsykdommer for både menn og kvinner i alle aldersgrupper (SSB 2012). Undersøkelser fra Sverige og andre europeiske land tyder på at færre nye sykdomstilfeller og bedre

Figur 3. Andel personer i ulike aldersgrupper med døgnopphold for en hjerte- og karsykdom. Kjønn. 2011. Prosent



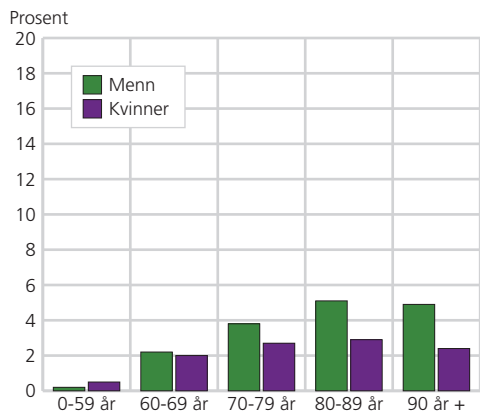
Kilde: NPR, Helseidrettoratet, og Pasienter ved somatiske sykehus, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. Andel personer i ulike aldersgrupper med døgnopphold knyttet til skader. Kjønn. 2011. Prosent



Kilde: NPR, Helsedirektoratet, og Pasienter ved somatiske sykehus, Statistisk sentralbyrå.

Figur 5. Andel personer i ulike aldersgrupper med døgnopphold for behandling av kreft (svulster). Kjønn. 2011. Prosent



Kilde: NPR, Helsedirektoratet, og Pasienter ved somatiske sykehus, Statistisk sentralbyrå.

behandling kan dele æren for den store nedgangen i dødeligheten av hjerte- og karsykdom de siste årene. Dette henger sammen med lavere kolesterol, lavere blodtrykk og mindre røyking i befolkningen (FHI 2011).

To av tre skadepasienter innlagt på døgnopphold er kvinner

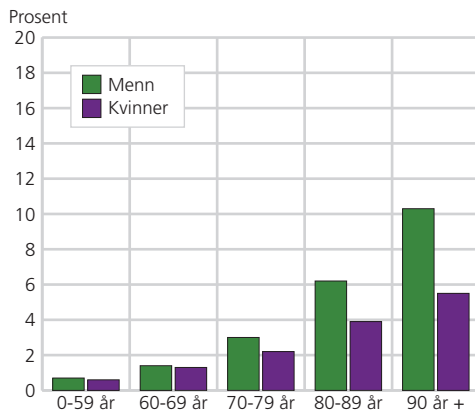
Mens menn har høyest risiko for skader i yngre alder, er kvinnene mer utsatt som eldre (figur 4). Mange eldre, både menn og kvinner, er utsatt for brudd. Dette skyldes en kombinasjon av benskjørhet og økt risiko for fall. To av tre skadepasienter som ble behandlet ved døgnopphold i 2011, var kvinner. Av menn som var innlagt med skader, var det flest tilfeller av skader i armene, mens det blant kvinner var flere som var innlagt med lårbensbrudd. Nesten to av fem kvinner og vel en av fire menn var innlagt med lårbensbrudd. Norge er sammen med andre skandinaviske land på verdenstoppen i hoftebrudd blant kvinner (Nilson mfl. 2012). I 2011 lå nesten 6 000 kvinner som var 70 år og over, på sykehus med lårbensbrudd.

Høyere andel menn på sykehus for kreft

Generelt har menn høyere krefthyppighet enn kvinner. I aldersintervallet 30-60 år er derimot krefthyppigheten blant kvinner høyere. Dette skyldes at brystkreft, som er den hyppigste kreftformen blant kvinner, debuterer 15-20 år tidligere enn prostatakreft, som er hyppigste kreftform blant menn (Kreftregisteret 2010). I eldre aldersgrupper er andelen menn som har hatt døgnopphold på sykehus med en kreftdiagnose, høyere enn blant kvinner (figur 5).

Ondartete svulster i urin- og kjønnsorganer og fordøyelsesorganene er de vanligste årsakene til døgnopphold for kreft, både blant menn og kvinner. En av fem kreftpasienter 70 år og over var innlagt med ondartet svulst i fordøyelsessystemet. En av fem mannlige kreftpasienter ble behandlet for ondartet svulst i kjønnsorganene, mens en av ti kvinnelige kreftpasienter ble behandlet for brystkreft.

Figur 6. Andel personer i ulike aldersgrupper med døgnopphold på sykehus for åndedrettsykdommer. Kjønn. 2011. Prosent



Kilde: NPR, Helsedirektoratet, og Pasienter ved somatiske sykehus, Statistisk sentralbyrå.

Eldre menn oftere innlagt med en luftveislidelse

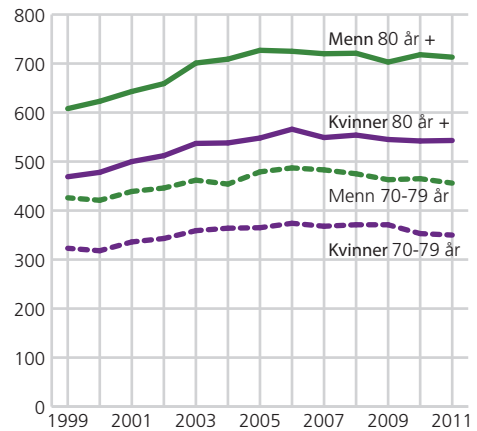
En høyere andel menn enn kvinner hadde døgnopphold som følge av en luftveislidelse. Blant eldre 80 år og over hadde om lag 10 prosent av menn og 5 prosent av kvinner en innleggelse med sykdom i åndedrettet. De fleste eldre pasienter som ble behandlet for slike lidelser, fikk behandling for lungebetennelse, influensa eller kroniske lungesykdommer.

Flere opphold, men kortere liggetid for eldre pasienter de siste ti årene

De siste ti årene har antallet døgnopphold blant eldre i all hovedsak økt, mens liggetiden for hvert opphold har gått ned (figur 7 og 8). Eldre 70 år og over hadde 31 prosent av døgnoppholdene ved sykehuse i 2000 og 29 prosent av oppholdene i 2011. Antall døgnopphold og varigheten av oppholdet uttrykt i antall liggedager⁴ sier noe om ressursbruk. Personer 70 år

⁴ Antall liggedager regnes ut fra utskrivningsdato minus innskrivningsdato.

Figur 7. Døgnopphold ved somatiske sykehus. Kjønn og aldersgrupper. Per 1 000 innbyggere



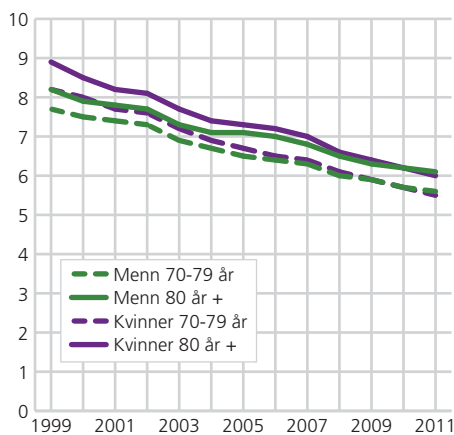
Kilde: NPR, Helsedirektoratet, og Pasienter ved somatiske sykehus, Statistisk sentralbyrå.

og over hadde 42 prosent av alle liggedager ved somatiske sykehus i 2000 og 39 prosent i 2011.

I løpet av tiårsperioden har omfanget av døgnopphold for eldre på sykehus økt. Etter 2008 ser det imidlertid ut til at økningen flater ut for eldre aldersgrupper, og at det har gått litt ned de siste årene. Døgnopphold er det mest ressurskrevende behandlingstiltaket i spesialisthelsetjenesten, og det har vært en prioritering mot økt bruk av poliklinisk behandling og dagbehandling der dette er mulig. Liggetiden per døgnopphold er redusert i samme periode, fra knapt 8 dager til 6 dager per opphold (se figur 8).

Eldre pasientgrupper har langsommere helingsprosesser og ofte flere og mer sammensatte sykdomstilstander. En del eldre er også avhengig av et tilbud i hjemkommunen før de skrives ut. Ikke alle har pårørende eller nære som kan følge dem opp. I 2000 lå eldre kvinner og menn 80 år over, henholdsvis 8,3 og 7,9 dager på sykehus i gjennomsnitt per opphold. I dag

Figur 8. Liggetid ved døgnopphold¹. Kjønn og aldersgrupper alder. 1999-2011. Gjennomsnittlig antall dager



¹ Unntatt psykiatriske avdelinger.

Kilde: NPR, Helsedirektoratet, og Pasienter ved somatiske sykehus, Statistisk sentralbyrå.

har denne gruppen, henholdsvis 6,0 og 6,1 liggedager før de skrives ut. Flere studier har vist at antallet reinnleggelser⁵ blant eldre har økt på 2000-tallet. Om lag 16 prosent av pasienter 80 år og eldre ble reinnlagt for øyeblikkelig hjelp kort tid etter utskriving i 2008/2009 (Petersen 2010).

Økt behov for sykehustjenester fremover?

Ut fra forventede demografiske endringer vil vi få en stor økning i antall gamle innbyggere. Det er denne gruppen som har størst behov for døgnopphold ved sykehus. Flere forhold vil påvirke eldres behov for sykehustjenester fremover. Endret organisering av helse- og omsorgstjenestene, jamfør samhandlingsreformen, og friskere generasjoner eldre kan trolig bidra til å redusere presset på sykehussektoren. Men likevel må det forventes at behovet for sykehustjenester vil øke betydelig allerede de neste 10-15 årene.

⁵ Reinnleggelser er definert som pasienter som legges inn på nytt som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskriving.

Referanser

FHI (2012): *Dødsårsaker 2010: Fortsatt nedgang i dødeligheten av hjerte- og karsykdom*, Nasjonalt folkehelseinstitutt, <http://www.fhi.no/artikler/?id=92300>.

Kreftregisteret (2010): *Cancer in Norway 2010*, <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2010>.

Nilson, Finn; Syed Moniruzzaman; Johanna Gustavsson og Ragnar Andersson (2012): *Høftfrakturer i Norge – en internasjonell, nasjonell og «Trygge Eldre» jämförelse*, Centrum för Personssäkerhet, Karlstad, Sverige.

Petersen, Stein Østerlund (2010): *Reinnleggelser i somatiske sykehus 2008 og 2009 analysert med personidentifiserbare data*, A16888, SINTEF helsetjenesteforskning, oktober 2010, SINTEF.

SSB (2012). *Dødsårsaksstatistikk*, <http://www.ssb.no/dodsarsak>

Vedleggstabell 1. **Antall personer behandlet ved somatisk sykehus, døgn, dag og poliklinisk, etter alder og kjønn. 2011. Absolutte tall**

	I alt	0-59 år	50-69 år	70-79 år	80-89 år	90 år +
Alle typer kontakter	1 737 029	1 192 971	238 592	164 338	114 957	26 171
Mann	796 443	544 707	118 563	78 193	47 315	7 665
Kvinne	940 586	648 264	120 029	86 145	67 642	18 506
Personer døgnopphold	567 490	354 608	74 347	63 394	58 411	16 730
Mann	251 227	150 168	39 989	31 581	24 414	5 075
Kvinne	316 263	204 440	34 358	31 813	33 997	11 655
Personer dagbehandling	206 080	138 978	32 673	20 699	12 086	1 644
Mann	89 800	59 568	15 110	9 413	5 142	567
Kvinne	116 280	79 410	17 563	11 286	6 944	1 077
Personer polikliniske konsultasjoner	1 537 954	1 055 982	219 789	149 725	95 035	17 423
Mann	700 910	476 228	108 496	71 192	39 810	5 184
Kvinne	837 044	579 754	111 293	78 533	55 225	12 239

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Kilde: NPR, Helsedirektoratet, og Pasienter ved somatiske sykehus, Statistisk sentralbyrå.

Vedleggstabell 2. **Hoveddiagnoser¹ for menn og kvinner 70 år og over ved døgnopphold på somatiske sykehus, etter diagnosegruppe (ICD-10). 2011. Absolutte tall og prosent**

	Menn		Kvinner	
	Antall personer	Prosent	Antall personer	Prosent
Årsaker i alt	85 504	100	103 791	100
Kreft	9 167	11	8 256	8
Hjerte-/karsykdom	19 472	23	20 505	20
Åndedrettssykdom	9 465	11	9 529	9
Sykdom i fordøyelsesorganene	6 755	8	8 336	8
Muskel-/skjelettlidelse	4 813	6	9 107	9
Sykdom i urin-/kjønnsorganer	6 947	8	6 272	6
Skader, forgiftninger mv.	8 040	9	15 941	15
Andre årsaker	20 845	24	25 845	25

¹ En person som har hatt flere opphold, kan ha hatt hoveddiagnose i flere diagnosegrupper.

Kilde: NPR, Helsedirektoratet, og Pasienter ved somatiske sykehus, Statistisk sentralbyrå.



Berit Otnes

9. Familieomsorg – fortsatt viktig

Det private ulønnede omsorgsarbeidet har en viktig rolle i omsorgen for eldre. Selv om de kommunale omsorgstjenestene nå står for størstedelen av det totale omsorgsarbeidet, betyr ikke det at de private hjelperne er helt ute av bildet. Mange eldre med hjelpebehov får omsorg fra familie og andre private i tillegg til kommunale tjenester.

Selv med like god eller bedre helse blant eldre kan det bli vanskelig å dekke behovet for arbeidskraft i den formelle pleie- og omsorgstjenesten når andelen av befolkningen 80 år eller eldre øker kraftig fra 2020 (Inger Texmon, artikkel 2). Privat ubetalt hjelp til eldre med hjelpebehov, eller uformell omsorg, vil derfor være et viktig supplement til de formelle tjenestene.

Det er åpenbare utfordringer knyttet til måling av omfanget av den uformelle omsorgsinnsatsen. Det finnes likevel holdpunkter for anslag i helseundersøkelser, levekårsundersøkelser og tidsnyttingsundersøkelser fra Statistisk sentralbyrå. NOU 1992:1, Trygghet – verdighet – omsorg, presenterte anslag som viste at familieomsorgen i 1985 var mer omfattende enn den offentlige omsorgen. Den uformelle omsorgen for eldre ble da beregnet til 49 000 årsverk, mens den offentlige omsorgen utførte 43 000 årsverk. Både før og etter 1985 har det vært en kraftig vekst i de kommunale omsorgstjenestene (Jens-Kristian Borgan, artikkel 4). Selv om omfanget av den uformelle omsorgen for eldre fortsatt er betydelig, står de kommunale omsorgstjenestene i dag trolig for en større del av omsorgen enn den familiebaserte omsorgen.

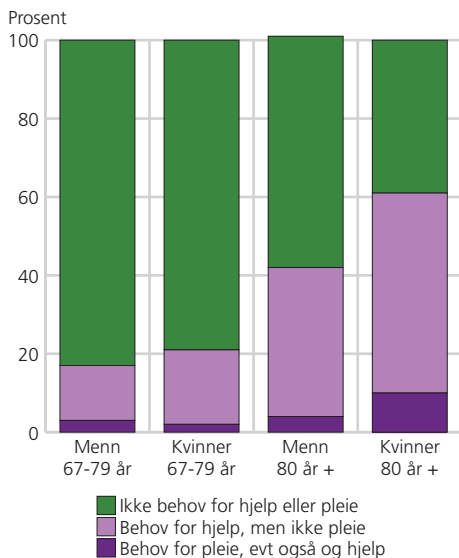
Denne artikkelen gir en beskrivelse av behovet for hjelp blant eldre. Den gir anslag på omfanget av uformelle tjenester, og beskriver hvem som mottar og gir uformell omsorg. Dernest omtales holdninger til å gi og motta hjelp, og Eldres preferanser for offentlig eller privat hjelp. Artikkelen beskriver hvordan formell og uformell hjelp utfyller eller overlapper hverandre. Den beskriver også kort omfanget av privat, betalt hjelp til eldre.

Sju av ti eldre trenger ikke hjelp

Om lag 30 prosent av hjemmeboende eldre trengte hjelp til vask og rengjøring av boligen eller til innkjøp i 2008 (Otnes 2011). Andelen er høyest blant dem som er 80 år eller eldre, over 50 prosent, mens knapt 20 prosent blant personer i alderen 67-79 år trenger hjelp til rengjøring eller innkjøp. Andelen som trenger hjelp, er høyere blant kvinner enn blant menn, særlig i aldersgruppen 80 år og eldre.

Ikke på langt nær så mange er pleietrengende. Pleietrengende er personer som bare med hjelp av andre eller med noen vansker klarer å kle av og på seg eller ivareta daglig personlig hygiene. 3 prosent i aldersgruppen 67-79 år og 8 prosent i aldersgruppen 80 år og eldre er pleietrengende etter den-

Figur 1. Hjemmeboende eldre, etter behov for hjelp eller pleie. 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

ne definisjonen. Det er flere kvinner enn menn som er pleietrengende i alderen 80 år og eldre, men noe av forskjellen skyldes at kvinner lever lenger enn menn, og at de er gjennomgående eldre. Det er mindre forskjell i hjelpe- og pleiebehov mellom kvinner og menn i alderen 67-79 år.

Tall fra levekårsundersøkelsene om helse indikerer at andelen pleietrengende blant dem som er 67 år eller eldre falt fra 6 prosent i 1998 til 4 prosent i 2008. Andelen hjelpetrengende avtok fra 30 prosent i 1998 til 20 prosent i 2005, men hadde økt til 31 prosent i 2008¹.

96 000 årsverk i privat omsorg for eldre, syke og funksjonshemmede

Levekårsundersøkelsene viser at andelen som gir regelmessig ulønnet hjelp til syke og funksjonshemmede utenfor egen husholdning, har økt – fra 8 prosent i 1983

¹ Tallet for 2008 er noe usikkert på grunn av en feil i datainnsamlingen.

Levekårsundersøkelsen om helse 2008

Artikkelen er i hovedsak basert på tall fra Levekårsundersøkelsen om helse 2008, og der sammenligning er mulig, fra tidligere helse- og levekårsundersøkelser. Dette er intervjuundersøkelser hvor de som intervjues, selv rapporterer om sykdom, funksjonsevne, hjelpebehov og bruk av helse- og omsorgstjenester.

Undersøkelsen har den hjemmeboende befolkningen som målgruppe. Eldre som bor på sykehjem, blir ikke intervjuet. Det er således de friskeste eldre, de som bor i eget hjem, som deltar. Svarprosenten i helse- og levekårsundersøkelsene har vært relativt høy, 65-70 prosent. Imidlertid er frafallet høyere blant eldre (Wilhelmsen 2009). I 2008 var svarprosenten 66 i aldersgruppen 67-79 år og 55 prosent i aldersgruppen 80 år og eldre. At mange eldre har dårlig helse, og derfor forhindres fra å delta, fører til at utvalget blir noe skjevt. Dette kompenseres delvis ved å bruke frafallsvekter. I 2008 var nettoutvalget totalt på 6 465 personer, hvorav 964 var 67 år eller eldre.

Flere resultater fra Levekårsundersøkelsen 2008 finnes på www.ssb.no, i Statistikkbanken.

til 13 prosent i 2008. Andelen var høyest i 1995, 17 prosent (Rønning 2010). Det finnes ikke gode tidsserier som viser hvor mye tid som brukes på omsorgsarbeid. Et forsiktig anslag på grunnlag av Levekårsundersøkelsen 2008 viser at det ble utført om lag 96 000 årsverk i ulønnet omsorgsarbeid til syke, eldre og funksjonshemmede i og utenfor husholdningen, mens det ble utført om lag 120 000 årsverk i kommunal pleie- og omsorgstjeneste (se tekstboks). De tyngste og mest tidkrevende oppgavene innenfor pleie og omsorg er trolig langt på vei overtatt av de kommunale tjenestene, men i 2008 utgjorde ulønnet omsorg fortsatt over 40 prosent av den samlede timeinnsatsen til pleie og omsorg. I disse tallene er også ulønnet hjelp til syke og funksjonshemmede under 67 år inkludert.

Beregning av utførte årsverk i ulønnet omsorgsarbeid

Anslaget bygger på følgende beregning: Gjennomsnittlig timetall fra Levekårsundersøkelsen 2008 for dem som gir ulønnet omsorg utenfor hjemmet, er 4,84 timer per uke. Vi har antatt at de som gir hjelp til pleietrengende i egen husholdning, gir like mye (og at den ene prosenten som gir både til husholdningsmedlemmer og andre, gir dobbelt opp). Ut fra tall for hvor mange som gir omsorg (3 prosent innenfor husholdningen og 13 prosent utenfor), folketall 16 år og eldre per 1. januar 2009 (3 824 127), og gitt at ett årsverk tilsvarer 1 598 timer, blir resultatet at det ble utført 96 400 årsverk i privat ulønnet hjelp til syke, eldre og funksjonshemmede i og utenfor egen husholdning. Dette tilsvarer 44 prosent av summen av privat og offentlig hjelp (96 400 private + 121 482 kommunale årsverk).

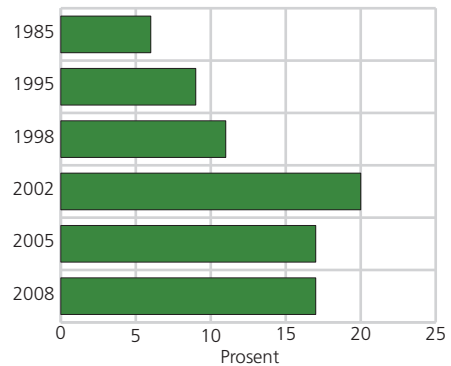
En av fem eldre får privat ulønnet omsorg

Nesten en av fem eldre som bor hjemme, fikk regelmessig hjelp fra slekt, venner eller naboer i 2008. Hjelpen kan være praktisk hjelp eller tilsyn. Andelen som mottok regelmessig ulønnet hjelp økte fra 6 til 20 prosent i løpet av årene 1985-2002, for så å avta til 17 prosent i 2008.

Kvinner mottar i større grad enn menn uformell hjelp, og andelen som mottar hjelp, øker med alderen. Jo eldre den enkelte er, jo større er sannsynligheten for at bevegelsesevnen er nedsatt, at man bor alene, eller har et hjelpe- eller pleiebehov. De som har behov for hjelp på grunn av vansker med å klare rengjøring av boligen, begrenset bevegelsesevne, eller fordi de bor alene, mottar i større utstrekning hjelp fra slekt, venner eller naboer. Av hjelpe- eller pleietrengende eldre mottar drøyt en av tre regelmessig hjelp, se figur 3.

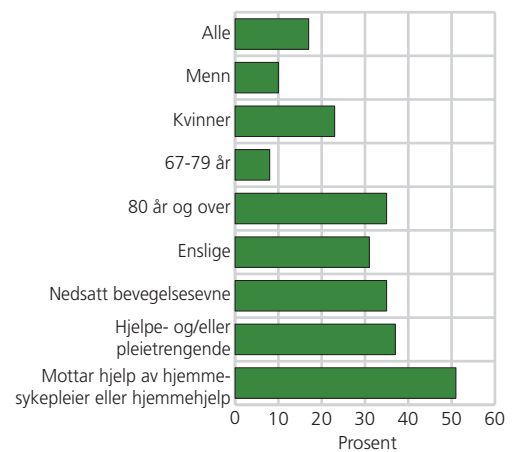
Regelmessig ulønnet omsorg omfatter her enten hjelp/tilsyn fra slektninger (egne

Figur 2. Andel eldre 67 år og over som mottar regelmessig ulønnet hjelp fra slekt, venner eller naboer. 1985, 1995, 1998, 2002, 2005 og 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsene om helse 1998, 2002, 2005 og 2008, og Helseundersøkelsene 1985 og 1995, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Andel 67 år og eldre i ulike grupper som mottar ulønnet hjelp fra slekt, naboer eller venner på regelmessig basis. 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

barn) eller fra naboer eller venner. 85 prosent av alle som er 67 år og eldre, hadde barn som de ikke bodde sammen med i 2008. Nesten en av fem eldre får hjelp fra egne barn eller annen slekt eller naboer (figur 3). Det er ingen forskjell mellom eldre med eller uten barn i om man får

hjelp. Det kan være at andre slektninger og naboer/venner stiller opp i større grad for eldre med hjelpebehov som ikke har egne barn.

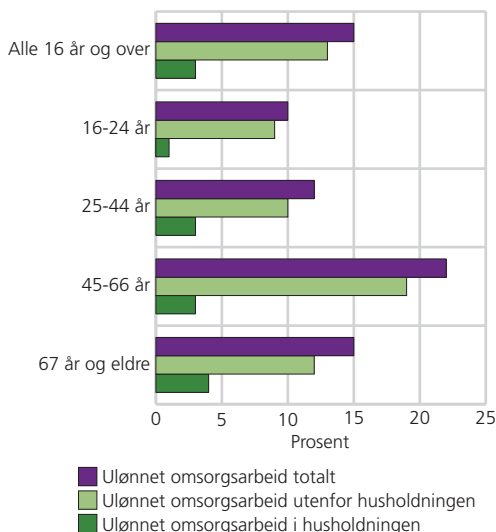
15 prosent gir hjelp til eldre og andre som trenger hjelp

13 prosent av alle voksne (16 år og eldre) ga regelmessig ulønnet hjelp til eldre, syke og funksjonshemmede utenfor egen husholdning. 3 prosent ga hjelp til hjelpetrenende i egen husholdning, og siden noen gir hjelp til begge grupper, er det i alt 15 prosent som gir hjelp til eldre, syke eller funksjonshemmede i eller utenfor egen husholdning. 18 prosent av alle kvinner og 13 prosent av alle menn som er 16 år eller eldre, ga uformell omsorg (Rønning 2010).

Det er særlig mange i aldersgruppen 45-66 år som gir hjelp og omsorg, 22 prosent. Det er i første rekke denne gruppen som har pleietrengende foreldre. Men også blant unge i alderen 16-24 år er det 10 prosent som gir regelmessig ulønnet hjelp til eldre, syke eller funksjonshemmede. Av dem i alderen 45-66 år som gir regelmessig hjelp til sine foreldre, hjelper de fleste til med dagligvareinnkjøp, rengjøring og andre praktiske gjøremål, se tabell 1. Det er få som pleier egne foreldre, kun 10 prosent av dem som gir hjelp. En tredjedel av hjelpeyterne har tilsyn med foreldrene, og nesten like mange følger opp kontakten med de kommunale hjemmetjenestene (Rønning 2010). Tallene bekrefter utbredte forestillinger om at sønner gjerne hjelper sine gamle foreldre med innkjøp og andre praktiske oppgaver, mens døtre i større grad tar på seg oppgaver knyttet til rengjøring og pleie. Sønner og døtre tar imidlertid i like stor grad ansvar for å følge opp kontakten med hjemmetjenesten.

Om lag 4 prosent av eldre 67 år og over ga hjelp til et medlem av egen husholdning

Figur 4. Andel av alle 16 år og eldre som gir regelmessig omsorgshjelp, etter alder. 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

i 2008. Dette er litt flere enn i de yngre aldersgruppene. Dette tilsvarer at om lag 25 000 eldre selv gir omsorg til ektefelle eller andre i egen husholdning. Et fåtall av disse mottar omsorgslønn for å ta seg av eldre pårørende. Alderen på dem som gir omsorg og får omsorgslønn, blir ikke registrert, men tall fra IPLOS viser at i underkant av 1 700 eldre har pårørende som får omsorgslønn fra kommunen for å ta seg av dem.

En analyse på grunnlag av Norlagundersøkelsen (Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon, NOVA) kom fram til at 6 prosent av de eldste eldre (70-84 år) gir personlig pleie, definert som hjelp med påkledning, måltider og personlig hygiene, til sin hjemmeboende ektefelle. Den samme analysen viser at det kan være en belastning for pårørende å gi slik hjelp til ektefellen. Disse omsorgsyterne skårer dårligere på tilfredshet, selvfølelse, mestring og lykke, og er mer deprimerte og en-

Tabell 1. **Type hjelp gitt til foreldre som har behov for hjelp (andel av 45-66-åringene som har gitt regelmessig ulønnet hjelp til foreldre), etter kjønn. 2008. Prosent**

	I alt	Menn	Kvinner
Dagligvareinnkjøp	62	64	61
Rengjøring	32	23	38
Annen praktisk hjelp	74	80	70
Tilsyn	35	37	33
Pleie	11	6	14
Råd og hjelp i kontakt med hjemmetjenesten	30	30	29
N (uveid)	212	85	127

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

somme (Hansen 2013). Den kommunale omsorgstjenesten kan støtte og avlaste dem på ulike måter. Tiltak som omsorgslønn og avlastning i og utenfor institusjon gis stort sett til dem som har omsorg for yngre brukere. Støtte til pårørende som yter omsorg, har en viktig plass blant forslagene lagt fram av Hagenutvalget, som foreslår økt satsning på opplæring, støtte og veiledning til pårørende, avlastning til dem som bærer tunge omsorgsbyrder, økonomisk trygghet slik at de ikke i tillegg blir sittende i en vanskelig økonomisk situasjon, og nødvendig permisjon slik at de ikke mister rett til arbeid eller må sykmeldes for å kunne ta seg av sine nærmeste (NOU 2011:11).

De fleste eldre ønsker offentlig hjelp

En undersøkelse fra 2007 viser at over halvparten (54 prosent) av den voksne befolkningen mener at barn bør ta ansvar for omsorg når foreldrene trenger det. Det er ikke presisert hva som ligger i å ta ansvar, og på spørsmål om barna bør ha foreldrene boende hos seg når foreldrene ikke kan ta vare på seg selv, svarer bare 14 prosent at de er svært enig eller nokså enig i dette utsagnet (Slagsvold, Daatland, Brunborg og Lima 2009).

Samme undersøkelse spør om hvem som bør ivareta omsorg for pleietrengende eldre, om dette er en oppgave for samfunnet, familien eller begge. Vel 70 prosent av de spurte i Norge mener at dette i hovedsak er en oppgave som bør utføres av samfunnet (Daatland, Slagsvold og Lima 2009).

Dette er nokså generelle holdningsspørsmål, og det er uvisst om respondentene svarer ut fra sitt forhold til normer og verdier, eller ut fra personlige preferanser. En undersøkelse fra 2001 om familiesolidaritet i Norge og fire andre land viste at de fleste i Norge foretrakk å få hjelp fra organiserte tjenester framfor familien om de skulle få behov for langvarig hjelp på jevnlig basis til husarbeid som renhold eller klesvask. Nesten 90 prosent av eldre over 75 år foretrakk hjelp fra kommunale tjenester framfor familien om de skulle få behov for det (Daatland og Herlofson 2003).

På den annen side var holdningene til å hjelpe eldre foreldre ganske positive. Tre av fire var enige i minst ett av følgende utsagn:

1. Voksne barn bør bo nær sine eldre foreldre slik at de kan hjelpe dem dersom det er behov for det.
2. Voksne barn bør være villige til å ofre noe av det de ønsker for egne barn for å kunne støtte sine eldre foreldre.
3. Eldre foreldre bør kunne stole på sine voksnes barns hjelp til de tingene som er nødvendige.
4. Foreldre har krav på å få noe igjen for de ofrene de har gjort for sine barn.

Det var flest som var enige i påstand 3 om at eldre foreldre bør kunne stole på sine voksnes barns hjelp til de tingene som er nødvendige. Nær 60 prosent sa dette (Daatland og Herlofson 2003).

Mange får privat hjelp i tillegg til kommunale omsorgstjenester

Levekårsundersøkelsen fra 2008 viser at halvparten av dem som mottok hjelp fra hjemmesykepleier eller hjemmehjelp, også mottok hjelp fra mer uformelle kilder, se figur 3. I mange tilfelle er altså uformell hjelp et supplement til formell hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten. Det ser ikke ut til at formelle hjelpetjenester betyr at de uformelle hjelperne trekker seg ut.

Om lag 30 prosent av hjemmeboende eldre 67 år og over var hjelpetrequende i 2008. Av disse var det noen som ikke fikk noen regelmessig hjelp, selv om de trengte hjelp til å klare personlig stell eller innkjøp og rengjøring. Av hjelpetrequende eldre som bodde hjemme, sa om lag tre av fem at de fikk regelmessig hjelp, enten fra pleie- og omsorgstjenesten, fra slektninger, venner eller naboer eller fra en privat betalt hjelp, mens to av fem ikke hadde regelmessig hjelp. Dette betyr at 12 prosent av alle hjemmeboende eldre var hjelpetrequende som ikke mottok noen form for regelmessig hjelp fra personer utenfor husholdet. De fleste i denne gruppen bodde sammen med noen som trolig kan bistå dem i det daglige, men en av fire av disse bodde alene. Det vil si at 3 prosent av hjemmeboende og hjelpetrequende eldre bodde alene uten noen hjelp i hverdagen i 2008. Dette tilsvarer om lag 17 000 personer.

En av ti eldre betaler for privat hjelp til omsorg eller husarbeid

Nær en av ti eldre (8 prosent) hadde regelmessig privat betalt hjelp i løpet av en referansemåned. Det er liten forskjell i bruk av private hjelpetjenester mellom menn og kvinner. Men det er mer utbredt blant eldre 80 år og over enn blant eldre i alderen 67 til 79 år. Eldre med universitets- eller høgskoleutdanning har oftere privat betalt hjelp enn eldre med utdan-

Tabell 2. Andel eldre som har regelmessig privat betalt hjelp. 2008. Prosent

	Har privat betalt hjelp
Alle 67 år og over	8
Alder	
67-79 år	6
80 år og eldre	13
Kjønn	
Menn	8
Kvinner	9
Utdanningsnivå	
Grunnskolenivå	5
Videregående nivå	8
Universitets-/høgskolenivå	16
Landsdel	
Akershus og Oslo	15
Østlandet ellers	6
Agder og Rogaland	7
Vestlandet	6
Trøndelag	8
Nord-Norge	4

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

ning på grunnskolenivå eller videregående skoles nivå. I Oslo og Akershus er det mer vanlig at eldre kjøper hjelpetjenester i det private markedet, sammenlignet med eldre i andre landsdeler.

De som har hjelp fra kommunen eller fra familie, slekt eller naboer, er også de som oftest har privat betalt hjelp. 15 prosent av eldre som har hjelp fra andre kilder, enten ulønnet uformell hjelp eller fra kommunale pleie- og omsorgstjenester, har privat betalt hjelp i tillegg. Bare 6 prosent av eldre som ikke har noen annen form for hjelp, har privat betalt hjelp.

Oppsummering

Andelen som gir uformell omsorg til eldre og funksjonshemmede holdt seg nokså konstant på 2000-tallet, og for mange eldre med hjelpebehov er uformell omsorg et viktig supplement til omsorg fra de kommunale tjenestene. Det er flest som gir

omsorg i aldersgruppen 45-66 år, og det er flere kvinner enn menn som gir hjelp. Mange av hjelperne gir praktisk hjelp, mens relativt få gir pleie. Dette er i samsvar med holdningene på dette området. De fleste foretrekker hjelp fra kommunale tjenester framfor å legge byrder på pårørende eller venner. Det er sannsynlig at det i årene framover vil bli flere eldre med behov for hjelp, fordi nye store årskull vil oppnå svært høy alder. Hvis det ikke skjer betydelige endringer i eldres helse og førlighet, vil det bli flere som har behov for pleie eller praktisk hjelp. Det vil bli vanskelig å skaffe nok ressurser til kommunal eldreomsorg. Privat omsorg, den formelle og betalte samt den uformelle og ulønnede, vil derfor trolig få minst like stor betydning som den har i dag.

Referanser

Daatland, Svein Olav; Katharina Herlofson (2003): Mellom plikter og preferanser. Normer og idealer i forholdet mellom voksne barn og eldre foreldre i Europa, *Aldring og livsløp* 1/2003.

Daatland, Svein Olav; Britt Slagsvold; Ivar A. Åsland Lima (2009): Hvor langt strekker familiens ansvar seg? *Samfunnsspeilet* 1, 2009, Statistisk sentralbyrå.

Hansen, Thomas (2013): Gjengitt i A-magasinet 15.2.2013, basert på en ennå ikke publisert artikkel.

Kitterød, Hege (1996): Mer uformell omsorg fra hushold til hushold, *Samfunnsspeilet* 1, 1996, Statistisk sentralbyrå.

NOU (1992:1): *Trygghet – verdighet – omsorg*, Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU (2011:11): *Innovasjon i omsorg*, Helse- og omsorgsdepartementet.

Otnes, Berit (2011): Hjelpebehov og tjenestetilbud, i Mørk, Eiliv (red.) *Seniorer i Norge 2010*, Statistiske analyser 120, Statistisk sentralbyrå.

Rønning (2010): Ulønnet omsorgsarbeid. Dobbeltarbeidende seniorer, *Samfunnsspeilet* 2, 2010, Statistisk sentralbyrå.

Slagsvold, Britt; Svein Olav Daatland; Helge Brunborg, Ivar A. Åsland Lima (2009): Er vi villige til å ta oss av gamle mor og far? *Samfunnsspeilet* 1, 2009, Statistisk sentralbyrå.

Wilhelmsen, Marit (2009): Samordnet levekårsundersøkelse 2008 – Tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport, Notater 2009/40, Statistisk sentralbyrå.



Bjørn Gabrielsen

10. Færre eldre bor på sykehjem

Andelen eldre som bor i institusjoner i dag, er mindre enn for 20 år siden, og det er særlig blant de eldste at det har vært en nedgang. I 1991 bodde nær halvparten av eldre 90 år og over på institusjon. I 2011 er dette tallet redusert til under en tredjedel.

I 2011 var det 11 prosent færre plasser i institusjoner innenfor pleie og omsorg enn i 1991. I denne 20-årsperioden har antall plasser i somatiske sykehjem vokst betydelig, men samtidig har det vært en kraftigere nedgang i tallet på aldershjems plasser. Overgangen fra aldershjems plasser til sykehjems plasser og nedgangen i summen av disse plassene må sees i sammenheng med den betydelige utbyggingen av hjemmetjenestene som har funnet sted i samme periode. Økning i kapasiteten i hjemmetjenestene medfører at flere kan bo hjemme lenger. En vil dermed forvente at brukere som innskrives på institusjon, vil ha et mer omfattende pleiebehov enn tidligere. Overgang fra aldershjem til sykehjem er en naturlig tilpasning til denne utviklingen.

Det er ventet at innføring av samhandlingsreformen, med større kommunalt ansvar for utskrivingsklare pasienter, vil kunne medføre endringer i hvordan kommunale institusjoner blir benyttet for å møte befolkningens behov for omsorg og pleie.

Brukere og bruk av tjenestene

I 1991 bodde 43 200 eldre 67 år og over i institusjon for eldre og funksjonshemmede. I 2011 var dette tallet redusert til 38 700. Antallet personer i denne alders-

gruppen økte samtidig fra 617 000 til 655 000. Brukerandelene for institusjon, målt ved forholdet mellom antall beboere og antall personer i en aldersgruppe, falt dermed fra 7 til 5,9 prosent i løpet av perioden. Nedgangen gjaldt alle aldersgrupper over 67 år, men var sterkest for de eldste. Sett i sammenheng med utbyggingen av hjemmetjenestene, er denne utviklingen i tråd med nasjonale målsettinger om at så mange som mulig skal få anledning til å bo i eget hjem så lenge som mulig. Imidlertid har bruken av hjemmetjenester vist nedgang de aller siste årene, men det er for tidlig å si om denne nedgangen representerer en ny tendens (Eiliv Mørk, artikkel 6).

Samlet viser tallene for institusjoner og hjemmesykepleie at brukerratene faller. Det kan skyldes at eldre har bedre helse enn tidligere, blant annet som følge av at det nå er mulig å behandle sykdommer som tidligere medførte ulike grader av uførhet. At brukerratene faller, kan også ha sammenheng med endring i prioritering av hvem som skal få tjenester, og hvilke tjenester som skal gis i kommunal regi. De siste 20 årene er antall mottakere av praktisk bistand redusert, samtidig som mottakere av hjemmesykepleie har økt. At antallet som mottar praktisk bistand

Hva er institusjoner for heldøgns omsorg og pleie?

I de kommunale helse- og omsorgstjenestene skilles det ofte mellom tjenester som ytes i brukers hjem, og tjenester som mottas i institusjon. Med institusjoner menes her fysiske bygninger hvor mottakerne av pleie og omsorg vanligvis flytter inn og bor for lengre eller kortere tidsrom, slik at de kan motta tjenester hele døgnet. Likevel er det slik at mange institusjoner har tilbud om dag- og/eller nattopphold. Slik dette er registrert, ser det ut til at nattopphold i det vesentligste er en tjeneste rettet mot yngre brukere. Brukere innskrevet på institusjon betaler vederlag for oppholdet etter egne forskrifter.

Institusjonene deles vanligvis inn ulike typer, avhengig av målgrupper og tjenestenivå. De fleste plassene i institusjoner er knyttet til somatiske sykehjem. Aldershjemmene finnes ennå, men antallet plasser har hatt en fallende trend de siste tiårene. Aldershjemmene har i utgangspunktet samme målgruppe som sykehjem, men kravene til tjenestenivå er noe lavere. Blant annet er det ikke krav om tilsyn av lege på aldershjem. I de senere årene er nok forskjellene blitt mindre, men i utgangspunktet vil en vente å finne mer pleietrengende brukere på sykehjem enn aldershjem. I tillegg er også avlastningsinstitusjoner og barneboliger klassifisert som institusjoner. Tilbudet i disse er i hovedsak rettet mot yngre brukere. Institusjonene er ofte inndelt i flere avdelinger slik at tilbudet bedre kan tilpasses ulike brukergrupper. Mange institusjoner har blant annet egne avdelinger for senildemente, siden disse

brukergruppene har et annet behov enn eldre som er innlagt på grunn av fysiske alderssvikselser. Etter hvert er det også etablert andre avdelinger som rehabiliteringsavdeling, avdelinger for terminalpleie og avdelinger spesielt avsatt for personer som er inne på andre korttidsopphold.

I 2011 var om lag 90 prosent av plassene tilbudt gjennom institusjoner eid av kommunal sektor. De øvrige plassene ble drevet av ulike private aktører. Blant de private aktørene finnes både ideelle organisasjoner og virksomheter som drives for profittformål.

Boliger med tilknyttet personell

Det har over tid vært en utvikling mot at kommunene etablerer boliger med tilknyttet personell som et alternativ til institusjonsopphold. I noen grad er slike boliger også en erstatning for institusjonsopphold. Det er ikke krav til bemanningen ved disse boligene, men enkelte har bemanning som nærmer seg institusjonsnivå. Beboere i slike boliger regnes i statistikken som hjemmeboende, og tjenestene som ytes, regnes som hjemmetjenester. Dette til tross for at slike boliger innebærer ressursbruk og kostnader som gjør at tjenestetilbudet kan være vanskelig å skille fra institusjoner. En del av disse boligene som er spesielt godt bemannet, ofte hele døgnet, kan være mer ressurskrevende enn institusjonsopphold per bruker. Det kreves normalt husleie for opphold i slike boliger.

reduseres, må også sees i sammenheng med at antall pensjonister med lave pensjoner er redusert, og dermed at antall personer som betaler de laveste satsene for egenandeler, går ned. Dermed blir det flere mottakere som kan få disse tjenestene fra private aktører til konkurransedyktige priser. At myndighetene har valgt å beholde egenandelene på praktisk bistand, samtidig som disse er fjernet for hjemme-sykepleie, betyr at det ligger elementer av prioritering bak denne utviklingen.

Ved utgangen av 2011 var gjennomsnittsalderen for brukerne av korttidsopphold (utenom avlastningsopphold – se tekstboks) og langtidsopphold på institusjon henholdsvis 81 og 84 år. Kvinner på langtidsopphold var gjennomsnittlig fem år eldre enn menn. Dette bildet har vært stabilt i de fem årene man har relevant statistikk. Kvinner utgjør i overkant av 70 prosent av beboerne som er innskrevet på langtidsopphold i institusjon. Den høye kvinneandelen har trolig sammenheng med at mange menn normalt er den eldste ektefellen, og at kvinner i gjennomsnitt

Tabell 1. **Beboere i institusjon per 31. desember. Kjønn og gjennomsnittlig alder. 2011. Prosent**

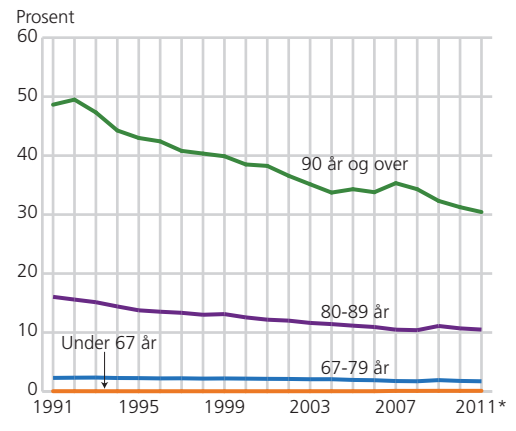
	Antall beboere			Gjennomsnittlig alder		
	I alt	Kvinner	Menn	I alt	Kvinner	menn
Langtidsopphold	100	70	29	84,1	85,7	80,4
Korttidsopphold, eksklusiv avlastning	100	61	38	80,5	82,1	77,9

Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

lever lenger enn menn. Begge forhold tilsier at det er flere kvinner enn menn som er den gjenlevende partneren når livet går mot slutten. Siden enslige har færre å trekke veksler på ved sykdom og uførhet og behov for hjelp, følger det at kvinner vil være i flertall blant dem som innskrives på institusjon.

83 prosent av institusjonsbeboerne 67 år og eldre var innskrevet for langtidsopphold. Dette kan gi inntrykk av at langtidsopphold omfatter vesentlig flere brukere enn korttidsopphold. Dersom en derimot ser på antall personer som har mottatt tjenesten gjennom året, hadde om lag 44 000 personer hatt ett eller flere korttidsopphold, mens 45 700 personer hadde vært inne på langtidsopphold i 2011. Korttidsopphold bidrar trolig til å forlenge tiden brukerne kan bo i eget hjem. Tjenestene er mer fleksible, siden brukere kan legges inn på institusjon ved behov og siden skrives ut igjen når behovet ikke lenger er til stede.

Vel 60 prosent av brukerne av korttidsopphold er kvinner, og kvinneandelen er dermed lavere enn ved langtidsopphold. Gjennomsnittsalderen er også lavere blant brukere av korttidsopphold. Dette har trolig sammenheng med at målgruppen ofte er en annen for mottakere av tidsbegrenset opphold enn for langtidsopphold. Tidsbegrenset opphold er vanligvis aktuelt for mottakere som allerede har andre hjemmetjenester, og som skrives inn på institusjon for kortere varighet for behandling, utredning, rehabilitering og lignende. Ofte kan det være snakk om opphold for å

Figur 1. **Andel eldre i institusjon, etter aldersgrupper. 1991-2011. Prosent**

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

avhjelpe pårørende eller andre som bidrar i den daglige omsorgen for brukeren. Slike opphold er dermed aktuelle i en tidligere fase av brukernes tjenestekarriere. Innskriving på langtidsopphold er først og fremst et tilbud for brukere med mer permanente behov for døgkontinuerlig omsorg og pleie, og hvor en ikke ser for seg utsikter til vesentlig bedring i overskuelig fremtid.

Innskrivinger på institusjon

Ved førstegangs innskriving på langtidsopphold har brukeren en gjennomsnittlig alder på omkring 84 år.

Figur 2 viser at aldersgruppene 87-91 år stod for de største andelen av alle førstegangs innskrivinger i 2011. Hver av disse stod for vel 30 prosent av alle førstegangs innskrivinger til langtidsopphold. Selv om andelen av alle innskrivinger avtar etter

Oppholdets lengde

Langtidsopphold: Opphold i institusjon på ubestemt tid, eller tidsavgrenset opphold når vedkommende har vært på institusjon i minst 60 døgn per kalenderår. Utskriving skjer vanligvis først dersom det oppstår endringer i tjenester eller brukers situasjon som for eksempel ved flytting til annen institusjon eller ved død.

Korttidsopphold/tidsbegrenset opphold: Tidsavgrenset opphold i institusjon for begrenset formål med planlagt dato for avslutning, for eksempel avlastning, rehabilitering med mer. Normalt skal et korttidsopphold vare mindre enn 60 dager.

Avlastningsopphold: Korttidsopphold som primært ytes for å avlaste pårørende som har omfattende omsorgsoppgaver.

fylte 91 år, øker innskrivninger relativt til befolkningsgrunnlaget med alderen frem til vel 100 års alder. For grupper som er enda eldre, reduseres andelen som skrives inn på langtidsopphold for første gang. Denne nedgangen har nok særlig sammenheng med to forhold. Personer som oppnår

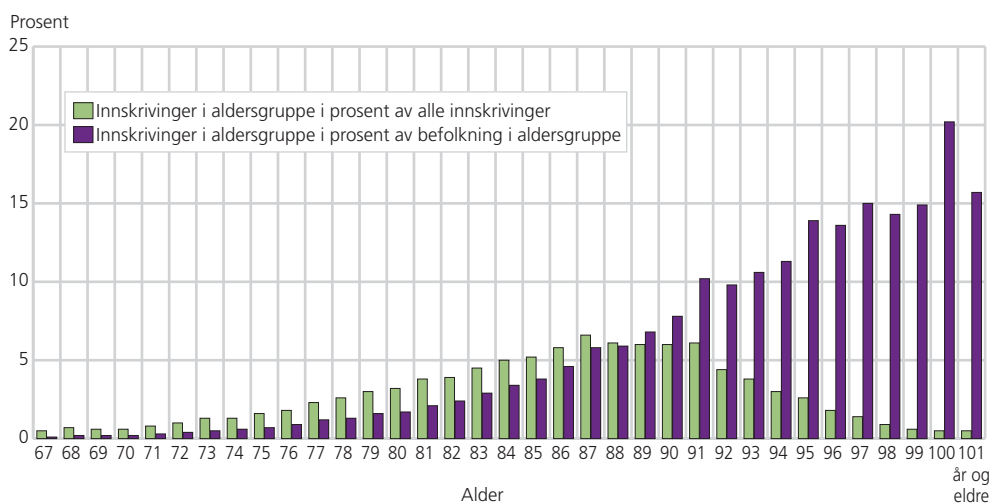
en slik høy alder, har trolig relativt god helse og trenger dermed i utgangspunktet mindre bistand enn andre. Personer som potensielt har behov for langtidsopphold, vil dermed være innskrevet ved yngre alder.

Korttidsopphold brukes ved behov, og i løpet av den samlede perioden en bruker mottar pleie og omsorgstjenester, kan vedkommende ha hatt flere slike opphold. Siden mange brukere mottar tjenester over svært lange tidsperioder, vil tall for alder ved førstegangs innskriving være svært usikre. Kilden til data om innskriving er IPLOS-registeret. Siden IPLOS bare har data fra 2007, er det ikke sikkert at første korttidsopphold faktisk fanges opp av datagrunnlaget. Dataene tyder likevel på at gjennomsnittlig alder ved førstegangs innskriving på korttidsopphold ligger på rundt 80 år.

Oppholdstid i institusjon

For langtidsopphold er spredningen i oppholdets varighet så stor at tall for

Figur 2. Alder ved førstegangs innskriving på langtidsopphold. 2011. Prosent



Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

gjennomsnittlig varighet er lite representative. Statistikken viser at mer enn 40 prosent av beboerne ble skrevet ut igjen etter mindre enn seks måneders opphold i 2011. 30 prosent av de avsluttede oppholdene varte to år eller mer, hvorav flere hadde vart i over ti år. Medianverdien på oppholdslengden er omtrent halvparten av gjennomsnittslengden. Dette indikerer at enkelte lange opphold er med på å trekke opp gjennomsnittet, og trolig gir ingen av disse målene noe godt estimat på hvor lenge typiske langtidsopphold varer. Presentasjonen er derfor begrenset til det som vises i tabell 2.

Korttidsoppholdene tildeles for begrensede tidsrom for å løse mer distinkte behov, blant annet ved behov for rehabilitering etter sykehusopphold. I 2011 varte et gjennomsnittlig korttidsopphold i 19 dager, to dager kortere enn i 2007. Mer enn 70

Oppholdstid i institusjon

Lengden på hvert opphold måles for hvert enkelt vedtak om opphold i institusjon, slik at for brukere med flere fortløpende vedtak om opphold beregnes oppholdstid for hvert enkelt opphold. Bare opphold med følgende kjennetegn er inkludert i beregningene: vedtak om innvilget tjeneste, start- og sluttdato er oppgitt, sluttdato større enn startdato, tidsrom er innenfor en nærmere definert horisont. Mer informasjon om hvordan tjenester registreres i IPLOS, finnes i: «IPLOS – Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester», IS-1112, Helse- og sosialtjenestetorget.

prosent av oppholdene var avsluttet innen tre uker, og mindre enn 10 prosent av oppholdene varte i mer enn fem uker. Tallene kan tyde på at korte opphold under tre uker blir noe mer vanlig.

Tabell 2. **Brukere med vedtak om langtidsopphold i institusjon, fordelt etter oppholdets varighet. 2007-2011. Prosent**

	I alt	Under en måned	1 måned inntil 1/2 år	1/2 inntil 1 år	1 inntil 2 år	2 år eller mer
2007	100	20	24	13	15	27
2008	100	20	24	13	16	27
2009	100	16	24	13	16	30
2010	100	16	24	12	17	31
2011	100	16	26	12	16	30

Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3. **Opphold og oppholdstid i korttidsopphold, eksklusiv avlastningsopphold. 2007-2011. Prosent**

Gjennomsnittlig antall dager	Fordeling av opphold etter oppholdstid. Prosent						
	I alt	Under en uke	1 inntil 2 uker	2 inntil 3 uker	3 inntil 5 uker	5 uker eller mer	
2007	21	100	13	24	28	22	13
2008	21	100	13	25	29	21	13
2009	20	100	12	25	29	21	12
2010	20	100	13	26	30	21	10
2011	19	100	13	26	31	20	9

Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

Bistandsbehov

ADL, Activity of daily living: Dagliglivets aktiviteter defineres som gjøremål vi til daglig utfører, som for eksempel av- og påkledning, matlaging, spising, holde orden på personlige eiendeler og personlig hygiene.

IADL, Instrumental activities of daily living: Mer komplekse ferdigheter som trengs for å leve et selvstendig liv, for eksempel styre egen økonomi, handle, lage mat med videre.

ADL/IADL i IPLOS omfatter ulike aktiviteter og funksjoner: Sosial deltakelse, skaffe seg varer og tjenester, beslutninger i dagliglivet, ivareta egen helse, bevege seg innendørs, alminnelig husarbeid, personlig hygiene, på og avkledning, lage mat, spise, bruke toalett, bevege seg utendørs, syn, hørsel, hukommelse, kommunikasjon, styre egen atferd.

I IPLOS grupperes variablene i samlemål som baseres på grupper av ulike bistandsbehov. Samlemål og delmål beregnes som gjennomsnitt av bistandsvariablene. Beregningene skjer i henhold til nærmere bestemte metoder beskrevet i blant annet Gabrielsen mfl. (2011). En brukers samlede behov for bistand grupperes etter hvor omfattende behovet er:

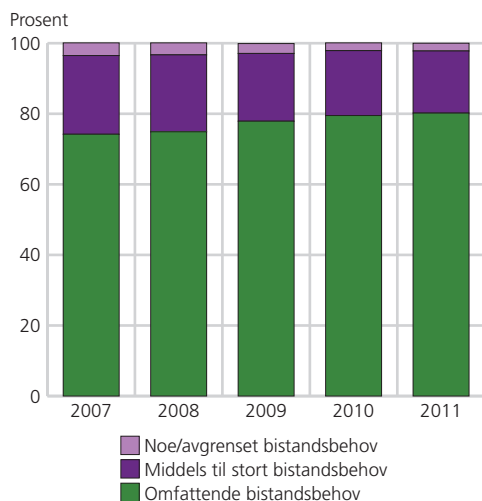
Lite/ avgrenset bistandsbehov, middels til stort bistandsbehov, omfattende bistandsbehov. Grupper med omfattende bistandsbehov er de som har størst behov for personbistand i hverdagen.

Institusjonsbeboeres behov for bistand

For å legges inn på institusjon må brukeren ha behov for døgkontinuerlig pleie og omsorg, for kortere eller lengre perioder. For disse brukerne er behovet for hjelp slik at det ikke vil være tilstrekkelig med enkeltvise besøk av hjemmetjenesten. Med innføring av IPLOS-registeret ønsket man å kunne sammenholde brukeres behov for bistand med ressursene som tildeles (se tekstboks).

Ved utgangen av 2011 hadde omkring 80 prosent av brukerne på langtidsopphold i

Figur 3. Beboere på langtidsopphold i institusjon, etter bistandsbehov¹. 2007-2011. Prosent



¹ Brukere med uoppgitt bistandsbehov er ikke inkludert i figuren. Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

institusjon omfattende bistandsbehov (se tekstboks), samtidig som bare 2 prosent hadde lite eller avgrenset bistandsbehov. Av beboere på korttidsopphold hadde om lag 40 prosent omfattende bistandsbehov. I gruppen som bor hjemme og mottar hjemmetjenester, hadde kun 14 prosent omfattende bistandsbehov.

Eldre som er på langtidsopphold på institusjon, har ofte vansker med husholdningsfunksjoner, mer enn 90 prosent av brukerne har behov for omfattende bistand for å kunne ivareta disse funksjonene. Data fra IPLOS viser at dette er de første ADL-funksjonene som pleie- og omsorgsmottakerne får problemer med. I de senere år har det vært antydning at demens/kognitiv svikt er en viktig årsak til permanent innskriving på langtidsopphold. Nesten 45 prosent av beboerne på langtidsopphold har behov for omfattende bistand knyttet til kognitiv svikt, og ytterligere 30 prosent av dem har middels til stort bistandsbehov. I seg selv er ikke dette

den viktigste årsaken til langtidsopphold. Men det faktum at om lag 75 prosent har behov for personbistand knyttet til kognitiv svikt, er et viktig element i beskrivelsen av institusjonsbrukerne. Etter hvert som man får lengre tidsserier med IPLOS-data, vil en kunne analysere endringer knyttet til innskriving på institusjon.

Andre tjenester på institusjon

I tillegg til tradisjonelle institusjonstjenester, hvor beboeren får dekket sine pleie- og omsorgsbehov av døgnkontinuerlig bemanning på stedet, tilbys det ofte også dag- og nattopphold til hjemmeboende brukere. Disse brukerne bor da i eget hjem, men kommer på institusjonen for å motta tjenester i institusjonslokalene. Statistikken over brukere av dag- og nattopphold i institusjon har, i de tradisjonelle summariske oppgavene som har vært rapportert inn til SSB om dette, vært beheftet med en del feil og mangler. Resultatene som presenteres her, er derfor utelukkende basert på informasjon fra IPLOS-registeret og avgrenset til perioden 2007-2011.

Enkelte brukere kan ha behov for sykehjemstilbud bare om natten, enten i perioder eller på mer permanent basis. Det kan være aleneboende med angstproblemer eller aleneboende med fysiske handikap eller sykdommer som gjør at de trenger spesiell bistand eller tilsyn om natten. Nattopphold kan også være aktuelt som avlastning for pårørende som trenger søvn og hvile for å klare omsorgsoppgavene resten av døgnet. Ofte trenger ikke disse brukere hjelp på sykehjemsnivå, men som organisert tjenestetilbud med døgnkontinuerlig bemanning og tilsyn i boenheten blir nattopphold i institusjon et alternativ til bemannet tilsyn i hjemmet hele natten. Nattopphold er i dag en tjeneste som først og fremst rettes mot yngre brukere. Mer enn 97 prosent av mottakerne av denne tjenesten er under 67 år.

Tilbudet om opphold i institusjon på dagtid er hjemlet i gjeldende regelverk. Målgruppen vil være hjemmeboende med fysisk eller psykisk funksjonssvikt som har behov for å komme seg ut fra en isolert tilværelse i hjemmet. Disse gruppene gis tilbud om blant annet aktivisering og rehabilitering. Oppholdet kan være et avlastningstilbud for brukere med pårørende som har behov for avlastning. Ofte er det snakk om personer som på grunn av fysisk eller psykisk funksjonssvikt ikke kan nyttiggjøre seg ordinære eldresenter-tilbud. Tilbud i slike dagsentre er et viktig tiltak for å forebygge funksjonssvikt og for å utsette eller forhindre behov for innleggelse i institusjon. Mer enn 90 prosent av mottakere av dagopphold er eldre enn 67 år, og statistikken viser at de fleste av dem er mellom 80 og 90 år. For de aller eldste brukergruppene vil dagopphold, i kombinasjon med omfattende hjemmetjenester ellers i døgnet, være et alternativ til innleggelse på institusjon for heldøgns omsorg og pleie.

Ikke alle kan ivaretas hjemme

Fra myndighetenes side har det vært en ønsket utvikling at så mange som mulig skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Som et ledd i dette har pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende blitt gitt en stadig mer sentral plass. Bemanning i hjemmetjenestene har økt, og nye tjenester har kommet til for å gjøre dette mulig. For de eldste og mest pleietrengende viser det seg likevel vanskelig å kunne gi forsvarlig hjelp i egen bolig. For disse brukergruppene vil fremdeles bruk av institusjoner være et viktig alternativ for å sikre nødvendig behov for omsorg og pleie.

At flere bor lengre i eget hjem, medfører nødvendigvis at de som kommer på institusjon er mer pleietrengende enn tidligere. For å møte dette økes kvaliteten

på tjenestene. Andelen aldershjem går ned, og i dag utgjør sykehjemmene mer enn 96 prosent av plassene. Samtidig har også bemanningen per plass økt. Alt tilsier at denne utviklingen vil fortsette fremover, og trolig vil en se en ytterligere tilpasning hvor brukeres individuelle behov kommer mer i fokus.

Referanser

Gabrielsen, Bjørn; Berit Otnes; Brith Sundby (2011): *Pleie- og omsorgstjenesten 2011*. Rapport 43/2012. Statistisk sentralbyrå.

Bjørn Gabrielsen

11. Omsorgstjenester mot livets slutt

I livets siste fase mottar svært mange pleie- og omsorgstjenester. I 2011 døde 41 300 personer i Norge. Vel tre fjerdedeler av disse mottok kommunal pleie og omsorg. Andelen som mottok tjenester, økte med alder, og blant de aller eldste mottok så godt som alle bistand fra kommunenes pleie- og omsorgstjeneste.

Kunnskap om tjenestebruken i eldres siste leveår er viktig, sett i lys av den kommende veksten i denne gruppen, både for offentlige utgifter og for vurderinger av kompetansebehov i omsorgssektoren. Denne artikkelen beskriver nærmere bruken av pleie- og omsorgstjenester i de fem siste leveårene hos brukere som døde i løpet av 2011, og som var over 66 år.

Datakilden for analysen er IPLOS-registrert (se tekstboks). Siden IPLOS er et hendelsesregister, og ikke et forløpsregister, begrenser analysen seg til å se på situasjonen for tjenestebrukere ved utgangen av hvert år. Denne forenklingen slår mest ut for tjenestebruk de to siste leveårene, fordi brukerne dør gjennom hele året. For brukere som dør i begynnelsen av 2011, vil avstand mellom død og registreringsperioden i 2010 bli relativt kort, og endringer mellom disse to periodene kan bli undervurdert.

Forventet utvikling i tjenesteforbruket

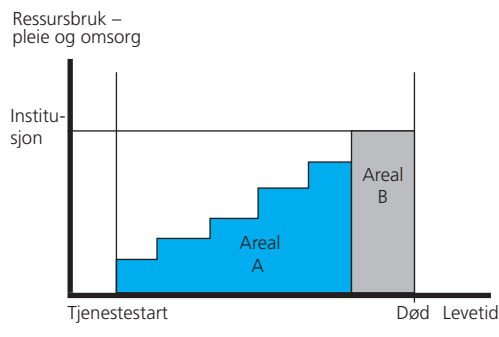
Livstidsforbruket av pleie og omsorgstjenester bestemmes av hvor mye tjenester en bruker mottar til enhver tid, og hvor lenge brukeren mottar tjenester. Anslag på fremtidig forbruk av tjenester har ofte for-

utsatt at gjennomsnittspersonens forbruk starter ved en på forhånd bestemt alder, og holder seg uendret for gitt kjønn og alder selv om levealderen øker. For korte tidshorisonter kan dette være en brukbar tilnærming. I fremskrivninger over mange tiår med økende levealder for eldre kalles et slikt scenario *utvidet sykkelighet*, se for eksempel Holmøy og Nielsen (2008).

Et slikt scenario vil overvurdere tjenesteforbruket over et gjennomsnittlig livsløp i den grad forbruket er sterkere knyttet til avstand til død i stedet for alder, såkalt *utsatt sykkelighet*. Et spesialtilfelle av dette er at gjennomsnittspersonens tjenestebruk gjennom livsløpet er uavhengig av levealderen ved at tjenestebruken utsettes i takt med økningen i alder ved død. Holmøy, Kjølvik og Strøm (2013) og Erling Holmøy og Julie Kjølvik (artikkel 1) anslår hvor mye et slikt scenario vil redusere behovet for omsorgsårsverk sammenlignet med alternativet utvidet sykkelighet.

Innfallsporten til bruk av omsorgstjenester er vanligvis en eller annen form for tjenester som ytes i brukers hjem (figur 1). Innleggelse på institusjon er ofte siste trinn i omsorgstrappen. Arealene A og B måler ressursbruken knyttet til pleie og omsorg

Figur 1. **Stilisert bilde av livsløpsforbruk av pleie- og omsorgstjenester**



gjennom livet. Reduksjon i samlet tjenesteforbruk gjennom livsløpet kan skje ved mindre behov og lavere ressursbruk for en gitt alder (høyden på trappetrinnene) eller ved å korte ned lengden på livsfasen med tjenesteforbruk.

Døde i løpet av 2011

I løpet av 2011 mottok mer enn 330 000 personer kommunal pleie og omsorg. Av disse døde vel 31 000 (9 prosent) i løpet av året. Data fra IPLOS og dødsårsaksregisteret viser at mer enn 3 av 4 personer som døde i løpet av 2011, mottok pleie- og omsorgstjenester i tiden før dødsfallet.

Av de vel 31 000 som var registrert som døde i IPLOS i 2011, hadde mer enn halvparten en tjenestehistorie som startet så tidlig som 2007 eller før. Det normale forløpet for pleie og omsorg er at tjenestene mottas frem til brukeren dør når man først er blitt tjenestebruker. Færre enn 4 prosent hadde mottatt tjenester i kortere perioder frem mot død. Dette dreier seg sannsynligvis om pasienter med livstruende sykdommer som på et tidspunkt har vært ansett som ferdigbehandlet, men som så har fått tilbakefall med påfølgende død. For eksempel kan kreft gi et slikt forløp.

Tjenester ved livets slutt

Andelen personer som har mottatt tjenester i tidligere år, øker jo nærmere man kommer året brukerne dør (tabell 1). Mer enn 80 prosent av brukerne 90 år og over hadde en eller flere tjenester på dødstidspunktet og hadde en tjeneste også i 2007 eller tidligere. Tilsvarende tall for aldersgruppen 67-74 år var 30 prosent. For yngre brukere vil en kunne vente at døden kommer relativt kort tid etter at behovet for tjenester melder seg. Eldre brukere har, i tillegg til sykdommer som utløser hjelpebehov, ofte vanlige svekkel-

Tabell 1. **Antall døde tjenestemottakere, fordelt på alder og kjønn. 2011. Absolutte tall og prosent**

	Døde i løpet av 2011	Døde brukere i prosent av totalt antall døde	Herav andel som også hadde tjeneste i			
			2010	2009	2008	2007
I alt	31 463	76	85	73	64	56
Menn	13 527	67	78	63	51	43
Kvinner	17 936	84	89	81	74	67
0-66 år	3 387	43	63	42	34	29
67-74 år	2 930	61	66	47	36	30
75-79 år	3 123	69	75	60	48	39
80-84 år	5 423	80	84	70	58	49
85-89 år	7 454	88	91	81	72	63
90 år og over	9 146	100	97	92	87	81

Kilde: IPLOS og dødsårsaksregisteret, Statistisk sentralbyrå.

IPLOS-registeret

Analysene i artikkelen baseres på data fra IPLOS-registeret. I perioden registeret har eksistert, har datakvaliteten blitt bedre. Flere kommuner sender data, registreringene er blitt mer komplette, og det er lagt ned et stort arbeid for å fjerne vanlige feil og misforståelser. Dette medfører at data for 2011-årgangen er av bedre kvalitet enn data fra 2007-årgangen. Utvalget i artikkelen består av brukere som er registrert som døde i løpet av 2011 årgangen av IPLOS. Tilnærmingen som er valgt her henger sammen med utviklingen i datakvalitet.

Brukers situasjon ved inngangen på året og alle endringer i brukers situasjon og tjenestetilbud gjennom året samles inn i hver årgang IPLOS registeret. Endringene er dermed registrert for et år om gangen, og det gjøres ikke korreksjoner for å fjerne logiske feil og svakheter på registreringene gjennom året utover eventuelle rettelser av kommunen. IPLOS-registeret er dermed ikke et ekte forløpsregister hvor en kan følge brukeres utvikling over lang tid.

Fremgangsmåte og begrensninger i datamaterialet

Analysen ser på tjenesteforbruket over en femårsperiode, fra 2007 og frem til brukeren dør i 2011. Halvparten av brukere som døde i 2011, hadde allerede tjenester ved oppstart av IPLOS. Dette gjør at det er vanskelig å følge tjenesteforbruk fra starttidspunkt for mottak av tjenestene og frem til død for alle

brukerne. I analysen av utvikling i tjenestebildet benyttes en oversikt over brukere som døde i løpet av 2011, og informasjon om tjenester disse mottar som rapporteres fra kommunene. For 2011 benyttes data ved dødstidspunkt, og for tidligere år brukes ferdig bearbejdede datagrunnlag som viser situasjonen ved utgangen av de respektive år. Ideelt sett burde man benyttet data med faste tidsavstander fra dødsdato, men den valgte tilnærmingen gjør uttrekk av data enklere og resultater sikrere siden metoder er vel etablerte. Analysen avgrenses til personer som har avsluttet tjenester dagen før eller på dødsdato. Utvalget av brukere blir da på mer enn 97 prosent av alle som har hatt tjeneste i 2011, og som dør i løpet av året.

Beregning av bistandsbehov

Bistandsbehov måles på ulike tidspunkt: ved død og deretter henholdsvis 1, 2, 3 og 4 år før død. For å forenkle uttrekk fra datafilene baseres resultatene på hvordan dette er registrert i den enkelte årgang. Mangler og feil som rettes i senere årganger, blir dermed ikke tatt hensyn til i beregningene. Dette er gjort for å unngå problemer knyttet til registreringer av fra- og til datoer i IPLOS. Dette innebærer at det er større usikkerhet knyttet til registreringer tidlig i perioden 2007-2011. Dette sees også ved nedgangen i uoppgift som vises i resultatene. Den enkelte tjenestebruker er bare med i beregningene for det enkelte år i den utstrekning brukeren hadde tjeneste det samme året.

ser som kommer av alder. Dette innebærer at selv mindre alvorlig grad av sykdom kan utløse behov for kommunale tjenester. Når yngre brukere innvilges hjelp av pleie- og omsorgstjenestene, vil ofte sykdom være svært alvorlig eller eventuelt medføre vesentlig funksjonshemming. Det er flere kvinner enn menn som har hatt en relativt lang tjenestehistorikk før de dør. Aldersforskjellene mellom kvinner og menn som dør, endrer ikke dette bildet på noen

vesentlig måte. 16 prosent av brukere over 66 år som døde i 2011, mottok ikke noen tjenester ved livets slutt. Det kan skyldes at brukeren er overført fra pleie og omsorg til andre tjenesteområder, for eksempel spesialisthelsetjenesten. Noe kan også skyldes statistiske unøyaktigheter.

Tabell 2 viser de ulike tjenestene som blir brukt av eldre brukere. I gjennomsnitt mottok brukerne som omfattes av analy-

Tabell 2. Tjenester ved livets slutt. Brukere som døde i 2011. Prosent

	I alt	Andre tjenester til hjemmeboende	Hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand	Korttidsopphold i institusjon ¹	Langtidsopphold i institusjon ¹
I alt	100	2	30	21	47
67-74 år	100	3	47	30	20
75-79 år	100	3	38	27	32
80-84 år	100	3	33	23	40
85-89 år	100	3	28	20	49
90 år og eldre	100	2	22	14	62

¹ Forskjell mellom korttids- og langtidsopphold i institusjon er definert i Bjørn Gabrielsen, artikkel 10.

Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

sen her, i underkant av to tjenestetyper hver.

Tjenester til hjemmeboende

Nesten alle brukerne som døde i løpet av 2011, og som ikke var innskrevet på institusjon, mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Hjemmesykepleie var den enkeltstående tjenesten som ble aller mest brukt, 85 prosent mottok dette. Tallene viser at nesten alle som mottar praktisk bistand, også mottok hjemmesykepleie. Brukerandelen for hjemmesykepleie var høyere for dem som døde i 2011, enn det som er tilfelle dersom en sammenligner med alle mottakere av hjemmetjenester. Det var også en stor andel brukere som benyttet seg av ordinær praktisk bistand og trygghetsalarm, henholdsvis i overkant av 50 og 40 prosent.

Brukere på institusjon

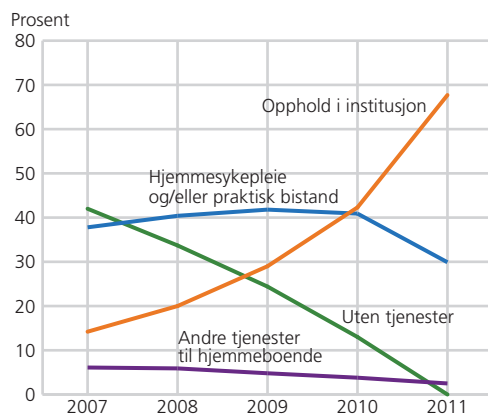
Nær 70 prosent av brukerne som døde i løpet av 2011, var innskrevet på institusjon, for kort- eller langtidsopphold (tabell 2). Andelen av mottakere innskrevet på institusjon er mer enn dobbelt så høy for dem som døde i 2011, enn det en finner for alle tjenestemottakere sett under ett. De fleste opphold varer lenge, men forholdet mellom kort- og langtidsopphold varierer med alder. I aldersgruppen 67-74 år er andelen på korttidsopphold større enn tilsvarende andel for langtidsopphold.

Jo eldre brukerne blir, desto vanligere blir langtidsopphold. Blant dem som døde i aldersgruppen 90 år og over, var 62 prosent på langtidsopphold.

Brukere som døde mens de var innskrevet på langtidsopphold, hadde i gjennomsnitt vært innskrevet i knappe to år. I dette tallet er brukere med vedtak som strekker seg lenger enn ti år bakover i tid, holdt utenfor. Medianen for langtidsopphold var 1,3 år, og 3 av 4 opphold hadde vart under tre år. Enkelte lange opphold er dermed med på å trekke gjennomsnittet kraftig opp. Totaltallene er relativt følsomme overfor hvor man setter grensen for hvor lange opphold som inkluderes. Tallene over er derfor mer usikre enn det som kan forventes når man baserer seg på fullstendige registerdata. Mye av usikkerheten skyldes tjenester som startet før IPLOS-registeret var etablert.

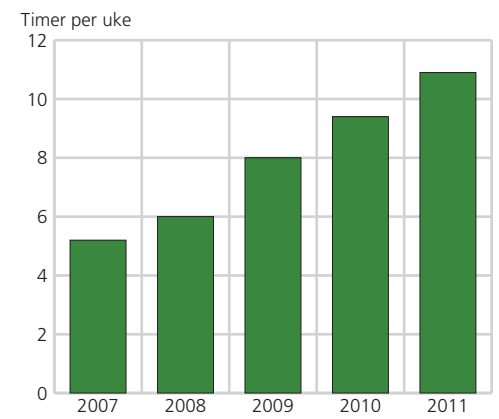
For beboere på korttidsopphold er tallene for dem som dør på institusjon, om lag som for øvrige brukere innskrevet på korttidsopphold, jamfør Bjørn Gabrielsen, artikkel 10, om institusjonsbeboere. Gjennomsnittstid for korttidsopphold ligger på omlag samme nivå, knappe tre uker. Dette har nok sammenheng med at en del relativt syke mennesker som innskriveres på korttidsopphold, utskrives som døde etter relativt kortvarige sykeleier.

Figur 2. **Utvikling i tjenester for tjenestebrukere som døde i løpet av 2011. Brukere 67 år og over. Prosent**



Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. **Gjennomsnittlig tildelte timer, utvikling frem mot død. Brukere med hjemmetjenester i perioden 2007-2011. Antall timer per uke**



Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

Utvikling i tjenestebildet

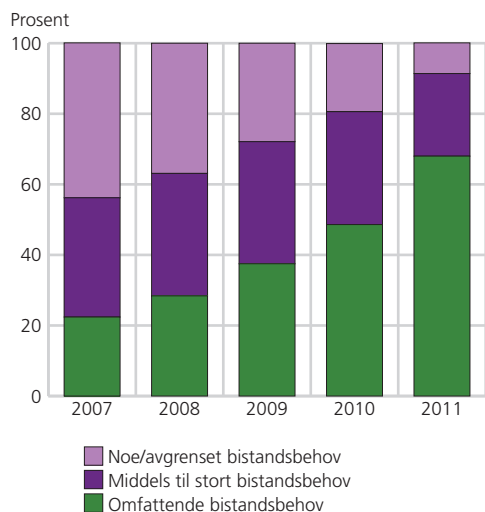
Figur 2 viser hvordan tjenestebildet utvikler seg for brukere som døde i løpet av 2011. Andelen som ikke brukte noen tjenester, falt jevnt fra vel 40 prosent til 0 prosent i perioden 2007-2011. Grunnen til at denne andelen er 0 prosent i 2011, er at vi ser på tjenestemottakere som dør i 2011. Figuren kan gi inntrykk av at personer som ikke bruker tjenester, innskrives direkte på institusjon. Den vanligste veien til institusjon går imidlertid via hjemmetjenestene, men her opphever tilgangs- og avgangstallene hverandre.

Utvikling i omfang av hjemmetjenester avhenger av forhold som pasientenes utvikling i allmenntilstand, eventuelle hjelpemidler bruker får, og hvor lenge den enkelte bruker har mottatt tjenester og lignende. Om lag en av fire brukere som mottok hjemmetjenester ved livets slutt, hadde opphold i bolig som kommunen disponerer til pleie og omsorgsmål. At boligen er tilrettelagt, kan ha stor betydning for hvor mye bistand den enkelte bruker har behov for. I figur 4 sees det

imidlertid bort fra slike forhold, og kun brukere som hadde hjemmetjenester i alle årene, presenteres.

For brukere som har hatt hjemmetjenester over flere år, øker gjennomsnittlig antall tildelte timer jo nærmere bruker kommer dødstidspunktet. I gjennomsnitt doubles antall tildelte timer i uken i perioden 2007-2011. Veksten er noe mindre for de yngste, men disse har i utgangspunktet flere timer enn de andre aldersgruppene. Kvinner tildeles flere timer enn menn, men endringen i antallet tildelte timer i perioden er om lag den samme. Ved å betrakte ulike kombinasjoner av tjenestebruk i perioden blir likevel hovedkonklusjonen den samme: Tildelte timer øker etter hvert som brukeren nærmer seg livets slutt. Tilsvarende gjelder også for brukere som har mottatt hjemmetjenester over en eller flere perioder frem mot død. Inntrykket er at utviklingen følger skissen angitt i figur 3, eventuelt med økende tildelte timer frem mot innskriving på institusjon for brukere som kommer på institusjon i løpet av perioden.

Figur 4. Utvikling i bistandsbehov frem mot død. Alle mottakere. 2007-2011



Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

Brukernes hjelpebehov

Det er en nær sammenheng mellom tjenesteforbruk og registrert bistandsbehov (Gabrielsen mfl. 2012). Bistandsbehovet registreres for enkeltindivider. Siden vi ikke har informasjon om individuell ressurstildeling for brukere på institusjon, kan bistandsbehovet brukes som en indikator på hjelpebehovet og indirekte om tjenesteforbruket eller ressurstildelingen. Indikatoren kan dermed tolkes og sammenliknes over tid uavhengig av om bruker bor hjemme eller på institusjon.

Figur 4 viser at for tjenestemottakere som døde i 2011, øker bistandsbehovet raskt. Andelen med omfattende bistandsbehov økte fra 22 til 68 prosent i løpet av perioden 2007-2011. Figuren omfatter brukere som hadde tjenester i alle disse årene.

Forverret allmenntilstand er trolig den viktigste årsaken til økende bruk av tjenester frem mot død. Ved dødstidspunktet befinner nær 70 prosent av brukerne seg i gruppen med mest omfattende behov for

Bistandsbehov

Bistandsbehovet er beregnet som et veid gjennomsnitt av score på ulike bistandsvariabler (ADL/IADL). I IPLOS omfatter dette ulike aktiviteter og funksjoner: sosial deltakelse, skaffe seg varer og tjenester, beslutninger i dagliglivet, ivareta egen helse, bevege seg innendørs, alminnelig husarbeid, personlig hygiene, på- og avkledning, lage mat, spise, bruke toalett, bevege seg utendørs, syn, hørsel, hukommelse, kommunikasjon, styre egen atferd. En brukers samlede behov for bistand grupperes etter hvor omfattende dette behovet er: lite/avgrenset bistandsbehov, middels til stort bistandsbehov, omfattende bistandsbehov. Grupper med omfattende bistandsbehov er de som har størst behov for personbistand i hverdagen. Dette er forklart nærmere i Bjørn Gabrielsen, artikkel 10, og Gabrielsen mfl. 2012.

bistand. Flesteparten av disse vil ha tilbud om opphold i institusjon. I institusjonene er det trolig knyttet større ressurser opp mot brukere som snart skal dø, enn andre brukere. Økningen i prosentpoeng for gruppen med størst bistandsbehov tiltar frem mot død, slik at veksten i denne gruppen er størst fra overgangen 2010 til dødsåret, 2011.

Oppsummering

En gruppe brukere av tjenester er fulgt over en femårsperiode fra 2007 til de døde i 2011. Sentralt her har vært å finne ut hvor lenge brukere av pleie- og omsorgstjenester mottar tjenester, og hvordan forløpet av tjenestemottak er i tiden frem mot at brukeren dør. Analysen viser at bistandsbehovet og ressursbruken øker i løpet av de fem siste leveårene. Mot slutten av livet befant nesten 70 prosent av brukerne seg i øverste trinn i omsorgstrappen, det vil si at de var heldøgnsbeboere i pleie- og omsorgsinstitusjoner. For mottakere av hjemmetjenester i hele perioden ble ressursinnsatsen doblet mot slutten

av livet. 35 prosent av brukerne som døde i 2011, var ikke brukere av pleie- og omsorgstjenester i 2007.

Lignende analyser for sykehus er gjort av Melberg mfl. (2013) som viser at bruken av ressurser til helsetjenester i Norge er mer knyttet til det siste leveåret før død enn til pasientens alder. Og en annen studie fra Finland (Häkkinen mfl. 2007) viser en lignende sammenheng for ressursinnsats i omsorgstjenesten – at det ikke er de eldste i alder, men de som nærmer seg livets slutt, som trekker de største ressursene.

Hittil har det ikke vært tilgjengelige norske data som har muliggjort analyse av hva som betinger størst ressursinnsats i omsorgstjenesten, alder i seg selv eller avstand til dødstidspunktet. Med individbasert pleie og omsorgsstatistikk (data fra IPLOS) vil en fremover kunne belyse slike problemstillinger. Etter hvert som tidsseriene blir lengre, vil en kunne følge brukere av pleie- og omsorgstjenestene gjennom hele tjenesteforløpet. Kombinert med data fra andre kilder vil en trolig kunne kvantifisere hvilken effekt endringer i brukeres bistandsbehov har på ressursinnsatsen i institusjon.

Referanser

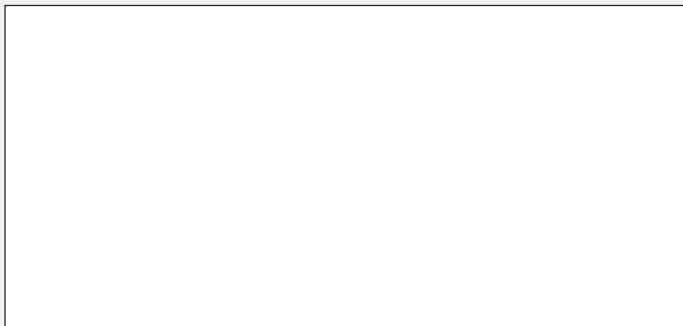
Gabrielsen, Bjørn, Berit Otnes, Brith Sundby (2012): *Pleie- og omsorgstjenesten 2011. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*, Rapporter 43/2012, Statistisk sentralbyrå.

Holmøy, Erling og Vibeke O. Nielsen (2008): *Utviklingen i offentlig ressursbruk knyttet til helse og omsorgstjenester: En oversikt over relevant faglitteratur*, Rapporter 2008/42, Statistisk sentralbyrå.

Holmøy, Erling, Julie Kjelvik og Birger Strøm (2013): *Utviklingen i arbeidskraftsbehovet innen helse og omsorg fremover*, Kommer i serien Rapporter fra Statistisk sentralbyrå.

Melberg, H.O, G. Godager og F.A. Gregersen (2013): *Sykehusutgifter mot livets slutt*, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2013:133:841-4.

Häkkinen, Unto, Pekka Martikainen, Anja Noro, Elina Nihtilä, Mikko Peltola (2007): *Aging, Health expenditure, Proximity of Death and Income in Finland*, Discussion Papers, Stakes, Finland.



Returadresse:
Statistisk sentralbyrå
NO-2225 Kongsvinger

Store etterkrigskull nærmer seg pensjonsalderen og skaper press på velferdsordningene våre. I hvilken grad vil et økt antall eldre kreve at dagens helse- og omsorgstjenester bygges ut? Flere forhold vil kunne påvirke etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester fremover. Det gjelder særlig utviklingen i eldres helse og funksjonsevne. I et knippe artikler ser vi på demografiske utviklingstrekk, eldres bruk av helse- og omsorgstjenester i dag, som fastlege, sykehustjenester, hjemmetjenester og sykehjem, og på ressursene dette krever i personell og offentlige utgifter.

Avsender:
Statistisk sentralbyrå

Postadresse:
Postboks 8131 Dep
NO-0033 Oslo

Besøksadresse:
Kongens gate 6, Oslo
Oterveien 23, Kongsvinger

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

ISBN 978-82-537-8705-3 (trykt)
ISBN 978-82-537-8706-0 (elektronisk)
ISSN 0804-3221

ISBN 978-82-537-8705-3



9 788253 787053



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway