

Arbeidskraftbehov i pleie- og omsorgssektoren mot år 2050

Björg Langset

Behovet for pleie- og omsorgstjenester vil øke sterkt etter 2020. For å holde 2003-nivå på kommunale pleie- og omsorgstjenester vil arbeidskraftbehovet kunne øke med om lag 130 000 årsverk, dvs det vil være om lag 120 prosent høyere i 2050 enn i 2003. Dette skyldes at «eldrebølgen» får innvirkning på etter-spørsele etter tjenestene, og at dødeligheten for de eldre også går ned. Med en antagelse om lavere sykkelighet enn nå på hvert alderstrinn, vil arbeidskraftbehovet kun øke med 70 prosent i samme periode. På den annen side, med mer realistiske forventninger om pleie og omsorg utført av familie og andre frivillige, vil arbeidskraftbehovet kunne øke kraftig. I tillegg kommer forventninger om høyere standard for disse tjenestene, som vil legge ytterligere press på sektoren.

Innledning

Etterkrigsårenes store barnekull nærmer seg nå pensjonsalderen. Dette har utløst diskusjoner angående finansieringen av velferdsstaten, og da spesielt med hensyn til finansieringen av pensjonene. Økningen i antall eldre vil imidlertid også medføre stort press på de velferdstjenestene som eldre har behov for, det være seg pleie- og omsorgstjenester, sykehus tjenester og andre helsetjenester. Vi vil her se nærmere på etter-spørsele etter pleie- og omsorgstjenester i årene framover.

Beregningene som presenteres her er basert på MAKKO¹. Dette er en makromodell som anslår utvikling i sysselsetting ut fra antagelser om utvikling i dekningsgrad, standard og befolkning. Folkemengden i modellen framskrives med Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskriving, jf Brunborg og Texmon (2005), mens standarder og dekningsgrader vil variere etter forutsetninger om blant annet helsetilstand og sykkelighet. Se Langset (2006) for en nærmere beskrivelse av modellen.

Pleie- og omsorgssektoren omfatter for det første alders-, sykehjem og andre institusjoner med heldøgns pleie- og omsorgstjenester. For det andre omfattes hjemmesykepleie og praktisk bistand, avlastningstiltak og støttekontakt til personer pga. alder, sykdom eller funksjonshemming. I modellen blir sysselsettingen i sektoren fordelt på henholdsvis hjemme- og institusjonsbaserte tjenester. Standarden er definert som antall timeverk per beboer (institusjon) eller timeverk

per mottaker (hjemmetjenester). Dekningsgradene er definert som andel av befolkningen innen ulike kjønns- og aldersgrupper som bor i institusjon eller mottar hjemmebaserte tjenester. Kjønnsdimensjonen er innarbeidet fordi det er stor forskjell i dekningsgrader for eldre kvinner og menn innenfor pleie- og omsorgssektoren, og dette vil ha betydning for framskrivningene ettersom den demografiske utviklingen for kvinner og menn er noe ulik.

Sysselsettingen i pleie- og omsorgssektoren i 1988 - 2003

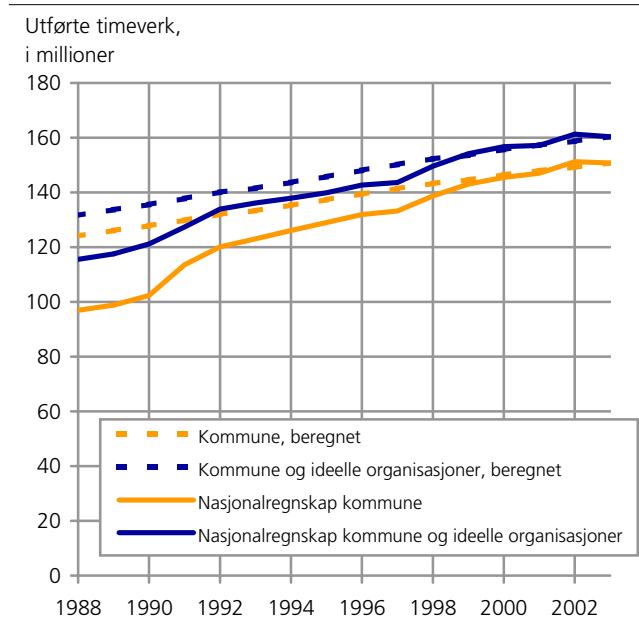
Før vi omtaler framskrivningsalternativene kan det være interessant å se hvordan sysselsettingsutviklingen har vært i pleie- og omsorgssektoren de siste årene. I figur 1 vises nasjonalregnskapets tall for sysselsetting i pleie- og omsorgstjenester i perioden 1988 til 2003, målt i timeverk. Det meste av pleie- og omsorgstjenestene har vært drevet innenfor kommune-forvaltningen, men i tillegg har det vært et betydelig innslag av private/ideelle organisasjoner som har drevet pleie- og omsorgstjenester. Totalt sett, uavhengig av om kommunen eller ideelle organisasjoner har drevet tjenesten, har det vært en vekst i sysselsettingen på nesten 39 prosent fra 1988 til 2003.

For å forklare veksten i sysselsetting har vi beregnet hva sysselsettingen hadde vært i tidligere år hvis man hadde hatt 2003-nivå på standard og dekningsgrader i disse årene. Resultatene fra denne beregningen er illustrert i figur 1. Figuren viser at demografiske endringer kan forklare 64 prosent av veksten i utførte timeverk, når en ser på kommunenes og ideelle organisasjoners timeverk til pleie- og omsorg under ett. Den resterende veksten i timeverk på 36 prosent skyldes endringer i standard og dekningsgrader. Ser en

Björg Langset er førstekonsulent ved Gruppe for offentlig økonomi blt@ssb.no

¹ Modellen er oppdatert med basisår 2003, og sysselsettingstallene er konsistente med nasjonalregnskapet. Nasjonalregnskapstall kan avvike noe fra primærstatistikkene, og dette er tilfellet for pleie- og omsorgssektoren. Denne forskjellen vil imidlertid ha relativt liten betydning for beregnet vekst.

Figur 1. Timeverk i pleie- og omsorg, og beregnede timeverk når standard og dekningsgrader holdes konstant på 2003-nivå, 1988-2003



kun på kommunale timeverk, forklarer demografi 50 prosent av veksten, slik at det har vært en viss overgang fra timeverk utført i ideelle organisasjoner til kommunale timeverk i løpet av perioden. Vekst i standard og/eller dekningsgrader var i perioden 1991-1993 påvirket av HVPU-reformen, mens Handlingsplanen for eldreomsorg kan ha vært medvirkende til økt standard/dekningsgrader på slutten av 1990-tallet.

I dag driver private eller ideelle organisasjoner om lag 10 prosent av institusjonsplassene, og et økende antall private firma tilbyr hjemmetjenester også som et supplement til de offentlig finansierte tjenestene. I det videre av denne artikkelen ser vi bort fra dette, men disse forholdene trekker i retning av at våre anslag er moderate i forhold til etterspørselen etter denne type tjenester.

Beregningsalternativer

I tillegg til utvikling i standard, dekningsgrad og befolkning, har helsetilstand stor betydning for framtidig pleie- og omsorgsbehov. Ettersom det er forventet at vi vil leve lengre i framtiden enn i dag, vil vi da få flere friske eller syke år?

Ulike teorier for denne sammenhengen baseres på bakenforliggende årsaker til at forventet levealder forutsettes å øke, se Thorslund og Parker (2005) for en oversikt. Den første hypotesen bygger på at det ikke er noen sammenheng mellom sykkelighet og levealder, og at man i framtiden må forvente å bli syk på samme tid som i dag. Dette kan kalles *utvidet sykkelighet* ettersom økt levealder medfører lengre tid som syk. Årsaken til at forventet levealder øker tilskrives medisinske fremskritt som gjør det mulig å leve lengre med alvorlige sykdommer. Dette innebærer at de aldersbetingede dekningsgradene faktisk kan komme til

å øke i framtiden, ettersom alvorlig syke lever lengre med sykdommer som man tidligere døde av. Ettersom de sykeste lever lengre enn tidligere, kan man også forvente at disse er ressurskrevende å pleie, slik at det kreves høyere standard i sektoren.

Et alternativ som kan kalles *utsatt sykkelighet* baseres på at økt forventet levealder fører til at man blir syk på et senere tidspunkt. Økningen i forventet levealder tilskrives generelt bedre livsvilkår og helsetilstand i befolkningen, og dette slår ut i flere friske år. Tidsperioden som syk antas i vår framskrivning konstant, slik at antall år som syk ikke endres, men bare inntreffer på et senere tidspunkt.

En tredje hypotese tar utgangspunkt i at det kan finnes en «genetisk grense» for hvor høy gjennomsnittlig levealder kan bli. I utgangspunktet øker levealder av samme årsaker som over, dvs bedre livsvilkår øker antallet friske år, men veksten i friske år vil være større enn veksten i forventet levealder. Dette skyldes at når forventet gjennomsnittlig levealder øker, stanger en etter hvert mot den genetiske grensen for hvor gammel en kan bli, og dette antas å føre til at selve sykdomsforløpet går raskere. Alternativet kalles *sammenhengt sykkelighet* ettersom tid som syk blir kortere når forventet gjennomsnittlig levealder øker.

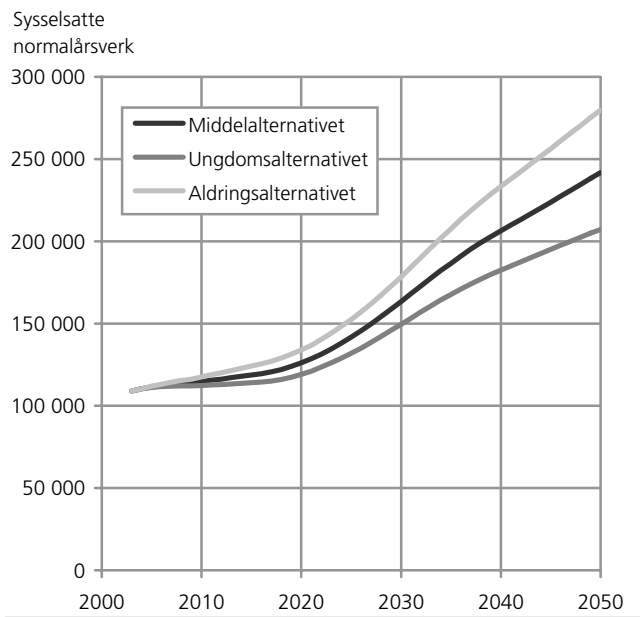
Hvilken av teoriene som stemmer best overens med utviklingen er et åpent spørsmål ettersom det ikke er påvist en entydig sammenheng mellom forventet levealder og sykkelighet/helsetilstand. Thorslund og Parker (2005) peker blant annet på at utviklingen synes å være forskjellig i ulike tidsepoker. Den positive utviklingen i helsetilstand i Sverige på 1970- og 1980-tallet - som vi kan anta ligger nær utviklingen i Norge - falt sammen med høyere gjennomsnittlig levealder. På 1990-tallet var det imidlertid indikasjoner på at forholdene i helsetilstand syntes å ha stagnert. Som illustrasjon på mulig utvikling har vi laget alternative utviklingsbaner basert på de ulike teoriene.

Konstantalternativet medfører utvidet sykkelighet

I konstantalternativet holdes de aldersbetingede dekningsgradene og standardene konstant på 2003-nivå, og endringer i sysselsettingsbehovet innen sektoren blir kun drevet av demografiske endringer. Det betyr at en 75 åring i 2050 har like stor sannsynlighet for å trenge pleie- og omsorgstjenester som en 75 åring hadde i 2003, selv om forventet gjenstående levetid har økt med flere år. Dette alternativet kan sies å være en moderat versjon av hypotesen om utvidet sykkelighet, ettersom økt levetid fører til at man forventes å være syk og pleietrengende i flere år, men i moderat form ettersom vi ikke øker dekningsgrader og standarder.

I tillegg til sykkelighetsutviklingen har forutsetninger om framtidig befolkningsvekst stor betydning for utviklingen innen pleie- og omsorgssektoren. Vi har il-

Figur 2. Sysselsettingsbehov i pleie- og omsorgssektoren ved ulike forutsetninger i befolkningsframskrivningen (uendret helsetilstand)



lustrert dette ved tre alternative framskrivninger, jf figur 2. Middelalternativet bygger på fruktbarhetsrater på om lag dagens nivå i årene framover, som er rundt 1,8 barn per kvinne. I tillegg bygger middelalternativet på forutsetninger om en vekst i forventet levealder for nyfødte fra 77,5 år i 2004 til 84,7 år i 2050 for menn, og fra 82,3 år i 2004 til 88,9 år i 2050 for kvinner. Ungdomsalternativet forutsetter høyere fruktbarhet og lavere økning i levealder sammenlignet med middelalternativet, mens aldringsalternativet forutsetter lavere fruktbarhet og høyere vekst i levealder. Under alle tre alternativene er det forutsatt middels nettovandring, som også ligger nær dagens nivå. Befolkningsframskrivningene er beskrevet og dokumentert i Brunborg og Texmon (2005)

Ungdomsalternativet, kombinert med konstantalternativet for sykkelighet, gir en økning i arbeidskraftbehovet innenfor sektoren på i underkant av 100 000 årsverk, mens aldringsalternativet medfører en økning på over 170 000 årsverk i sektoren fra 2003 til 2050. Det representerer om lag 90 prosent økning i arbeidskraftsbehovet under ungdomsalternativet, og 156 prosent økning under aldringsalternativet. Middelalternativet innebærer en vekst på 122 prosent i perioden. Årsaken til den sterke økningen er en forventet økning i tallet på eldre, spesielt de over 80 år, i perioden etter år 2020. Denne aldersgruppen utgjør en vesentlig andel av brukerne innenfor pleie og omsorg.

Andre forutsetninger om helsetilstand og funksjonsevne

I alternativet Utsatt sykkelighet antas at antall år med sykdom og funksjonstap blir omtrent den samme som før. En 75 åring vil i så fall ikke forventes å ha det samme sykdomsbildet i 2050 som en 75 åring hadde i 2003, ettersom forventet gjenstående levetid er høye-

re i 2050. For å fange opp dette korrigerer vi dekningsgradene slik at de helsekorrigerte dekningsgradene for aldersgruppen representerer dekningsgradene for individer med like lang forventet gjenstående levetid i basisåret. Økt forventet levetid slår da ut i økt forventet antall friske år, se figur 3.

Ved Utsatt sykkelighet får vi i perioden frem til 2050 en økning på om lag 75 000 årsverk i sektoren sammenlignet med 2003. Det representerer en økning i arbeidskraftbehovet på nær 70 prosent. I 2050 vil økningen i arbeidskraftbehovet være om lag 43 prosent lavere enn i alternativet med utvidet sykkelighet.

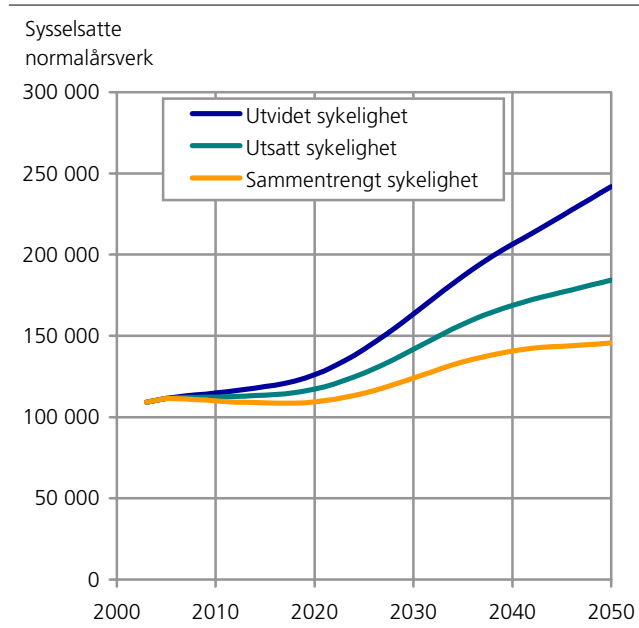
Sammentrengt sykkelighet har vi operasjonalisert ved å anta at helseforbedringen øker prosentvis like mye som helseforbedringen mellom Utvidet sykkelighet og Utsatt sykkelighet, dvs vi korrigerer dekningsgradene prosentvis like mye fra Utsatt sykkelighet til Sammentrengt sykkelighet, som dekningsgradene ble korrigert fra Utvidet sykkelighet til Utsatt sykkelighet.

Under forutsetningen om sammentrengt sykkelighet er ressursbehovet fram mot 2020 om lag uendret ettersom folks helse gradvis forbedres samtidig som antallet over 80 år, dvs den mest ressurskrevende aldersgruppen, forventes å være tilnærmet konstant. Etter 2020 øker denne gruppen markant - innen 2040 er det forventet at størrelsen er doblet. Dermed vil ressursbehovet i slutten av perioden bli noe høyere enn i dag, men en økning på 34 prosent er lite i forhold til de andre alternativene.

Betydning av familieomsorg

I framskrivningene foran har vi implisitt antatt at forholdet mellom privat ulønnet omsorg og den offentlig finansierte omsorgen er konstant. Det vil si hvis behovet for omsorgstjenester dobles, så har vi implisitt forutsatt at også den ulønnede omsorgen dobles. Dette kan være en urealistisk antagelse, blant annet fordi antallet yngre mennesker, som i stor grad står for denne omsorgen, øker mye mindre enn antallet eldre. I tillegg har andel og antall husholdninger som består av kun én person gått opp de siste tiårene, og dette trekker i retning av at omsorg utført av ektefelle/samboer innen samme husholdning vil kunne forventes å gå ned i årene framover.

Det er vanskelig å måle omfanget av den frivillige ulønnede omsorgen. Ifølge levekårsundersøkelsen i 1995 ga 16 prosent av den voksne befolkning, eller om lag 400 000 personer, regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn til syke, funksjonshemmede eller eldre utenfor egen husholdning. Hjelpen gikk først og fremst til slektninger, men en del gikk også til naboer og venner. Om lag en tredjedel gikk til egne foreldre, jf Kitterød (1996). Omregnet til årsverk vil dette tilsvare om lag 50 000 årsverk. I tillegg kommer pleie- og omsorg til voksne innenfor egen husholdning. Dette kan være omsorg som i liten grad blir målt i timer

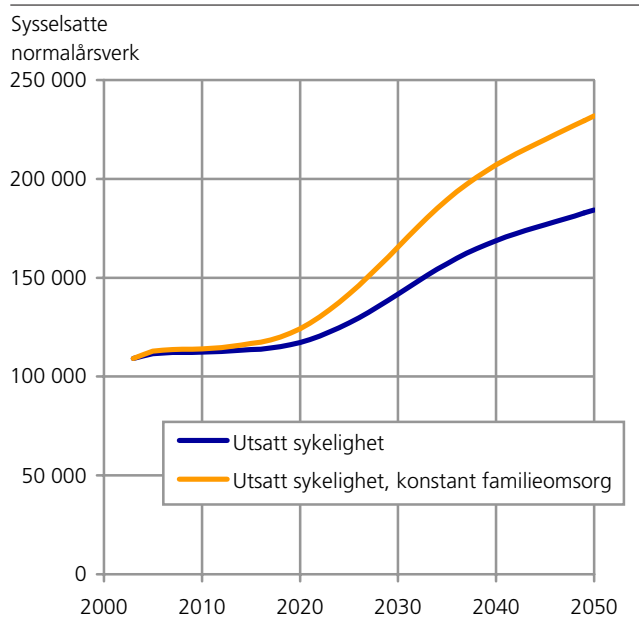
Figur 3. Sysselsettingsbehov i pleie- og omsorgssektoren ved ulike antagelser om helse og funksjonsevne

og minutter, men hvor den hjelpetrengende for eksempel ikke kunne bodd alene uten jevnlig tilsyn. Tilsvarende hjelp utført av personer i andre husholdninger, eller utført av kommunal pleie- og omsorgstjeneste, ville ha utløst mye høyere registrert tidsbruk.

Den ulønnede pleie- og omsorgen, utført av familien eller andre, kan antas å ligge et sted mellom 50 000 og 100 000 årsverk. Vi antar her at familieomsorg utgjør ca 80 000 årsverk, og at den holder seg konstant på dette nivået i tiden framover, slik at hele veksten i behovet for omsorgstjenester må ivaretas i pleie- og omsorgssektoren.

Den private, ulønnede omsorgen kan enten være et supplement til den offentlige omsorgen, eller den kan være hjelp til mennesker som ikke får offentlig finansiert omsorg. I det første alternativet utgjør familieomsorg en standardøkning i forhold til brukerne; antall timer med hjelp er større enn det som rapporteres ved kun å se på den offentlige hjelpen. I figur 4 viser vi alternativet med Utsatt sykkelighet, hvor det i utgangspunktet også er 80 000 årsverk utført ulønnet av familien og andre innenfor hjemmetjenestene. Vi antar at denne type omsorg ikke øker framover, slik at økt behov for hjelp må dekkes av det offentlige. Dette fører til at veksten i ressursbehovet i sektoren øker mer enn ellers fra 2020.

Hvis familieomsorgen ikke øker tilsvarende etterspørselsøkningen etter omsorgstjenester, vil sysselsettingsbehovet innenfor den formelle omsorgssektoren øke med 113 prosent fram mot 2050, selv om vi har antatt at perioden med sykdom og pleiebehov ikke blir lengre. Dette er en økning som er 44 prosentpoeng større enn hvis familieomsorgen øker proporsjonalt med den

Figur 4. Sysselsettingsbehov i pleie- og omsorgssektoren ved konstant familieomsorg

betalte omsorgen, noe som representerer en forskjell på om lag 48 000 årsverk i 2050.

I alternativene under er forutsetningene om utsatt sykkelighet med konstant familieomsorg brukt som referansealternativ.

Betydning av forskning og behandling av demens

Ifølge Romøren (2003) er demens viktigste årsak til pleiebehov hos ca 42 prosent av beboerne i sykehjem, og 34 prosent av beboerne på aldershjem. I tillegg kommer en del med multiple diagnoser, hvor også demens vil ha betydning for funksjonsevnen, slik at demens er kjennetegn ved en stor del av institusjonsbeboerne. En effektiv behandling av demens ville dermed kunne få stor betydning for etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester, og det satses betydelig på forskning innen feltet.

Det er umulig å vite når framtidige gjennombrudd i forskningen og utvikling av effektive behandlingsmetoder for aldersbetingede sykdommer kan inntreffe. For å illustrere betydningen en effektiv behandling kan få, har vi antatt at det kan komme et gjennombrudd i forskningen i 2020, og at gjennombruddet består av at man da har fått en medisin eller «vaksine» mot demens.

Romøren og Svorken (2003) anslår det at 73 prosent av institusjonsbeboerne er demente i alvorlig eller moderat grad. Blant mottakere av hjemmetjenester har om lag 10 prosent aldersdemens som viktigste årsak til hjelpebehovet. Av beboerne i omsorgsboliger (disse er definert som hjemmeboende) er ca 9 prosent av beboerne alvorlig demente, og 16 prosent moderat demente. Om lag 25 prosent av beboerne i omsorgs-

boliger i deres utvalg er dermed alvorlig eller moderat demente. I Romøren (2003) er demens viktigste årsak til hjelpebehov for nesten 13 prosent av beboerne i omsorgsbolig, mens tilsvarende for mottakere av tjenester i eget hjem var 11 prosent. Andelen med diagnosen dement var dermed ikke svært forskjellig mellom de to mottakergruppene av hjemmetjenester i denne undersøkelsen.

Ut fra de store andelene som har demens som viktigste årsak til pleie- og omsorgsbehov, antar vi at dekningsgraden i institusjonene over en periode vil halveres, dvs nye tilfeller vil få «vaksine», mens de eldre beboerne etter hvert dør ut. I tillegg antar vi at halvparten av de som ellers ville hatt demens vil klare seg selv, mens den andre halvparten vil kunne klare seg med et mindre hjelpebehov og bo for seg selv i en omsorgsbolig eller med annen hjemmebasert pleie- og/eller omsorgstjeneste. Isolert sett betyr dette at dekningsgradene i hjemmebasert omsorg øker. På den andre siden vil også noen brukere av hjemmetjenester få mindre behov for hjelp, og vi antar at et gjennombrudd i demensforskningen reduserer antall brukere med 15 prosent. Ettersom antall brukere av hjemmetjenester er mye større enn antall brukere av institusjonstjenester, vil totaleffekten av en «vaksine» være at antall brukere av hjemmetjenester reduseres noe. Tiden fra vaksinen blir funnet til virkningen har kommet for fullt har vi forutsatt er 10 år. Standarden målt i timeverk per bruker er holdt konstant.

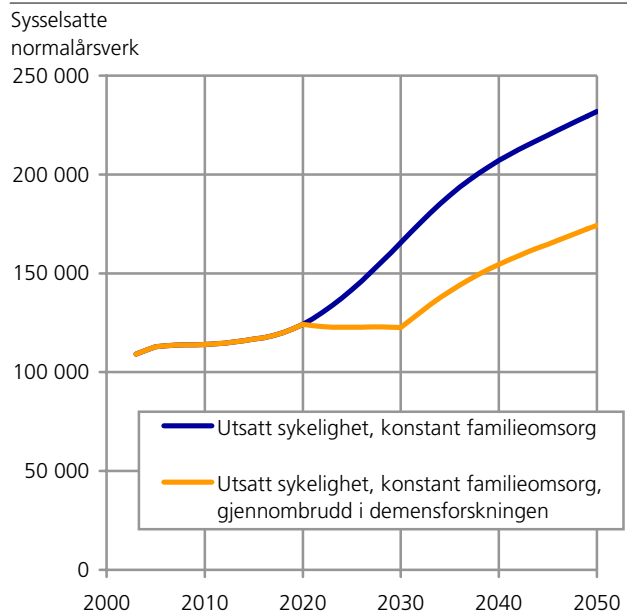
Figur 5 viser utviklingen i referansealternativet og hva utviklingen kan bli hvis det kommer et gjennombrudd i forskningen under våre forutsetninger. Gjennombruddet fører til at sysselsettingsbehovet i perioden 2020-2030 er omtrent konstant for sektoren som helhet, og i 2050 vil antall årsverk som kreves i sektoren være om lag 25 prosent lavere enn hvis det ikke kommer et gjennombrudd. Brutt ned på institusjonstjenester og hjemmetjenester viser det seg at ressursbehovet for hjemmetjenester øker i hele perioden selv om vaksinen mot demens isolert sett skulle redusere antallet brukere. Årsaken til dette er at økningen i antall eldre er større enn reduksjonen i behov pga «vaksine».

Personer med demens er til dels svært ressurskrevende brukere, og det kunne vært naturlig å forutsette at standarden målt i timeverk per bruker vil gå ned hvis færre får demens. Vi har imidlertid ikke konkrete anslag for forskjeller i ressursbehov for personer med denne diagnosen og andre sykehjemsbeboere, men dette tatt i betraktning burde ressursbehovet reduseres ytterligere ved en «vaksine».

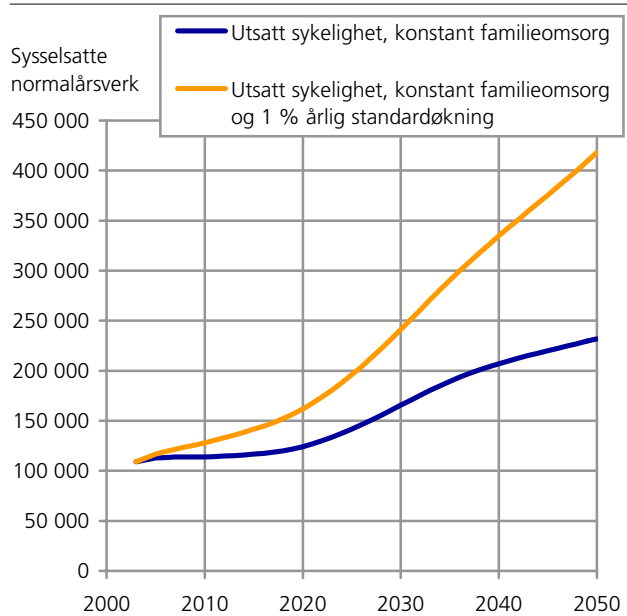
Standardheving

I tillegg til endringer i dekningsgrad vil endringer i standarden være sentralt for utviklingen i sektoren. I det følgende vil vi se på effekten av at standarden i sektoren vil øke. Gjennomsnittlig årlig vekst i standard på 1990-tallet kan imidlertid være en dårlig indi-

Figur 5. Sysselsettingsbehov i pleie- og omsorgssektoren ved gjennombrudd i demensforskning fra 2020



Figur 6. Sysselsettingsbehov i pleie- og omsorgssektoren ved en standardøkning, 1 prosent vekst i standard per år



kator på hva vi forventer av standardutvikling framover. Spesielt tidlig på 1990-tallet var utviklingen i standard påvirket av gjennomføringen av store reformer innen sektoren, som for eksempel HVPU-reformen. I perioden 1992-2000 var standardøkningen på 1,3 og 5,2 prosent per år i henholdsvis kommunale institusjons- og hjemmebaserte tjenester, og en slik vekst vil være urimelig høy å framskrive utviklingen med, jf også innledningen hvor vi viste at noe av denne beregnede standardøkningen i kommunesektoren kan skyldes overføring av timeverk fra ideell til kommunal sektor. Vi antar imidlertid at de som trenger pleie- og omsorg også vil få ta del i velferdsutviklingen framover, og at dette kan medføre nye reformer som øker standarden i sektoren.

Tabell 1. Vekst i årsverk ved ulike alternativ i forhold til utgangsnivå i 2003. Prosent

	2010	2020	2030	2040	2050
Utvidet sykkelighet - «Konstantalternativet»					
Ungdomsalternativet	3	9	37	67	90
Middelalternativet	5	16	50	89	122
Aldringsalternativet	8	23	64	114	156
Utsatt sykkelighet - «Helsealternativet»					
«Helsealternativet»	3	7	30	55	69
Konstant familieomsorg	5	14	52	90	113
Gjennombrudds alternativet	5	14	12	42	60
Standardøkning	17	48	121	207	283
Sammentrengt sykkelighet	1	0	14	29	34

For å illustrere betydningen av en standardøkning antar vi at standarden øker med 1 prosent per år i alternativet med utsatt sykkelighet og konstant familieomsorg. Vi antar at standardøkningen er lik i både den hjemmebaserte og den institusjonsbaserte omsorgen. Figur 6 viser at dette fører til en svært sterk økning i ressursbehovet i sektoren. Ifølge våre forutsetninger vil en slik utvikling gi en økning i ressursbehovet på over 280 prosent, slik at dagens om lag 110 000 årsverk i sektoren øker til over 400 000 årsverk i 2050.

Økningen er spesielt sterk fordi det er forutsatt at de som får familieomsorg også vil kreve en standardøkning på lik linje med de som får den offentlige velferdstjenesten, og denne veksten vil komme i form av omsorgstjenester fra det offentlige ettersom vi har forutsatt at den ubetalte familieomsorgen ikke vil øke framover.

Avslutning

Fram til 2020 går vi inn i en periode med relativt svak økning i etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester for gitte standarder og dekningsgrader. I gjennomsnitt trengs det kun om lag 1000 nye årsverk per år for å holde standard og dekningsgrader konstant i denne perioden. Økningen i antall eldre vil imidlertid gi store utfordringer fra 2020. Hvor store utfordringene blir vil i stor grad avhenge av hvordan helsetilstanden utvikler seg når vi lever lenger. I tillegg til utviklingen i sykkelighet har også utviklingen i den ubetalte omsorgen stor betydning for arbeidskraftbehovet, ettersom dette representerer store ressurser i dag og det er tvilsomt at denne type hjelp vil kunne øke i samme takt som behovet øker etter 2020.

Vi har kun sett på pleie- og omsorgssektoren i disse beregningene. Utfordringene som eldrebølgen vil gi etter 2020, vil forsterkes av at etterspørselen etter sykehustjenester og andre helserelevante tjenester vil få noenlunde tilsvarende utvikling som etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester.

Tabell 1 oppsummerer våre alternativer og utviklingen i perioden.

Referanser

Kitterød, R. H. (1996): Mer uformell omsorg fra hushold til hushold. *Samfunnsspeilet 1/1996*, 30-38, Statistisk sentralbyrå.

Langset, B. (2006): Arbeidskraftbehov i det kommunale tjenestetilbudet mot 2060, *Økonomiske analyser 2/2006*, 27-31, Statistisk sentralbyrå.

Brunborg, H. og I. Texmon (2005): Hovedresultater fra befolkningsframskrivningen 2005-2060, og Forutsetninger for befolkningsframskrivningen 2005-2060, *Økonomiske analyser 6/2005*, 30-38, Statistisk sentralbyrå.

Romøren, T. I. (2003): Del II i Helsetilsynets rapport: «Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud».

Romøren, T. I. og B. Svorken (2003): Velferdsstat og velferdskommune, Iverksettingen av «Handlingsplan for eldreomsorgen» i kommunene i Nord-Trøndelag, *NOVA Rapport 12/2003*.

Thorslund, M. og M. G. Parker (2005): Hur mår egentligen de äldre? Motstridiga forskningsresultat tyder på både förbättrad och försemrad hälsa, *Läkartidningen*, 102, 3119-3124.