



Eldrebefolkningen, nå og i framtiden

Humanitære behov og omsorgsressurser

Anders Barstad og Roger Hammersland

TALL

SOM FORTELLER

RAPPORTER / REPORTS

2025/22

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

© Statistisk sentralbyrå

Publisert: 12. august 2025

ISBN 978-82-587-2025-3 (elektronisk)

ISSN 1892-7513 (elektronisk)

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

Forord

Denne rapporten er skrevet på oppdrag av Norges Røde Kors, og har to hovedformål. Det første er å beskrive de humanitære behovene blant dagens eldre, basert på foreliggende statistikk og forskning, og hvordan disse behovene blir ivaretatt av den offentlige eldreomsorgen. Det andre er å forsøke å si noe om hvordan de humanitære behovene og eldreomsorgen kan utvikle seg i framtiden, basert på SSBs befolkningsframskrivninger og andre kilder. Rammeverket for å beskrive humanitære behov er hentet fra en tidligere SSB-rapport (Hammersland og Barstad, 2022).

Statistisk sentralbyrå, 1. juli 2025

Linda Nøstbakken

Sammendrag

Formålet med denne rapporten er å belyse de humanitære behovene i eldrebefolkningen, og hvordan disse kan se ut i framtiden. En viktig problemstilling er også hvordan den offentlige eldreomsorgen ivaretar disse behovene, både nå og i et framtidsperspektiv. I tillegg er ulikhet, geografisk og sosialt, et tema i gjennomgangen. Eldre er definert som personer i alderen 67 år og over. Rapporten er i hovedsak basert på foreliggende statistikk og forskningslitteratur.

På mange områder av livet har eldre fått det bedre de siste tiårene. Flere sider ved helsetilstanden er forbedret, slik som bevegelsesevne, gripestyrke og hørsel. Langt færre enn for 25 år siden har inntekter under EUs lavinntektsgrense. En lavere andel eldre føler seg ensomme og deprimerte, og flere oppgir at de er lykkelige og tilfredse. Samtidig viser gjennomgangen at det er betydelige sosiale og geografiske ulikheter, samt store forskjeller mellom de yngste og eldste eldre. Sammenlignet med de yngre eldre, mellom 67 og 79 år, er eldre over 80-85 år langt mer utsatt. Det er større humanitære behov blant aleneboende og enslige enn blant andre eldre, knyttet til velferdsdimensjoner som lavinntekt, helse, ensomhet, utrygghet og utsatthet for vold. Eldre med lav inntekt og utdanning er også utsatte grupper. Både lav utdanning og lav inntekt har for eksempel sammenheng med dødelighet og dårlig helse, og forskjellene i dødelighet har økt over tid. Lav inntekt og økonomiske problemer er også forbundet med andre velferdsproblemer, slik som større risiko for ensomhet. Innvandring er en annen ulikhetsdimensjon. En tydelig forskjell sammenlignet med den øvrige befolkningen er at det er flere blant innvandrerne enn i den øvrige befolkningen som er minstepensjonister og bor i lavinntektshusholdninger.

Det er vanskelig å si noe helt sikkert om utviklingen de nærmeste 25-30 årene, men noe kan vi være rimelig sikre på. Eldrebefolkningen vil bli større, eldre og mer mangfoldig. I 2060 vil anslagsvis en av fem eldre være innvandrere, en femdobling sammenlignet med 2020. Det vil også bli langt flere velutdannede eldre, særlig blant kvinner. Disse utviklingstrekkene peker mot at den økonomiske ulikheten vil øke innad i eldrebefolkningen. Utviklingen i helsetilstanden vil bli helt avgjørende. Prognoser basert på det globale sykdomsbyrdeprosjektet tilsier at helsetilstanden blant eldre vil bli bedre, med unntak av aldersgruppen over 90, der sykdomsbyrden er antatt å bli forverret fram til 2050. Det økte antallet demenstilfeller vil bli en særlig stor utfordring, selv om den aldersjusterte forekomsten er på vei ned.

Mens det ikke er sterke holdepunkter for betydningen av individuell økonomi, har flere studier vist at forskjeller i inntekter mellom geografiske områder spiller en rolle for tilgangen på omsorgstjenester. Eldre i de rikeste kommunene i Norge har større sannsynlighet for å få sykehjemsplass enn eldre i de fattigste kommunene, også når det kontrolleres for behov. Forskjellige kvalitetsindikatorer tyder på store geografiske ulikheter i hvor godt eldreomsorgen fungerer. Noen grupper har større risiko for å oppleve umøtte omsorgsbehov enn andre. Rapporten trekker fram disse gruppene som særlig utsatte: aleneboende eldre med dårlig helse, spesielt hvis de har lav inntekt og bor i fattige kommuner, eldre med ressurssvake eller få pårørende, eldre innvandrere og skeive, samt eldre i den samiske befolkningen. Hvordan den geografiske og sosiale ulikheten innen eldreomsorgen vil utvikle seg i framtiden er avhengig av en rekke forhold. En nøkkelfaktor er å sikre tilstrekkelige personellressurser i den offentlige omsorgen til å møte den økende etterspørselen. Uten tilstrekkelige offentlige ressurser, vil etterspørselen i større grad dreie seg mot uformell omsorg og private, markedsbaserte løsninger. SSBs framskrivninger av behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren, tyder på at veksten i årsverk vil bli betydelig. En tilnærmet nullvekst, som Helsepersonellkommisjonen går inn for, framtrer som urealistisk, og kan innebære økt risiko for sosiale og geografiske ulikheter i tilgangen på en tilfredsstillende eldreomsorg.

Abstract

The purpose of this report is to throw a light on humanitarian needs among the elderly, and how these might develop in the future. An important issue is also how the public care for the elderly attends to those needs, both now and later. In addition, both social and geographical inequalities are important themes. The elderly are defined as individuals at the age of 67 or older. The report is mainly based on previously published statistics and research.

In many areas of life, the elderly are better off than they were some decades ago. Several aspects of their health have improved, such as physical mobility, grip strength and hearing. Considerably fewer in the elderly group have household incomes below the EU poverty line. A lower share feels lonely and depressed, and a larger number expresses feelings of happiness and satisfaction. At the same time, there are substantial social and geographical inequalities, and large discrepancies between younger and older age groups among the elderly. The age group above 80-85 is far more exposed to humanitarian problems than those aged 67-79. Humanitarian needs are more prevalent among the elderly living alone and being single, connected to welfare dimensions like income, health, loneliness, insecurity and violence. The elderly with low income and education are also vulnerable groups. Both low income and education are, as an example, associated with high mortality and bad health, and inequalities of mortality have increased over time. Low income and economic problems are also related to other welfare problems, such as a greater risk of experiencing loneliness. Immigration is another dimension of inequality. A substantial difference compared to other parts of the population is that immigrants more often become minimum pensioners and belong to low-income households.

While individual differences in economic circumstances do not seem to matter much, several studies have shown that income differences between geographical areas play a larger role for access to care services. Elderly people in the richest municipalities of Norway are more likely to be admitted to a nursing home than elderly in the poorest municipalities, even when controlling for differences in need. Different indicators of quality in the care sector suggest that there are large geographical inequalities concerning how the elderly care functions. Certain groups have a larger risk of experiencing unmet care needs than others. The report points to the following groups as especially vulnerable: Elderly living alone and having bad health, especially if they also have low income and live in the poorest municipalities, elderly with no next of kin or next of kin with few resources, elderly immigrants and queer, and elderly in the Sami population. How social and geographical inequalities within elderly care will develop in the future depend on a number of factors. A key factor will be to secure sufficient manpower in public elderly care, so that the increasing demands for care can be met. Without adequate public resources, the demand for care will probably to a larger extent than before be directed towards informal and market services. Projections done in Statistics Norway, on the need for manpower in the health and care sector, suggest that the increase in many years will be substantial. An approximate zero growth, as the Health care personnel commission took as a basis, seems to be unrealistic, and could imply a risk of increasing the social and geographical inequalities in access to a satisfactory elderly care.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
1. Innledning og problemstilling	7
1.1. Problemstilling	7
1.2. Data og metode	7
2. Hva er humanitære behov?	9
3. Ulike humanitære behov hos eldre	10
3.1. Innledning	10
3.2. Lav overlevelse – høy dødelighet	10
3.3. Fattigdom og materiell nød	11
3.4. Fysisk lidelse – helse og funksjonshemming	17
3.5. Psykiske plager og lav subjektiv livskvalitet	21
3.6. Mellommenneskelig lidelse	23
3.7. Sosial lidelse – utestengning, diskriminering og stigmatisering	28
3.8. Oppsummering	30
4. Humanitære behov blant eldre i framtiden	32
4.1. Innledning	32
4.2. En større, eldre og mer sammensatt eldrebefolkning	32
4.3. Dødelighet og fysiske helseproblemer	34
4.4. Andre humanitære behov blant eldre i framtiden	36
4.5. Oppsummering	37
5. Eldreomsorg og eldrepolitikk	39
5.1. Innledning	39
5.2. Dagens eldreomsorg	39
5.3. Sosiale ulikheter i tilgangen til eldreomsorg	41
5.4. Geografiske ulikheter	47
5.5. Sårbare grupper	48
5.6. Hvilke faktorer fremmer og hindrer tilgangen til likeverdig eldreomsorg?	51
5.7. Sosial og geografisk ulikhet i framtiden	52
5.8. Oppsummering	54
6. Aldringen i samfunnet og den framtidige veksten i helse- og omsorgssektoren	56
6.1. Aldringen	56
6.2. Hva vil skje i helse- og omsorgstjenestene?	58
6.3. Oppsummering	66
Referanser	67
Figurregister	75
Tabellregister	75

1. Innledning og problemstilling

1.1. Problemstilling

Denne rapporten tar for seg humanitære behov i eldrebefolkningen i Norge, og hvordan disse kan se ut i framtiden. En viktig problemstilling er også hvordan de offentlige eldreomsorgen møter og ivaretar de humanitære behovene, og hvordan denne ivaretagelsen vil utvikle seg de neste ti-årene. Med framtiden menes i hovedsak fram til 2050, altså et 25-årsperspektiv.

I hovedsak vil eldre bli definert som personer i alderen 67 år og eldre, men dette kan variere noe med datagrunnlag og hvilket tema vi tar for oss. Siden sårbarheten og bruken av omsorgstjenester er særlig høy i aldersgruppene over 80, vil vi også prøve å skille ut denne aldersgruppen så langt det lar seg gjøre.

Ulikhet er et stikkord for gjennomgangen av tilgjengelig statistikk og forskning i denne rapporten. Vi vil vektlegge både geografisk og sosial ulikhet. Geografisk ulikhet kan belyses ut fra forskjellige kjennetegn ved kommuner eller fylker, slik som grad av sentralitet, urbanisering og inntektsnivå. Sosial ulikhet er særlig knyttet til forskjeller i sosioøkonomiske ressurser, men kan også ses i lys av kjennetegn som innvandringsbakgrunn, språk, seksuell legning og tilgang til sosiale nettverk. Er det noen grupper eller områder som er spesielt sårbare? Ulikhet vil også være et hovedtema i gjennomgangen av eldreomsorgen. I hvilken grad finnes det sosiale ulikheter i tilgangen til eldreomsorg, og hvilke faktorer fremmer og hemmer tilgangen til likeverdig eldreomsorg? Også her vil vi forsøke å si noe om framtiden, hvordan de sosiale ulikhetene i eldreomsorg kan komme til å utvikle seg de neste tiårene, og hvordan fremtidens eldreomsorg vil ta vare på eldre med lav utdanning og få ressurser av helsemessig, sosial eller økonomisk art.

1.2. Data og metode

Denne rapporten er i hovedsak basert på foreliggende statistikk og forskningslitteratur. En viktig kilde har vært publikasjonen *Seniorer i Norge*, som nylig har blitt publisert av Statistisk sentralbyrå (Fossanger, 2024). Ellers har det blitt gjort litteratursøk i sentrale databaser, mest Google Scholar og Web of Science, og i norsk sammenheng de fremste tidsskriftene, som Tidsskrift for omsorgsforskning og Tidsskrift for Velferdsforskning. Websidene til sentrale forskningsmiljøer, i Norge særlig Senter for omsorgsforskning, Nasjonalt senter for aldring og helse og Folkehelseinstituttet, har også blitt saumfart. I lys av tids- og ressursrammen for prosjektet, har vi valgt å legge hovedvekten på norskspråklig litteratur, og på litteratur publisert relativt nylig, i løpet av de siste 10 årene.

Rapporten bygger på tre hovedkilder av data: registerstatistikk, intervjuundersøkelser og kvalitative undersøkelser. Disse datakildene har sine respektive styrker og svakheter. Registerstatistiske kilder brukes særlig i omtalen av visse humanitære behov, slik som dødelighet og levealder, og i beskrivelsen av eldreomsorgen, og hvilke sosiale og geografiske ulikheter vi finner innenfor eldreomsorgen. Registerstatistikkens styrke er at den i prinsippet dekker hele befolkningen, og ikke er påvirket av skjevheter som kan oppstå i en intervjusituasjon, slik som tendensen til å svare i tråd med sosiale forventninger. Det kan likevel være problemer med bruken av slike datakilder, slik som feilregistreringer og underrapportering. I kapittel 4 brukes data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette registeret brukes blant annet som underlag for kvalitetsindikatorer innenfor helse- og omsorgstjenestene som publiseres av Helsedirektoratet. Indikatorene, særlig når de brukes til å vise forskjeller mellom fylker og kommuner, må tolkes med forsiktighet. Noen av forskjellene kan skyldes varierende grad av underrapportering; det kan også være feil i innsendingen av data fra

kommunene, eller tekniske feil og mangler i kommunenes journalsystemer. Det er en opphopning av registreringer på slutten av kalenderåret, som kan tyde på en tilfeldig registreringspraksis.¹

Data fra landsrepresentative intervju-undersøkelser gjennomført av Statistisk sentralbyrå, blant annet Levekårsundersøkelsen EU-SILC og Livskvalitetsundersøkelsen, vil være en annen viktig kilde i rapporten. Svarene i slike undersøkelser gir viktig kunnskap om sentrale sider ved de eldres velferd og humanitære behov, kunnskap som ikke kan hentes fra registerdata. Et problem med bruken av slike data er imidlertid det selektive frafallet blant de eldre. I Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2022 ble det oppnådd intervju med snaut halvparten, 49,4 prosent, av dem som ble trukket ut til å delta. Blant personer 80+ var andelen bare 34,1 prosent. Blant de yngre eldre, 67-79 år, var derimot andelen intervjuede over gjennomsnittet, 53,5 prosent. Den viktigste årsaken til den lave intervju-prosenten i gruppen 80+, var at vel 32 prosent var forhindret fra å delta, sannsynligvis mye på grunn av helseproblemer (Dalen m.fl., 2022). Vi må altså regne med at for de aller eldste, de over 80, får vi et skjevt bilde fordi andelen som har helseproblemer blir undervurdert. I Livskvalitetsundersøkelsene, som er en webbasert undersøkelse, er svarprosenten blant personer 80+ enda lavere enn i EU-SILC: 19,7 prosent i 2023, mens den var 45 prosent blant alle som ble trukket ut. Det er også skjevheter knyttet til utdanning og inntekt blant de eldre som deltar i spørreundersøkelsene. I Livskvalitetsundersøkelsene er personer med lav inntekt og utdanning klart overrepresentert blant de eldre som ikke deltar i undersøkelsene. Lignende skjevheter ser man også i SSBs øvrige undersøkelser, men det selektive frafallet blant eldre er enda større i Livskvalitetsundersøkelsene (Støren og Grimstad, 2023). Det benyttes frafallsvekter i SSBs intervjuundersøkelser, der grupper som har lav deltaking vektes opp, men disse kompenserer ikke helt for disse skjevhetene.

Kvalitative undersøkelser er en tredje datakilde vi kommer til å benytte oss av i noen grad. De er gjerne basert på dybdeintervjuer med et lite antall deltakere, ofte avgrenset til noen utvalgte enheter, slik som sykehjem i noen få kommuner. Kvalitative undersøkelser kan også innebære at forskeren observerer hverdagslivet, for eksempel i eldreomsorgen, og kan være til stede på møter der pasienter diskuteres og beslutninger fattes. Denne typen data kan gi innsikter som det er vanskelig å få gjennom bruken av de andre typene data. Gjennom slike undersøkelser kan en få et mye rikere og nyansert bilde av hva som faktisk skjer i den praktiske hverdagen. På den annen side er det vanskelig å vite hvor representative funnene er, på grunnlag av disse undersøkelsene alene. Når gjentatte undersøkelser, gjennomført i forskjellige miljøer, gir samme resultat, vil det likevel styrke antakelsen om at innsiktene kan generaliseres utover en lokal kontekst.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>, lest 24.03. 2025

2. Hva er humanitære behov?

Verken behovsbegrepet, eller begrepet om humanitære behov, har noen entydig definisjon i forskningslitteraturen. I denne framstillingen baserer vi oss på hvordan humanitære behov er definert og beskrevet i Hammersland og Barstad (2022). Humanitære behov innebærer at mennesker har lav livskvalitet, eller står under risiko for å få det, og trenger hjelp for å få et bedre liv. Sagt på en annen måte handler humanitære behov om å avhjelpe nød og lidelse i befolkningen. Mer konkret blir humanitære behov knyttet til seks former for nød og lidelse: Lav overlevelse (dødelighet), fattigdom og fysisk nød, fysisk lidelse (smerter, funksjonshemming), psykiske plager og lidelser, mellommenneskelig lidelse (ensomhet, isolasjon, vold) og sosial lidelse (utestengning, stigmatisering, diskriminering). Se oversikten i tabell 2.1. Vi viser til Hammersland og Barstad (2022) for en nærmere begrunnelse for, og utdyping av, disse behovene.

Tabell 2.1 Ulike former for nød og lidelse

Typer	Eksempler
Lav overlevelse	Høy dødelighet, død før normalt tid
Fattigdom og fysisk nød	Ikke råd til mat eller andre grunnleggende materielle goder. Bostedsløshet
Fysisk lidelse	Smerter, funksjonshemming
Psykiske plager og lidelser	Depresjon, angst, utrygghet, meningsløshet, rusproblemer
Mellommenneskelig lidelse	Ensomhet, isolasjon, konflikter, vold og mobbing
Sosial lidelse	Arbeidsledighet, utestengning, diskriminering, stigmatisering

Kilde: Hammersland og Barstad 2022

Vi kan se det slik at disse problemene er et uttrykk for at menneskene som opplever dem har særlige behov for hjelp og omsorg. Men vi kan også se disse formene for lidelse som et resultat av at grunnleggende menneskelige behov ikke har blitt møtt. Under de forskjellige formene for lidelse ligger ofte allmenne behov som ikke har blitt tilfredsstilt: Behov for trygghet, for mening, for anerkjennelse, støtte og respekt (både fra de sosiale nettverkene og fra samfunnet), og for selvbestemmelse og frihet.

3. Ulike humanitære behov hos eldre

3.1. Innledning

I dette kapitlet skal vi gå igjennom de forskjellige humanitære behovene blant eldre, slik de er definert i det forrige kapitlet. Vi vil peke på noe av det vi vet om geografiske og sosiale ulikheter, men det vil ikke bli anledning til å gå i dybden på noen av disse temaene. I hovedsak vil vi i dette kapitlet ta for oss hvordan situasjonen er så nært nåtidspunktet som mulig, og trendene over tid, mens neste kapittel vil prøve å si noe om hvordan behovene blant eldre vil kunne utvikle seg i de nærmeste ti-årene.

3.2. Lav overlevelse – høy dødelighet

Det å være i live er den mest fundamentale av alle indikatorer på livskvalitet (Markussen og Røed, 2017). Den amerikanske filosofen Martha Nussbaum hevder at et menneskeverdig liv forutsetter friheten til å kunne leve et liv av normal lengde (Nussbaum, 2011). Høy dødelighet i visse grupper framstår derfor som en viktig indikator på humanitære behov (Hammersland og Barstad, 2022).

I moderne tid gjenstår en betydelig del av livet selv om man har nådd det som er et vanlig pensjoneringstidspunkt. I dag kan en kvinne ved en vanlig pensjonsalder, 67 år, forvente å leve i vel 20 år til, mens en mann kan forvente leve i overkant av 18 år. En 80-åring kan regne med å leve vel 10 år til hvis hen er en kvinne, og 8,8 år hvis hen er en mann.²

Det er imidlertid klare sosiale ulikheter i levealder, også blant de eldre. Vi kan forvente at eldre med lang utdanning og god inntekt lever lengre enn eldre som har lav utdanning og inntekt.

Nyere norske og nordiske studier viser en økning av utdanningsulikhetene i levealder blant eldre (Strand m.fl., 2023). I 2011-2015 kunne en 70-årig mann med høy utdanning forvente å leve over tre år lengre enn en mann med lav utdanning i samme alder (Enroth m.fl., 2022). Blant 80-årige menn var det også en klar forskjell, nærmere 2 år i forventet levealder etter utdanning. Blant 70-åringene økte forskjellen svakt fra 2001-2005 til 2011-15, mens forskjellen blant 80-åringene forble uendret. Blant kvinner økte derimot utdanningsforskjellene i forventet levealder på alle alderstrinn. Utdanningsforskjellen i forventet levealder for 80-årige kvinner økte fra 1,4 til 2 år i løpet av perioden. Sammenlignet med andre nordiske land, var utdanningsforskjellene i forventet levealder ved 65 års alder høyest i Norge, og økningen av forskjellene over tid var også sterkest her (Enroth m.fl., 2022).

En tidligere studie, med data fram til 2009, fant også forskjeller i levealder blant personer 85+ år etter utdanningslengde. Forskjellene er ikke store i absolutt forstand, men er relativt sett likevel klare (Kinge m.fl., 2015).

Andre undersøkelser har også påvist inntektsforskjeller i levealder blant eldre i Norge. I perioden 2011-2015 var det klare forskjeller i forventet levealder mellom fjerdedelene som hadde henholdsvis høyest og lavest inntekt. Høyinntektsgruppene kan forvente å leve lengre, også ved 70- og 80-års alder. Inntektsforskjellene i levealder har økt over tid (Kinge m.fl., 2019). I 2005 var dødeligheten høyere blant 85-åringene med høy enn med lav inntekt. I 2015 hadde dette snudd til det omvendte mønsteret, til noe høyere dødelighet blant dem med lavest inntekt.

Det er usikkert i hvilken grad sammenhengen mellom utdanning, inntekt og levealder reflekterer en reell årsakssammenheng. I internasjonal forskningslitteratur har mange såkalte «naturlige eksperimenter» ikke avdekket noen sammenheng mellom utdanning og levealder/helse. Flere undersøk-

² Statistikkbanken www.ssb.no, tabell 05375, lest 28.02. 2025

elser har for eksempel undersøkt hvordan utdanningsreformer som forlenger tiden under utdanning påvirker levealderen. Imidlertid tyder noen amerikanske studier, med bruk av metoder for å avdekke kausale effekter, på at inntektsøkninger kan forbedre helsetilstanden og forlenge livet blant eldre (Lleras-Muney, 2022).

En annen sentral ulikhetsdimensjon er knyttet til familieforhold. Ugifte, skilte og separerte har høyere dødelighet enn gifte, spesielt hvis de er barnløse og har lav utdanning. Se referanser i Hammersland og Barstad (2022). Store forskjeller kommer til syne når familieforhold kombineres med sosioøkonomisk status. En norsk studie fra noen år tilbake fant at blant menn i alderen 50-89 år, var forventet levealder blant ugifte og skilte menn med grunnskoleutdanning 9,4 år kortere enn for høyt utdannede, gifte menn som også var gift med en høyt utdannet ektefelle (Kravdal, 2017).³

Innvandring er også en viktig ulikhetsdimensjon i det norske samfunnet. Gjennomgående har imidlertid innvandrere lavere dødelighet enn den øvrige befolkningen. Det gjelder også når vi begrenser oss til dødeligheten blant eldre innvandrere. Dødeligheten er særlig lav blant innvandrerne med kort botid, men nærmer seg nivået i den øvrige befolkningen med økende botid. Selv eldre innvandrere med mer enn 25 års botid har likevel noe lavere dødelighet enn den øvrige befolkningen (Dzamarija, 2022).

Det er visse, men relativt beskjedne, geografiske ulikheter i levealder blant eldre, avhengig av bostedsfylke. I perioden 2016-2022 hadde menn med grunnskoleutdanning i Oslo den laveste forventede levealderen ved 65 års alder (81,7 år) mens menn i Møre og Romsdal hadde høyest levealder, 83,2 år. Blant kvinner var forskjellene noe mindre. For menn og kvinner med høyere utdanning var det nesten ingen fylkesforskjeller i levealder.⁴

Generelt er forskjellene i dødelighet større på kommune- og bydelsnivå enn på fylkesnivå. Det er opp til 10-12 års forskjell i forventet levealder mellom menn som bor i kommunene med høyest og lavest levealder. For kvinner er forskjellen 8-10 år på det meste. Innad i Oslo er det for menn opp til 8 års forskjell i forventet levealder mellom bydeler.⁵

En analyse for aldersgruppen 60-89 år, i perioden 2000-2008, viste at mye av variasjonene i dødelighet mellom kommunene kunne forklares av forskjeller i utdanning, inntekt, ekteskapelig status og andre sosiale og demografiske faktorer. Forskjeller i ekteskapelig status forklarte mest. På individnivå hadde både utdanningsnivå, inntekt og ekteskapelig status betydning for dødeligheten, uavhengig av hverandre. Å bo i en kommune der en relativt høy andel er skilt/separert, har en selvstendig og negativ effekt på dødeligheten i kommunen (Kravdal m.fl., 2015). Utdannings- og inntektsnivået på aggregert nivå hadde også betydning i noen modellspesifikasjoner. Et høyere nivå bidro som regel til å redusere dødeligheten (Hammersland og Barstad, 2022).

3.3. Fattigdom og materiell nød

Inntekt og formue

I gjennomsnitt har pensjonister fått langt bedre råd de siste 25 årene. I faste priser er inntekten for pensjonistene mer enn fordoblet, godt over veksten i befolkningen som helhet.⁶ Pensjonister er da definert som personer som bor i husholdninger der hovedinntektstaker mottok alderspensjon i

³ Den forventede levealderen ble beregnet ved alder 50, og fulgt fram til 89-årsalder. Den tilsvarende levealdersforskjellen blant kvinner var 8,5 år

⁴ <https://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>, lest 26.2. 2025

⁵ <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/samfunn/levealder/?term=#forskjeller-mellom-kommuner-bydeler-og-fylker>, lest 27.03. 2025

⁶ I disse tallene er det tatt hensyn til husholdningens størrelse og sammensetning, beregnet som medianinntekt per forbruksenhet i husholdningen

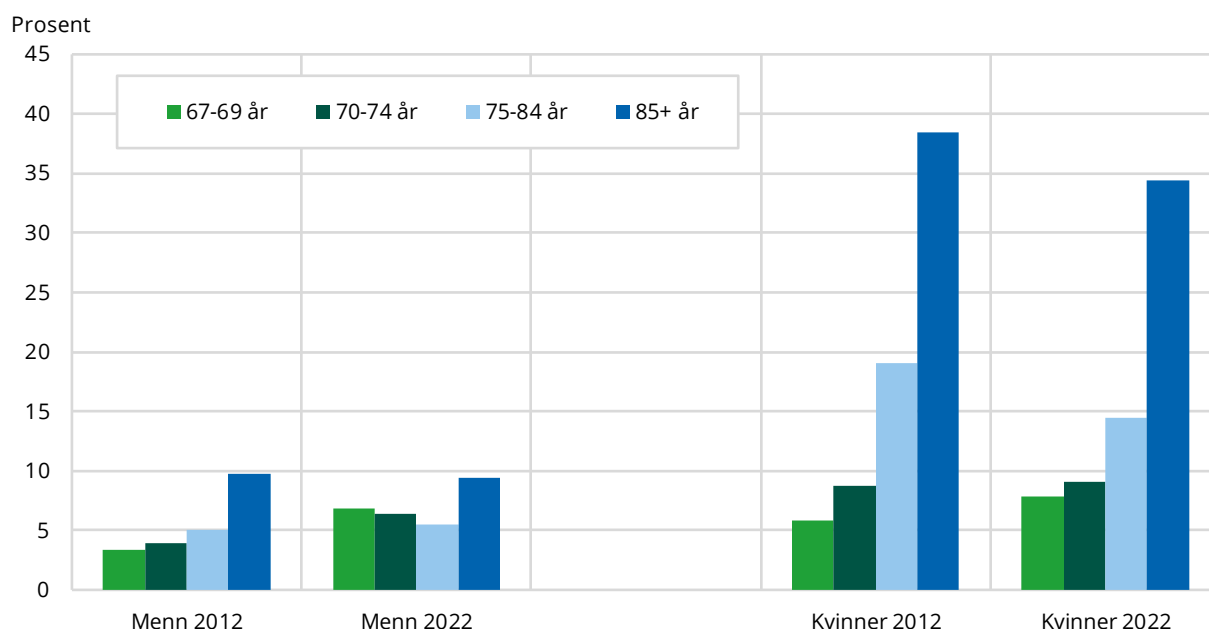
løpet av året. Etter 2014 og fram til 2022 var det imidlertid ikke noen nevneverdig økning. Trenden ble brutt i 2023, da realinntektene for alderspensjonister og eldre økte klart.⁷ Økningen har sammenheng med at det kom nye regler for utbetaling av alderspensjon i 2022. Fra og med dette året skal beløpene i alderspensjonen reguleres som et gjennomsnitt av antatt pris- og lønnsvekst. Denne regelen erstatter de gamle reglene innført fra 2011, som en del av pensjonsreformen. Pensjonene ble da regulert med lønnsveksten, men fratrasket en fast faktor på 0,75 prosent.⁸ De nye reglene ga et spesielt stort utslag i 2023. På lang sikt forventes det at de to formene for regulering vil gi omtrent samme resultat.

Eldre mellom 67 og 74 år har de siste årene, fram til 2022, opplevd en svak nedgang i realinntekten. Blant de eldste eldre, 75+, har inntektsutviklingen vært noe bedre. For eksempel økte de gjennomsnittlige realinntektene fra alderspensjon for aldersgruppen 85+ med fire prosent mellom 2012 og 2022 (Omholdt, 2024).

Samtidig har det de siste årene også vært en kraftig vekst i den beregnede nettoformuen blant husholdninger med eldre hovedinntektstakere. I aldersgruppen 85+ var medianformuen hele 3,4 mill. kroner i 2022, nesten 40 prosent høyere enn ti år tidligere. Veksten har vært nesten like kraftig blant andre husholdninger med hovedinntektstaker over 70 år (Omholdt, 2024). I nettoformuen inngår den beregnede markedsverdien av boligformuen, annen realkapital og finansformue som bankinnskudd og aksjer, fratrasket gjeld.

I denne framstillingen er vi imidlertid mest opptatt av fattigdom og av de eldre som har lite, mindre enn andre i samfunnet. Det er her vi vil finne de største humanitære behovene. En metode for å måle fattigdom har gjerne vært å bruke andelen som tjener under en viss andel av medianinntekten i samfunnet – altså de som har inntekter godt under det vanlige inntektsnivået. Grensen settes ofte ved 60 prosent av medianinntekten.

Figur 3.1 Andel personer i husholdninger med lavinntekt (EU60), etter kjønn og aldersgrupper. 2012 og 2022. Prosent



Kilde: Omholdt 2024

⁷ <https://www.ssb.no/statbank/table/05129/tableViewLayout1/?loadedQueryId=10095835&timeType=from&timeValue=1996>, lest 14.01. 2025

⁸ <https://www.regjeringen.no/contentassets/805bc04908b4473e973808570f223660/no/pdfs/stm202120220015000dddpdfs.pdf>, lest 25.03. 2025

Sett over et lengre tidsrom har utviklingen vært svært positiv blant de eldre. Mens nesten en av tre alderspensjonister tilhørte lavinntektsgruppen for vel 25 år siden (1996), var andelen mindre enn en av ti i 2020 (9,5 prosent), lavere enn i befolkningen som helhet (Hattrem, 2022). Fra 2020 til 2023 ble andelen med lavinntekt blant alderspensjonistene ytterligere redusert, til 8,6 prosent.

Det meste av den positive utviklingen skjedde fram til 2012. Fra 2012 til 2022 var utviklingen mer sammensatt, som vist i figur 3.1. Andelen med lavinntekt fortsatte å gå ned blant dem som i utgangspunktet hadde flest med lavinntekt: Kvinner i alderen 75-84 og 85+. Den holdt seg ganske stabil blant menn i de samme aldersgruppene. Disse kjønnsforskjellene kan skyldes at det har blitt stadig flere kvinner blant de eldste som fått høyere utdanning og nærmet seg menn i opptjente pensjonsrettigheter. I aldersgruppene 67-69 og 70-74 var det derimot en viss økning av andelen med lavinntekt, både blant menn og kvinner. Andelen med lavinntekt i disse aldersgruppene er likevel fortsatt lavere enn gjennomsnittet for befolkningen. SSB har ikke offentliggjort tilsvarende detaljerte tall for lavinntekt fordelt på alder i 2023, men som nevnt ble andelen med lavinntekt blant alderspensjonistene tydelig redusert fra 2022 til 2023. Det gjenstår å se hvilke utslag de nye reglene for beregning av alderspensjonen vil gi i årene framover.

En innvending mot inntektstallene for de eldre er at en vesentlig del av inntekten mangler, nemlig den økonomiske fordelene ved å bo i egen bolig: «... ved å eie egen bolig mottar man i tillegg en strøm av boligjenester som leietakere må betale for» (Normann, 2022). I aldersgruppen 80+ er det 81 prosent som eier boligen. Det har vært en liten økning siden 2015 (Oppøyen, 2024). I internasjonale retningslinjer for inntektsstatistikk er det anbefalt at verdien av å bo i eid bolig blir beregnet og presentert som et tillegg til andre inntektsdata. Normann (2022) gjør dette på norske data, og kommer til at inntekten etter skatt for eierhusholdninger da ville økt med 7,4 prosent for 67-åringene og 12,0 prosent for 76-åringene. Blant eldre hovedinntektstakere over 60 år har eierhusholdningene en gjennomsnittlig nettoformue som er omtrent fire ganger større enn det ikke-eier husholdningene har (Normann, 2022).

Hvilke grupper blant de eldre er det så som peker seg ut som de mest sårbare, økonomisk sett, og som har størst risiko for å ha humanitære behov? Den første gruppen det er grunn til å peke på er de aleneboende. Det store flertallet av eldre personer i lavinntektshushold bor alene. Blant kvinner med lavinntekt 85+ år, lever hele 96,9 prosent alene. Blant dem i aldersgruppen 75-84 er andelen 91,3. Også blant menn er det flest aleneboende blant dem som lever med lavinntekt (Omholt, 2024).

Aleneboende minstepensjonister med alderspensjon utgjorde 57 392 personer i 2023. For denne gruppen har ikke utviklingen vært like positiv som for andre alderspensjonister. Andelen med lavinntekt har vært høy og nokså konstant over tid – 76,9 prosent i 2004 og 77,0 prosent i 2020 (Hattrem, 2022). De nyeste tallene for 2023 viser en andel med lavinntekt på 69,2 prosent.

En god del av de aleneboende minstepensjonistene har imidlertid formue. Når en tar hensyn til dette, endrer bildet seg. Når vi for eksempel beregner andelen som både har lavinntekt og lav finansformue,⁹ synker andelen med få økonomiske ressurser blant aleneboende minstepensjonister med alderspensjon til 18 prosent. Det er likevel godt over gjennomsnittet for befolkningen, og som vi skal se er det mange i denne gruppa som sliter med økonomien. Aleneboende minstepensjonister er ellers kjennetegnet av at de er kvinner (ni av ti), har et lavt utdanningsnivå, har en relativt høy andel som leier boligen (45 prosent) og er bosatt noe mer sentralt enn befolkningen for øvrig (Hattrem, 2022).¹⁰

⁹ Tilhører en husholdning der brutto finanskapital per forbruksenhet er mindre enn 0,25 ganger årlig lavinntektsgrense

¹⁰ Disse tallene inkluderer ikke bare minstepensjonister med alderspensjon, men også minstepensjonister med uføretrygd, som utgjør rundt en tredjedel av gruppa

En annen sårbar gruppe er eldre innvandrere. Innvandrere er definert som personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. En økende andel av de eldre i lavinntektshusholdninger er innvandrere, og det er grunn til å tro at dette er en utvikling som vil fortsette. En av fire eldre i alderen 70-74 år med lavinntekt var innvandrere i 2022, sammenlignet med 16 prosent i 2012. En av grunnene til at de utgjør en større andel av eldre med lavinntekt enn tidligere, er at innvandrere har hatt svakere yrkestilknytning tidligere i livsløpet, og derfor lavere opptjening av pensjonsrettigheter. Det er flere som blir minstepensjonister blant innvandrerne enn i befolkningen for øvrig (Normann, 2019). De eldre kvinnene med innvandrerbakgrunn er særlig utsatt. Blant kvinner 67 år og eldre fra Afghanistan, Somalia, Syria og Irak mottar alle eller nesten alle folketrygdens minste pensjonsnivå (2019). Også i den store gruppen av innvandrerkvinner fra Pakistan utgjør minstepensjonistene mer enn sju av ti eldre. Blant kvinner 67+ uten innvandrerbakgrunn er andelen noe over en av fire (27 prosent). Minstepensjonistene er også sterkt overrepresentert blant eldre mannlige innvandrere. Mens det er svært få mannlige minstepensjonister 67+ i den øvrige befolkningen (3 prosent), utgjør de mer enn ni av ti blant menn fra Afghanistan, Irak og Somalia (Dzamarija, 2022)

Lavere pensjon gir større risiko for å bo i husholdninger med betydelig lavere inntekter enn ellers i samfunnet. Andelen med vedvarende lavinntekt¹¹ over en 3-årsperiode, var i 2017-19 langt høyere blant innvandrere 67 år og eldre enn for andre eldre. Blant noen av de største gruppene av arbeidsinnvandrere: eldre marokkanere, tyrkere og pakistanere, er det henholdsvis 38, 34 og 28 prosent som har vedvarende lavinntekt. Blant eldre polske innvandrere er andelen også over 30 prosent. Det er nærmere fire ganger så mange som blant eldre i den øvrige befolkningen. Enda høyere andeler finner vi blant eldre 67+ fra Somalia og Syria, der mer enn seks av ti tilhører lavinntektshusholdninger. De siste utgjør imidlertid langt færre personer enn de eldre arbeidsinnvandrerne (Dzamarija, 2022),

Noen eldre innvandrere med kort botid mottar såkalt supplerende stønad. Supplerende stønad ble innført i 2006, og skal sikre inntekt for personer 67 år og eldre som har kort botid i Norge, og dermed få eller ingen opptjente rettigheter til alderspensjon. Antallet personer i husholdninger med hovedinntektstaker som mottar supplerende stønad utgjorde 3037 i 2012, og 2781 i 2023. Andelen med lavinntekt var hele 94,5 prosent i 2023. Når en tar hensyn til formue går andelen noe ned, til 79,6 prosent.¹² I 2020 var 29 prosent av dem 80 år og eldre. Gruppen har økonomisk sett sakkett akterut sammenlignet med befolkningen som helhet (Hattrem, 2022).

Økonomiske problemer

En annen innfallsvinkel til fattigdom og økonomisk nød, er å spørre om hvordan økonomien oppleves, og hvilke økonomiske utfordringer som husholdningene har i hverdagen. I Levekårsundersøkelsen EU-SILC blir et nasjonalt utvalg av den voksne befolkningen hvert år stilt spørsmål om dette, om såkalte fattigdomsproblemer.

Som vi kan se av figur 3.2, er det langt færre blant de eldre 67+ år enn ellers i befolkningen som opplever at det er vanskelig å få «endene til å møtes» med de økonomiske ressursene husholdningen har til rådighet. Det er også relativt få, snaut en av ti, som sier at de ikke ville klare en uforutsett regning på 20 000 kroner. I 2012 var andelen som ikke ville klare et lignende beløp, målt i datidens pengeverdi (10 000 kroner), litt høyere.¹³

Disse gjennomsnittstallene skjuler imidlertid betydelige forskjeller innad i gruppen av eldre. Vi har allerede nevnt at aleneboende er sterkt overrepresentert blant husholdninger med lavinntekt. Hvis man i tillegg til å bo alene også har lav inntekt, er den økonomiske hverdagen langt mer utfordrende

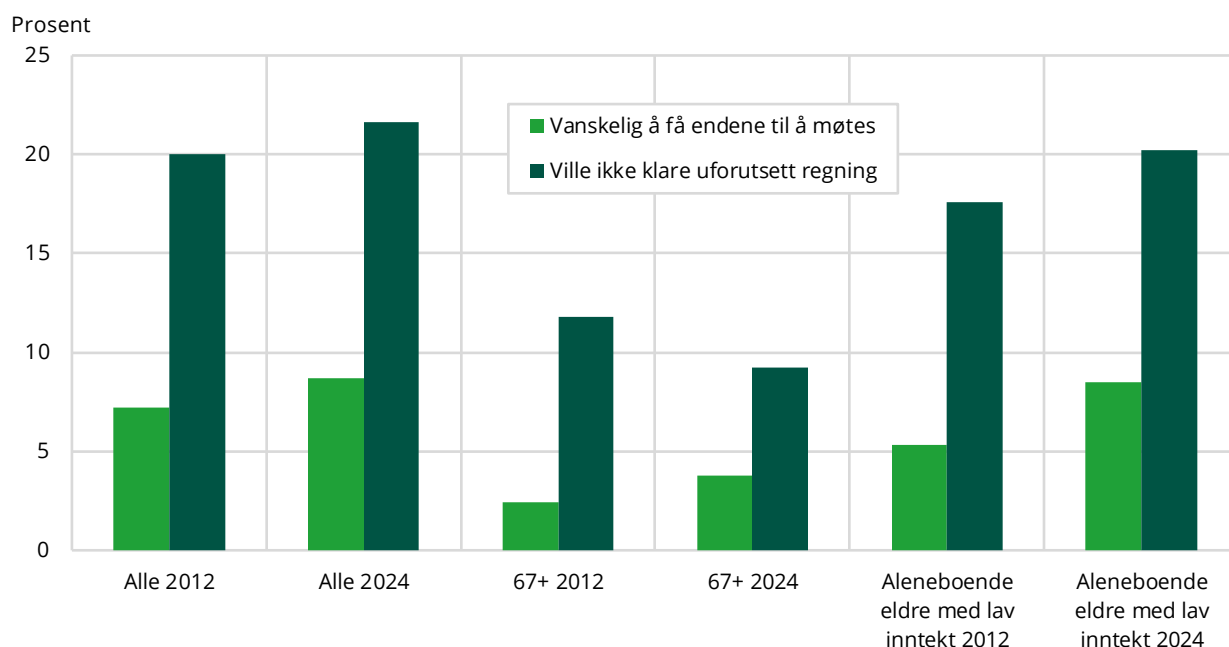
¹¹ Gjennomsnittlig inntekt etter skatt per forbruksenhet som er lavere enn 60 prosent av medianen i treårsperioden

¹² <https://www.ssb.no/statbank/table/12599>, lest 15.01. 2025

¹³ Beløpet i 2024 er likevel større enn det tilsvarende i 2012. 10 000 kroner i 2012 tilsvarte vel kr. 14 200 målt i 2024-kroner

enn for flertallet av eldre. Vi ser at blant aleneboende eldre med lav inntekt (inntekt per forbruksenhet i laveste kvartil) er andelen som ikke ville klare en uforutsett regning mer enn det dobbelte av andelen i eldrebefolkningen som helhet. Det samme gjelder andelen som synes det er vanskelig å få endene til å møtes.

Figur 3.2 To former for økonomiske problemer blant alle 16+ år, 67+ år og blant aleneboende eldre 67+ med lav inntekt. 2012, 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken <https://www.ssb.no/statbank/table/12123/>, <https://www.ssb.no/statbank/table/12128/>

Mye tyder på at aleneboende minstepensjonister har en særlig vanskelig hverdag, og skiller seg vesentlig fra andre aleneboende med lav inntekt. I 2021 syntes 20 prosent i denne gruppa at det var vanskelig å få endene til å møtes, og hele 44 prosent ville ikke klare en uforutsett regning.¹⁴ 16 prosent oppga at de ikke hadde råd til å spise kjøtt eller fisk annenhver dag, fem ganger så mange som i befolkningen som helhet (Hattrem, 2022).

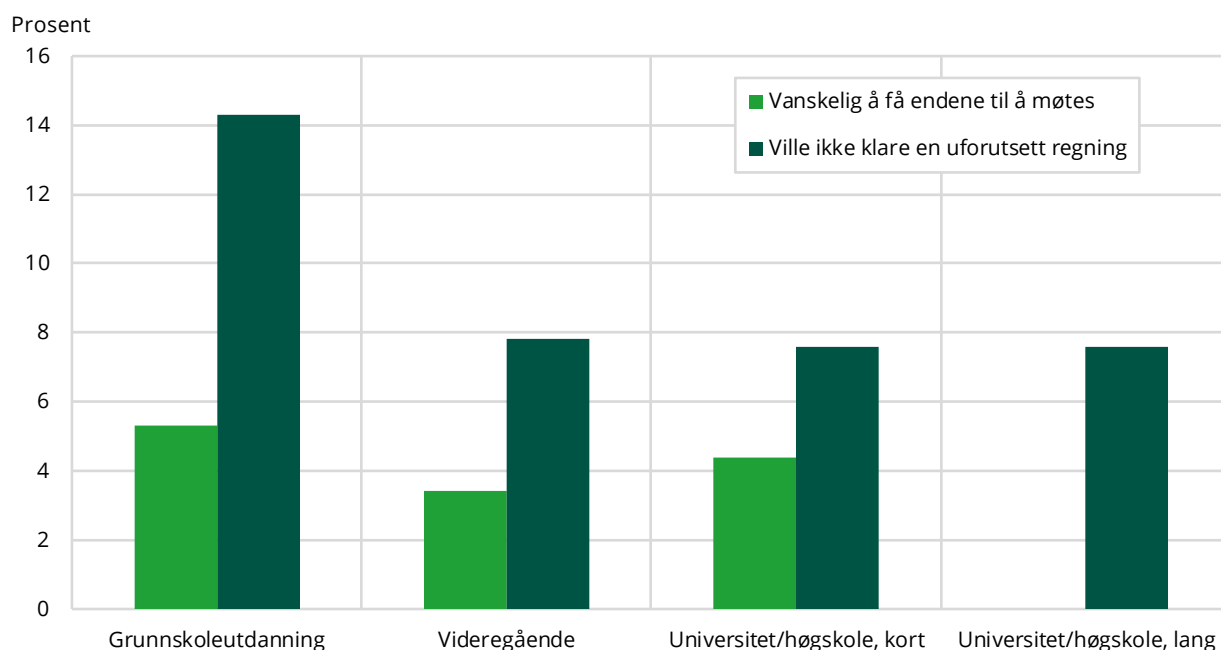
Andelen som oppgir at de ikke har råd til å spise kjøtt eller fisk annenhver dag er lav blant de fleste eldre, men altså høyere blant aleneboende minstepensjonister. Det er en fare for at lav inntekt kan forsterke problemene med underernæring blant eldre. Noen grupper eldre er særlig utsatt, slik som eldre med alvorlige kroniske sykdommer og med demens. Underernæring kan øke skrøpeligheten som ofte følger med disse sykdommene. Flere undersøkelser tyder på at mange eldre av ulike årsaker spiser feil og for lite (Helsedepartementet, 2023, s. 26). En studie av underernæring hos eldre 70+, basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, fant at forekomsten var høy, hele 14 prosent (Kolberg m.fl., 2023). Andelen var 23 prosent blant beboere på sykehjem, og 22 prosent i aldersgruppen 85+. Forekomsten av underernæring var basert på tre kriterier: Lav BMI, ufrivillig vekttap og sterkt redusert inntak av mat. Hvis en av disse kriteriene var til stede, ble den eldre definert som underernært. Lav BMI var den mest utbredte formen for underernæring.

Utdanningsnivå er en annen indikator på sosial og økonomisk ulikhet. Også her er det tydelige forskjeller innenfor gruppen av eldre 67+. Som vi ser av figur 3.3, har eldre med kun grunnskoleutdanning en mer sårbar økonomi enn eldre med høyere utdanning. Om lag dobbelt så mange i denne gruppa ville ikke klare en uforutsett regning, sammenlignet med andre eldre. Samtidig ser vi at selv i den førstnevnte gruppa er nivået på de økonomiske problemene lavere enn i befolkningen

¹⁴ Disse tallene inkluderer aleneboende minstepensjonister med uførepensjon, rundt en tredjedel av gruppa

som helhet. Det er relativt små utdanningsforskjeller i andelen som synes det er vanskelig å få endene til å møtes, men eldre med lang universitets/høgskoleutdanning skilte seg ut i 2024 ved å ikke ha noen som opplevde slike vansker. Andelen blant andre eldre var 4-5 prosent.

Figur 3.3 To former for økonomiske problemer blant alle 67+ år, etter utdanningsnivå. 2024. Prosent

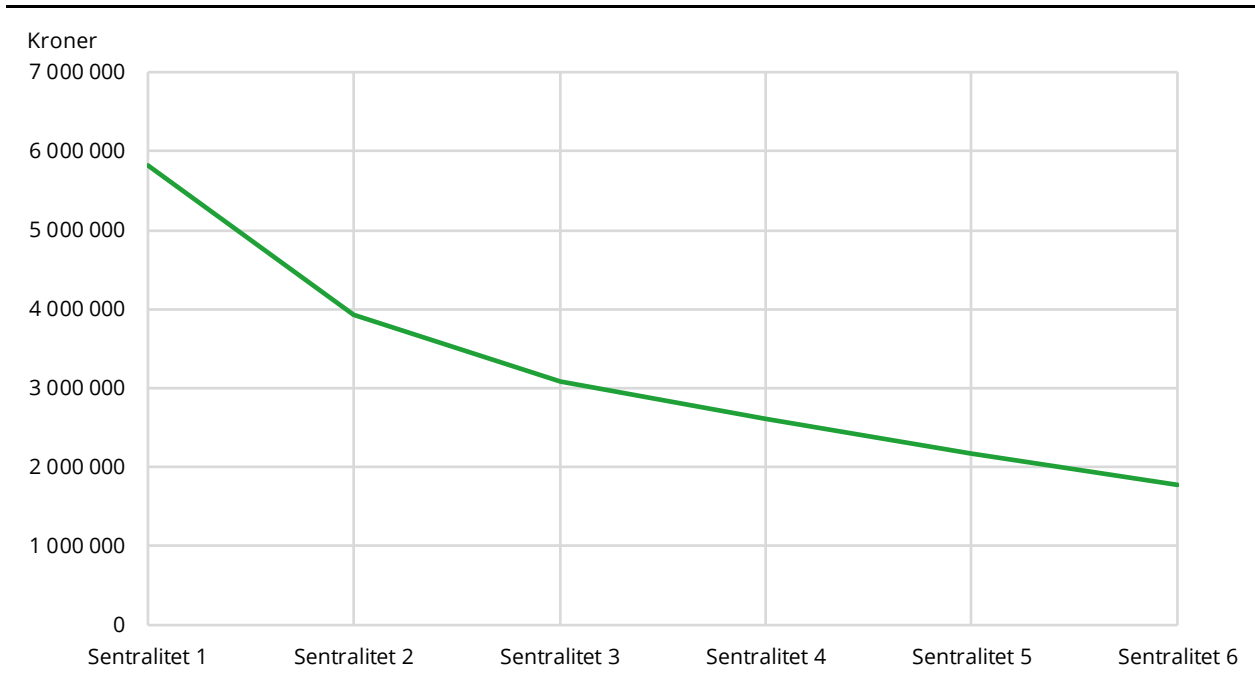


Kilde: Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken <https://www.ssb.no/statbank/table/12126/>

Lignende forskjeller kommer fram når vi tar for oss andre typer fattigdomsproblemer, slik som andelen som mangler ulike materielle goder, og som opplever at utgiftene til medisiner og behandling er tyngende. I 2022 varierte andelen i aldersgruppen 67+ som syntes utgifter til medisinsk behandling var tyngende fra 13 prosent blant dem med grunnskoleutdanning til 5 prosent blant dem med lang universitets/høgskoleutdanning. Lignende forskjeller er til stede for medisinerutgifter, men i liten grad for tannbehandling.

Geografiske forskjeller

Det er framfor alt formuen som skiller de eldre innbyggerne i ulike områder av landet fra hverandre. Alle typer formue, både finansformuen, den beregnede markedsverdien av primær- og sekundærbolig, samt annen realkapital, er høyere i de mest sentrale strøkene av landet. Til gjengjeld er gjelden også høyere i de sentrale strøkene, men alt i alt er det likevel store geografiske forskjeller i nettoformuen blant eldre 60+ (figur 3.4). Målet for sentralitet er basert på opplysninger om bostedets nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner. SSB bruker seks nivåer i sitt sentralitetsmål, der 1 er mest sentralt og 6 er lavest. Det mest sentrale bostedet er Oslo, mens mange kommuner i Troms og Finnmark er blant de minst sentrale. Forskjellen mellom sentralitetsnivåene i beregnet inntekt av å bo i egen bolig er særlig stor. «Eldre eierhusholdninger i Oslo og Bærum har en beregnet boliginntekt som er mer enn fem ganger den vi finner i Trøndelag uten Trondheim, og er også mer enn en halv gang høyere enn inntekten vi har beregnet for Akershus uten Bærum.» (Normann, 2022).

Figur 3.4 Nettoformue for husholdninger, hovedinntektstaker 60 år eller eldre, etter sentralitet. Median kroner 2020

Kilde: Normann 2022

En utfordring for mange eldre er at de bor i ikke-tilrettelagte boliger, som er et problem når funksjonshindringer oppstår og de ønsker å bo hjemme, selv når helsa skranter. 58 prosent av eldre over 80 har ikke trappefri inngang helt utenfra og inn til bolig, og 39 prosent har det ikke trappefritt inne i boligen (Oppøyen, 2024).

Lavere formue kan bidra til færre valgmuligheter for eldre i mindre sentrale strøk. Dårlig tilgang på egnede bosteder og færre muligheter til å selge boligen kan fører til at eldre i distriktene i større grad enn eldre i sentrale strøk blir boende i ikke-tilpassede boliger (Helsedepartementet, 2023, s. 33).

De siste 20 årene har det blitt vanligere for eldre mellom 60 og 75 år å flytte, særlig fra enebolig til leilighet. Det er i urbane strøk at flest flytter. En undersøkelse viser at det er en høyere andel av de eldre i spredtbygde strøk som oppgir at de ikke har råd til å flytte. «Det gjenspeiler sannsynligvis at lave boligpriser i utkanten av distriktskommuner er mye lavere enn prisene på nybygg og mer sentrale leiligheter. Som følge av dette er det naturlig at det er relativt sett flere i spredtbygde strøk som oppgir begrensninger i privatøkonomien som et motiv for å bli værende i eksisterende bolig.» (Sørvoll m.fl., 2020, s. 116).

3.4. Fysisk lidelse – helse og funksjonshemming

Fysiske helseproblemer i dag

Knappt noe har større betydning for livskvalitet og frihet enn den fysiske og psykiske helsetilstanden. Et kjennetegn ved alderdom er at risikoen for fysiske helseproblemer øker, framfor alt når man passerer 80.

I 2022 var det i alt 16 prosent i aldersgruppen over 75 som vurderte egen helse som dårlig eller svært dårlig. Blant de yngre eldre, 67-74 år, var andelen 11 prosent, sammenlignet med 8 prosent i hele befolkningen. 8 prosent av menn 75+ år oppgav at helseproblemer skapte store begrensninger i utførelsen av hverdagsaktiviteter, mens andelen var 17 prosent blant kvinnene i samme alder. Andelene som opplevde at hverdagsaktivitetene var noe begrenset, var henholdsvis 15 og 21

prosent (Lunde og Allertsen, 2025). Det kan være verdt å merke seg, siden omtalen av eldre i offentligheten fokuserer så sterkt på dårlig helse, at flertallet av eldre over 75 år, nesten seks av ti, opplever helsetilstanden som svært god eller god. Også blant eldre 80+ viser den siste helseundersøkelsen gjennomført av SSB, i 2019, at et klart flertall opplever dette.¹⁵ Det samme gjelder begrensninger på utførelsen av hverdagsaktiviteter, Selv blant kvinner 75+, som opplever større begrensninger enn menn i samme alder, er det 62 prosent som ikke opplever at de har helseproblemer som skaper begrensninger i hverdagen (Lunde og Allertsen, 2025). Dette bør riktignok ses i lys av at hva som er definert som god helse og hva som er aktivitetsbegrensninger kan endre seg med alderen, og at noen typer helseproblemer som er «normale» for en 80-åring ikke vil bli opplevd på samme måte av en 30-åring. Som nevnt innledningsvis, er sannsynligvis mange av de sykeste eldre ikke med i spørreundersøkelsene, blant annet fordi de eldre som bor på institusjon ikke kan bli trukket ut for intervju. Vi må også anta at eldre med demens og andre kognitive svekkelser heller ikke deltar i disse undersøkelsene.

De mest utbredte funksjonsproblemene blant dem som er eldre enn 75 år, er knyttet til hørsel, konsentrasjon og hukommelse, samt bevegelse (Lunde og Allertsen, 2025). Vel fire av ti har vansker med å høre, selv med høreapparat. Det er imidlertid bare 4 prosent som synes det er veldig vanskelig å høre, de fleste synes det er litt vanskelig. Siden dette er tall som er hentet fra en telefonundersøkelse, må vi regne med at denne andelen er undervurdert. Litt over en av tre har bevegelsesvansker, og rundt en av ti synes det er veldig vanskelig å gå, for eksempel i trapper. Vel en av tre har også vansker med konsentrasjon og hukommelse. Igjen er det for de fleste snakk om lettere vansker, mens bare tre prosent har store vansker. Sannsynligvis er det mange av dem med store vansker på dette området som ikke fanges opp i intervjuundersøkelser.

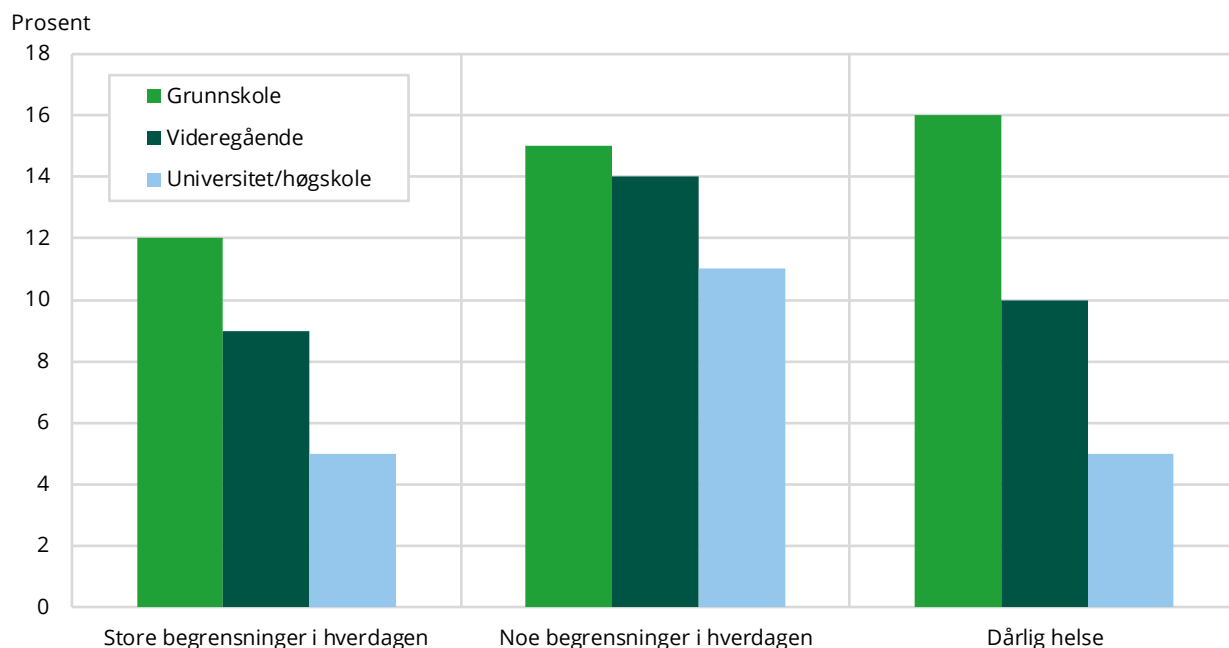
Også andre undersøkelser har vist at noen grad av nedsatt bevegelsesevne er vanlig blant eldre. I 2019 hadde 19 prosent av eldre 67+ vansker med å gå en fem minutters tur, blant eldre 80+ var andelen 36 prosent. 24 prosent i den eldste aldersgruppen hadde vansker med å gå i trapper.¹⁶

Ulikhet i helse

Flere eldre med lav enn med høy utdanning opplever at helsetilstanden er dårlig. Om lag tre ganger så mange med kun grunnskoleutdanning vurderte egen helse som dårlig/svært dårlig i 2019, sammenlignet med personer som hadde høyere utdanning (figur 3.5). Forskjellene mellom utdanningsgruppene har holdt seg nokså uendret siden 2002. Lignende forskjeller finner vi for andelen som rapporterer om helseproblemer som legger store begrensninger på hverdagsaktivitetene, mens de relative forskjellene er litt mindre tydelige for helseproblemer som skaper noen begrensninger på slike aktiviteter.

¹⁵ <https://www.ssb.no/statbank/table/11190/>, lest 27.03. 2025

¹⁶ <https://www.ssb.no/statbank/table/04226/>, lest 21.01. 2025

Figur 3.5 Tre egenvurderte mål på helse i aldersgruppen 67+ år, fordelt etter utdanningsnivå. 2019. Prosent

Kilde: Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken <https://www.ssb.no/statbank/table/11192/>

Bevegelsesvansker varierer også med utdanningsnivå blant eldre. Eksempelvis var det 29 prosent som hadde vansker med en 5 minutters tur blant eldre med kun grunnskoleutdanning, mens den tilsvarende andelen var 8 prosent blant dem med utdanning på universitet/høgskolenivå (67+ år).¹⁷

En analyse basert på Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2022 finner også forskjeller i helse blant ulike utdanningsgrupper. Blant de eldste 75+ år varierer andelen som oppgir god helse fra 47 prosent blant dem med kort utdanning til 69 prosent blant dem med høy. Andelen med dårlig og svært dårlig helse er henholdsvis 22 og 9 prosent (Lunde og Allertsen, 2025). Derimot finner denne analysen relativt små utdanningsforskjeller i aktivitetsbegrensninger som skyldes helseproblemer blant de eldste.

Det er også en sammenheng mellom egenvurdert helse og familieforhold. Litt flere blant eldre 67+ som levde i parforhold oppga at helsa var svært god eller god i 2019, sammenlignet med de enslige i samme alder. Forskjellen var størst blant kvinner.¹⁸ Familieforholdene har en særlig sterk sammenheng med bevegelsesvansker. Om lag dobbelt så mange blant enslige 67+ hadde vansker med å gå en fem minutters tur i 2019, sammenlignet med gifte eller samboende eldre. Denne forskjellen var nokså lik for menn og kvinner,¹⁹

Selv om dødeligheten er lavere blant innvandrerne enn i befolkningen for øvrig, er det mye som tyder på at flere sider ved helsetilstanden likevel er relativt dårlig blant eldre innvandrere. Dessuten er det store variasjoner i dødeligheten mellom enkeltland. Innvandrere fra land som Kosovo og Pakistan har høyere dødelighet blant yngre eldre (50-69 år) enn den øvrige befolkningen (Texmon og Thonstad, 2024), SSB gjennomfører med noen års mellomrom egne levekårsundersøkelser blant personer med innvandrerbakgrunn fra forskjellige land. Den siste undersøkelsen i 2016, viste at den egenvurderte helsetilstanden og den opplevde funksjonsevnen var betydelig dårligere blant innvandrerne fra 12 utvalgte land i alderen 55-74 år enn blant eldre i befolkningen som helhet (Blom, 2017). Tallene tyder på at helsetilstanden i sterkere grad forverres med alderen enn for den øvrige befolkningen. Denne undersøkelsen er nokså gammel, men tall fra Livskvalitetsundersøkelsene

¹⁷ <https://www.ssb.no/statbank/table/08247/>, lest 21.01. 2025

¹⁸ <https://www.ssb.no/statbank/table/11193/tableViewLayout1/>, lest 07.04. 2025

¹⁹ <https://www.ssb.no/statbank/table/04229/>, lest 07.04. 2025

2020-23 tyder også på at eldre innvandrere (50-64 år) har noe mindre god egenvurdert helse enn den øvrige befolkningen i samme alder (Texmon og Thonstad, 2024). Det kan blant annet ha sammenheng med forskjeller i livsstil og at mange innvandrere arbeider i fysisk krevende og belastende yrker, som over tid kan føre til helseproblemer.

Trender over tid

Over tid er det flere studier som tyder på en bedring av de eldres helsetilstand. SSBs helse- og levekårsundersøkelser viser en forbedring av bevegelsesevnen blant eldre. I aldersgruppen 67-79 år ble andelen med bevegelsesvansker halvert fra 1985 til 2019. Det var også en forbedring, men noe svakere, hos eldre over 80 (Lunde og Allertsen, 2025).

En rekke undersøkelser de siste årene, slik som Tromsøundersøkelsen og Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), viser at helseindikatorer som gripestyrke, hørsel, kognisjon ol. er bedre blant dagens eldre enn blant tidligere generasjoner (Strand et al., 2023). En nylig HUNT-studie fant at antallet leveår uten funksjonsnedsettelse (DFLE, «Disabilityfree Life Expectancy») etter fylte 70 økte med om lag fire år i perioden 1995-2017 (Storeng m.fl., 2022). Det var mer enn det forventede antallet leveår økte. Antallet år med alvorlig funksjonsnedsettelse («severe disability») var stabilt blant menn og ble redusert blant kvinner i samme tidsrom. Dette er i tråd med en teori om at når levealderen øker, så vil de alvorlige helseproblemene forskyves til seinere i livsløpet, og konsentreres i et relativt kort tidsrom før døden inntreffer (såkalt «compression of morbidity»).

Samtidig finner den nevnte HUNT-studien også at utdanningsulikhetene i DFLE økte blant menn. Det skyldes primært at økningen i levealder er ulikt fordelt, siden det var små utdanningsforskjeller i antall leveår med middels og alvorlig funksjonsnedsettelse (Storeng m.fl., 2022).

På den annen side er det også flere eldre som, på grunn av bedre behandlingsmetoder, lever med hjerte- og karsykdommer, sykdommer som krever oppfølging. Dødeligheten av disse sykdommene er redusert. Medisinske framskritt har også ført til at det er flere eldre enn før som lever med en kreftdiagnose. Andelen som rapporterer om varig sykdom har økt det siste tiåret blant eldre, i aldersgruppene opp mot 74 år. Blant personer 75+ er utviklingen mer stabil (Lunde og Allertsen, 2025). I tillegg til at flere lever med kroniske sykdommer, er det også knyttet utfordringer til forskjellige risikofaktorer for sykdommer. Det gjelder ikke minst overvekt. Andelen med overvekt og fedme blant eldre over 67 år økte fra 1998 til 2019. Overvekt og fedme gir større risiko for en rekke sykdommer (Lunde og Allertsen, 2025).

Demens

Demens er en stor utfordring for eldreomsorgen, og er blant diagnosene som det er knyttet mest utgifter til i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (Hagen, 2024). Av alle som har langtidsplass i sykehjem har omkring 84 prosent demens. 60 prosent av personer med demens bor likevel hjemme (GjØra m.fl., 2020).

Demens er en fellesbetegnelse på flere hjernesykdommer som gir kognitiv svikt og etter hvert opphav til store hjelpebehov. Den vanligste er Alzheimers sykdom. Et demensforløp varer i gjennomsnitt 8-10 år, fra sykdomsstart til død (GjØra m.fl., 2020).

Ifølge en studie basert på HUNT-undersøkelsen 2017-19, og som var standardisert slik at beregningen tok hensyn til fordelingen på alder, kjønn og utdanning i Norge som helhet, er prevalensen av demens i Norge antatt å være 14,6 prosent for aldersgruppene 70 år og over. Forekomsttallene er også korrigert for selektivt frafall, det vil si at noen grupper, gjerne de sykeste, ikke fanges opp av undersøkelsen. Andelen stiger sterkt med alder, fra under 10 prosent blant personer under 80 år, til 33 prosent i alderen 85-89 år og 48 prosent i alderen 90+ (GjØra m.fl., 2020). Det totale antallet med demens i Norge ble i 2020 anslått til å være 101 000 personer.

Sosiale ulikheter i demens er vist i en rekke internasjonale studier. I en oversiktsartikkel (review) var både lav utdanning og yrkesklasse forbundet med økt risiko for demens, men ikke inntekt (Bodryzlova m.fl., 2023). Lav yrkesklasse var i majoriteten av studiene definert som yrker bestående av personer uten noe definert yrke, manuelle arbeidere og bønder, mens høy status ble knyttet til profesjonelle og akademiske yrker. En årsak til disse ulikhetene antas å ligge i at individer med høyere utdanning og i høyere yrkesklasser blant annet har bedre tilgang til kreative og kognitivt krevende yrker. De er også utsatt for mindre stress på viktige områder av livet. I hvilken grad disse resultatene kan overføres til en norsk kontekst er likevel usikkert. Men vi vet at sammenhengen med utdanningsnivå også er til stede i Norge. I Tromsø-undersøkelsen hadde personer som utviklet demens lavere utdanning, før demens-sykdommen ble registrert. De var også mindre aktive, og hadde oftere høyt kolesterol og blodtrykk enn andre. De hadde i tillegg mer depresjon og angst (Johnsen m.fl., 2023).

Flere studier tyder på at det er en kausal sammenheng mellom utdanningsnivå og redusert risiko for demens, ikke minst studier med bruk av såkalt «mendelsk randomisering»²⁰ (Seyedsalehi m.fl., 2022). En undersøkelse av en utdanningsreform i Sverige mellom 1936 og 1949, som økte utdanningslengden med ett år for 70 prosent av befolkningen, fant derimot ikke at denne reformen reduserte risikoen for demens (Seblova m.fl., 2020).

3.5. Psykiske plager og lav subjektiv livskvalitet

Statistisk sentralbyrås helse- og levekårsundersøkelser viser at i perioden 1998-2012 økte de psykiske plagene blant ungdom, men ble redusert blant de eldre. Endringene var tydeligst blant kvinner. I 2015 ble undersøkelsesopplegget endret, slik at det er et brudd i tidsserien, men også fra 2015 til 2019 var det en økning i psykiske plager blant yngre aldersgrupper, mens det var mindre endringer blant eldre. 6 prosent av eldre over 80 år skåret over en grenseverdi for psykiske helseplager (angst og depresjon) i 2019, mens andelen i aldersgruppen 16-24 år var hele 15 prosent.²¹

Ser vi mer spesifikt på depresjon, på personer som har moderate til omfattende depressive symptomer, var det mindre endringer fra 2015 til 2019, og også lavere aldersforskjeller. Andelen med moderate til omfattende depressive symptomer var likevel høyest blant de unge (9 prosent) og lavest i aldersgruppen 67-79 år (4 prosent). I aldersgruppen 80+ var andelen med depressive symptomer høyere enn blant de yngre eldre, 7 prosent. Det var klare kjønnsforskjeller blant de eldste eldre; om lag dobbelt så stor andel hadde depressive symptomer blant kvinner som blant menn.²²

HUNT-undersøkelsen, med data fra 1995-1997 til 2017-19, bekrefter i stor grad det som SSBs levekårsundersøkelser finner. Det var en reduksjon av andelen med depressive symptomer, og en nokså stabil andel med symptomer på angst, blant eldre i alderen 70-79 år. For ungdom var det derimot en økning (Krokstad m.fl., 2022).

Statistisk sentralbyrås undersøkelser viser også klare sosiale forskjeller i utbredelsen av psykiske plager og depresjon. I de fleste årganger av Levekårsundersøkelsen, har eldre med lav utdanning flere plager enn dem med lang utdanning. I 2019 var det imidlertid liten forskjell mellom ulike

²⁰ Mendelsk randomisering er en metode som bruker fordelingen av forskjellige gener i befolkningen som utgangspunkt for analyser. Noen genetiske varianter disponerer for å ta høyere utdanning. Når disse variantene viser seg å være forbundet med lavere risiko for å utvikle demens, tyder det på at utdanningsnivået har en kausal innvirkning, gitt visse forutsetninger

²¹ <https://www.ssb.no/statbank/table/04432/>, lest 28.03. 2025

²² <https://www.ssb.no/statbank/table/04432/>, lest 28.03. 2025

utdanningsgrupper i omfanget av psykiske plager og depresjon, i aldersgruppene over 67 år. Det gjenstår å se om dette var et tilfeldig avvik, eller om det gjenspeiler en ny trend.²³

Andre undersøkelser har funnet høyere prevalens av depresjon blant personer med lav enn med høy utdanning i aldersgruppen 60-80 år, selv om de absolutte forskjellene i Norge er mindre enn i mange andre land (Hansen m.fl., 2017).

Det er mye som tyder på at innvandrere er mer utsatt for psykiske problemer enn den øvrige befolkningen. Analyser av data fra Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn i 2016, viste at symptomer på psykiske problemer var langt mer utbredt blant de eldre innvandrerne fra 12 utvalgte land enn i befolkningen som helhet (Blom, 2017).

Det er ingen klare forskjeller mellom by og land i utbredelsen av psykiske plager og depressive symptomer blant eldre 67+ år.

Subjektiv livskvalitet

De yngre eldre, i «den tredje alder», framstår som Norges mest tilfredse aldersgruppe. På en skala fra 0 til 10, der 0 er lavest tilfredshet og 10 er høyest, skåret aldersgruppen 67-79 år 7,5 i gjennomsnitt, høyest av alle aldersgrupper i 2024. Blant de eldste eldre, over 80, er tilfredsheten med livet noe lavere (7,3), men likevel godt over nivået blant de unge.²⁴

Opplevelse av mening gir et lignende bilde.²⁵ Selv blant eldre 80+, er det en sterkere opplevelse av mening enn blant de unge i alderen 18-24 år. Den sterkeste opplevelsen av mening ser en også her i aldersgruppen 67-79 (7,5 på en skala fra 0 til 10 i 2024), mens aldersgruppen 80+ ligger lavere (7,0). Tilfredsheten og opplevelsen av mening er noe høyere blant personer som er gift eller samboende enn blant enslige eldre. Som nevnt tidligere, må en her være oppmerksom på frafallsproblemene blant de eldre, særlig blant de aller eldste. Det gjelder særlig når en som her henter opplysninger fra Livskvalitetsundersøkelsene, som gjennomføres som en webundersøkelse. Vi vet ikke hvor mange av de eldre med kognitive svekkelser og/eller svekket syn som klarer å gjennomføre en slik undersøkelse.

Også andre undersøkelser tyder på at det skjer negative endringer i livskvaliteten over tid blant de eldste. NorLAG-undersøkelsen følger de samme personene over tid, og gir dermed et sikrere grunnlag for å si noe endringene i livskvalitet med økende alder (Hansen og Blekesaune, 2022). Disse undersøkelsene viser at livstilfredsheten når en topp i midten av 70-årene, før den går ned. Tap av helse, partner og venner predikerte redusert subjektiv livskvalitet blant de eldste. Forekomsten av positive følelser økte til rundt 70-årsalderen, og gikk deretter kraftig ned.

Eldre av i dag ser ut til å være lykkeligere og mere tilfredse enn eldre for noen tiår tilbake, i tråd med forbedringene av inntekter, helse og sosiale relasjoner. Fra 1985-87 til 2017-19 endret aldersmønsteret for lykke seg, slik at eldre i aldersgruppen 60+ gikk fra å være den minst lykkelige til å være den mest lykkelige aldersgruppen. For de unge gikk utviklingen i motsatt retning (Hellevik og Hellevik, 2021).

Livskvaliteten kan ha sammenheng med boform. I en mindre undersøkelse i tre fylker, blant beboere på sykehjem og brukere av dagsentra for personer med demens, hadde hjemmeboende med demens eller kognitiv svekkelse høyere livskvalitet enn personer med demens bosatt i sykehjem, selv når det ble tatt hensyn til alvorlighetsgraden av demens. Å bo på sykehjem var også forbundet med en negativ trend i livskvaliteten over tid, mens å bo hjemme ikke var det (Olsen et al.,

²³ <https://www.ssb.no/statbank/table/08249/>, lest 28.03. 2025

²⁴ <https://www.ssb.no/statbank/table/13762/>, lest 28.03 2025

²⁵ <https://www.ssb.no/statbank/table/13790/>, lest 28.03 2025

2016). Bedømmelsen av livskvalitet var imidlertid ikke basert på de eldres selvrapportering, men på sykepleiernes bedømmelse av deres humør og atferd.

Generelt er det små forskjeller i subjektiv livskvalitet mellom ulike områder av landet, men så vidt vi vet er det ikke publisert studier som har sett spesifikt på slike geografiske variasjoner blant eldre.

3.6. Mellommenneskelig lidelse

Isolasjon og ensomhet

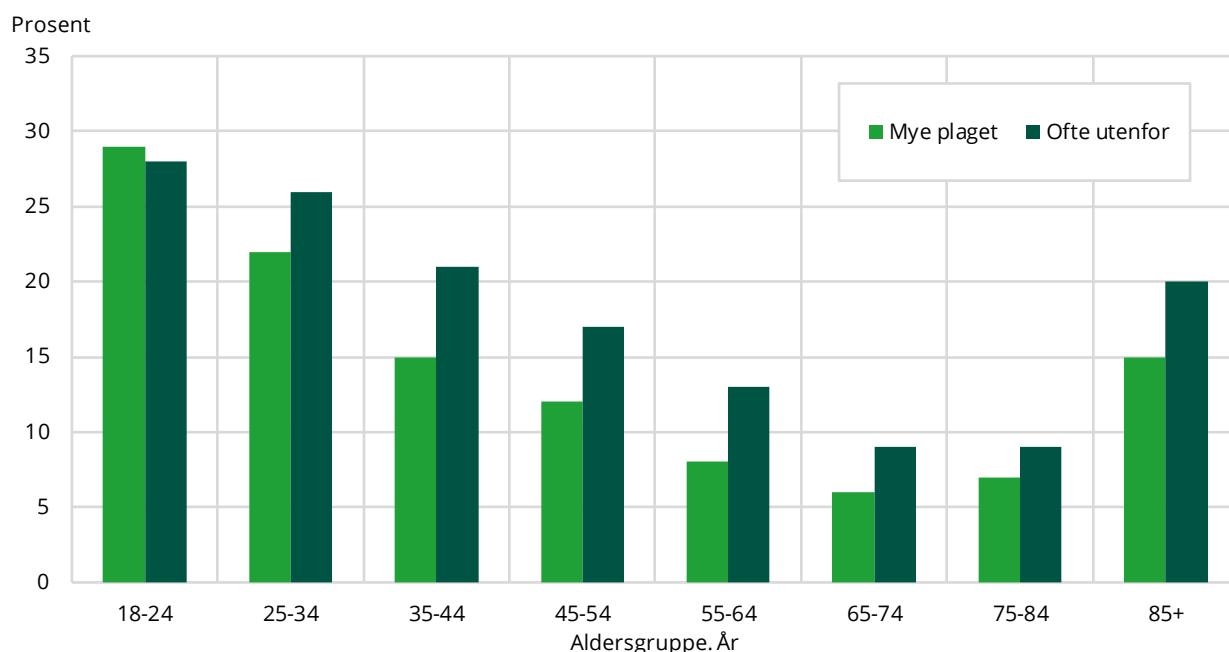
Tidligere undersøkelser har funnet at eldre over 80 både er mer sosialt isolerte, har færre som de regner med vil stille opp ved personlige problemer og er mere ensomme enn befolkningen for øvrig (Barstad og Sandvik, 2015). Det er i tråd med internasjonal forskning, som viser at størrelsen på det sosiale nettverket reduseres med alderen (Dunbar, 2021). Helsetap er en viktig del av bakgrunnen for dette. I Levekårsundersøkelsen 2012 oppga drøyt halvparten av personer 80 år og eldre at de var hindret i sin sosiale deltaking på grunn av helseproblemer. For personer i alderen 25-44 år gjaldt dette bare 5 prosent (Barstad og Sandvik, 2015).

De eldste eldre (80+ år) har likevel i vel så stor grad som andre kontakt med familien utenfor egen husholdning. Andelen som hadde slik kontakt sjeldnere enn månedlig var bare 10 prosent i 2022, mens andelen blant personer under 55 år var 23 prosent (Haugland og Dalen, 2024). Derimot er det noe mer vanlig med liten vennekontakt i denne aldersgruppa. Andelen som treffer venner sjeldnere enn en gang i måneden var 14 prosent i 2022, det dobbelte av andelen i aldersgruppene under 55 år. Vi må regne med at disse aldersforskjellene blir undervurdert i levekårsundersøkelsene, på grunn av frafallet av eldre med dårlig helse i denne typen undersøkelser.

Tilhørighet er et grunnleggende menneskelig behov, og ensomhet tyder på at dette behovet ikke blir tilfredsstilt. Kröger (2022) bruker ensomhet som en indikator på det han kaller sosio-emosjonell omsorgsfattigdom. Ensomhet blir da oppfattet som et uttrykk for umøtte emosjonelle og sosiale behov.

Med større helseproblemer, mindre nettverk og ikke minst tap av ektefelle eller partner, øker risikoen for ensomhet i aldersgruppene over 80 år. Det er likevel ikke de eldre som er mest utsatt for ensomhet og opplevd utenforskap. Ifølge Livskvalitetsundersøkelsen 2023, er det de unge som oftest oppgir at de er mye plaget av ensomhet, og at de føler seg utenfor (figur 3.6). Å føle seg utenfor er basert på tre spørsmål, der ordet ensomhet ikke blir brukt. Det er spørsmål om hvor ofte den enkelte føler seg isolert fra andre, savner noen å være sammen med og føler seg utenfor. I figuren inngår de som svarte «ofte» på minst ett av de tre spørsmålene. Vi ser at de to indikatorene gir et nokså sammenfallende bilde av aldersforskjellene. Ensomhet og utenforskap når en «bunn» blant de yngste eldre, 65-74 år, før det igjen stiger, framfor alt når alderen bikker 85 år og mer.

Figur 3.6 Andel mye plaget av ensomhet, og andel som ofte opplever minst en av tre former for utenforskap, i ulike aldersgrupper. 2023



Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2023, Statistisk sentralbyrå

Tallene for de eldste eldre hentet fra Livskvalitetsundersøkelsen er usikre, både fordi antallet er forholdsvis lavt,²⁶ og fordi det er et selektivt frafall som sannsynligvis er særlig høyt blant de eldste. Forskjellene vi finner er imidlertid bekreftet av annen forskning. En studie basert på Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) finner store forskjeller etter alder i aldersgruppene over 70. Andelen som i noen grad opplevde ensomhet var mer enn dobbelt så høy i aldersgruppen 85+ som i aldersgruppen 70-74. Særlig var andelen høy blant kvinner, henholdsvis 23 prosent blant 70-74 åringene og 51 prosent i gruppen 85+ (Aunsmo m.fl., 2023).

Generelt er eldre kvinner mer utsatt for ensomhet enn menn, som ikke minst har sammenheng med at det er flere kvinner enn menn som har mistet ektefellen og lever som enker. At det er flere enker enn enkemenn skyldes at eldre kvinner i gjennomsnitt lever om lag 2 år lenger enn menn (jf. avsnitt 3.2), og at kvinnene gjennomgående også er noe yngre enn mennene ved inngåelse av ekteskap. Dette fører til at det blir mange flere kvinner enn menn i de mest omsorgskrevende aldersgruppene.

På grunnlag av data fra Levekårsundersøkelsen EU-SILC gjennomført i 2022 finner ikke Haugland og Dalen (2024) store forskjeller i utbredelsen av ensomhet mellom personer i alderen 67-79 år og 80+ år. Blant de yngre eldre var det 31 prosent som følte på ensomhet noe av tiden eller mer, mens blant de eldste eldre var andelen 33 prosent. Men som vi har sett, tyder Livskvalitetsundersøkelsen på at det er først etter 85-års alderen at ensomheten øker for alvor blant de eldste.

Trender over tid

Er det blitt mere eller mindre ensomhet blant de eldre over tid? Den lengste tidsserien som dekker ensomhet blant eldre i Norge kan hentes fra den nevnte HUNT-studien, som har stilt spørsmål om ensomhet siden den første studien ble gjennomført i 1984-86 og fram til den siste gjennomført i 2017-19. Spørsmålet om ensomhet i den første undersøkelsen var imidlertid ikke helt identisk med de seinere spørsmålene, som skaper noe usikkerhet i sammenligningene. Hovedresultatet er en

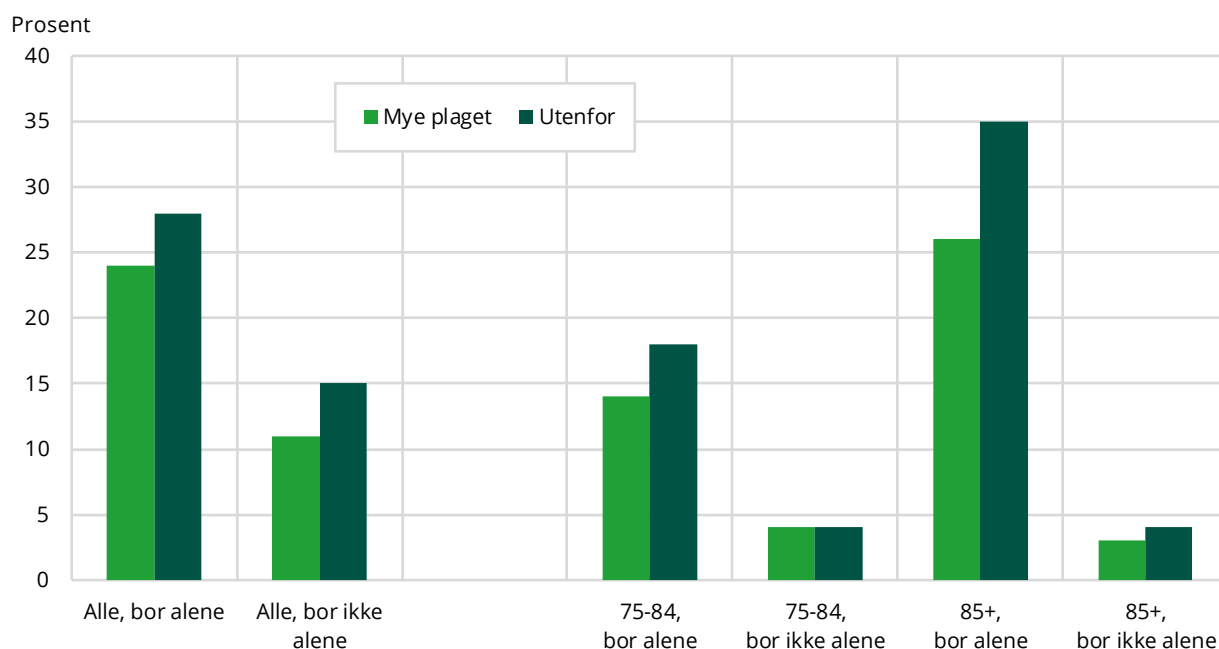
²⁶ Blant personer 85+ var antallet som svarte 161 i 2023

betydelig nedgang i forekomsten av ensomhet blant eldre 70+ i denne perioden. Det ble også færre som ga uttrykk for ensomhet i aldersgruppen over 80. Andelen blant eldre som opplevde den mest alvorlige formen for ensomhet ble om lag halvert fra 1995-97 til 2017-19, en trend som delvis kunne forklares av at det ble færre eldre som bodde alene. I den siste tidsperioden, fra 2006-08 til 2017-19, var det riktignok en økning av ensomhetsfølelser blant eldre 80+ som bodde alene. Endringen var likevel innenfor feilmarginene.

Hvem er de ensomme?

De ulike undersøkelsene er samstemte i at aleneboende eldre er langt mer ensomme enn eldre som bor sammen med noen. Om lag halvparten av aleneboende 67+ opplever ensomhet litt av tiden eller mer, sammenlignet med færre enn en av fem blant dem som deler en husholdning med andre (Haugland og Dalen, 2024). I 2023 var det 3-4 ganger så mange som var plaget av ensomhet eller opplevde utenforskap blant aleneboende eldre 75-84 år, sammenlignet med personer i samme aldersgruppe som ikke bodde alene. I gruppen 85+ er forskjellene enda større (figur 3.7).²⁷ Det ser ut til at betydningen av å dele en husholdning med andre øker med alderen, som virker rimelig med tanke på at helseproblemer og tapet av slektninger og venner også tiltar når en blir eldre.

Figur 3.7 Andel som er mye plaget av ensomhet, og andel som ofte opplever minst en av tre former for utenforskap. Alle 18+, 75-84 år og 85+ år. 2023



Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2023, Statistisk sentralbyrå

Tilgangen til kontakter og sosiale ressurser er ulikt fordelt i eldrebeefolkningen. Blant eldre 67-79 år har fjerdedelen med lavest inntekt mindre vennekontakt enn andre inntektsgrupper. I samme aldersgruppe er det også forskjeller etter utdanningsnivå. Blant eldre med lav utdanning oppgir 47 prosent at de har lite vennekontakt (sjeldnere enn ukentlig), mens tilsvarende andel blant dem med høy utdanning er 36 prosent (Haugland og Dalen, 2024). Noe av forskjellen kan ha sammenheng med forskjeller knyttet til helse. Deltaking i frivillig arbeid varierer også mye mellom grupper med ulike sosiale og økonomiske kjennetegn. Frivillige organisasjoner kan være en arena der nye vennskapsbånd blir knyttet eller gamle bånd blir fornyet. I aldersgruppen 67-79 år var det i 2022

²⁷ Antallet intervjuede er her svært lavt, som gir tilsvarende stor usikkerhet. Antallet som bor alene i aldersgruppen 85+ var 62, mens 73 ikke bodde alene. I aldersgruppen 75-84 var antallet observasjoner henholdsvis 310 blant aleneboende og 745 blant dem som ikke bodde alene

nesten dobbelt så mange som jobbet frivillig blant personer med høy utdanning som blant dem med lav, 60 versus 32 prosent (Haugland og Dalen, 2024).

Både ensomhet og sosial isolasjon ser ut til å ha negative konsekvenser for helsetilstand, kognitive evner og levealder. Liten sosial kontakt er en etablert risikofaktor for demens (Livingston et al., 2020). I en nylig norsk studie, basert på paneldata fra NorLAG, viste det seg at sosial isolasjon var forbundet med økt dødelighet over en 20-årsperiode. Økningen var 16 prosent for kvinner og 15 prosent for menn. I hovedsak var det fraværet av en partner og liten kontakt med barn som forklarte denne sammenhengen. Blant menn var det imidlertid også en sammenheng mellom opplevd ensomhet, basert på et direkte spørsmål om dette, og økt dødelighet (Aartsen m.fl., 2024).

En oversiktsartikkel over risikofaktorer for ensomhet blant eldre, basert på en gjennomgang av longitudinelle studier i internasjonal forskningslitteratur -studier som følger de samme personene over tid - finner at de følgende fem risikofaktorene er de som peker seg ut som de mest konsistente: Ikke være gift/ha en partner og miste partneren, et begrenset sosialt nettverk, et lavt nivå av sosial aktivitet, dårlig selvurdert helse, og endelig depresjon og en økning i depresjon. I tillegg tydet flere studier på at lav inntekt og dårlige økonomiske betingelser øker risikoen for ensomhet, mens de fleste ikke fant noen sammenheng med utdanningsnivå (Dahlberg m.fl., 2021). At det er en viss sammenheng mellom lav inntekt og ensomhet blant eldre, er også vist på grunnlag av norske data. Sammenhengen mellom ensomhet og den selvopplevde økonomien (vansker med å få «endene til å møtes») er imidlertid sterkere enn sammenhengen med objektive inntektsmål (Hansen og Daatland, 2016).

Ensomhet kan også ha sammenheng med boform og trekk ved institusjonsomsorgen. En svensk undersøkelse av eldreomsorgen, gjennomført av Socialstyrelsen, finner at eldre innenfor institusjonsomsorgen (særskilte boformer for eldre) oftere gir uttrykk for ensomhet enn dem som bor i eget hjem og har hjemmetjenester (Folkhälsomyndigheten, 2024). Forskjellen er særlig stor blant eldre med dårlig helse. Innenfor institusjoner som tilbyr aktiviteter daglig, er det imidlertid langt færre som ofte føler seg ensomme, sammenlignet med personer som bor på institusjoner med aktiviteter sjeldnere enn en gang i måneden (17 versus 36 prosent).

Det er gjort få studier av ensomhet innenfor sykehjem i en norsk kontekst, og er også vanskelig å gjennomføre fordi så mange av beboerne på sykehjem har demens. En undersøkelse fra 27 sykehjem i to store, urbane kommuner i 2017-18, blant beboere med tilstrekkelige kognitive evner, fant at 47 prosent av disse oppga at de ofte eller noen ganger opplevde ensomhet (Kuvén m.fl., 2023). I en tidligere undersøkelse blant et utvalg av beboere i alle sykehjem i Bergen, var den tilsvarende andelen 56 prosent (Drageset m.fl., 2011). Også dette var en undersøkelse blant personer uten kognitive svekkelser.

Det er en sammenheng mellom fysisk og sosial sårbarhet, som vi har vært inne på. Sosial sårbarhet innebærer at forskjellige kvantitative og kvalitative aspekter ved et individs sosiale relasjoner har ulike mangler. De som for eksempel mangler sosial kontakt og støtte har ofte dårlig helse og er skrøpelige. Skrøpelighet («frailty») handler om redusert iboende kapasitet, om reduserte fysiske, kognitive, mentale og ernæringsmessige ressurser (Strand m.fl., 2023). Skrøpelighet innebærer større risiko for en tidlig død og økt behov for helse- og omsorgstjenester. Longitudinelle studier tyder på at sosial sårbarhet definert på ulike måter, er forbundet med økt risiko for skrøpelighet. Noen studier tyder også på at skrøpelighet kan bidra til å forverre sosial isolasjon og ensomhet. Det ser ut til at ensomhet og sosial isolasjon kan forsterke sammenhengen mellom skrøpelighet og dødelighet. Kombinasjonen av skrøpelighet og sosial sårbarhet er sterkt forbundet med økt funksjonsnedsettelse, kognitive svekkelser og depressive symptomer. Det er likevel usikkert i hvilken grad disse sammenhengene representerer reelle årsakssammenhenger (Hanlon m.fl., 2024).

Vold og overgrep

Fra begynnelsen av 1980-tallet til slutten av 1990-tallet var det i Norge nærmere en fjerdedel av eldre kvinner som var urolige for å bli utsatt for vold eller trusler når de gikk ute alene på bostedet. Eldre over 67 år var aldersgruppen som var mest urolig. I 2023 hadde dette aldersmønsteret endret seg helt. Eldre kvinner ser ut til å føle seg langt tryggere i dag enn for bare noen ti-år tilbake. Snaut 8 prosent gav i 2023 uttrykk for uro, mens de unge kvinnene (16-24 år) var aldersgruppen som opplevde mest uro (18 prosent). Blant unge kvinner har det heller ikke vært noen tydelig nedgang over tid.²⁸ Blant menn er det få av de eldre som er urolige for å bli utsatt for vold eller trusler, kun rundt 3 prosent i 2023. En lignende reduksjon av utryggheten blant de eldre ser vi også når det er spørsmål om uro for å bli rammet av tyveri eller skadeverk, her har det vært en reduksjon av uroen blant både menn og kvinner i aldersgruppene over 67.

Andelen av de eldre som oppgir at de faktisk har blitt utsatt for vold eller trusler i løpet av de siste 12 måneder er lav, og lavere enn for andre aldersgrupper. I 2023 var andelen bare rundt 1 prosent, sammenlignet med 8-9 prosent blant menn og kvinner i alderen 16-24 år. Over tid har det også vært en svak nedgang blant de eldre kvinnene, fra rundt 3 prosent på 1980-tallet, til i underkant av 1 prosent de siste ti årene.²⁹

Også andre større kartlegginger av voldsutsatthet, slik som undersøkelsen utført av Nasjonalt senter for kunnskap om vold og traumatisk stress i 2023 (Dale m.fl., 2023) og den nasjonale trygghetsundersøkelsen 2022,³⁰ viser at eldre er mindre utsatt for vold enn yngre.

Selv om det er mindre vold og overgrep mot eldre enn yngre, kan vold og overgrep blant eldre likevel beskrives som et alvorlig samfunnsproblem. I en undersøkelse der en også inkluderte omsorgssvikt, ble det funnet at den samlede forekomsten av vold, overgrep og omsorgssvikt i løpet av det siste året, blant eldre over 65 år i Norge, var mellom 5,2 og 7,2 prosent (Sandmoe m.fl., 2017). Det var ingen signifikante forskjeller mellom de yngste (66-75 år) og eldste (75-90 år) eldre.

Separasjon og skilsmisse var en risikofaktor for vold, overgrep og omsorgssvikt blant kvinner; det var flere utsatte blant kvinner som var separert eller fraskilt sammenlignet med personer som ikke hadde opplevd dette. Det var også en sammenheng mellom både livskvalitet og helse og utsatthet for vold. Kvinner og menn som hadde blitt voldsutsatt etter fylte 65 år, var mindre fornøyd med tilværelsen, og vurderte sin helse som langt dårligere enn dem som ikke hadde blitt utsatt for vold (Sandmoe m.fl., 2017). Levekårsundersøkelsene viser at enslige eldre 67+ i større utstrekning enn gifte og samboende i samme aldersgruppe har blitt utsatt for vold, tyverier eller skadeverk, og at de er mer urolige for å bli utsatt for vold når de er ute og går alene på bostedet.³¹

Også på sykehjem skjer det vold og overgrep mot eldre. Ifølge en studie gjennomført i tilfeldig utvalgte sykehjem i 2018-19, rapporterte hele 76 prosent av pleiepersonalet at de i løpet av det siste året hadde observert ett eller flere tilfeller av vold («abuse»), det være seg av psykisk, fysisk, seksuell eller materiell natur, eller i form av å unnlate å følge opp behov («neglect»). De vanligste formene var psykisk vold og neglisjering av behov. Eksempler på det første var å skrike til en pasient, krangle og komme med kritiske kommentarer, mens eksempler på det andre var å neglisjere tannpleie og ignorere pasienten (Botngård m.fl., 2020a).

En analyse av den samme undersøkelsen har også vist at det er vanlig å observere voldshendelser mellom beboerne i sykehjem. 89 prosent av pleiepersonalet hadde observert vold mellom beboerne i sykehjemmene (Botngård m.fl., 2020b). Det vanligste var verbal og fysisk aggresjon. Vold utøvd av

²⁸ <https://www.ssb.no/statbank/table/04621/>, lest 07.02. 2025

²⁹ <https://www.ssb.no/statbank/table/04621/>, lest 07.02. 2025

³⁰ <https://trygghetsundersokelsen.no/>, lest 07.02. 2025

³¹ <https://www.ssb.no/statbank/table/04624/>, lest 7.04. 2025

pasientenes slektninger ser ut til å være mindre vanlig, men også slike voldshendelser ble observert av 46 prosent av pleiepersonalet i denne undersøkelsen (Botngård m.fl., 2024).

3.7. Sosial lidelse – utestengning, diskriminering og stigmatisering

Når eldre stenges ute eller blir diskriminert, kan årsakene ligge i alderisme. Alderisme har blitt definert som «...stereotypier, fordommer og diskriminering av eldre mennesker, basert på deres kronologiske alder eller fordi de oppfattes som «gamle» eller «eldre»» (Solem, 2022). Både fastlåste oppfatninger (stereotypier) av eldre og forhåndsinnstilte følelser (fordommer) mot eldre skaper en beredskap til å handle. Denne beredskapen kan i noen situasjoner komme til uttrykk som diskriminerende handlinger. Enkelte forskere inkluderer den faktiske diskrimineringen i begrepet alderisme, mens andre mener det er mest fruktbart å skille diskrimineringen fra stereotypiene og fordommene som kan ligge bak. Det blir dermed en parallell til skillet mellom rasisme og rasediskriminering.

Negative holdninger til eldre og aldring i kulturen kan påvirke helsetilstanden og komme under huden på ulike måter (Levy, 2022). En er den psykologiske, som når holdningene internaliseres blant eldre og bidrar til lav selvfølelse og stolthet. En annen er knyttet til atferd. De internaliserte holdningene kan bidra til pessimisme og fatalisme, at aldring er ensbetydende med ensomhet og dårlig helse. Eldre med negative holdninger til aldring trener mindre og tar færre medisiner (Levy, 2022). Endelig kan holdningene også ha direkte fysiske og biologiske effekter, gjennom å øke stressreaksjoner. Negative stereotypier knyttet til aldring er også forbundet med dårligere hukommelse blant eldre, selv om de negative holdningene ble målt flere tiår tidligere. Dette er holdninger av typen «gamle mennesker har vansker med å konsentrere seg» (Levy m.fl., 2012).

Basert på en omfattende litteraturgjennomgang (Chang m.fl., 2020), hevder en rapport fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) at alderisme og aldersdiskriminering har en rekke negative konsekvenser for Eldres helse og livskvalitet (WHO, 2021). Ifølge rapporten har alderisme en negativ effekt på fysisk og mental helse, forverrer reduksjonen i kognitive evner, og reduserer levealderen. Alderisme undergraver også sosiale relasjoner og bidrar til sosial isolasjon og ensomhet.

I Norge er det relativt få eldre som føler seg diskriminert, forstått som å bli behandlet dårligere enn andre av forskjellige grunner. I Livskvalitetsundersøkelsene er det listet opp i alt 10 grunner til at en kan oppleve å bli behandlet dårligere enn andre, herunder alder, kjønn og helseproblemer. Blant eldre 80+ var det i 2023 12 prosent som hadde opplevd minst en av de ti formene for forskjellsbehandling i løpet av de siste 12 måneder. Dette var godt under gjennomsnittet for befolkningen. Blant de unge (18-24 år) var andelen hele 48 prosent. Når vi spør spesifikt om forskjellsbehandling på grunn av alder, var det 7 prosent av alle 80+, og 8 prosent av dem eldre enn 85, som svarte bekreftende på at de hadde opplevd dette. Disse tallene er omtrent de samme som for befolkningen som helhet. Igjen er det de unge som skiller seg ut – 22 prosent av 18-24-åringene hadde følt seg dårligere behandlet enn andre på grunn av alder i 2023.³²

I arbeidslivet var det, ifølge Norsk seniorpolitisk barometer, i 2024 åtte prosent av yrkesaktive over 60 år som selv hadde opplevd å bli diskriminert på grunn av høy alder i løpet av de siste to årene (Ipsos, 2024). Siden 2012 har det vært en økning av andelen arbeidstakere, uansett alder, som selv har opplevd slik diskriminering. De vanligste formene for aldersdiskriminering som de yrkesaktive rapporterer om, er at yngre arbeidstagere blir foretrukket når ny teknologi eller nye arbeidsmåter skal innføres, og at eldre forbigås ved forfremmelser og intern rekruttering. I 2024 oppgav 35 prosent av yrkesaktive over 60 år at de av og til, ofte eller svært ofte hadde opplevd den sistnevnte formen for diskriminering (merk at det sistnevnte er et generelt spørsmål som ikke nødvendigvis

³² Tallene fra Livskvalitetsundersøkelsen 2023 er basert på egne beregninger

omfatter en selv, men kan gjelde andre eldre arbeidstakere). Etter en nedgang i denne typen diskriminering på begynnelsen av 2000-tallet, har det siden 2012 vært en økning av andelen arbeidstakere som har opplevd at eldre forbigås ved forfremmelser eller intern rekruttering. Det samme gjelder opplevelsen av at yngre blir foretrukket når ny teknologi eller nye arbeidsmåter skal innføres. Etter 2012 har det også vært en viss økning av enkelte aldersskeptiske holdninger blant arbeidstakerne. Andelen som helt eller delvis er uenige i at mange 70-åringer kan yte like mye i jobb som folk som er 10-15 år yngre, økte fra 17 prosent i 2012 til 24 prosent i 2024. Derimot har det blitt flere arbeidstakere enn før som mener at arbeidstakere over 60 år har minst like gode arbeidsprestasjoner som de yngre (Ipsos, 2024).

Det kan altså virke som det er relativt få eldre som i direkte møter med andre føler seg dårligere behandlet. Alderisme, og negative effekter av dette, kan imidlertid også ta andre former. I forskningen på alderisme vektlegges det hvordan negative holdninger til aldring i kultur og samfunnsliv internaliseres av de eldre selv, som igjen påvirker helse og livskvalitet. Hvis de eldre selv opplever at forskjellsbehandlingen er berettiget, vil den heller ikke oppleves som diskriminering.

Stigmatisering kan defineres som en kulturell prosess der negative forskjeller og identiteter knyttes til bestemte grupper i samfunnet. Det motsatte av stigmatisering er anerkjennelse, en bekreftelse på de positive kvalitetene som mennesker og grupper besitter (Lamont, 2018). Spennet mellom anerkjennelse og stigmatisering er en viktig side ved ulikheten i samfunnet. Ulikhet handler ikke bare om fordelingen av ressurser, men også om forskjeller i verdi og «kulturelt medlemskap» (Lamont, 2018). I samfunnslivet er det mye oppmerksomhet rundt de negative sidene ved aldring, som påvirker hvordan eldre blir oppfattet og sett på som gruppe. For eksempel er det mye snakk om «eldrebølge», til og med en «eldre-tsunami», når utfordringen for velferdsstaten fra en aldrende befolkning skal beskrives. Disse metaforene bidrar til å framstille en aldrende befolkning som uønsket og en byrde for samfunnet. De gir inntrykk av at «...de aldrende gruppers behov for hjelp fra velferdsstaten representerer en katastrofe for samfunnet» (Christensen, 2018, s. 77). Metaforer som eldrebølgen stigmatiserer de eldre, hevder Christensen (2018). Ord som «omsorgsbyrde» kan ytterligere forsterke det negative synet på eldre.

Et grunnleggende problem med å behandle gruppen «eldre» som en ensartet masse, er at det overser de store individuelle variasjonene innad i gruppen. For eksempel gjøres det ofte et skille mellom den tredje og den fjerde alder (Laslett, 1991). Den tredje alder er en relativt ny fase av livet i moderne industrisamfunn. Folk i denne alderen har pensjonert seg, men har likevel mange år foran seg med store muligheter for et godt liv. Typisk for den tredje alder er relativt god helse og frihet fra lønnsarbeid. Den siste delen av alderdommen, den fjerde alder, handler om en ny hjelpeavhengighet, med likheter til den man hadde under barndommen. Stadig flere pensjonerte eldre opplever den tredje alder i en stadig lengre periode (jf. avsnittet om helse). Men i det offentlige ordsiftet skilles det ikke mellom de to fasene, som dermed gjør utviklingen mer truende enn det er grunnlag for (Christensen, 2018).

Annen forskning viser at på noen områder av livet blir vi mer forskjellige, jo eldre vi blir. For eksempel viser en amerikansk studie at variasjonen i helserelatert livskvalitet innenfor ulike aldersgrupper øker med alderen. Variasjonen er langt større i aldersgruppen 85+ enn blant dem som er i 50-årene. Forskjellene innad i aldersgruppene var også langt større enn forskjellene på tvers av gruppene. Selv blant dem som er over 85 er det en betydelig andel som har høy livskvalitet. Kronologisk alder er derfor en svært upresis indikator på livskvalitet og hjelpebehov (Lowsky m.fl., 2013). Når variasjonene innad i gruppen av eldre er så stor, bør bruken av indikatorer som omsorgsbyrde eller «forsørgerbrøk» gjøres med stor forsiktighet. Slike beregningsmåter tar heller ikke hensyn til at en betydelig andel eldre har god helse og lever aktive liv, som i liten grad skiller seg fra hvordan yngre har det (Lowsky m.fl., 2013).

Alderisme finnes også i helse- og omsorgstjenestene. Ifølge en internasjonal litteraturstudie, fant 85 prosent av undersøkelsene om tilgang på helsetjenester at tjenestetilbyderne forsøkte å redusere de eldres tilgang, eller nekte dem tilgang til visse behandlinger, sammenlignet med yngre pasienter som var helt identiske, med unntak av alder (Chang m.fl., 2020). Alder ser også ut til å ha betydning for prioriteringen av ressurser innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge. I helse- og omsorgstjenestene er det vist at en person mellom 18 og 49 år med omfattende bistandsbehov i snitt får 69 timer med helse- og omsorgstjenester i uka, mens en person mellom 80 og 89 år med samme bistandsbehov får 13 timer (Helsedepartementet, 2023, s. 23).

Mye tyder på at de eldste brukerne taper i konkurransen med yngre brukere om knappe ressurser i eldreomsorgen. Det kan være flere grunner til dette, Noen forskere hevder at det har sammenheng med generelle oppfatninger om aldring, og med synet på gamle som passive og energiløse (Gautun og Grødem, 2015). Siden de «har livet bak seg», oppfattes de også i liten grad som verdifulle «investeringsobjekter» for framtidig bedring av funksjonsevnen, sammenlignet med yngre. Slike oppfatninger kan forstås som uttrykk for alderisme.

Samtidig må det påpekes at det kan finnes gyldige argumenter for å prioritere yngre framfor eldre, uten at disse nødvendigvis er uttrykk for stereotypier og fordommer. Prioriteringer i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i Norge skal følge tre prinsipper: Nytte, ressursbruk og alvorlighet. Både nytte og alvorlighet måles med utgangspunkt i kvalitetsjusterte leveår (QUALY). Helse relatert livskvalitet måles på en skala fra 0 til 1, der 0 er død og 1 er perfekt helse. 1 QUALY er ett år i perfekt helse (Bjornelv og Aas, 2023). Bruken av slike måleinstrumenter kan, med rette eller urette, føre til at eldre nedprioriteres. Eldre personer vil med nødvendighet ha færre leveår foran seg enn yngre.³³

Det er begrenset med kunnskap om hvordan alderisme henger sammen med sosial ulikhet. Den internasjonale litteraturgjennomgangen finner imidlertid at eldre med lav utdanning er mer utsatt for alderisme enn eldre med høyere utdanning (Chang m.fl., 2020).

3.8. Oppsummering

Vi har sett at på mange områder av livet har de eldre fått det bedre de siste tiårene. De humanitære behovene er gjennomgående lavere enn før. Eldre som har nådd pensjonsalder lever lenger, og flere sider ved helsetilstanden er forbedret, slik som bevegelsesevne, gripestyrke og hørsel. Langt færre eldre i dag enn for 25 år siden har inntekter under EUs lavinntektsgrense, samtidig som det har vært en kraftig økning av formuesverdiene. En lavere andel eldre føler seg ensomme og deprimerte, og flere oppgir at de er lykkelige og tilfredse. Vi har også sett at det har blitt langt færre eldre kvinner som føler seg utrygge når de er alene og beveger seg ute på bostedet. Det er vanskeligere å si noe sikkert om diskriminering og utestengning. Litt flere har det siste tiåret oppgitt at de har opplevd forskjellige typer diskriminering knyttet til alder i det norske arbeidslivet, men det er usikkert hvor reelt dette er. Det har også blitt flere som er skeptiske til at 70-åringene kan gjøre en like bra jobb som dem som er 10-15 år yngre. Slike utviklingstrekk er paradoksale med tanke på hvordan helsetilstanden har bedret seg, og andre sider ved hvordan de eldre fungerer.

Det er betydelige sosiale og geografiske ulikheter i omfanget av humanitære behov blant eldre, og store forskjeller mellom de yngste og eldste eldre. Sammenlignet med de yngre eldre, mellom 67 og 79 år, er eldre over 80-85 år langt mer utsatt. Kvinner er også mer utsatt enn menn, blant annet fordi de er overrepresentert blant de eldste og de aleneboende.

³³ <https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2024/05/20240408-horingssvar-prioritering-og-perspektiv-aldring-og-helse.pdf>, lest 30.04. 2025

Vi har sett i flere sammenhenger at det er større humanitære behov blant aleneboende og enslige enn blant andre eldre. Det er flere som bor i lavinntektshusholdninger, framfor alt blant aleneboende minstepensjonister, og det er flere eldre enslige enn eldre i parforhold som har bevegelsesvansker. Enslige eldre er også oftere ensomme, og mer utsatt for vold, samt urolige for å bli rammet av vold.

Forskjeller knyttet til utdanning og inntekt har vært et annet gjennomgangstema. Både lav utdanning og lav inntekt har sammenheng med dødelighet og dårlig helse, og forskjellene i dødelighet har økt over tid. Lavt utdannede har en mer sårbar økonomi enn eldre med høy utdanning. Lav utdanning er en risikofaktor for demens, selv om det er uklart i hvilken grad sammenhengen er kausal. Eldre med lav utdanning har sjeldnere vennekontakt enn andre, og deltar i mindre grad i frivillige organisasjoner. Også lav inntekt har sammenheng med mindre vennekontakt. Videre er lav inntekt og økonomiske problemer forbundet med større risiko for ensomhet.

Innvandring er en annen ulikhetsdimensjon. En tydelig forskjell sammenlignet med den øvrige befolkningen, er at på grunn av en svakere tilknytning til arbeidslivet og kortere opptjeningsstid, er det flere blant innvandrerne enn i den øvrige befolkningen som er minstepensjonister og bor i lavinntektshusholdninger. Og selv om dødeligheten er lavere, ser det ut til at helsetilstanden forverres mer med alderen blant innvandrere enn blant ikke-innvandrere.

En viktig forskjell knyttet til bosted og geografi, er de lavere formuesverdiene i usentrale enn sentrale strøk. Det bidrar til færre valgmuligheter når en som gammel ønsker å flytte eller endre boligen.

4. Humanitære behov blant eldre i framtiden

4.1. Innledning

Vi starter dette kapitlet med å gi en kort oversikt over den sannsynlige demografiske sammensetningen av eldrebefolkningen i de nærmeste ti-årene, som igjen vil ha mye å si for de humanitære behovene. En mer inngående drøfting av aldringen i befolkningen vil bli gitt i kapittel 6. Vi skal også si noe om et annet utviklingstrekk, nemlig at utdanningsnivået ganske sikkert vil bli atskillig høyere blant framtidens eldre enn det er i dag. Etter det vil vi gå nærmere inn på hvordan dødelighet og fysiske helseproblemer blant eldre kan tenkes å utvikle seg over tid, før vi avslutter med å drøfte mulige trender for andre humanitære behov. For disse øvrige behovene er kunnskapsgrunnlaget svært tynt, og vi må nøye oss med å antyde noen momenter som kan påvirke behovene i ulike retninger.

4.2. En større, eldre og mer sammensatt eldrebefolkning

Ifølge SSBs siste befolkningsframskriving (Tømmerås og Thomas, 2024) vil det bli stadig flere eldre over 67 år her i landet i løpet av de nærmeste ti-årene. I 2060 vil det være anslagsvis dobbelt så mange som er 67 år og eldre, sammenlignet med dagens situasjon. Denne utviklingen vil bare fortsette, i år 2100 forventes det at nesten 30 prosent av befolkningen vil være 67 år og eldre (Aalandslid, 2024).

Samtidig som eldrebefolkningen blir større, kan vi også forvente oss at det skjer endringer innad i gruppen. Veksten i antallet eldre vil framfor alt komme blant de aller eldste, i aldersgruppene over 80. Antallet personer 80+ vil antakelig bli mer enn doblet innen 2050, og andelen 80+ vil også fordobles, fra drøye 5 prosent i dag til nesten 10 prosent i 2050. Norge vil i 2050 være nesten der Japan er i dag. 11 prosent av japanerne er 80+ år (Aalandslid, 2024). Antallet 90+ forventes å øke aller mest, relativt sett, og bli seksdoblet innen utgangen av århundret. Andelen som tilhører gruppen yngre eldre (67-79 år) forventes derimot å holde seg nokså stabil utover i hundreåret.

Disse utviklingstrekkene vil naturligvis ha stor betydning for de humanitære behovene og behovet for hjelp og omsorg blant eldre. Som vi så flere ganger i forrige kapittel, er det til dels betydelige forskjeller mellom de yngste og eldste eldre i forekomsten av humanitære behov. Det gjelder ikke minst helse, kognitive svekkelser (demens) og ensomhet/sosial isolasjon. For eksempel utgjør andelen som har demens færre enn 10 prosent i aldersgruppen 70-79 og om lag fem ganger så mange (48 prosent) i aldersgruppen over 90.

Samtidig som andelen eldre øker, vil det bli relativt sett færre personer i aldersgruppene som vanligvis står for den største omsorgsinnsatsen, både av formell og uformell karakter. Blix m.fl. (2021) peker på at den såkalte familieomsorgskoeffisienten (forholdstallet mellom befolkningen 50-66 og 85+) etter alt å dømme vil falle betydelig i norske kommuner fra 2018 til 2040.³⁴ Fallet vil være størst i de små kommunene. Også forholdstallet mellom antallet yngre eldre og eldste eldre (personer 67-79/85+) vil reduseres i årene frem mot 2040. Vi skal komme tilbake til dette i neste kapittel.

Utviklingen henimot en større og eldre eldrebefolkning er imidlertid ikke de eneste utviklingstrekkene som vi kan være rimelig sikre på. Det vil for det første bli flere innvandrere blant de eldre i framtiden enn det er i dag. Ved årtusenskiftet var det rundt 15 000 innvandrere i aldersgruppen 67+

³⁴ Beregnes med utgangspunkt i folketall fra 2018 og Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger 2018-2040, for et utvalg på 49 kommuner

i Norge, i dag utgjør de drøye 60 000. I 2050 antas det, basert på den nyeste befolkningsframskrivningen, at antallet vil være omtrent femdoblet, og øke til i underkant av 300 000 personer (Aalandslid, 2024).

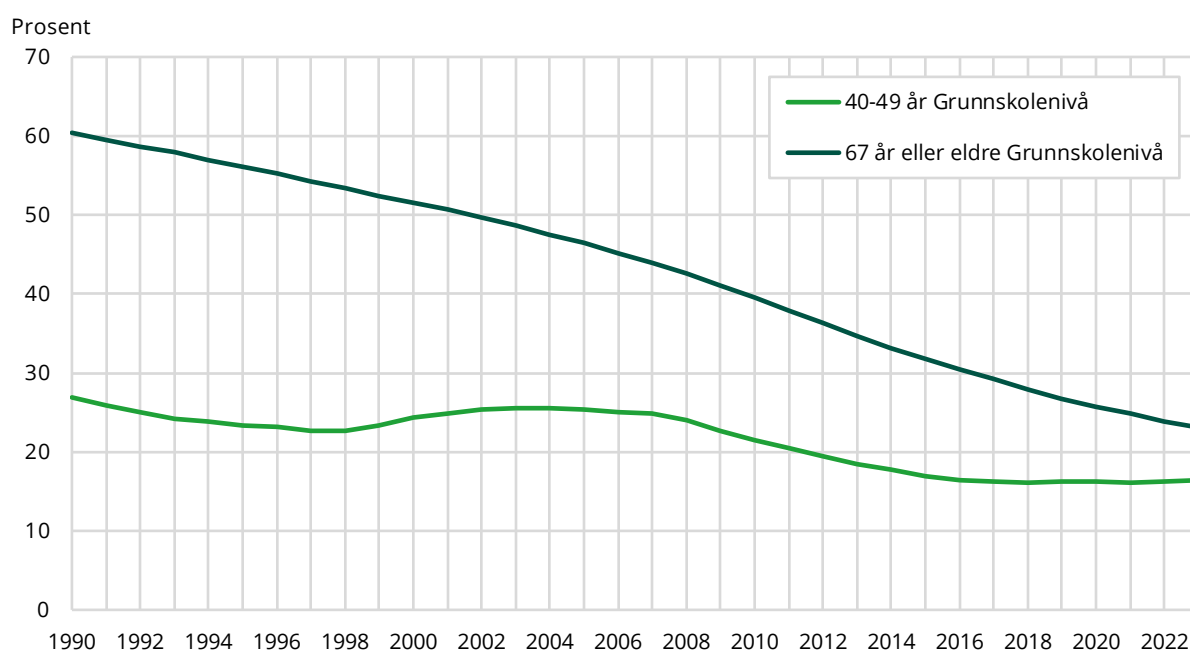
På basis av hovedalternativet i SSBs befolkningsframskriving i 2020, kommer Syse og Tønnessen (2022) fram til at andelen innvandrere i aldersgruppene 80+ vil øke fra 4 prosent i 2020 til 8 prosent i 2040, og videre til 20 prosent i 2060. Det vil særlig bli flere innvandrere med bakgrunn fra Asia, Afrika, Sør- og Sentral-Amerika og Øst-Europa utenom EU, og flere i gruppen med flukt og familie som innvandringsgrunn.

Disse utviklingstrekkene kan ha konsekvenser for de humanitære behovene blant eldre i framtiden. Dette er grupper der mange har lavere utdanning enn den øvrige befolkningen i samme alder. Det er også grunn til å tro at mange vil tilhøre lavinntektsgrupper, fordi en del har kort opptjeningsstid og svak tilknytning til arbeidsmarkedet. Særlig vil det være mange av kvinnene som i liten grad har opparbeidet seg pensjonsrettigheter, og som vil bli minstepensjonister når de når pensjonsalderen. Både lav utdanning og inntekt kan påvirke behovet for tjenester. Det er usikkert hva språkproblemer, svakere digital kompetanse og kunnskaper om helse- og omsorgstjenestene kan ha å si for tilgangen til tjenester (Syse og Tønnessen, 2022).

Vi kan for det andre være rimelig sikre på at morgendagens eldre vil være mer velutdannede enn de er i dag. Morgendagens eldre vil i stor grad utgjøres av nåtidens middelaldrende, og middelaldrende har tatt mere utdanning enn de foregående generasjonene. Det gjelder særlig for kvinnene. I 1970-kullet, som vil være 80 år i 2050, vil mellom tre og fire av ti ha utdanning på bachelornivå, sammenlignet med i overkant av en av ti blant dagens 80-åringene. Blant menn vil økningen være mindre, men også her vil det være om lag en fordobling av andelen med bachelorutdanning i 1970-kullet sammenlignet med dagens eldre (Rogne og Syse, 2017).

I 1990 hadde 6,6 prosent av eldre 67+ utdanning på universitets- eller høghskolenivå. I 2023 var andelen steget til hele 26,7 prosent. Dette utviklingen vil utvilsomt fortsette. De som i dag er 40-49 år vil i 2050 være over 67 år. Blant 40-49-åringene i 2023 har nesten halvparten (48,3 prosent), utdanning på universitets- eller høghskolenivå.

Figur 4.1 Andel med kun grunnskoleutdanning i aldersgruppene 67+ og 40-49 år. 1990-2023



Kilde: Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken <https://www.ssb.no/statbank/table/08921/>, hentet 13.01. 2025

Tilsvarende vil andelen med kun grunnskoleutdanning gå ned, men neppe like mye. Figur 4.1 viser den sterke nedgangen i andelen med bare grunnskoleutdanning blant eldre over 67 år i Norge, fra mer enn seks av ti i 1990, til i underkant av en av fire i 2023. Nedgangen blant middelaldrende (40-49 år) er til sammenligning langt svakere, så det er ikke sikkert at andelen med grunnskoleutdanning vil bli så mye lavere blant de eldre i løpet av de neste tiårene. Dette må også ses i lys av innvandring. Blant innvandrerne er det flere enn i den øvrige befolkningen som bare har grunnskoleutdanning. Av innvandrere som var 40-49 år i 2023, hadde 25 prosent grunnskoleutdanning, altså noe høyere enn for alle i aldersgruppen. Blant dagens eldre 67+ er det også litt flere som har grunnskoleutdanning blant innvandrerne enn i den øvrige befolkningen (26 versus 23 prosent). Men hele 39 prosent av de eldre innvandrerne hadde høyere utdanning i 2023, sammenlignet med 26 prosent i den øvrige befolkningen.³⁵ Også i aldersgruppen 55+ er det flere innvandrere som har høyere utdanning (Kool og Svendsen, 2024). Dette vil antakelig se annerledes ut om noen år, etter hvert som innvandrernes sammensetning etter landbakgrunn og innvandringsgrunn endrer seg. Flyktninger og innvandrere fra Asia, Afrika, Sør- og Sentral-Amerika og Øst-Europa utenom EU har lavere utdanning enn andre innvandrere,

Det er geografiske forskjeller i utdanningsnivå. Økningen av andelen med høyere utdanning har vært sterkere i storbyfylkene enn ellers i landet. De regionale forskjellene i utdanningsnivå blant eldre vil derfor trolig øke i årene framover (Rogne og Syse, 2017, s. 123), som igjen kan ha konsekvenser for helse- og inntektsforskjeller.

Troms-Finnmark og Nordland har i dag flest eldre 67+ med kun grunnskoleutdanning (29,5 prosent), deretter følger Innlandet med 29,3 prosent. Færrest har Oslo med 16,4 prosent. Lignende forskjeller finner vi blant 40-49-åringene. Det er de samme tre fylkene som har flest med lav utdanning i denne aldersgruppen, aller øverst Nordland med 19,4 prosent, mens Trøndelag ligger lavest med 13,8 prosent.

Økningen av utdanningsnivået kan påvirke flere av de humanitære behovene. Som vi så gjentatte ganger i forrige kapittel, er lav utdanning blant eldre forbundet med større humanitære behov på en rekke områder. Det gjelder både dødelighet, demens og fysisk helse, lavinntekt og økonomiske problemer, samt vennskapskontakt og (muligens) alderisme. Det er ikke alltid klart i hvilken grad disse sammenhengene er kausale, men alt i alt virker det sannsynlig at et økende utdanningsnivå vil bidra til å redusere eldrebefolkningens humanitære behov. Men økende utdanningsnivå kan også tenkes å øke bevisstheten om rettigheter, og bidra til å øke etterspørselen etter omsorgstjenester med høyere standard enn de har i dag. I den grad de offentlige omsorgstjenestene ikke kan levere en slik standard, er det fare for at etterspørselen i stedet vil bli rettet inn mot det private markedet. Vi skal komme tilbake til dette i neste kapittel.

4.3. Dødelighet og fysiske helseproblemer

Befolkningsframskrivingene til Statistisk sentralbyrå antar, i sitt hovedalternativ, at den forventede levealderen ved fødselen vil øke fra 81,4 år i 2023 til 86 år i 2050 for menn, og noe mindre, fra 84,6 år til 88,3 år for kvinner (Tømmerås og Thomas, 2024). Også levealderen for de eldste aldersgruppene antas å øke. For en 70-årig mann er økningen i hovedalternativet nesten tre år, fra 16,1 til 19, mens den for kvinner i samme alder er på 2,6 år, fra 18,1 til 20,7. For 80-åringene forventes økningen i levealder å være rundt 2 år for begge kjønn.³⁶

Prognoser basert på data- og modelleringsverktøyet *Global burden of disease* (GBD) tyder derimot på en langt svakere økning av levealderen i befolkningen fram mot 2050 enn det SSBs hovedalternativ

³⁵ <https://www.ssb.no/statbank/table/09599/>, lest 14.01. 2025

³⁶ <https://www.ssb.no/statbank/table/14286/>, lest 21.03. 2025

tilsier. I referansescenarioet vil forventet levealder bare øke med 1,8 år fra 2022 til 2050. Referansescenarioet viser den mest sannsynlige utviklingen forutsatt at trendene i befolkningsutvikling og viktige risikofaktorer fortsetter inn i framtida.³⁷ I et alternativt scenario er det vist at ved en gradvis eliminering av risikofaktorene røyking, usunt kosthold, høy kroppsmasseindeks, høyt blodtrykk, høyt kolesterol og høyt fastende blodsukker, kan økningen i forventet levealder bli om lag fordoblet, og dermed nærme seg anslagene i hovedalternativet fra SSB.

Det er usikkert hvordan helsetilstanden blant eldre vil utvikle seg i fremtiden, og hvilke sammenhenger vi vil se mellom helse og bruk av helse- og omsorgstjenester. Studier gir forskjellige resultater, avhengig av hvilke aspekter ved helse en ser på (Rogne og Syse, 2017). Som vi har vært inne på kan det bli flere eldre som lever med sykdommer som krever behandling og oppfølging, fordi dødeligheten reduseres og flere overlever alvorlige sykdommer. Det er særlig kvinner som lever med en rekke sykdommer, mens menn i større grad dør.³⁸ På den annen side er det også flere studier som tyder på bedre funksjonsevne og mindre kognitiv svekkelse blant eldre over tid. Synsoperasjoner og økt bruk av høreapparater er eksempler på medisinske og teknologiske framskritt som gjør eldre mer selvhjulpne (Rogne og Syse, 2017). Bedre hørsel kan også redusere risikoen for demens (Livingston m.fl., 2020). Det er ikke dermed sagt at bruken av helsetjenester blir mindre, men behovet for omsorgstjenester kan bli mindre.

En nokså sikker antakelse er at det vil bli flere eldre med demens i fremtiden, Hvis en antar at forekomsten av demens ikke endrer seg framover, altså at risikoen forblir den samme i ulike kjønn- og aldersgrupper, og basert på befolkningstall fra SSBs befolkningsframskrivninger (hovedalternativet), vil antallet med demens øke fra 101 000 i 2020 til 235 000 i 2050 (Gjørå m.fl., 2020).

Det er likevel ikke sikkert at økningen vil bli fullt så sterk. En rekke internasjonale studier har vist en nedgang i risikoen for demens over tid (Livingston m.fl., 2020). Nylig har en analyse av Tromsøundersøkelsen vist at dette kan være tilfelle i Norge også. Over en 20-årsperiode ble insidensen (nye tilfeller) i aldersgrupper over 60 år til dels betydelig redusert (Johnsen m.fl., 2023). En prognose for økningen av demenstilfeller i England og Wales, som forutsetter at den observerte nedgangen i demens fortsetter, finner likevel at antallet tilfeller vil øke med 57 prosent fra 2016 til 2040 (Ahmadi-Abhari m.fl., 2017). Ifølge referansescenarioet i «Global burden of disease»-prosjektet vil Alzheimers sykdom i 2050 være den største årsaken til sykdomsbyrde i Norge, målt i DALYS («Disability-Adjusted Life-Years», helsetapsjusterte leveår, som er summen av tapte leveår og år levd med helsetap). Den aldersstandardiserte DALY-raten grunnet demens antas å falle med 7 prosent, men økt aldring og befolkningsstørrelse vil likevel føre til en større sykdomsbyrde forårsaket av demens. Det vil være en nesten 80 prosents økning av antallet helsetapsjusterte leveår knyttet til Alzheimers sykdom. Den aldersjusterte tapet av DALY vil ellers gå ned for en rekke sykdommer, men antas å øke for noen, slik som diabetes, prostata- og bukspyttkjertelkreft.³⁹ Fordelt på aldersgrupper, forventes det at personer over 90 år vil ha høyere dødelighet og sykdomsbyrde i 2050 enn i 2019. Noe av bakgrunnen for dette er at i framtiden vil det å bli over 90 år bli mer «normalisert», det vil ikke lenger bare være de friskeste av de eldre som når denne alderen. I Folkehelseinstituttets presentasjon av disse beregningene blir det framhevet at planleggingen av framtidens helse- og velferdspolitikken bør ta hensyn til at sykdomsbyrden blant de aller eldste vil bli høyere enn i dag.⁴⁰

³⁷ <https://www.fhi.no/nyheter/2024/framskrivninger-til-2050-dette-kan-oke-levealderen-med-4-ar/>, lest 21.03. 2025

³⁸ <https://www.fhi.no/nyheter/2024/kvinner-lider-menn-dor/#:~:text=Det%20er%20klare%20kj%C3%B8nnforskjeller%20i%20hva%20som%20for%C3%A5rsaker,mens%20kvinner%20har%20d%C3%A5rligere%20helse%20gjennom%20hele%20voksenlivet>, lest 30.03. 2025

³⁹ <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-framtiden/>, lest 21.03. 2025

⁴⁰ <https://www.fhi.no/he/framtidens-utfordringer-for-folkehelsen/?term=>, lest 21.03. 2025

Økningen av antallet demenstilfeller er viktig, fordi det har en særlig betydning for utgiftsnivået i eldreomsorgen. Utgiftene til demenspasienter i pleie- og omsorgstjenestene er høyere enn for alle andre diagnoser i aldersgruppene 70+, med unntak av psykisk utviklingshemming (Hagen, 2024).

Høyere utdanningsnivå vil trekke i retning av bedre helse, ikke minst kognitivt. Det vil bli en sterk økning i utdanningsnivået blant framtidens eldre, som vist. Det er mulig at det stadig høyere utdanningsnivået kan bidra til en lavere demensrisiko (Johnsen m.fl., 2023).

Det er sannsynlig at det vil dukke opp nye helsetrusler i fremtiden, med potensielt store konsekvenser, ikke minst for ulikhet. Et eksempel er nye former for pandemier, der mange av de eldste eldre vil være en sårbar gruppe. Flere samfunnstrender tilsier en økt sannsynlighet for pandemier de neste tiårene.⁴¹

4.4. Andre humanitære behov blant eldre i fremtiden

Fattigdom og materiell nød

Det er flere grunner til å tro at det vil bli økende økonomiske ulikheter blant de eldre i fremtiden. Flere i eldrebefolkningen vil bestå av innvandrere med bakgrunn fra Afrika og Asia. De vil sannsynligvis ha lavere pensjonsopptjening enn den øvrige befolkningen. En annen faktor er at det kan bli flere som velger å ta ut tidlig alderspensjon, før fylte 67 år, og som dermed får lavere årlige pensjonsutbetalinger, siden pensjonen skal spres over flere år (Omholt, 2024). Dette er en mulig bidragsfaktor bak økningen av lavinntekt blant de yngre eldre de siste årene.

På den annen side vil det, særlig blant kvinnene, være mange flere med høyere utdanning og mange år på fulltid i yrkeslivet bak seg, som igjen vil gi bedre pensjon. Mye vil også avhenge av hvordan familieforholdene og husholdningsstrukturen utvikler seg. Som vist, er aleneboende eldre særlig utsatt for lavinntekt og økonomiske vansker. Som vi skal se, har det i de seinere årene vært en klar reduksjon av andelen eldre som bor alene. Noe av grunnen er nedgangen i dødelighet, som har gjort at flere nå beholder ektefellen langt inn i alderdommen. Men etter hvert som etterkrigs-generasjonene som skilte seg og valgte samboerskap framfor ekteskap blir gamle, kan det endre seg fram mot 2050.

Psykiske plager og lav livskvalitet

Ifølge det siste referansescenariet i «Global burden of disease»-prosjektet, vil omfanget av helsetapsjusterte leveår knyttet til angstlidelser og depresjon i befolkningen som helhet øke noe fram til 2050, men bare fordi befolkningstallet øker. Når det justeres for befolkningsstørrelse og aldring, er det forventet små endringer over tid. Derimot predikeres det en klar økning av rusmiddelrelaterte lidelser, også i analyser som justerer for økt befolkning og aldring.⁴²

Det er ellers vanskelig å ha noen sikker formening om hvordan psykiske plager og lav livskvalitet vil utvikle seg i den eldre delen av befolkningen. Mye vil avhenge av hvordan kjente risikofaktorer for både psykiske problemer og lav livskvalitet utvikler seg, ikke minst knyttet til økonomi, fysisk helse, sosiale relasjoner, utsatthet for vold og grad av diskriminering. For eksempel øker forekomsten av depresjon og lav tilfredshet med økende grad av økonomiske problemer blant personer 60+ (Hansen og Daatland, 2016).

⁴¹ <https://www.fhi.no/he/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/3.-mulige-trusler-fra-smittsomme-sykdommer?term=#nye-pandemier-vil-komme>, lest 21.03. 2025

⁴² <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-framtiden/>, lest 21.03. 2025

Mellommenneskelige lidelse

En studie med data fra HUNT gjør en framskrivning av antallet eldre som opplever mild eller mer alvorlig ensomhet, basert på kjønns- og aldersfordelingen av ensomhet i 2017-2019-undersøkelsen, samt SSBs befolkningsframskrivninger. Det totale antallet eldre over 70 år som er utsatt for ensomhet, er på grunnlag av dette estimert til å øke fra omkring 184 000 i 2020 til 286 000 i 2035, og til 380 000 i 2050, altså mer enn en fordobling på 30 år (Aunsmo m.f., 2023). Også andelen som opplever mer alvorlig ensomhet vil bli mer enn fordoblet.

Det er usikre antakelser som er innebygget i denne prognosen. Studien finner en betydelig nedgang i ensomheten blant eldre fra 1984-86 til 2017-19, men legger ikke inn noen fortsatt reduksjon. Når forfatterne ser bort fra den første HUNT-undersøkelsen, som hadde et annet spørsmål om ensomhet enn de seinere og lavere frafall, finner de fortsatt en klar nedgang i prevalensen av ensomhet fra 1995-97 til 2017-19. Den reduserte andelen aleneboende eldre forklarte rundt 60 prosent av denne nedgangen.

Hvordan husholdningsstrukturen vil utvikle seg framover, kan derfor ha avgjørende betydning for hvordan ensomheten vil utvikle seg, jf. Dahlberg m.fl. (2021). En framskrivning publisert i 2010 forutsa en betydelig nedgang i andelen aleneboende blant eldre i Norge fram til 2032 (Keilman og Christiansen, 2010). Nedgangen har blant annet sammenheng med lavere dødelighet, som gjør at flere kan beholde sin partner langt inn i alderdommen. Hvis dødeligheten fortsetter å gå ned, kan det slik sett bidra til å redusere risikoen for ensomhet. På den annen side peker framskrivningen på at det kan være grunn til å forvente at andelen eldre som bor med en partner vil bli lavere igjen rundt 2050–2060, etter hvert som generasjonene som har opplevd ustabile parforhold, på grunn av skilsmisser og samboerforhold, blir gamle. Framskrivinger så langt inn i framtiden er imidlertid svært usikre.

Siden helse også er viktig, taler forbedringene av funksjonsevnen og mobiliteten blant eldre som vi har sett de siste tiårene, også for et mer optimistisk bilde av hvordan ensomheten blant eldre i Norge vil utvikle seg. På den annen side er det grunn til å tro at morgendagens eldre vil ha færre barn å ha kontakt med, og det vil etter alt å dømme bli flere barnløse, eldre menn (Rogne og Syse, 2017). Flere av de eldre vil som vist være innvandrere, og en del av disse har et begrenset familienettverk i Norge.

Sosial lidelse

Det er utfordrende å forutse hvordan alderisme og diskriminering vil utvikle seg i framtiden. En stadig økende oppmerksomhet rundt problemene i eldreomsorgen kan tenkes å forsterke det negative synet på aldring, og oppfatningen av de eldre som en gruppe som truer velferdsstatens bærekraft. På den annen side vil det også bli flere ressurssterke, høyt utdannede eldre, med god helse langt opp i alderdommen, som kan endre bildet i offentligheten av hva det vil si å være eldre. Mye vil også avhenge av i hvilken grad de eldre selv krever anerkjennelse, å bli omtalt og møtt med respekt og verdighet. Økningen i antallet ressurssterke eldre kan bidra til forsterkede krav om anerkjennelse og en mulig «de-stigmatisering» av de eldres posisjon i samfunnet.

4.5. Oppsummering

Det er vanskelig å si noe helt sikkert om de nærmeste 25-30 årene, men noe kan vi være rimelig sikre på. Eldrebefolkningen vil vokse i størrelse, og bli eldre. Både antallet og andelen 80+ vil bli om lag fordoblet fram til 2050, og relativt sett vil antallet 90+ øke enda mer. Med høy grad av sannsynlighet vil det også bli en større andel innvandrere i eldrebefolkningen. I 2060 vil anslagsvis en av fem eldre være innvandrere, en femdobling sammenlignet med 2020. Disse to utviklingstrekkene peker mot en økning av de humanitære behovene blant morgendagens eldre. Som vist i forrige kapittel, er de humanitære behovene på flere områder større blant de eldste eldre og blant

innvandrere sammenlignet med andre eldre. Et tredje utviklingstrekk peker imidlertid i motsatt retning: Det vil også bli langt flere velutdannede eldre. Særlig vil det skje mye blant kvinner; andelen med bachelorutdanning blant 80-årige kvinner vil bli tre-firedoblet fram til 2050. Høyere utdanning går sammen med bedre inntekt og helse. Lav utdanning blant eldre er, som vist, forbundet med større humanitære behov på en rekke områder. Samtidig kan en tenke seg at eldre med høyere utdanning vil være mer bevisste på sine rettigheter og etterspørre høyere standard innenfor eldreomsorgen.

Utviklingen i helsetilstanden vil bli helt avgjørende, både i seg selv og fordi det påvirker de andre behovene. Utviklingen av antallet demenstilfeller er spesielt viktig for eldreomsorgen, fordi omsorgen for personer med demens krever ekstra store ressurser sammenlignet med andre diagnoser. Analyser basert på det globale modelleringsverktøyet *Global burden of disease* tilsier at antallet helsetapsjusterte leveår som kan tilskrives Alzheimer vil øke med 80 prosent i Norge fram til 2050, selv om den aldersjusterte forekomsten er ventet å gå ned. Fordelt på alder, tilsier prognosene at helsetilstanden blant eldre vil bli bedre, med unntak av aldersgruppen over 90. Blant disse er det antatt at sykdomsbyrden vil øke fram til 2050.

Flere utviklingstrekk tyder på en økende økonomisk ulikhet innad i eldrebefolkningen. På den ene siden vil det flere eldre innvandrere med lavere pensjonsopptjening enn øvrig befolkning, på den annen side vil det også bli flere med høyere utdanning, særlig blant kvinner, som har god opptjening. Mye vil også avhenge av hvordan antallet aleneboende vil utvikle seg. Aleneboende har større økonomiske utfordringer enn eldre som lever i parforhold. Utviklingen i antallet aleneboende påvirker også utbredelsen av ensomhet. En framskrivning tyder på at aldringen vil medføre en fordobling av antallet personer 70+ som opplever ensomhet fram til 2050. Hvis det blir flere aleneboende blant de eldre, etter mange år med reduksjon, kan denne trenden bli forsterket.

5. Eldreomsorg og eldrepolitikk

5.1. Innledning

Vi har nå sett beskrevet ulike humanitære behov blant eldre i Norge, og hvordan de er fordelt i eldrebefolkningen. Vi har også prøvd å si noe om hvordan disse behovene kan utvikle seg i de nærmeste årene. I dette kapitlet skal vi gå inn på hvordan samfunnet innretter seg for å møte de humanitære behovene, med hovedvekt på kommunale helse- og omsorgstjenester.

5.2. Dagens eldreomsorg

Det er kommunene som har hovedansvaret for eldreomsorgen. Gjennom de siste 50 årene har kommunene fått overført stadig mer ansvar for befolkningens helse og velferd, både for eldre og befolkningen som helhet (Hagen, 2024). Med Kommunehelseloven av 1983 ble kommunene tildelt et bredt ansvar for befolkningens helse. Ansvar for allmennlegene ble overført til kommunene, og i 1988 ble de somatiske sykehjemmene overført fra fylkeskommunene til kommunene. Gjennom HVPU-reformen i 1991 fikk kommunene også ansvaret for tilbudet til psykisk utviklingshemmede. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) medførte ytterligere utbygging av kommunale tjenester, blant annet i form av boliger, og etablering av distriktpsikiatriske sentra (DPS). Fra 2011 fikk Samhandlingsreformen også konsekvenser for kommunenes velferdsytelser. Det ble innført betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, og deler av rehabiliteringen ble også overført til kommunene.

Flere oppgaver har altså blitt overført fra sykehus til helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Kommunene har derfor bygd ut tilbudet av institusjoner for korttidsopphold eller forsterkede korttidsavdelinger i sykehjem. Flere undersøkelser tyder imidlertid på at kapasiteten og kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke har økt i takt med ansvaret for flere oppgaver og pasienter. Sykehjem og hjemmesykepleie har fått flere og mer kompliserte oppgaver som de må utføre med samme eller lavere bemanning (Gautun, 2021). Det viser seg at mye av veksten i utgifter og årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke har gått til de eldre, men har sterkest sammenheng med økningen i tallet på yngre brukere. Økningen av nye oppgaver og brukere, bidrar til en sterkere konkurranse om ressursene, der de eldste ser ut til å tape (Gautun og Grødem, 2015). Vi skal komme tilbake til dette

Eldreomsorgens innhold

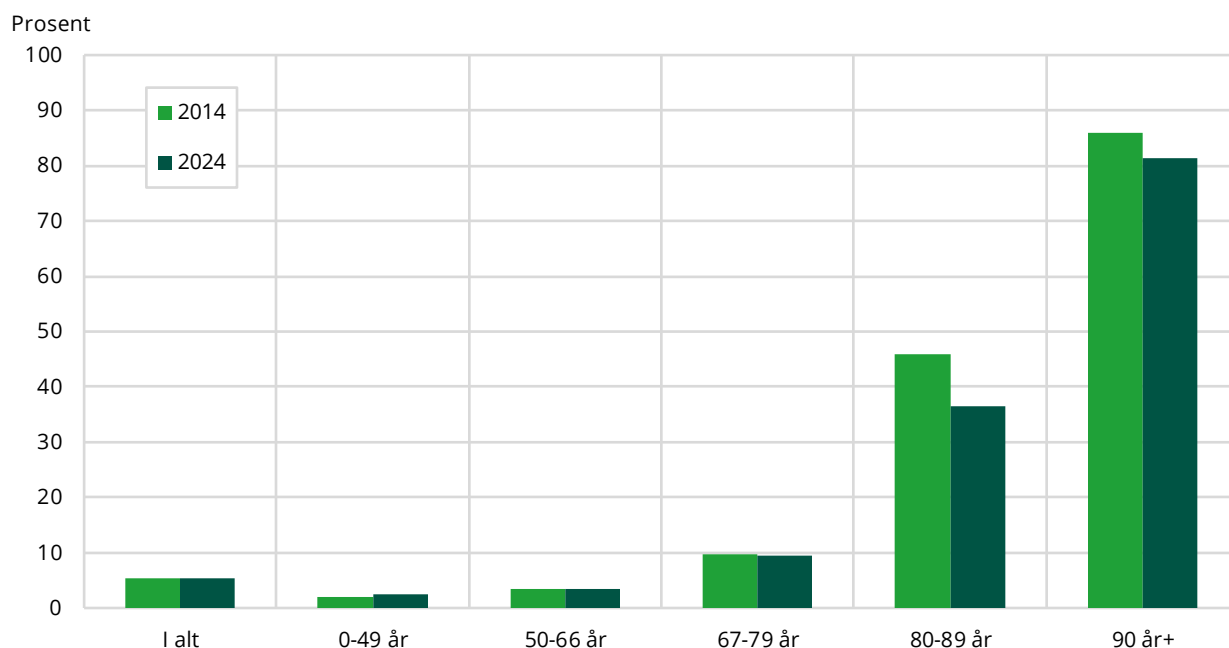
Det finnes mange typer eldreomsorg. Dels er det snakk om omsorg innenfor institusjoner, hvorav de vanligste er sykehjem. I 2024 var det snaut 40 000 plasser i sykehjem (39 723), vel 200 i aldershjem og 1659 plasser i avlastningsboliger. Den andre hovedtypen av omsorg ytes til hjemmeboende eldre. Dette omfatter eldre som bor i sine egne hjem, eller i omsorgsboliger tilrettelagt for helse- og omsorgsformål. Noen av omsorgsboligene kan ha bemanning hele eller deler av døgnet. Eldre som bor i egen bolig kan motta enten praktisk hjelp, som er bistand til gjøremål som personlig stell og måltider, og til rengjøring, og/eller helsetjenester i hjemmet, som hjemmesykepleie. I tillegg kan de eldre motta aktiviserings- og servicetjenester, slik som støttekontakt, matombringing og trygghetsalarm (Lunde og Allertsen, 2025).

Regjeringen har lansert Bo trygt hjemme-reformen innen eldreomsorgen. Målet er at eldre kan bo trygt hjemme, og at eldre selv og deres pårørende skal være trygge på at fellesskapet stiller opp når det er behov for det (Helsedepartementet, 2023). Eldre skal få bo i egen bolig lengst mulig, «... dersom de kan og vil» (s. 10).

Andelen som er brukere av omsorgstjenester, stiger sterkt med alderen. Ved utgangen av 2024 var det snaut en av ti i alderen 67-79 år som mottok omsorgstjenester, i 80-89-årsalderen mottok 36

prosent slike tjenester, og blant dem som var eldre enn 90 år var andelen hele 81 prosent (figur 5.1). I den siste tiårsperioden, siden 2014, har andelen brukere blant de yngre eldre (67-79 år) holdt seg relativt stabil, mens det har vært en tydelig nedgang blant de eldste eldre, særlig i aldersgruppen 80-89 år, der andelen brukere gikk ned fra 46 til 36 prosent.⁴³ Samtidig har det vært en økning av andelen brukere under 50 år, i tråd med tendensen omtalt ovenfor til at det er kommet til mange yngre brukere av omsorgstjenestene.

Figur 5.1 Brukere av omsorgstjenester. Prosent av befolkningen etter alder. Per 31.12. 2014 og 2024



Kilde; Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken, tabell 06969

Vel 20 prosent av eldre i alderen 90+ hadde langtidsopphold i institusjon i 2024, en klar nedgang fra 26 prosent i 2014. Også blant personer i 80-årene var det en nedgang i samme tidsrom, fra 8 til vel 5 prosent.⁴⁴

Kampen om ressursene i eldreomsorgen har bidratt til at omsorgsressursene i større grad konsentreres om dem som oppfattes å ha størst behov. Et uttrykk for dette er at både beboere på sykehjem og brukere av hjemmetjenester har fått et stadig større bistandsbehov. Andelen med omfattende bistandsbehov blant beboerne som har langtidsopphold på institusjon, økte fra 82 til 89 prosent i perioden 2014-2024. Blant dem som både får praktisk hjelp og helsetjenester fra hjemmetjenesten, økte andelen med omfattende bistandsbehov fra 26 til 35 prosent. Men blant dem som bare fikk helsetjenester i hjemmet, var denne andelen langt mindre, og dessuten mer konstant over tid. Andelen med omfattende bistandsbehov i denne gruppa steg fra 7 til 9 prosent i tiårsperioden 2014-2024.⁴⁵

En undersøkelse basert på HUNT, finner at for personer i alderen 70+ gikk det forventede antallet år med mottak av hjemmehjelp klart ned i perioden 1995-2017, på tross av økningen i forventet levealder. Det forventede antallet år med hjemmesykepleie økte derimot svakt, med 0,3 år for menn og 0,4 år for kvinner. Resultatene viser at nyere kohorter av eldre mottar hjemmehjelp og hjemmesykepleie på et høyere alderstrinn enn eldre kohorter. Antallet kvinner og menn 70+ som hadde behov for noen av disse tjenestene blir anslått å øke fra 64 000 i 2020 til 160 000 i 2050. I disse prognosene var det imidlertid ikke tatt hensyn til en eventuell fortsatt bedring av

⁴³ <https://www.ssb.no/statbank/table/06969/>, lest 08.04. 2025

⁴⁴ <https://www.ssb.no/statbank/table/06969/>, lest 08.04. 2025

⁴⁵ <https://www.ssb.no/statbank/table/06971/>, lest 08.04. 2025

helsetilstanden og til at utdanningsnivået vil fortsette å stige (Chang m.fl., 2023). Begge disse utviklingstrekkene kan bidra til å redusere behovet for tjenester i framtiden.

En mulig bidragsyter til reduksjonen i bruken av omsorgstjenester, er at de eldre er mer funksjonsdyktige og selvhjulpne enn før. Det er imidlertid mye som tyder på at det i så fall bare er en del av historien. En oversikt over utviklingstrekkene i de nordiske landene viser at i alle land er det de skrøpeligste eldre som blir prioritert (Rostgaard m.fl., 2022). Det er en sterkere målretting av omsorgen til de skrøpeligste. Det er også et økende fokus på personlig omsorg (som hjelp til dusjing) og oppgaver med en medisinsk komponent framfor psykososiale behov. Det er en fare for at en svakere anerkjennelse av sosiale og emosjonelle behov øker risikoen for ensomhet og umøtte behov (Rostgaard m.fl., 2022). Utviklingen innebærer at familiene blir viktigere for å dekke disse behovene, og for å gjøre praktiske oppgaver i husholdningen.

En manglende behovsdekning i eldreomsorgen kan fremme en privatisering av eldreomsorgen. Når det offentlige ikke strekker til, er ett av alternativene, for dem som har råd, å skaffe hjelp i det private markedet. Og hvis den uformelle omsorgen blir viktigere, kan også det forsterke sosiale og økonomiske skillelinjer. Heller ikke tilgangen på uformell omsorg er likt fordelt. Eldre med sterke, ressursrike nettverk er naturligvis bedre stilt når den offentlige eldreomsorgen svikter, noe som kan bidra til sosial ulikhet i eldreomsorgen. Dette ser vi nærmere på i neste avsnitt.

5.3. Sosiale ulikheter i tilgangen til eldreomsorg

Likhetsidealet

I Norge er det et mål at alle skal ha likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted, diagnose, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon (Helsedepartementet, 2023). En slik universell tilgang til tjenester har vært et ideal i de nordiske velferdsstatene, og oppfattes av mange som grunnleggende for å unngå skam og tap av status, verdighet og selvrespekt (Førland, 2024). Ulikhet kan lede til stigmatisering og statusforskjeller, og svekke selvrespekten hos de verst stilte.

En av de åpenbare betingelsene for likeverdige tjenester, er at de ikke er avhengige av økonomi, verken i kommunen som leverer tjenesten eller for brukerne. Omsorgstjenestene er personellintensive og koster mye. Kommunenes utgifter til omsorgstjenesten var 171 milliarder kroner i 2023, omtrent en fjerdedel av kommunenes samlede utgifter. 70 milliarder gikk til institusjonstjenesten, som gir en årlig kostnad på 1,9 millioner kr. per sykehjemsbeboer i året (Hoen og Abrahamsen, 2025). Som vi skal se nedenfor, er det forskjeller på rike og fattige kommuner i hvor mye omsorgstjenester de yter.

For brukerne er hjemmetjenester i form av helsetjenester i hjemmet gratis. Det samme er praktisk bistand i hjemmet til personlig stell og egenomsorg, som innebærer hjelp til behov som hygiene og matinntak. Praktisk bistand utover dette betaler brukeren en egenandel for, normalt inntektsbasert. Brukere i kommunalt baserte omsorgsboliger må betale husleie, som mer og mer er på nivå med markedspris. Brukerne på langtidsopphold i sykehjem betaler 75-85 prosent av sine inntekter i egenandel (Hoen og Abrahamsen, 2025). Siden forskjellige former for omsorg har ulik pris for brukerne, kan en tenke seg at ulikhetene i bruk også vil reflektere de varierende prisene.

I tillegg til at den økonomiske tilgjengeligheten bør være den samme, uavhengig av brukernes kjennetegn, bør de offentlige tjenestene også ha like god kvalitet og intensitet (likt timeantall for samme behov), og være like geografisk tilgjengelige, for alle (innenfor rimelighetens grenser). I utgangspunktet er det bare brukernes hjelpebehov som skal bestemme om, og hvor mye, brukerne får av hjelp. Det bør heller ikke være slik at tilstedeværelsen av pårørende, og hvor store ressurser de pårørende har, spiller en vesentlig rolle for om en person får hjelp eller ikke.

Ulikheten i Norge

Generelt vet vi at det er sosiale ulikheter i bruken av helsetjenester i Norge, og større udekkede behov for helsetjenester blant personer med dårlig helse og lav inntekt enn blant personer med dårlig helse og høy inntekt. Andelene som for eksempel ikke har hatt råd til å hente ut reseptbelagte medisiner, og som har et udekket behov for tannlege, er klart høyere blant lavinntektsgruppene enn blant dem som tilhører husholdninger med god inntekt. Det gjelder også i aldersgruppene over 45 år (Lunde og Ramm, 2021).

En nylig SSB-analyse basert på registerdata (Starrfelt, 2024), viser at personer med vedvarende lavinntekt sjeldnere får helsehjelp på sykehus enn personer med høyere inntekter. Det er tilfelle selv om personene som tilhører lavinntektsgruppen i gjennomsnitt har dårligere helse enn andre. Ulikheten er særlig tydelig i aldersgruppene 25-35 og blant eldre over 70. Blant personer med lavinntekt som er 80 år og eldre, er det i overkant av 600 per 1000 som har fått en sykehustjeneste, sammenlignet med 663 per 1000 i den øvrige befolkningen. Forskjellene gjelder i liten grad døgnpasienter, men er tydeligst for polikliniske behandlinger. Det er usikkert hvordan disse forskjellene skal forklares. Mulige årsaker kan både knyttes til at egenandelene oppleves som tyngende for lavinntektsgruppen, og til ulikheter i når sykdommer blir oppdaget, samt forskjellig evne til å navigere og finne fram i helsevesenet (Starrfelt, 2024).

En annen studie, av kreftpasienter som fikk spesialisert palliativ behandling i sykehus i sitt siste leveår, viser tydelige forskjeller etter alder og sosioøkonomisk status. Den palliative omsorgen som ytes i sykehusene anses som bedre enn den som gis i sykehjem og hjemmetjenestene, fordi kompetansen og ressursene er høyere. De fleste pasientene var eldre (median alder 75). Sannsynligheten for å motta palliativ behandling i sykehusene var markert lavere blant eldre enn blant yngre, og også lavere blant pasienter med lav inntekt eller utdanning. Sammenhengene var til stede selv ved kontroll for type kreft, alvorlighetsgrad og tid siden diagnose (Rostoft m.fl., 2022).

Sosiale og økonomiske ulikheter i bruken av omsorgstjenester

Det er altså flere tegn til ulikheter i bruken av visse typer helsetjenester blant eldre i Norge. Men hva vet vi om økonomiske og sosiale ulikheter i bruken av de kommunale omsorgstjenestene? Det finnes ikke så mange slike studier, men vi skal se på noen. Vi starter med større, kvantitative undersøkelser, før vi kommer til undersøkelser med bruk av kvalitative data.

Hernæs m.fl. (2022) gjør en analyse av personer mellom 70 og 90 år, bosatt i Oslo i årene 2007-2017, og studerer sammenhengen mellom inntekt og bruk av kommunale omsorgstjenester i denne perioden. Inntekt ble målt som livsinntekt, det vil si summen av lønns- og næringsinntekter fra og med personen var 21 til og med 69 år.⁴⁶ Tidligere bruk av spesialist- og primærhelsetjenester benyttes som indikator på helse, og dermed på behov for omsorgstjenester.

Hovedinntrykket fra analysen er at bruken av de kommunale omsorgstjenestene faller med økende livsinntekt. Det er altså de rikeste som bruker omsorgstjenestene minst. Når det ble kontrollert for helse, forsvant i stor grad den sosiale gradienten for langtidsopphold på sykehjem, men forble fallende for hjemmesykepleie og praktisk bistand. Gjennomgående er det altså slik, at når man kontrollerer for helse, så er det små forskjeller mellom personer med høy og lav inntekt i bruken av sykehjem. Personer med lave sammenlignet med høye inntekter bruker derimot hjemmesykepleie og praktisk bistand mere, selv når det tas hensyn til helse.

⁴⁶ Summen av lønns- og næringsinntekter ble delt på Folketrygdens grunnbeløp og på antall oppholdsår i Norge. Deretter ble hvert fødselskull, separat for menn og kvinner, delt inn i ti klasser etter gjennomsnittlig livsinntekt

Det var likevel en tendens til at kvinner i de laveste inntektsklassene i noe mindre grad fikk langtidsplass i sykehjem enn kvinner i de høyeste inntektsklassene, kontrollert for helse. Også blant menn er det den laveste inntektsklassen som har lavest overgang til sykehjem. Disse forskjellene var imidlertid så små at de ikke var statistisk signifikante.

Studien har noen svakheter. Inntektsmålet dekker bare individuelle inntekter, og ikke inntektene for husholdningen, som kan ha mye å si, særlig for kvinners livsinntekt. Et annet problem er målingen av behov, som er et vanskelig punkt i denne typen studier. Analysen velger tidligere bruk av spesialist- og primærhelsetjenester som indikator. Det er imidlertid ikke sikkert at dette målet fanger opp behov på samme måte i alle inntektsklasser. Som nevnt viste en SSB-analyse at personer med vedvarende lavinntekt sjeldnere får helsehjelp på sykehus enn personer med høyere inntekter, også blant eldre over 70 (Starrfelt, 2024).

Kalseth og Anthun (2023) benytter seg også av registerdata for hele befolkningen. Analysen av omsorgstjenestene dekker perioden 2009-2017. Denne analysen er imidlertid ikke på individnivå. Alle analysene er basert på data gruppert i celler, der hver celle består av individer med samme bostedskommune, kjønn, alder og år, for eksempel kvinner i alderen 51-55 år fra Oslo. I regresjonsmodellene kontrolleres det for alder, kjønn, dødelighet, andel med lav inntekt⁴⁷, andel med lav utdanning, andel som er gift/har registrert partner og antall barn.

Konklusjonen er mye av den samme som i den forrige analysen, at lav inntekt gir en tendens til høyere bruk av omsorgstjenester. Også lavere utdanning er forbundet med høyere bruk av slike tjenester. En høyere andel gifte/partnere gir lavere andel langtidsboere i sykehjem, og en tendens til lavere bruk av helsetjenester i hjemmet. Flere barn gir derimot høyere bruk av omsorgstjenester. Kalseth og Anthun gjør oppmerksom på at årsaksretningene kan gå flere veier. Lav inntekt kan påvirke behovene og etterspørselen/tilgangen på tjenester, men det er sannsynligvis også slik at behovene (dårlig helse) kan påvirke inntekt og utdanning, og sannsynligheten for giftermål og barn. En svakhet ved studien er ellers at den ikke kontrollerer for helse, med unntak av dødelighet.

En undersøkelse basert på HUNT-studien finner at eldre med videregående og høyere utdanning brukte hjemmesykepleien minst. Både hjemmehjelp og hjemmesykepleie ble videre brukt mest av dem som bor alene (Chang m.fl., 2023). I en registeranalyse av alle eldre 65+ i perioden 2010-2016, finner også Syse m.fl. (2022) at høyere inntekt og utdanning er forbundet med mindre bruk av omsorgstjenester. I disse analysene ble det imidlertid ikke kontrollert for ulikheter i behovet for tjenester.

I en annen nylig analyse av registerdata, viser Haugen (2025) at eldre med lav inntekt og utdanning i langt større grad mottar kommunale helse- og omsorgstjenester enn eldre som har høyere inntekt og utdanning. Sammenhengen mellom lav utdanning og mottak av omsorgstjenester var til stede uansett hvilken husholdningstype de eldre tilhørte. Sammenhengen mellom lav inntekt og mottak av tjenester var imidlertid langt sterkere blant aleneboende enn for andre husholdningstyper, slik som gifte/samboende eldre. Men heller ikke i denne analysen ble det tatt hensyn til ulikheter i behovet for tjenester, ut over det som dekkes av husholdningssituasjonen. Når opplysningene om husholdningstype kombineres med sosioøkonomiske ressurser, framtrer store forskjeller i bruken av tjenester. Mens eksempelvis 43 prosent av aleneboende eldre med kun grunnskoleutdanning mottok minst en kommunal tjeneste i 2023, var andelen blant gifte/samboende eldre med høyere utdanning bare 7 prosent (Haugen, 2025).

⁴⁷ Lav inntekt var definert som husholdningsinntekt etter skatt et gitt år under 50 prosent av beregnet medianinntekt eller dersom opplysninger om husholdningsinntekt mangler. Basert på opplysninger fra SSBs inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger

Kvalitative studier av ulikhet

I tillegg til disse kvantitative studiene finnes det også flere kvalitative undersøkelser som tar for seg de sosiale ulikhetene innenfor eldreomsorgen. En av dem (Kvæl og Gautun, 2023) er en studie av 15 pasienter bosatt i forskjellige deler av Oslo, med en gjennomsnittsalder på 87 år. Analysen munner ut i en klar konklusjon: Pasienter med store ressurser og/eller slektninger med ressurser hadde en klar fordel i kampen for å få tilgang til de rette tjenesteressursene. Å navigere i helse- og omsorgssystemet på en god måte avhenger av hvor du bor, din utdanning og helsekompetanse, samt evne til å mobilisere sosiale nettverk. Sosial kapital har betydning for å få den rette omsorgen – å ha pårørende som bor i nærheten og som står på for å sikre ens rettigheter. I visse områder er det flere som har ressurssterke pårørende som leger og advokater enn i andre områder. Økonomien i området der en bor kan også ha betydning.

For den enkelte eldre er det viktig å ha helsekompetanse og «kulturell kapital». Noen eldre er beskjedne, og ber ikke om mye hjelp. Og noen tilfredsstiller i større grad enn andre idealet om den aktive pasient som skal rehabiliteres.

Forfatterne beskriver familiemøter, der brukeren skal møte helse- og omsorgstjenestene og sette opp en plan for tjenestene som skal ytes. De finner enorme forskjeller i hvordan disse møtene fungerer, avhengig av tilgangen til ulike former for kapital. I lavklasseområdene var for eksempel slektninger og områdekoordinatoren sjelden til stede.

En annen kvalitativ studie ble gjort i fire kommuner av ulik størrelse, der det ble gjennomført intervjuer med dem som tok beslutningene om tildeling av sykehjemsplass, og med sykepleiere og leger på korttidsavdelinger i sykehjem (Heggstad og Førde, 2020). Forskerne observerte også møter der tildelingen av plasser ble diskutert. Tildelingene av sykehjemsplass fulgte prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå. Hvis det var trygt å gi tjenestene i hjemmet, ble det ikke tildelt sykehjemsplass.

Men de intervjuede i denne studien pekte også på faktorer som kunne true en rettferdig fordeling av sykehjemsplasser. Alle informantene beskrev hvordan variasjoner i kommunens økonomi og ressurser kunne true rettferdighetsprinsippet. En annen faktor var variasjoner i hvordan behov ble bedømt. Helsepersonell la større vekt på psykososiale behov enn de administrative beslutningstakerne, slik som behov knyttet til depresjon og ensomhet. Som mulig årsak til at det var slik, ble problemene med å beskrive og måle de psykososiale problemene trukket fram. Det kan være lettere å beskrive de fysiske problemene. En tredje faktor er de pårørende- pårørende med sterk vilje og store ressurser. Nesten alle informantene mente at disse spilte en viktig rolle. De fleste som klaget på avgjørelsen til fylkesmannen fikk medhold. Pasientene som ikke hadde slektninger, var langt mer sårbare enn andre. Alt i alt ble ikke fordelingen av sykehjemsplasser opplevd som rettferdig, på grunn av de nevnte uintenderte faktorene, selv om det var stor grad av enighet om tildelingskriteriene.

Omsorgsfattigdom?

Hvis de offentlige omsorgstjenestene er mangelfulle, kan resultatet bli det den finske omsorgsforskeren Teppo Kröger kaller omsorgsfattigdom. Omsorgsfattigdom («care poverty») ble introdusert i en artikkel av Kröger m.fl. (2019). Med omsorgsfattigdom menes en situasjon der mennesker som trenger omsorg ikke får tilstrekkelig hjelp fra formelle eller uformelle kilder, og dermed har omsorgsbehov som ikke blir møtt (s. 487). Omsorgsfattigdom er alltid et resultat av individuelle faktorer (eks. mangel på familie) og strukturelle faktorer, slik som manglende ressurser til eldreomsorg. Offentlige omsorgstjenester må være tilgjengelige og av god kvalitet hvis omsorgsbehovene skal bli møtt. Det er nødvendig for at ulikheter i tilgang til uformell omsorg og til å kjøpe tjenester i markedet ikke skal føre til omsorgsfattigdom (Kröger m.fl., 2019, s. 488).

I artikkelen måles omsorgsfattigdom gjennom eldre personers selvrapportering av behov for hjelp og i hvilken grad behovene blir møtt, i to finske byer i 2010 og 2015. De eldre var i alderen 75+. Behov ble målt på to måter. For det første var det spørsmål om personlige omsorgsbehov knyttet til daglige aktiviteter som å spise, komme seg ut av sengen og gå på toalettet (ADL-funksjoner). For det andre var det spørsmål om instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL), som transport, ta medisiner og gjøre rent i huset. I alt var det 17 prosent av de eldre med ADL-vansker som oppga at de ikke klarte seg selv og trengte mere hjelp enn de fikk. Blant dem med IADL-vansker var det 26 prosent som ikke fikk nok hjelp. Det var små ulikheter knyttet til behov for hjelp med ADL-vansker. Derimot varierte omsorgsfattigdommen knyttet til IADL-vansker mye. De eldre med lavest inntekt hadde betydelig høyere risiko for å oppleve omsorgsfattigdom enn dem med høy inntekt. Utdanning hadde derimot lite å si. Risikoen for omsorgsfattigdom var også høyere blant eldre som bodde alene og var i aldersgruppen 85+.

Kröger (2022) har seinere skrevet en bok om omsorgsfattigdom, med oversikt over den internasjonale litteraturen på feltet. Et av kapitlene handler om sosiale og økonomiske ulikheter. Det er relativt få studier som er publisert, og resultatene er ofte sprikende. Men gjennomgående ser det ut til at personer med lave inntekter i større grad enn andre har umøtte behov for instrumentell, praktisk hjelp. Det er mindre klare, mer motstridende, funn for personlig pleie. Det er også flere studier som finner en sammenheng mellom ensomhet, som Kröger omtaler som en indikator på «sosioemosjonell» omsorgsfattigdom, og lav inntekt. Sosioemosjonell omsorgsfattigdom er en betegnelse på umøtte sosiale og emosjonelle behov blant eldre. Også isolasjon og liten sosial kontakt kan være indikatorer på slik omsorgsfattigdom. Derimot er det lite som tyder på en sammenheng mellom utdanningsnivå og omsorgsfattigdom.

Det er lite av norske studier som sier noe om omfanget av omsorgsfattigdom, slik det defineres og beskrives av Kröger, samt hvordan dette er fordelt i eldrebefolkningen. Men statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) tyder på at mange innenfor eldreomsorgen ikke får dekket viktige behov, slik som regelmessig oppfølging av tannhelse. Bare 50 prosent av langtidsbeboere på sykehjem hadde blitt vurdert eller behandlet av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder i 2023. Det var likevel en forbedring fra 40 prosent i 2017.⁴⁸

Det er viktig å kartlegge risikoen for underernæring, av hensyn til både helse og livskvalitet. I 2023 var det 57 prosent av beboerne 67+ på langtidsopphold i institusjon, som hadde blitt vurdert for risiko for underernæring i løpet av de siste 12 måneder. I 2020 var andelen snaut 51 prosent. Vel en tredjedel, 34 prosent, av beboerne som ble vurdert i 2023 var i risiko for underernæring.⁴⁹ Det kan også ha stor betydning å kartlegge forhold rundt ernæring blant hjemmeboende eldre. I 2023 var det bare vel 25 prosent av mottakerne av helsetjenester i hjemmet, i alder 67+, som hadde blitt vurdert for risiko for underernæring i løpet av de siste 12 månedene.

Eldre, både på sykehjem og de som mottar hjemmetjenester, bruker ofte mange legemidler samtidig. Det øker faren for feilmedisinering og uheldige kombinasjoner. Beboere på langtidsopphold på sykehjem skal ha en systematisk legemiddelgjennomgang ved innkomst og minst en gang årlig. I 2023 var det imidlertid, ifølge data fra KPR, en betydelig andel som ikke fikk en slik

⁴⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/beboere-p%C3%A5-sykehjem-vurdert-av-tannhelsepersonell-siste-12-m%C3%A5neder>, lest 19.03. 2025. Det manglet opplysninger om tannhelsevurdering for 23,7 prosent av beboerne i 2023

⁴⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lgning-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>, lest 19.03. 2025. Statistikken har en del feilkilder, blant annet knyttet til varierende underrapportering mellom kommunene. Personer over 18 år i livets slutfase skal ikke vurderes systematisk for risiko, men vil likevel telles med i statistikken

gjennomgang. 61,7 prosent av beboere på langtidsopphold fikk en legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 månedene.⁵⁰

Også andre typer undersøkelser tyder på udekkede omsorgsbehov blant beboere i sykehjem. En spørreundersøkelse⁵¹ blant pleiefaglig helsepersonell i norske sykehjem, viste at det å utelate helse- og omsorgshjelp er en vanlig hendelse (Olsen m.fl., 2023). 63 prosent av de ansatte i sykehjemmene oppga at de noen ganger eller ofte lot pasientene vente mer enn fem minutter etter at de hadde ringt etter hjelp. 45 prosent oppga at de ikke har kunnet utføre munn- og tannstell noen ganger eller ofte i løpet av de siste sju vaktene, mens om lag 40 prosent oppga dette for kroppsvask. I intervjuer med 16 ledere ved sykehjemmene ble det uttrykt «... stor enighet om at oppgaver som innebar relasjonelt arbeid og mellommenneskelige møter ofte ble forsømt». Forklaringene på hvorfor det var slik, var blant annet travelhet, tilstander hos pasientene, lav kontinuitet i personalgruppa, kultur og arbeidsmiljø og manglende kompetanse.

I en lignende undersøkelse blant 190 sykehjemsbeboere⁵² i 2023, gjennomført av Opinion på vegne av Røde Kors, oppga drøyt halvparten av sykehjemsbeboerne at de selv hadde vært utsatt for, eller vært vitne til, en eller annen form for omsorgssvikt på sykehjemmet i løpet av det siste året. I omsorgssvikt inngikk forsømmelse, fysisk vold eller psykisk vold (Janicki-Berg og Patursson, 2024). Ingen av deltakerne hadde alvorlig kognitiv svikt. En undersøkelse blant besøksvenner i Røde Kors viste at litt over en tredjedel hadde mistanke om, eller vært vitne til, en eller flere former for omsorgssvikt (Janicki-Berg og Patursson, 2024). Forsømmelser var den vanligste formen for omsorgssvikt, og ble opplevd av snaut halvparten av sykehjemsbeboerne. Mangel på mosjon og sosialisering var de hyppigste formene for forsømmelse, både ifølge beboerne og besøksvennene. En del rapporterte også om forskjellige former for psykisk vold, herunder blant annet knyttet til ignorering/bli oversett, kjefting og ydmykelse. Derimot var det få som hadde opplevd eller sett eksempler på fysisk vold.

Endelig er det flere kvalitative studier som tyder på at visse omsorgsbehov i liten grad blir møtt i eldreomsorgen, framfor alt av psykososial karakter. Tønnessen og Nortvedt (2024) refererer til forskning, både i Norge og internasjonalt, som «... viser at sykepleiere prioriterer pasienters medisinske og fysiologiske behov, mens psykososiale og åndelige behov nedprioriteres» (s. 233). Resultatene fra et etnografisk feltarbeid i hjemmetjenesten (Sundsbø, 2024) i utvalgte kommuner⁵³ bekrefter dette. Det var bred enighet om at det var lite rom for omsorgsbiten i tjenestene. Samtaler blir nedprioritert. «Vi er ingen selskapsdamer» var kommentarer som kunne komme fra ledelsen.

Dette innebærer at viktige behov ikke blir møtt, selv om prioriteringen av ressursbruken er forståelig. ««En eldre kvinnelig mottaker av hjemmetjenesten sa det slik: «Innimellom når jeg er engstelig så skulle jeg så ønske at de (hjemmetjenesten) hadde tid og kunne sette seg ned ti minutter for å prate, i stedet for å hjelpe meg med kroppsvasken, men sånn er det dessverre ikke».» (Hansen m.fl., 2022). Dette utfordrer viktige prinsipper i velferdsstaten. Tønnessen og Nortvedt (2024) viser til paragraf 4 i Helsepersonell-loven, der omsorgsfull hjelp er sidestilt med faglig forsvarlig hjelp.

Dette handler også om hvilke behov som er legitime, og hvilke behov som brukeren og eventuelle pårørende selv må ta ansvar for. Det er et potensielt motsetningsforhold mellom økt vektlegging av aktiv aldring, forebygging og rehabilitering på den ene siden og velferdsstatens tradisjonelle

⁵⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>, lest 20.03. 2025

⁵¹ Undersøkelsen omfattet 46 sykehjem, fordelt på 24 kommuner i alle landets helseregioner (svarprosent 22,9)

⁵² Utvalget var ikke tilfeldig trukket, men det ble forsøkt å rekruttere beboere fra sykehjem i alle landsdeler. Av 100 sykehjem som ble kontaktet, takket 30 ja til å delta i undersøkelsen

⁵³ Gjennomført våren 2019 i 3 kommuner. Kommunene ble valgt ut slik at de skulle være så ulike som mulig med hensyn på størrelse, befolkningstetthet, areal og befolkningssammensetning.

vektlegging av «til enhver etter behov» på den andre. Det har også vært en utvikling i retning av å begrense og målrette omsorgstjenestene til dem med størst behov. Terskelen for hva som er legitime behov for omsorg ser ut til å heves, til bare å dekke de helt grunnleggende medisinske tjenestene. Og begge deler skjer på bakgrunn av at den økonomiske bærekraften til velferdsstaten oppleves som truet. Førland (2024) hevder at begge utviklingstrekkene flytter grensene mellom det offentlige og det sivile samfunnet, i retning av økt ansvar for å tilfredsstille omsorgsbehovene blant tjenestemottakerne selv, deres familier og frivillige.

5.4. Geografiske ulikheter

Flere undersøkelser har vist at det er betydelige geografiske ulikheter innen helse- og omsorgstjenestene. For eksempel viser Jia m.fl. (2022) at det er store forskjeller mellom opptaksområder for sykehusene i Norge, også når det kontrolleres for behov. Behov ble målt som graden av funksjonsdyktighet.⁵⁴ Finnmark bruker mest arbeidstimer i helse- og omsorgstjenestene, Oslo minst.

De nasjonale kvalitetsindikatorerne for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, basert på data fra KPR, tyder også på store forskjeller mellom fylkene. Forskjellene gleder blant annet andelen eldre brukere som får vurdert sin risiko for underernæring. I Oslo ble 52,9 prosent av de hjemmeboende tjenestemottakerne eldre enn 67 vurdert for slik risiko i 2023, mens andelen bare var 15,3 prosent i Troms og Finnmark.⁵⁵ Lignende forskjeller finner vi med hensyn på hvor mange av de eldre på sykehjem som får en tilsvarende vurdering i løpet av de siste 12 måneder. Variasjonsbredden på denne indikatoren går fra 83 prosent i Oslo til 41,9 prosent i Vestland fylke.⁵⁶ Andelen sykehjemsbeboere som har fått en gjennomgang av sine legemidler varierer på omtrent samme måte, og igjen er det fylkene Oslo og Vestland som danner ytterpunktene (90,1 versus 45,7).⁵⁷ Lignende, men noe mindre forskjeller, gjelder andelen beboere på langtidsopphold i sykehjem som har blitt vurdert eller behandlet av lege i løpet av de siste 12 måneder. Indikatorer på personellsituasjonen tyder på mindre forskjeller. Andelen av avtalte årsverk som har helse- og sosialfaglig utdanning, varierte i 2023 fra 82,3 prosent i Agder til 71,3 prosent i Troms og Finnmark.⁵⁸

For mer enn 20 år siden kunne Langørgen (2004) vise at forskjellene innen hjemmetjenestene hadde sammenheng med inntektsnivået i kommunene. Kommuner med høyere inntekter per innbygger ga mere hjemmetjenester til sine innbyggere enn kommuner med lavere inntekter. Han fant også at brukere i befolkningstette områder fikk mer hjelp enn de som bodde i mer grisgrendte strøk.

Sammenhengen mellom kommunale inntekter og ytelser i eldreomsorgen har blitt bekreftet av seinere forskning. Førland m.fl. (2020) finner at høy ressursbruk til helse- og omsorgstjenester i kommunene har sammenheng med:

- andel innbyggere 80+ år
- andel innbyggere over 80 som bruker omsorgstjenester
- tilhørighet til kommunegruppe 18, dvs. de ti kommunene med høyest disponible inntekter per innbygger og KOSTRA-gruppe 5 og 6 (små kommuner med høye bundne kostnader og middels og høye frie disponible inntekter per innbygger).

⁵⁴ Målet er utviklet av Helsedirektoratet og er et samlemål basert på femten indikatorer for funksjon

⁵⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lgning-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>, lest 25.03. 2025

⁵⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lgning-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>, lest 25.03. 2025

⁵⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>, lest 25.03. 2025

⁵⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten>, lest 25.03. 2025

I regresjonsanalysen ble det kontrollert for alderssammensetning, kommunesentralitet, KOSTRA-grupper og fylker. Som Jia m.fl. (2022) finner de at kommunene i Finnmark har signifikant høyere utgifter per innbygger til helse- og omsorgstjenester, selv når det kontrolleres for de andre faktorene. Mulige årsaker er både helsetilstand (Finnmark har den høyeste dødeligheten blant fylkene i Norge) og lange reiseavstander.

I en analyse basert på Innbyggerundersøkelsene (2010-2017) er konklusjonen at tilfredsheten med hjemmetjenesten/sykehjem er høyest i de rikeste kommunene. Det gjelder både tilgang og kvalitet (Førland m.fl., 2020). Derimot var det ingen signifikant forskjell knyttet til eget utdanningsnivå eller til sivil status. Tilfredsheten var i tillegg høyere i mindre enn i større kommuner, mens det var liten forskjell etter sentralitet.

En relativt fersk analyse av de geografiske ulikhetene innen eldreomsorgen, er gjort av Hagen (2024). Hagen ser på variasjonene i sannsynligheten for å få tildelt en sykehjemsplass, i et tilfeldig utvalg av 42 000 brukere av kommunale tjenester som var over 70 år i 2019. Også denne analysen bekrefter sammenhengen med de kommunale inntektene. Oddsratioen for å få sykehjemsplass var 37 prosent høyere for innbyggerne som bodde i den rikeste fjerdedelen av kommunene sammenlignet med den fattigste. Derimot var det ingen signifikant forskjell mellom de øvrige kvartilene.

I analysen var det kontrollert for diagnose, inkludert demens, og alvorlighetsgrad, samt kjønn og alder. Demensdiagnose hadde som ventet langt sterkere betydning enn noen andre diagnoser. Utgiftene per bruker er også høyere når de kommunale inntektene er høyere, en økning i kommunale inntekter på en prosent var forbundet med en økning i utgiftene per bruker på 0,69 prosent.

Hagen viser at det er klare forskjeller i «frie inntekter» mellom kommunene. Frie inntekter er summen av skatteinntekter (unntatt eiendomsskatt) og rammeoverføringer. Arbeidsgiveravgiften skaper også forskjeller i den økonomiske situasjonen for kommunene, Avgiften er regionalt differensiert, fra 14,1 prosent i sentrale strøk til 0 prosent i Nord-Troms og Finnmark. Totaleffekten av overføringssystemet og differensieringen av arbeidsgiveravgiften er betydelig høyere kjøpekraft i en del distriktskommuner. Noen av disse har i tillegg inntekter fra kraftverk og foredlingsanlegg for olje og gass.

Alt i alt hevder Hagen at inntektssystemet gir en variasjon i kommunale inntekter som er uønsket, hvis målet er å gi et likeverdig tilbud over hele landet. «... særlig den store variasjonen i kraftinntekter og regionalpolitiske tilskudd, gir ... betydelig ulikhet i tilbudet av pleie- og omsorgstjenester» (Hagen, 2024, s. 103).

5.5. Sårbare grupper

Hvem er de mest sårbare gruppene i dagens eldreomsorg, og med tanke på udekkede omsorgsbehov?

Aleneboende eldre ...

Teppo Kröger oppsummer forskningen på omsorgsfattigdom med å peke på eldre med dårlig helse, og som samtidig bor alene og har lav inntekt, som en særlig utsatt gruppe (Kröger, 2022). Eldre som bor alene har i gjennomsnitt dårligere helse og lavere inntekt enn andre eldre, og har også risiko for å få mindre uformell omsorg, hvis ikke barn eller annen familie/venner kan hjelpe til.

... med lav inntekt og bosatt i fattige kommuner

‘Som vi har sett, er det få indikasjoner i norsk forskning som indikerer tydelige sammenhenger mellom lav inntekt og mindre bruk av offentlige omsorgstjenester. Det kan imidlertid ha sammenheng med svakheter i hvordan omsorgsbehov blir målt. Unntaket er bruken av sykehus-

tjenester, som er lavere hos både yngre og eldre med lav inntekt. Derimot er det, som vi har sett, en sammenheng mellom de kommunale inntektene og bruken av omsorgstjenester. Eldre som bor i de fattigste kommunene kan derfor også beskrives som en sårbar gruppe.

Eldre med ressursvake eller få pårørende

Forskningen vi har sett på identifiserer også eldre med få eller ingen pårørende som en sårbar gruppe. Dels vil denne gruppa ha mindre tilgang enn andre til personer som kan være talspersoner og klage på vedtak ol., og dels ha mindre tilgang til hjelp i hverdagen. En av fire aleneboende eldre har ingen familie som bor i nærheten, innenfor en reiseavstand på 30 minutter (Haugen, 2025). I de minst sentrale kommunene gjelder dette mer enn en av tre (36 prosent) aleneboende eldre. Andelen som ikke har noen familie i det hele tatt, er imidlertid høyest i de mest sentrale kommunene.

Tilgangen på uformell omsorg har også ha en sosioøkonomisk dimensjon. I lavinntektsgruppene blant eldre er det færre som er gift, og husholdningsstørrelsen er mindre (Ilinca m.fl., 2017). Aleneboende eldre har, som tidligere vist, lavere inntekt enn gifte/samboende, særlig blant kvinner. Eldre personer med lavinntekt mangler oftere en familie, det er også flere i denne gruppa som ikke har barn. De som har familie bor gjennomgående lenger borte fra sine familiemedlemmer enn eldre med høyere inntekt (Haugen, 2025).

Den uformelle omsorgen har et betydelig omfang. Hjelpen fra de voksne barna omfatter først og fremst praktisk hjelp, og i mindre grad hjelp med personlig pleie. En undersøkelse av sysselsatte nordmenn mellom 45 og 67 år, med minst en forelder i live i 2022, viste at 55 prosent hadde gitt praktisk hjelp månedlig eller oftere, mens 86 prosent hadde gitt slik hjelp i løpet av de siste 6 månedene (Gautun og Bratt, 2023). Men bare 15 prosent hadde gitt en eller annen form for personlig pleie månedlig eller oftere. Eksempelvis hadde 5 prosent hjulpet en forelder med bruk av toalettet, mens 8 prosent hadde hjulpet en forelder med å kle av/på seg i løpet av de siste 6 månedene. Som forventet fikk aleneboende eldre mere hjelp, og kortere reiseavstand til foreldrene predikerte mottak av mere praktisk hjelp. I disse analysene var det kontrollert for helsetilstand. Sosioøkonomisk status blant de voksne barna spilte alt i alt en mindre rolle, men høyere utdanning blant de pårørende var forbundet med noe mer praktisk hjelp av forskjellig art (digital teknologi, betale regninger, transport, og gjøre innkjøp), mens inntekt ikke hadde betydning. Det ble gitt mere praktisk hjelp hvis en forelder mottok hjemmetjenester. Også denne sammenhengen var uavhengig av helse (tap av ADL-funksjoner).

En registeranalyse basert på alle 65+ i Norge, i perioden 2010-2016, viser at den relative risikoen for overgang til bruk av omsorgstjenester var høyest blant eldre uten partner eller voksne barn (Syse m.fl., 2022). Det samme gjelder for overgangen til institusjonsomsorg. Undersøkelsen viser også at ressursene til partnere og barn har betydning. En ressursrik partner ble definert som en person som er sysselsatt, har høyere utdanning, har over median inntekt, og selv ikke er bruker av omsorgstjenester. Det er eldre med ressursrike partnere og barn som i minst grad bruker kommunale pleie- og omsorgstjenester. Ressursene til partneren betyr mest. I denne analysen er det imidlertid ikke kontrollert for helsetilstand eller andre indikatorer på behov.

Også andre typer ressurser hos de pårørende kan ha noe å si for bruken av omsorgstjenester, slik som helsetilstand og kunnskaper (omsorgskompetanse). En undersøkelse blant pårørende til hjemmeboende personer med demens (Hagen og Eide, 2023) finner at sjansen for bruk av pleie- og omsorgstjenester (unntatt langtidsopphold på sykehjem) reduseres når de pårørendes omsorgskompetanse er høyere. Dårligere helsetilstand blant de pårørende øker også sjansen for bruk av slike tjenester, det samme gjør økt omsorgstid. Pårørendes omsorgskompetanse ble målt gjennom egenvurdert kunnskap om demens, om hva personer med demens trenger av pleie og omsorg, og om hva en kan få av hjelp i kommunen.

Eldre innvandrere

Eldre innvandrere kan også betraktes som en utsatt gruppe. Syse og Tønnessen (2022) viser at innvandrere gjennomgående har lavere bruk av omsorgstjenester enn befolkningen ellers. Unntaket er bruken av hjemmebaserte helsetjenester blant flyktninger fra land i Afrika, Asia etc. Disse forskjellene holdt seg også ved kontroll for sosiodemografiske forhold. Spørsmålet er hva disse forskjellene skyldes. Som vi så i kapittel 3, er dødeligheten lavere blant innvandrerne, men samtidig er det også tegn som tyder på at den egenvurderte helsetilstanden er dårligere blant eldre innvandrere enn ellers i befolkningen. Forskjellene kan blant annet handle om språkproblemer og lav helsekompetanse. Helsekompetanse er kompetansen som gjør den enkelte i stand til å finne, forstå, vurdere og bruke helseinformasjon for å ta vare på helsa i hverdagen. Blant innvandrere er det, ifølge en landsomfattende undersøkelse, mange som befinner seg på laveste nivå for generell helsekompetanse. Innvandrere er generelt sett mer utsatt også fordi de har lavere utdanning og inntekt, og et svakere sosialt nettverk, blant annet fordi barna ikke alltid er bosatt i Norge.⁵⁹

Eldre skeive

En annen sårbar gruppe er eldre skeive. I denne gruppa er det færre som lever i parforhold enn ellers i befolkningen, og færre har egne barn. Den offentlige omsorgen kan derfor være særlig viktig for denne gruppa. I tillegg til de psykiske belastningene som kan følge med en «normal» aldring med tap av helse og sosialt nettverk, kan lesbiske og homofile kjenne på en frykt som er knyttet til deres seksuelle identitet. Det kan både dreie seg om frykt for negative reaksjoner hvis man er åpen om sin legning, frykt for diskriminering og mangelen på muligheter til å treffe lesbiske og homofile på samme alder. Internasjonale studier tyder på at skeive kan møte på noen ekstra hindre i sin tilgang til helse- og omsorgstjenester. Det kan blant annet være mangel på tillit, som igjen fører til at de unngår kontakt med tjenesteapparatet (Lescher-Nuland og Gautun, 2010). Generelt er det flere som er utsatt for psykiske problemer og ensomhet blant skeive enn ellers i befolkningen. Det er også en større andel skeive som er lite tilfreds med økonomien (Gram, 2021). Mer enn dobbelt så mange blant ikke-heterofile i aldersgruppen 67-79 år ville ha vansker med klare en uforutsett regning på 18-19 000 kroner, sammenlignet med heterofile på samme alder.⁶⁰ I de fleste aldersgrupper er det flere ikke-heterofile enn heterofile som vurderer helsetilstanden som dårlig, men i aldersgruppen 67-79 år var det små forskjeller i 2020 og 2021 (Engvik, 2022)

Den samiske eldrebefolkningen

Den samiske eldrebefolkningen bør også nevnes. Det er lite som tyder på større forskjeller i helse og bruk av helsetjenester mellom den samiske befolkningen og majoritetsbefolkningen. Noen undersøkelser viser imidlertid at den samiske befolkningen er mindre tilfreds med hjelpetilbudet (Krane, 2022). De humanitære utfordringene er nokså like på mange områder, men samer er mer utsatt for vold, overgrep og diskriminering enn ikke-samer (Johansen m.fl., 2024). Den samiske befolkningen har også lavere inntekter enn ikke-samer, og opplever i større grad økonomiske vansker (Torheim m.fl., 2024). Flere undersøkelser viser at det er viktig at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om samisk språk og kultur, i møte med samiske personer med demens. For eksempel kan personer med demens noen ganger miste språk som er lært senere i livet enn morsmålet. Personer med demens som har norsk som andrespråk, vil dermed kunne tape muligheten til å kommunisere på norsk. For eldre samer med demens kan det også gi trygghet at det fysiske miljøet på institusjonene gjenspeiler aspekter ved samisk kultur (Krane, 2022).

En undersøkelse i en samisk kommune, der det ble gjort kvalitative intervjuer med kommunale ledere og innbyggere mellom 57 og 74 år, fant at mye av utfordringen med aldring i denne

⁵⁹ Se egen FHI-rapport om helse- og omsorgstjenester blant eldre innvandrere:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/helse--og-omsorgstjenester-til-eldre-innvandrere-rapport-2022.pdf>

⁶⁰ Gjelder årene 2020-2021, 18 000 kroner var beløpet for 2020 og 19 000 kroner for 2021

kommunen var typiske for utkantstrøk. Eksempler var lange avstander og svakt utbygd kollektivtransport, og nedleggelser av infrastruktur som var viktige for eldre, slik som post og bank. Det var heller ikke apotek i kommunen. Andre problemer hadde sterkere tilknytning til det samiske. Flere hadde behov for hjelp til utfylling av skjema med norsk tekst. Eldre samiske personer kan ha vansker for å uttrykke seg på majoritetsspråket (Anderssen og Gjernes, 2021).

5.6. Hvilke faktorer fremmer og hindrer tilgangen til likeverdig eldreomsorg?

La oss starte med faktorene på nasjonalt nivå. Et nøkkelord er tilstrekkelige ressurser til å møte etterspørselen i befolkningen. Uten at tilstrekkelige ressurser tildeles eldreomsorgen på kommunalt nivå, er det vanskelig å realisere et likeverdig tilbud. Med ressurser menes her både økonomiske ressurser og omsorgskompetanse, i form av kvalifiserte sykepleiere og andre faggrupper. Svake ressurser og liten kompetanse øker risikoen for at den offentlige omsorgen ikke strekker til, og at en større del av eldreomsorgen må skyves over på de sosiale nettverkene, og kjøpes i markedet. Men både ressursene i de sosiale nettverkene, og kjøpekraften i markedet, er ulikt fordelt i befolkningen. Andelen eldre som har regelmessig privat betalt hjelp, er langt høyere blant personer med høy enn med lav utdanning, og mer utbredt i Oslo og Akershus enn ellers i landet (Ramm, 2013)

En del av ressursgrunnlaget for en likeverdig eldreomsorg handler om å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet for sykepleiere og annet personell. Allerede i dag er det en betydelig mangel på sykepleiere. Ifølge Bedriftsundersøkelsen fra NAV for 2024, er det størst mangel på arbeidskraft i helse- og omsorgstjenesten. Det manglet 3 750 sykepleiere. Til sammen 40 prosent av virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten hadde rekrutteringsproblemer. Ressurstilgangen i helse- og omsorgstjenestene vil bli nærmere omtalt i neste kapittel.

For få sykepleiere øker den geografiske konkurransen om arbeidskraft og kompetanse. Konsekvensen er økt geografisk ulikhet, der de rikeste kommunene kan trekke til seg sykepleiere fordi de kan tilby høyere lønn og andre goder, mens de fattigste kommunene taper.

Mangel på sykepleiere gir også kvalitetsproblemer i eldreomsorgen. Det er sterke sammenhenger mellom sykepleierbemanning og en rekke dimensjoner ved kvaliteten på tjenestene (Gautun, 2020). Det oppstår fort en ond sirkel. For få sykepleiere på jobb gir større press på den enkelte og gir færre muligheter for å gjøre en god jobb, som igjen kan føre til høyere sykefravær og at sykepleierne slutter. Dermed forsterkes rekrutterings- og kvalitetsproblemene. En landsomfattende undersøkelse i 2016 blant nesten 5000 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleie, viste at halvparten av respondentene ønsket å slutte eller var usikre på om de ville fortsette å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleietjenester. Det var en sterk sammenheng mellom ønsket om å slutte og kvaliteten på tjenestene (Gautun, 2021).

Store ulikheter i fordelingen av kommunale inntekter er en annen faktor som vanskeliggjør en likeverdig eldreomsorg. Hagen (2024) peker på at det ikke finnes klare minimumskrav til innholdet i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Det bidrar til at kommunenes inntekter blir viktige for nivået på tjenestene. Hvis målet er å gi et likeverdig tilbud av eldreomsorg over hele landet, kan tiltak for å redusere den kommunale variasjonen i inntekter være nødvendig. Mangelen på sykepleiere forsterker betydningen av inntektsforskjellene for geografisk ulikhet.

Vi har også sett at forskjeller i ressurser blant pårørende, og om det i det hele tatt finnes pårørende, kan ha betydning for tilgangen til omsorgstjenester. Dette er en side ved ressursforskjellene mellom eldre som det i utgangspunktet er vanskelig å gjøre noe med. En kan likevel tenke seg at større bevissthet rundt slike forskjeller i tildelingskontorene og ellers i systemet, kan motvirke denne typen ulikhet.

Et siste moment som kan true en likeverdig eldreomsorg, er ulikheter i forståelsen av hva et omsorgsbehov er, og at eldre ikke oppfattes å ha like store behov som yngre, selv om funksjonsproblemene er like store. Hvis denne forståelsen varierer mye på tvers av faggrupper og kommuner, kan det true likeverdigheten. Gautun og Grødem (2015) finner at de eldste brukerne taper i prioriteringsdiskusjonene i kommunene. Yngre brukere kan trenes opp til å ha et bedre liv og kan derfor «investeres» i, mens de eldre brukerne «har livet bak seg».

Gautun og Grødem finner også at det generelle synet på aldring spiller en rolle; synet på gamle som passive og energiløse. I tillegg er yngre brukere mere bevisste på sine rettigheter, og familiene til de yngre brukerne var mer krevende, med høyere forventninger. På bakgrunn av alle disse faktorene, kan det derfor oppleves som lettere å kutte i tjenestene til de eldste når det må gjøres prioriteringer. Også Langørgen (2004) fant i sin tid at eldre hadde en tendens til å motta færre tjenester enn personer under pensjonsalder, selv når funksjonsnivået var det samme.

Intervjuer med ledere i helse- og omsorgstjenestene i 12 utvalgte kommuner, peker på mye av det samme som Gautun og Grødem (Førland m.fl., 2020). I omsorgstjenestene for eldre kunne man i større grad tøyne grensene for hva som var forsvarlig og nødvendig enn for yngre brukergrupper. Ulikheter i rettighetsfesting bidro også til dette. Det ble trukket fram at rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse for personer med nedsatt funksjonsevne, med påfølgende nødvendig ressuroverføring, skaper økt økonomisk press på omsorgstjenester for eldre, siden disse tjenestene ikke er rettighetsfestet på samme måte. Det samme gjelder overføring av nye og krevende oppfølgingsoppgaver fra spesialisthelsetjenestene.

5.7. Sosial og geografisk ulikhet i framtiden

Om det blir økt sosial og geografisk ulikhet innen eldreomsorgen i framtiden, og om de udekkede omsorgsbehovene vil øke, vil avhenge av flere forhold. Det handler om utviklingen innenfor den uformelle omsorgen, og framfor alt om den offentlige ressursinnsatsen vil holde tritt med det økende antallet eldre. Vi skal se nærmere på noen framskrivninger av det offentlige tilbudet i neste kapittel.

På sikt er det fare for at det vil bli færre ressurser som er tilgjengelige innenfor den uformelle omsorgen. Det vil kunne øke etterspørselen etter offentlige omsorgstjenester eller private løsninger. Som vi har sett, er bruken av omsorgstjenester høyere hos aleneboende eldre enn hos dem som har en partner.

De siste 20 årene har det vært en klar nedgang i andelen som bor alene blant eldre aldersgrupper i Norge (se figur 5.2). Andelen i aldersgruppen 75+ har blitt redusert fra 51 prosent i 2005 til 42 prosent i 2023. I yngre aldersgrupper har det derimot vært en svak tendens til flere aleneboende i samme tidsrom.

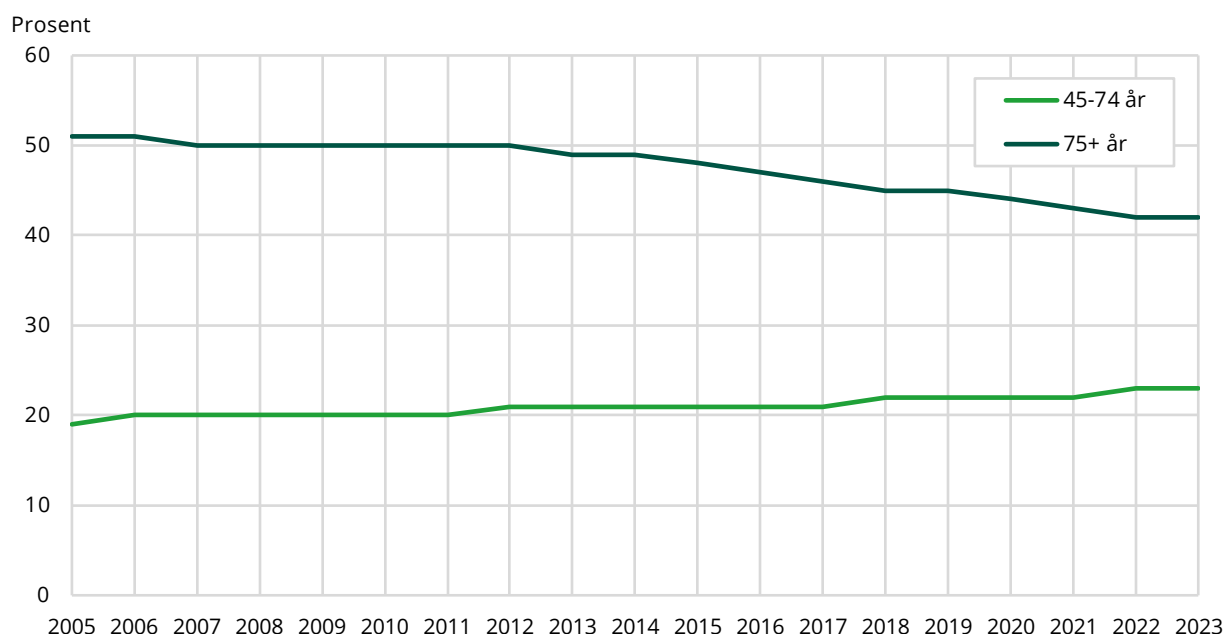
Nedgangen i andelen aleneboende er i tråd med en framskrivning publisert i 2010, som predikerte en betydelig nedgang i andelen aleneboende blant eldre i Norge fram til 2032 (Keilman og Christiansen, 2010). Nedgangen har blant annet sammenheng med redusert dødelighet, som gjør at færre opplever å bli enker eller enkemenn i tidlig alderdom, og at kohortene som ble født på 1930- og 40-tallet i større grad inngikk ekteskap enn de tidligere kohortene.

Fram mot 2050 kan det derimot være grunn til å forvente en annen utvikling. Kohortene født etter 1950 har i større grad enn de foregående unnlatt å inngå ekteskap, og har også langt oftere opplevd skilsmisse og samlivsbrudd. At flere i disse kohortene har valgt samboerskap framfor ekteskap bidrar til mer ustabile parforhold og flere aleneboende. På den annen side vil en nedgang i dødeligheten fortsatt bidra i motsatt retning. Ifølge Keilman og Christiansen (2010) er det grunn til å

forvente at andelen eldre menn og kvinner som bor med en partner vil gå ned igjen rundt 2050–2060, men understreker samtidig at dette er svært usikkert, så langt inn i framtiden.

Det er visse regionale forskjeller i andel aleneboende. I 2023 var det flest aleneboende i aldersgruppen 75+ år blant bosatte i Oslo (49 prosent), og færrest i Akershus (39 prosent).

Figur 5.2 Andel som bor alene, i aldersgruppen 75+ år og 45-74 år. 2005-2023. Prosent



Kilde: Norgeshelsa, Folkehelseinstituttet

Barn er også en viktig del av den uformelle omsorgen, jf. Gautun og Bratt (2023). Med utgangspunkt i barnløsheten blant menn ved alder 40 år i 2016, forventer Rogne og Syse (2017) at andelen barnløse menn i alderen 75-79 år vil omtrent fordobles, fra 11 til 21 prosent, mens andelen blant menn 80 år + vil øke fra rundt 12 prosent i 2016 til 19 prosent i 2040. For kvinner forventer de derimot ikke en økning av barnløsheten, men nedgangen i fruktbarheten tilsier likevel at framtidens eldre kvinner vil ha færre voksne barn som kan dele på omsorgsoppgavene.

Barnløsheten varierer en del mellom ulike områder i Norge. I 2016 var andelen høyest blant personer 40+ i Oslo og Finnmark (henholdsvis 25,5 og 17,4 prosent) og lavest i Nord-Trøndelag (11,3 prosent).

I tillegg til større barnløshet og en mulig økning av andelen aleneboende, kommer høyere sysselsetting blant kvinner, som kan være et hinder for en omfattende innsats som omsorgsgiver. Dessuten vil det bli relativt sett færre personer i aldersgruppene som vanligvis står for den største omsorgsinnsatsen, både av formell og uformell karakter, sammenlignet med økningen i tallet på de eldste (Blix m.fl., 2021). Å forvente at den uformelle omsorgen skal øke, synes å bygge på sviktende demografiske forutsetninger.

Alt i alt tyder disse utviklingstrekkene på at familienettverkene evne til å gi omsorg vil være nedadgående. Det kan forventes å føre til ulikheter i bruken av omsorgstjenestene. Noen eldre vil kunne dra nytte av et nettverk av ressurssterke pårørende, mens andre ikke vil kunne gjøre dette (Syse m.fl., 2022).

Å forvente at familienettverkene skal ta en større del av omsorgsoppgavene i samfunnet, er heller ikke uproblematisk med tanke på hvilke belastninger som disse oppgavene kan representere for dem skal gi omsorgen. Å gi hjelp til en hjelpetrengende partner ser ut til å være forbundet med

negative konsekvenser for livskvaliteten, både blant menn og kvinner. De som gir slik hjelp, er blant annet mere ensomme og deprimerte enn andre. Også for kvinner som bor sammen med en pleietrengende forelder kan konsekvensene være negative. Derimot er det lite som tyder på at det å gi hjelp til foreldre som en ikke bor sammen med er forbundet med lavere subjektiv livskvalitet (Hansen og Daatland, 2016).

Problemene knyttet til økningen av andelen eldre 80+, i forhold til andelen som er yngre, vil være størst i små kommuner og i mindre sentrale områder av landet. Det vil være mange kommuner som får flere pleietrengende eldre kombinert med færre personer som kan jobbe i eldreomsorgen. Rogne og Syse (2017, s. 209) forventer at det i tiden som kommer vil bli en høy grad av geografisk ulikhet i fordelingen av de eldres ressurser og tilbud i lokalmiljøet, og dermed muligheter for en aktiv aldring. Mange av kommunene med en høy andel eldre ligger usentralt til, som gir lang reisevei for pendlere. De kan derfor få problemer med å rekruttere tilstrekkelig personell. At det blir relativt færre i yrkesaktiv alder kan gi dårligere kommuneøkonomi, med mindre dette kompenseres gjennom inntektsfordelingssystemet. Fylkene der vi kan forvente den sterkeste aldringen de nærmeste tiårene, er også fylker der de eldre har lavest utdanningsnivå og færrest økonomiske ressurser (Rogne og Syse, 2017). Hvis det blir en økt tendens til privatisering og markedsbaserte løsninger, vil dette sannsynligvis forsterke de geografiske ulikhetene. Kommersielle tilbud vil ha størst interesse av å etablere seg i lønnsomme storbyområder, mens det offentlige må ta ansvar for hele landet (Marsdal og Jorde, 2023).

Stadig flere eldre bor ikke i samme by som sine (eventuelle) barn, både på grunn av sentralisering og en økende andel barnløse menn. Sannsynligvis vil dette i størst grad gjelde eldre i distriktskommuner uten utdanningsinstitusjoner. Det kan ha betydning for tilgangen på uformell omsorg (Rogne og Syse, 2017).

De geografiske ulikhetene i eldreomsorgen vil sannsynligvis forsterkes hvis sykepleiermangelen fortsetter. Gitt visse forutsetninger, tyder en SSB-rapport på at vi kan mangle rundt 30 000 årsverk for sykepleiere innen 2040, hvis ikke utdanningen øker eller det settes inn andre tiltak for å sikre tilgangen (Jia m.fl., 2023). I det neste kapitlet vil vi se nærmere på prognoser for hvordan ressursinnsatsen innen helse- og omsorgstjenestene vil utvikle seg i de neste tiårene, og hvilke konsekvenser ulike scenarier kan få.

5.8. Oppsummering

Det har blitt klart færre blant de eldste eldre, de som er over 80, som bruker de kommunale omsorgstjenestene i løpet av det siste tiåret. Noe av nedgangen kan skyldes bedre helse og at færre er aleneboende, men det er også mye som tyder på at reduksjonen kan skyldes økende konkurranse om knappe ressurser i omsorgstjenestene, i takt med at disse tjenestene har fått tildelt flere oppgaver og mange yngre brukere. Samtidig er det tydelig at det skjer en økende målretting av tjenestene; det er de aller skrøpeligste som blir prioritert. Andelen som har omfattende bistandsbehov øker, både i institusjons- og hjemmetjenestene.

Vi vet at det er inntektsforskjeller i bruken av sykehustjenester blant eldre i Norge. Det gjelder også palliativ omsorg. Men flere større undersøkelser tyder på at bruken av omsorgstjenester ikke er avhengig av inntekt – som forventet er bruken høyere blant personer med lav enn med høy inntekt, fordi helsetilstanden er dårligst og behovene størst i lavinntektsgruppen. Disse resultatene kan likevel skjule viktige nyanser, og det kan diskuteres om undersøkelsene som viser dette i tilstrekkelig grad fanger opp ulikhetene i behov. Andre undersøkelser viser at lav utdanning også er forbundet med større bruk av omsorgstjenester. I tillegg er det forskjeller knyttet til familie- og husholdningsressurser: aleneboende bruker omsorgstjenester i større grad enn gifte/samboende. Noen kvalitative studier av omsorgstjenestene peker på andre former for ulikhet. Ikke minst trekker de fram pårørende og deres ressurser som en viktig kilde til ulikheter i fordelingen av tjenester.

Mens det ikke er sterke holdepunkter for betydningen av individuell økonomi, har flere studier vist at forskjeller i inntekter mellom geografiske områder spiller en rolle for tjenestetilbudet. Eldre i de rikeste kommunene i Norge har større sannsynlighet for å få sykehjemsplass enn eldre i de fattigste kommunene, også når det kontrolleres for diagnose og andre indikatorer på behov. I tillegg er tilfredsheten med omsorgstjenestene høyere blant innbyggerne i rike kommuner. Forskjellige kvalitetsindikatorer tyder også på store geografiske ulikheter i hvor godt eldreomsorgen fungerer.

Det må likevel understrekes at det er mye vi ikke vet om sosiale og geografiske ulikheter i eldreomsorgen. Blant annet er det lite å hente fra nyere norske undersøkelser om det den finske omsorgsforskeren Teppo Kröger kaller omsorgsfattigdom. Omsorgsfattigdom innebærer at mennesker som trenger omsorg ikke får tilstrekkelig hjelp, verken fra formelle eller uformelle kilder, og dermed har udekkede omsorgsbehov. Kröger finner i sine studier fra Finland at de udekkede behovene er størst blant eldre med lave inntekter.

På bakgrunn av norske data, ser det ut til å være en underdekning av omsorgsbehov innenfor den offentlige eldreomsorgen. For eksempel er det mange, rundt halvparten, av alle beboere med langtidsopphold på sykehjem som ikke har blitt vurdert eller behandlet av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder. Intervjuundersøkelser med pleiepersonalet på sykehjem tyder på at det å utelate helse- og omsorgshjelp til beboerne er en vanlig hendelse. Også intervjuer med kognitivt fungerende beboere på sykehjem viser manglende behovsdekning på flere områder, slik som mangel på mosjon og sosialisering. Kvalitative undersøkelser i sykehjem og hjemmetjenestene tyder på at det særlig er de relasjonelle, psykososiale behovene som nedprioriteres. Vi vet lite om i hvilken grad uformelle eller private kilder dekker noen av disse umøtte behovene.

Det er liten kunnskap basert på norske data om det er en sammenheng mellom umøtte behov og sosioøkonomiske ressurser. Basert på internasjonal forskning og andre kilder, er det grunn til å tro at noen grupper har større risiko for å oppleve umøtte omsorgsbehov enn andre. I dette kapitlet har vi pekt på noen av disse: Aleneboende eldre med dårlig helse, spesielt hvis de har lav inntekt og bor i fattige kommuner, eldre med ressursvake eller få pårørende, eldre innvandrere og skeive, samt eldre i den samiske befolkningen.

Hvordan den geografiske og sosiale ulikheten innen eldreomsorgen vil utvikle seg i framtiden er avhengig av en rekke forhold. En nøkkelfaktor er å sikre tilstrekkelige personellressurser i den offentlige omsorgen til å møte den økende etterspørselen. Uten tilstrekkelige offentlige ressurser, vil etterspørselen i større grad dreie seg mot private, markedsbaserte løsninger, og gi sterkere behov for uformell omsorg og frivillighet. Det vil også med stor grad av sannsynlighet gi større ulikhet, siden både økonomiske ressurser og ressursene i de sosiale nettverkene er ulikt fordelt i eldrebefolkningen.

Det er et åpent spørsmål om den uformelle omsorgen har kapasitet til å øke innsatsen, når aldringen tiltar. Flere utviklingstrekk peker i retning av en redusert kapasitet, slik som færre barn og flere barnløse menn, at det relativt sett blir færre i befolkningsgruppene som yter mest omsorg, og en mulig økning av andelen aleneboende. Hvis kapasiteten reduseres, vil det igjen øke presset på ressursene i den offentlige omsorgen.

Mye tyder på at det vil bli økende geografiske ulikheter, framfor alt hvis gapet mellom offentlig ressursinnsats og befolkningens etterspørsel blir større. Aldringen vil være sterkest i de minst sentrale kommunene. Samtidig kan flere av disse kommunene ha problemer med å trekke til seg og beholde personell i eldreomsorgen. Tilgangen på uformell omsorg kan også bli utfordrende, blant annet fordi barna har flyttet ut og bosatt seg i mer sentrale strøk. Private, markedsbaserte, løsninger vil neppe være lønnsomme i disse delene av landet.

6. Aldringen i samfunnet og den framtidige veksten i helse- og omsorgssektoren

Aldringen av befolkningen er en av de mest betydningsfulle demografiske endringene som påvirker samfunnet i dag. Denne utviklingen har store konsekvenser for helse- og omsorgssektoren, som må tilpasse seg en stadig eldre befolkning. I denne analysen tar vi utgangspunkt i de nasjonale befolkningsframskrivingene for 2024, som gir innsikt i hvordan fruktbarhet, forventet levealder og innvandring vil forme befolkningsstrukturen fram til 2050. Ved å fokusere på hovedalternativet i disse framskrivingene, samt diskutere mulige avvik, søker vi å belyse de utfordringene og mulighetene som aldringen av befolkningen medfører for helse- og omsorgssektoren. Vi vil også diskutere de potensielle konsekvensene av helsepersonellkommisjonens forutsetning om nullvekst i andelen HO-årsverk, og hvordan dette kan føre til et todelt helsevesen.

6.1. Aldringen

Utgangspunktet for denne analysen er de nasjonale befolkningsframskrivingene 2024.⁶¹ Resultatene av disse avhenger av forutsetningene som legges til grunn for tre underliggende demografiske komponenter: fremtidig endring innen fruktbarhet, forventet levealder og innvandring.

Vi har hovedsakelig valgt å forholde oss til hovedalternativet i disse framskrivingene, men vil også diskutere mulige avvik der slike avvik kan ha høy sannsynlighet for å inntreffe og kunne påvirke utviklingen negativt.⁶²

Hovedalternativet legger følgende forutsetninger til grunn for utviklingen i de tre demografiske hovedkomponentene fram til og med år 2050:

- Fruktbarheten vil gradvis øke fra dagens historisk lave nivå (1,40 barn per kvinne) til 1,44 i 2025 og 1,57 i 2030. På lengre sikt antas det samlede fruktbarhetstallet (SFT) å stabilisere seg rundt 1,66.
- Forventet levealder for menn ved fødsel vil øke fra 81,4 år i 2023 til 86,0 år i 2050. For kvinner vil den øke fra 84,6 år i 2023 til 88,3 år i 2050.
- Nettoinnvandringen vil avta fra 41 000 i 2024 til rundt 16 000 i 2030. Nettoinnvandringen er deretter antatt å stabilisere seg på rundt 13 000 fra 2050.

Gitt disse forutsetningene tilsier befolkningsframskrivingen fortsatt befolkningsvekst, men at den vil bli lavere framover og at en stadig større andel av befolkningen vil bestå av eldre og innvandrere.

Ifølge framskrivingene antas det at befolkningen vil øke fra rundt 5,55 millioner i dag til opp mot 6,15 millioner i 2050. Denne veksten vil utelukkende komme som følge av økning i de eldre aldersgruppene.

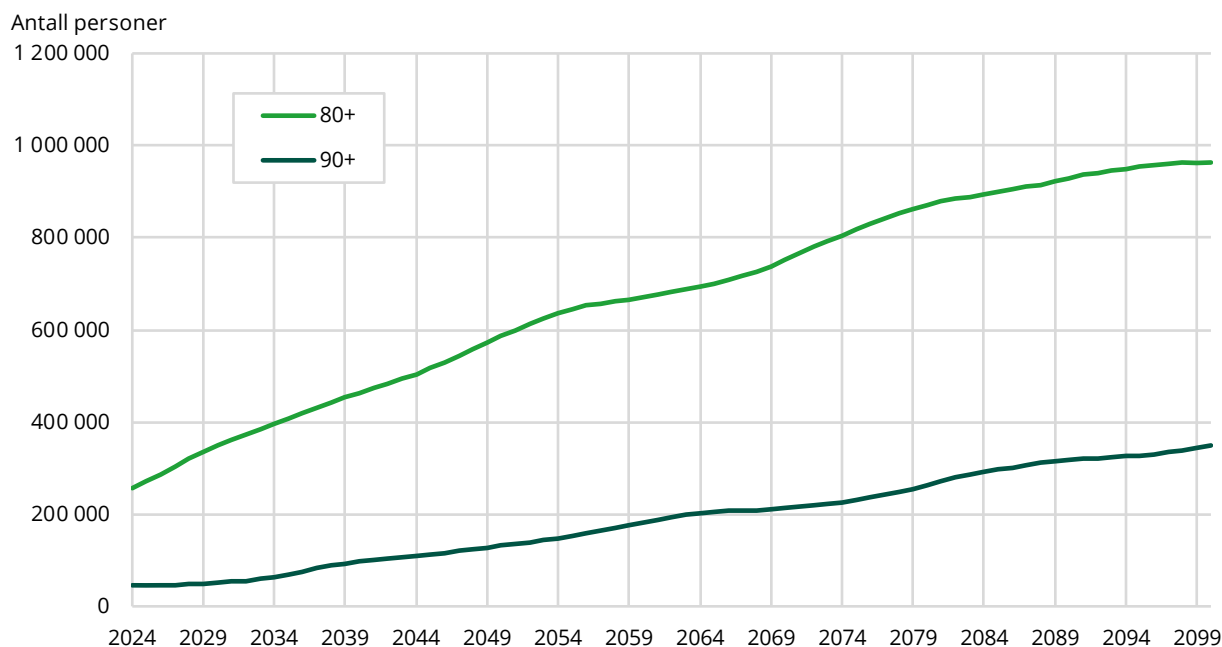
I hovedalternativet, som vi i hovedsak forholder oss til, vil befolkningen bestå av flere eldre personer (65+ år) enn barn og unge (0-19 år) allerede i løpet av det neste ti-året. Gruppen som er 67 år eller eldre vil øke med rundt 54 prosent fra 2024 til 2050. I 2050 forventes omtrent en av fem nordmenn å være 70 år eller eldre. Befolkningen over 80 år forventes å mer enn doble seg innen 2050, fra ca.

⁶¹ https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivinger-2024/_attachment/inline/56957464-1d50-49e9-bc81-2dc79db88829:fcbe4afe4b905e2b91a7a998b90c23d392d44ddc/RAPP2024-21.pdf

⁶² Innvandring anser vi i den forbindelse som den mest usikre delen av framskrivingen, men også trender i fertilitet, dødelighet og utvandring kan ende opp med å bli annerledes enn det de nasjonale befolkningsframskrivingene legger til grunn.

256 000 til ca. 586 000, og i 2100 vil denne gruppen utgjøre nærmere én million mennesker (se figur 6.1). Som det skulle framgå av figur 6.1, vil økningen i antallet i alderen 90+ ifølge framskrivningene bli spesielt sterk, fra ca. 46 000 i 2024 til litt over 131 000 i 2050, og videre til nærmere 350 000 personer i 2100.⁶³

Figur 6.1 Befolkningsutviklingen for de eldste gruppene 2024-2100



Kilde: Befolkningsframskrivningene, Statistisk sentralbyrå

Aldringen av befolkningen vil skje i alle landets kommuner. I 2050 vil eldreandelen i kommunene (dvs. andelen av kommunenes befolkning som er mer enn 70 år) spenne fra 15 til 32 prosent. I dette året er andelen eldre antatt å være lavest i Oslo kommune og høyest i Hvaler (Leknes og Løkken, 2024). Aldringen er særlig sterk i distriktskommuner og i kommuner med forventet fall i folketallet. I 2050 forventes de mest sentrale kommunene (sentralitet 1) å ha en eldreandel på 16 prosent mens de minst sentrale kommunene (sentralitet 6) vil ha en andel på 25 prosent.⁶⁴ Som det framgår av figur 6.2 er dette en oppgang fra henholdsvis 10 og 19 prosent i 2024. At befolkningen blir eldre betyr også at antallet døde forventes å øke etter hvert som flere fra de store etterkrigskullene når en alder hvor det blir mer vanlig å dø. Fra 2045 av forventes dødsfallene å overskride antall fødsler, slik at fødselsoverskuddet blir til et underskudd. Befolkningsveksten vil fra da av utelukkende drives av innvandring.

⁶³ Det er verdt å merke seg at selv om man i befolkningsframskrivningene legger det mest positive framtidsscenarioet til grunn for den framtidige aldringen av befolkningen, dvs. alternativet med høy fruktbarhet, lav levealder og høy innvandring, vil aldringen av befolkningen være sterk i hele framskrivningsperioden.

⁶⁴ Statistisk sentralbyrå (SSB) bruker sentralitetskategorier for å klassifisere kommuner basert på deres grad av sentralitet. Disse kategoriene gir en indikasjon på hvor sentrale eller perifere kommunene er, og de er nyttige for å forstå befolkningsmønstre og planlegge tjenester. Her er en oversikt over de seks sentralitetskategoriene:

Sentralitet 1 Storbyområder: Disse inkluderer de største byene i Norge, som Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim. Eksempel: Oslo kommune.

Sentralitet 2 Store byområder: Omfatter større byer som ikke er blant de aller største. Eksempel: Kristiansand kommune.

Sentralitet 3 Mellomstore byområder: Byer av middels størrelse. Eksempel: Ålesund kommune.

Sentralitet 4 Småbyområder: Mindre byer og tettsteder. Eksempel: Hønefoss kommune.

Sentralitet 5 Tettstedskommuner: Kommuner med mindre tettsteder. Eksempel: Voss kommune.

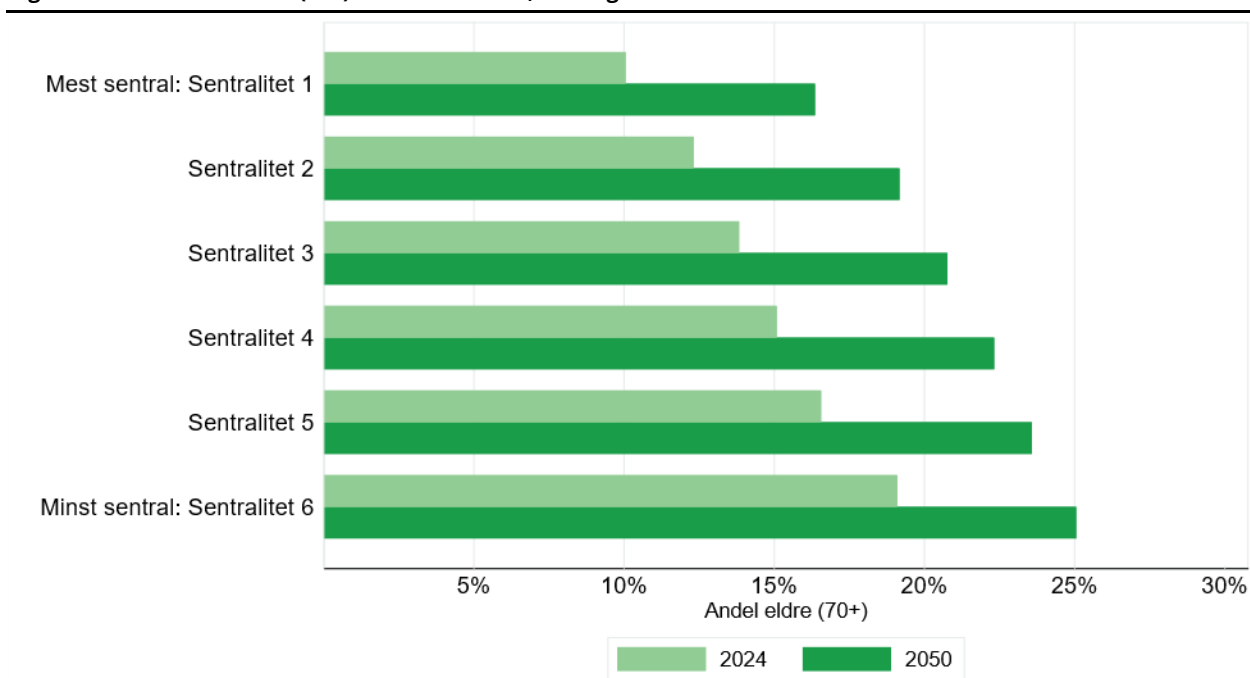
Sentralitet 6 Spredtbygde områder: Kommuner med spredt bebyggelse og lav befolkningstetthet. Eksempel: Lom kommune.

Disse kategoriene hjelper med å forstå hvordan befolkningen er fordelt og hvilke områder som er mest sentrale i forhold til arbeidsplasser, tjenester og infrastruktur.

Andelen innvandrere i befolkningen ventes å øke fra litt under 17 prosent i dag til rundt 22 prosent i 2050. Generelt vil nettoinnvandringen bidra til vekst i alle landsdelene og fylkene. Innvandringen vil imidlertid bidra relativt mer til befolkningsvekst i distriktene enn i sentrale strøk. Dermed vil sentraliseringen og aldringen i distriktene dempes noe, spesielt på kort sikt.

Innvandrerbefolkningen vil imidlertid også gradvis bestå av flere eldre og flere med lang botid. For eksempel vil antallet innvandrere som har bodd i Norge i over 15 år, nesten tredoble seg, fra 305 000 i 2024 til å passere 900 000 rett etter 2050.

Figur 6.2 Andelen eldre (70+) etter sentralitet, 2024 og 2050



Kilde: Befolkningsframskrivingene, Statistisk sentralbyrå (Leknes og Løkken 2024)

6.2. Hva vil skje i helse- og omsorgstjenestene?

Med dette som bakteppe er det klart at den demografiske utviklingen framover vil legge et stort press på eldreomsorgen og i den forbindelse bruken av helse- og omsorgstjenester (HO-tjenester). Som påpekt i Syse og Hjemås (2024), vil dette kreve betydelige økonomiske ressurser og øke behovet for arbeidskraft i sektoren. Samtidig vil det økonomiske handlingsrommet kunne komme til å bli snudd til et innstrammingsbehov både på kort og lang sikt. Dette gjelder kanskje ikke minst som følge av siste tids globale spenninger og i den forbindelse behovet for å skape rom for en omlegging av sikkerhetspolitikken i en mer ekspansiv retning. Mot et bakteppe der Norge skal ruste opp eget forsvar for hele 600 milliarder kroner de neste tolv årene, er det mye som tyder på at det kan komme til å måtte skje på bekostning av andre deler av budsjettet, herunder utgiftene til HO-tjenester. Spesielt vil dette gjelde dersom Statens Pensjonsfond Utland (også kalt Oljefondet) skulle falle kraftig i verdi. Nær halvparten av fondets investeringer er plassert i amerikanske verdipapirer og eiendommer. De er således utsatt for risiko forbundet med en større korleksjon i både aksje- og boligmarkedene, spesielt dersom disse skulle vise seg å bli langvarige.⁶⁵ Dette kan svekke det offentlige inntektsgrunnlag og dermed redusere dekningen av humanitære behov.

⁶⁵ Etter at Trump vant valget i USA, har utsikter til skatteutt og dereguleringer bidratt til å understøtte det amerikanske aksjemarkedet, som for tiden er høyt priset. Historiske data viser at markedskorleksjoner ofte følger perioder med høy verdsettelse og politiske endringer. Tidligere perioder med skatteutt og dereguleringer under presidentene Hoover, Nixon og Bush ble etterfulgt av store markedskorleksjoner og resesjoner.

For å kunne si noe mer om dette, vil vi i denne analysen benytte framskrivningene fra Jia m.fl. (2023) og Holmøy m.fl. (2023) som grunnlag for å analysere utviklingen i tilbud og etterspørsel etter offentlig helsepersonell fra i dag og fram til 2050.

Før vi går videre, er det viktig å komme med en advarsel. I et marked der prisene settes etter andre kriterier enn ren profittmaksimering, kan det lett oppstå en ubalanse mellom tilbud og etterspørsel. Hvis prisen for eksempel settes til en egenandel som ligger under markedsprisen, kan det føre til at tilbudet blir lavere enn etterspørselen. Dette betyr at produsentene ikke vil produsere nok varer til å møte etterspørselen, og dermed bestemme hvor mye som faktisk blir produsert.

Når det gjelder offentlige helse- og omsorgstjenester, er egenandelene svært lave, og de er i hovedsak skattefinansiert. Dette betyr at finansieringen av disse tjenestene er avhengig av offentlige inntekter, og en reduksjon i disse inntektene kan føre til mindre dekning av humanitære behov. Som påpekt i Holmøy m.fl. (2023), er en slik tilpasning svært relevant for skattefinansiert helse- og omsorgstjeneste (HO). Antallet skattefinansierte HO-årsverk avhenger ikke bare av myndighetenes inntekter og utgifter, men også av budsjettprioriteringer og tilgangen på kompetent arbeidskraft.

Denne tilpasningen blir enda viktigere i lys av forventede reduksjoner i inntekter fra sokkelen, de budsjettmessige konsekvensene av den tilspissede geopolitiske situasjonen, og de politiske prioriteringene som gjøres. Helsepersonellkommisjonens anbefaling om at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke vil kunne fortsette å øke vesentlig, indikerer også at ressursene til eldreomsorg kan bli begrenset i fremtiden.

Tilgangssiden

Beregningene av tilbudssiden er basert på data om antall sysselsatte med relevant helseutdanning, fordelt etter kjønn og alder. Tilgang og avgang inkluderer nye arbeidstakere innenfor ulike helse-utdanningskategorier, de som har forlatt disse feltene, samt arbeidsinnvandring til de respektive feltene. Resultatet er en nettotilgang av arbeidskraft innenfor ulike utdanningstyper, uttrykt som prosentandel av den totale arbeidsstokken, som holdes konstant i framskrivningene. For å estimere det totale tilbudet av årsverk i helsesektoren, multipliseres det totale antallet personer i arbeidsstyrken med andelen yrkesaktive i sektoren (aggregert over utdanningskategorier) og deres gjennomsnittlige arbeidstid, fordelt etter kjønn og alder.

I 2019 sysselsatte den offentlige helse- og omsorgssektoren nær 315 000 årsverk, eller rundt 13 prosent av det totale antallet utførte årsverk i samfunnet. Disse årsverkene representerer helse- og omsorgstjenester forbundet med aktiv behandling, og inkluderer ikke forebygging, administrasjon eller forskning og utvikling (FoU) utenfor sykehusene. Til tross for dette er det, som påpekt i Syse og Hjemås (2024), allerede mangel på helse- og omsorgspersonell, spesielt sykepleiere og helsefagarbeidere. Dersom det ikke gjøres noe for å stoppe, eventuelt snu utviklingen, vil den kunne komme til å lede til en betydelig mangel på helsepersonell. I hovedalternativet, der vi legger referansealternativene i framskrivningene i Jia m.fl. (2023) og Holmøy m.fl. (2023) til grunn, er mangelen stipulert til i overkant av 70 tusen personer totalt i 2050.

Andelen personer i hovedarbeidsalder (20-66 år) som andel av populasjonen, er ifølge befolkningsframskrivingene ventet å synke fra dagens (2024) 61 prosent til noe i underkant av 57 prosent i 2050. Som påpekt av Syse og Hjemås (2024), vil dermed den potensielle arbeidsstyrken relativt sett bli mindre framover. Den vil også bli eldre og mer heterogen, sistnevnte som følge av at innvandrerne vil utgjøre en økende andel av befolkningen i arbeidsdyktig alder.

Som også påpekt av Syse og Hjemås (2024), hvor mye en slik utvikling vil bety for tilgangen på helsepersonell vil avhenge av en rekke forhold, som hvorvidt framtidens eldre ønsker å stå lenge i jobb, har helse til å arbeide, i hvilken grad innvandrerne vil ta arbeid i helse- og omsorgssektoren og

om arbeidsforholdene tilpasses en eldre og mer heterogen gruppe av arbeidstakere. Forskning viser at en mer effektiv organisering av tjenestene kan gi viktige bidrag i denne sammenheng. For eksempel kan prinsipper for fleksible tjenester, som foreslått av Hay, Vink og Sangiorgi (2025), bidra til å tilpasse tjenestene bedre til brukernes behov og dermed øke effektiviteten.⁶⁶ Videre peker Forskningsrådet (2023) på at innovasjon og bedre samhandling i tjenestene kan bidra til å møte utfordringene knyttet til en aldrende og mer heterogen arbeidsstyrke.⁶⁷

Dette er alle forhold som kan påvirkes ved aktiv politikk rettet mot å gjøre det mer attraktivt å jobbe i helsesektoren. Lønn er i denne sammenheng et hensiktsmessig virkemiddel, men også tiltak som tar sikte på å forbedre arbeidsforholdene i form av miljø og trivsel, og i den sammenheng fravær av urimelige krav og arbeidsrelatert stress, vil kunne tenkes å gi viktige bidrag. Som i tilfellet med etterspørselen, vil arbeidshelsen også kunne forbedres ved å oppmuntre til og ikke minst å legge til rette for trening på og utenfor arbeidsplassen, for eksempel ved å la aktiv treningstid inngå som del av den lønnede arbeidstiden. For den utenlandske delen av arbeidstokken vil økt fokus på språkopplæring og integrasjon også kunne gi viktige bidrag i så måte.

Til tross for dette er det lite som tyder på at en aktiv politikk vil kunne bidra med stort annet enn å sikre at bemanningen utvikler seg proporsjonalt med det framskrevne arbeidstilbudet. Dette er også en forutsetning som er lagt til grunn for referansealternativet i rapporten som denne analysen baserer seg på (Jia m.fl., 2023). Som allerede nevnt, er det i dag mangel på offentlig helse- og omsorgspersonell. Med de forutsetningene vi legger til grunn, vil det demografiske forløpet føre til en langt svakere vekst i nettotilgangen av arbeidskraft innenfor ulike utdanningstyper i HO-sektoren enn det framskrevne etterspørselsbehovet skulle tilsi.

Dette er et forhold som ikke har blitt mindre relevant etter at regjeringen i «Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027»⁶⁸ sier seg enige med Helsepersonellkommisjonens anbefaling om at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke vil kunne fortsette å øke vesentlig i tiden som kommer. Veksten i behovet for helse- og omsorgstjenester vil imidlertid komme uansett. Spørsmålet er derfor om det offentlige sørge-for-ansvaret skal videreføres med gjeldende ambisjoner, eller om man åpner opp for vekst i privatisert helseomsorg. Som påpekt av Syse og Hjemås (2024) kan en politikk som er basert på Helsepersonellkommisjonens anbefaling kunne gjøre det mindre attraktivt å arbeide i HO-sektoren. Dette kan skje fordi lavere lønninger og dårligere arbeidsvilkår i den offentlige sektoren kan føre til at helsepersonell søker seg til bedre betalte stillinger i den private sektoren. Når flere helsearbeidere forlater den offentlige sektoren for å jobbe i private helseforetak, vil det offentlige tilbudet av helsetjenester reduseres. Dette skaper et udekket behov som må dekkes av private løsninger. De som har råd til å betale for private helsetjenester, vil gjøre det, mens de som ikke har råd, vil oppleve redusert tilgang til nødvendige helsetjenester (Syse og Hjemås, 2024). Denne situasjonen kan virke selvforsterkende på flere måter: Når flere mennesker begynner å bruke private helsetjenester, øker etterspørselen etter disse tjenestene. For eksempel har det vært en betydelig økning i etterspørselen etter private helse-tjenester i Norge de siste årene.⁶⁹ Dette kan føre til at flere private aktører etablerer seg i markedet, noe som igjen kan trekke enda flere helsearbeidere bort fra den offentlige sektoren. Med økt etterspørsel kan prisene på private helsetjenester også stige. I USA har kostnadene for private helsetjenester økt med 20 prosent de siste fem årene.⁷⁰ Dette kan gjøre det enda vanskeligere for lavinntektsgrupper å få tilgang til helsetjenester, noe som forsterker den sosiale ulikheten. Over tid kan dette føre til et todelt helsevesen der de med høyere inntekt får tilgang til rask og effektiv

⁶⁶ Hay, A., Vink, J., & Sangiorgi, D. (2025). Prinsipper for fleksible tjenester. Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo.

⁶⁷ Norges forskningsråd. (2023). Innovasjon i offentlig sektor. Forskningsrådets strategi 2018–2023.

⁶⁸ Meld. St. (2023-2024), side 16.

⁶⁹ I 2023 utgjorde kjøp fra private bedrifter (til erstatning for kommunal produksjon av institusjons- og hjemmetjenester) 17 milliarder kroner, eller hele 10 prosent, av kommunenes utgifter til disse tjenestene. [Datainnsamling fra private foretak som tilbyr helse- og omsorgstjenester – SSB](#)

⁷⁰ [Hvorfor koster helse så mye i USA?](#)

behandling i den private sektoren, mens de med lavere inntekt må nøye seg med et underfinansiert og overbelastet offentlig helsevesen. Et eksempel på dette er Storbritannia, hvor det har vært en økning i antall private helseforsikringer, noe som har ført til en todeling av helsetjenester.⁷¹

Etterspørselssiden

Når det gjelder framskrivninger av antall **etterspurte** årsverk i helse- og omsorgssektoren har vi valgt å legge framskrivningene i Holmøy m.fl. (2023) til grunn.⁷² Beregningene av etterspørselssiden er her begrenset til offentlig sektor og tar utgangspunkt i at antall årsverk, som trengs i et gitt år for å dekke etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester i befolkningen, kan dekomponeres i henhold til følgende likning:⁷³

$$1) \text{ Antall årsverk} = \frac{\text{Antall årsverk}}{\text{Antall brukere}} \cdot \frac{\text{Antall brukere}}{\text{Antall personer}} \cdot \text{Antall personer}$$

Definerer vi tjenestestandarden som antall årsverk per bruker av HO-tjenester og kaller denne I , brukerfrekvensen som forholdet mellom antall brukere av tjenestene og antall personer i befolkningen, og kaller denne μ , og antar at disse i tillegg til populasjonen, N , er forutbestemte størrelser, vil den regnskapsmessige sammenhengen i (1) kunne omgjøres til en modell for utviklingen i antall årsverk som funksjon av disse forutbestemte størrelsene, gitt ved:

$$2) \text{ Antall årsverk} = I \cdot \mu \cdot N$$

Med utgangspunkt i ulike scenarier for befolkningsutviklingen (etter kjønn og alder) og under ulike forutsetninger for standarder og brukerfrekvenser, der de to sistnevnte størrelsene kan brukes til å legge ulike forutsetninger til grunn for forhold som angår en populasjons helsetilstand, produktivtetsvekst og grad av familieomsorg, kan etterspørselen etter offentlige helsetjenester framskrives med utgangspunkt i et sett av ulike forutsetninger (hendelsesforløp).

I referansealternativet, som hovedsakelig legges til grunn i denne analysen, forutsettes en 0,5 prosents årlig økning i antall årsverk per bruker (ett-prosentpoengs vekst i tjenestekvaliteten minus en 0,5 prosentpoengs økning i arbeidsproduktiviteten), bedre helse fra 55 års alderen av og konstant familieomsorg. I Holmøy m.fl. (2023) utarbeides det også et maksimums- og minimums-scenario, der det i minimumsalternativet legges til grunn en 0,5 prosents reduksjon i antall årsverk per bruker, bedre helse fra 55 års alderen av og økt familieomsorg. Maksimumsalternativet referer seg til et scenario der en 1 prosents økning i antall årsverk per bruker (økt standard) legges til grunn, kombinert med konstant helse og familieomsorg.

Fra enkelte hold har det vært hevdet at man vil kunne redusere det framtidige behovet for helse- og omsorgstjenester gjennom økt familieomsorg og friskere aldring. Imidlertid tyder mye på at dette delvis kan være et utslag av ønsketenkning, da økt levetid de siste ti-årene ifølge Syse og Hjemås (2024) ikke har ført til en målbar reduksjon i tjenesteforbruket. Dessuten vil det, som også påpekt av Syse og Hjemås (2024), i snitt bli færre, ikke flere, pårørende per eldre i årene som kommer (se også

⁷¹ [Omfattende helsereform i Storbritannia | Tidsskrift for Den norske legeforening.](#)

⁷² En svakhet ved å bruke disse framskrivingene er at de baserer seg på befolkningsframskrivingene fra 2022 og ikke de som vi har lagt til grunn. En tidligere sammenlikning av anslag basert på ulike befolkningsprognoser viser imidlertid at så lenge befolkningsprognosene ikke avviker signifikant fra de som gjaldt tidligere, vil dette i liten grad ha konsekvenser for prognosene for etterspørselen etter HO-årsverk. Holmøy m.fl. (2023) vurderer også forskjellene på ulike befolkningsframskrivninger. De er små.

⁷³ I Holmøy m.fl. (2023) foretas denne dekomponeringen for de ulike helse- og omsorgstjenestene som inngår i aggregatet for antall årsverk i helse- og omsorgssektoren totalt, over ulike befolkningsgrupper og fordelt med hensyn på både kjønn og alder. Den aggregerte utviklingen i 1) kalkuleres således med utgangspunkt i disaggregerte framskrivningene for etterspørselen etter ulike typer HO-tjenester fra ulike grupper av befolkningen. Gitt at man i befolkningsframskrivingene ser for seg en kraftig økning antall eldre i tiden som kommer, og således en kraftig endring i befolkningens aldersfordeling, er dette en viktig faktor å ta hensyn til.

kapittel 5.7 i denne rapporten, om problemene med å forvente større omfang av uformell omsorg). Dette kan tyde på at det å legge til grunn bedret helse fra 55-årsalderen av og konstant familieomsorg, som det gjøres i vårt referansealternativ, kan være et noe optimistisk sett av forutsetninger.

Dette betyr imidlertid trolig allikevel ikke at man helt kan avskrive mulige positive effekter av friskere aldring (jf. kapittel 4.3) og økt familieomsorg. Det innebærer bare at disse effektene eventuelt må komme fra andre kilder enn en økning i antall pårørende per eldre og livsforlengende behandling i form av økt medisinbruk og mer somatisk pleie.⁷⁴

Et alternativ med potensielt viktige, uhøstede helsegevinster, og som kan føre til en betydelig reduksjon i behovet for offentlig omsorg, kan være økt fokus på fysisk fostring og aktivitet som en del av den forebyggende behandlingen av å bli eldre. Fysisk aktivitet kan redusere risikoen for over 25 kroniske sykdommer med 25–50 prosent og forbedre livskvaliteten betydelig.⁷⁵ Fysisk aktivitet gir også økt livskvalitet, humør, overskudd, søvnkvalitet og sosialt samvær. En sunn livsstil kan forlenge livet med 24 år, hvor fysisk aktivitet er den viktigste faktoren. Helsedirektoratet anslår at 8 til 16 kvalitetsjusterte leveår kan vinnes ved å få inaktive i aktivitet.⁷⁶

Et større innslag av innvandrere i befolkningen vil også til en viss grad kunne tenkes å stogge noe av den negative effekten som færre pårørende per eldre isolert sett vil ha på graden av familieomsorg i samfunnet, men her er usikkerheten stor da innvandrere over tid vil kunne tenkes å adoptere norsk adferdsmønster og når antall pårørende per eldre er ventet å falle sterkt⁷⁷, vil denne effekten uansett trolig kun være av en modererende karakter.

Mange vil kanskje undre seg over at vi i referansealternativet antar at tjenestekvaliteten, justert for produktivitet, vil øke med 0,5 prosent. Dette bidrar til å øke antallet brukere sammenlignet med minimumsalternativet, hvor vi antar at tjenestekvaliteten vil falle med 0,5 prosent. Som påpekt av Syse og Hjemås (2024) virker imidlertid en slik forutsetning rimelig da mange av framtidens eldre (og deres barn) vil ha høyere utdanning og god økonomi og dermed større forventninger til helse- og omsorgstjenester enn tidligere generasjoner. Dessuten må en vekst i tjenestekvaliteten eller standarden på 0,5 prosent anses som svak sammenlignet med realveksten i privat forbruk per innbygger, historisk og i mange framskrivninger.

Bruken av offentlige omsorgstjenester er også knyttet til sosiodemografiske og økonomiske ressurser generelt. Vi har tidligere i denne rapporten sett at personer med lavere inntekt ofte har høyere behov for helsetjenester. Det er mye som tyder på at det kan bli økte økonomiske forskjeller blant eldre i framtiden (jf. kapittel 4.4). Snaut en av ti pensjonister lever under EUs fattigdomsgrense, og særlig er det mange aleneboende minstepensjonister som sliter økonomisk. Samtidig kan økte inntektsforskjeller føre til at flere eldre med lav inntekt og komplekse familiehistorier, som få eller ingen barn, får større behov for offentlige omsorgstjenester.⁷⁸

Videre er det, som vist i kapittel 5.4, også geografiske forskjeller i bruken av omsorgstjenester. I distriktene, hvor det ofte er færre helsetjenester tilgjengelig, kan eldre og personer med lav inntekt

⁷⁴ Som diskutert av Syse og Hjemås (2024) trenger ikke økt gjenstående levetid ved 55 års alderen av nødvendigvis bety at det er de friske og sterke som overlever, eller at sykdommer inntreffer senere nå enn tidligere. Det kan også være et uttrykk for at det er de syke som i større grad overlever pga. livsforlengende behandling. I stedet for å redusere tjenestebehovet vil en slik utvikling faktisk kunne øke behovet for helse- og omsorgstjenester.

⁷⁵ Warburton, D. E., & Bredin, S. S. (2016). Reflections on Physical Activity and Health: What Should We Recommend? *Canadian Journal of Cardiology*, 32(4), 495–504.

⁷⁶ Kjerpeset, Ø. (2024). *Den neglisjerte vidundermedisinen*. Tidsskrift for Den norske legeforening.

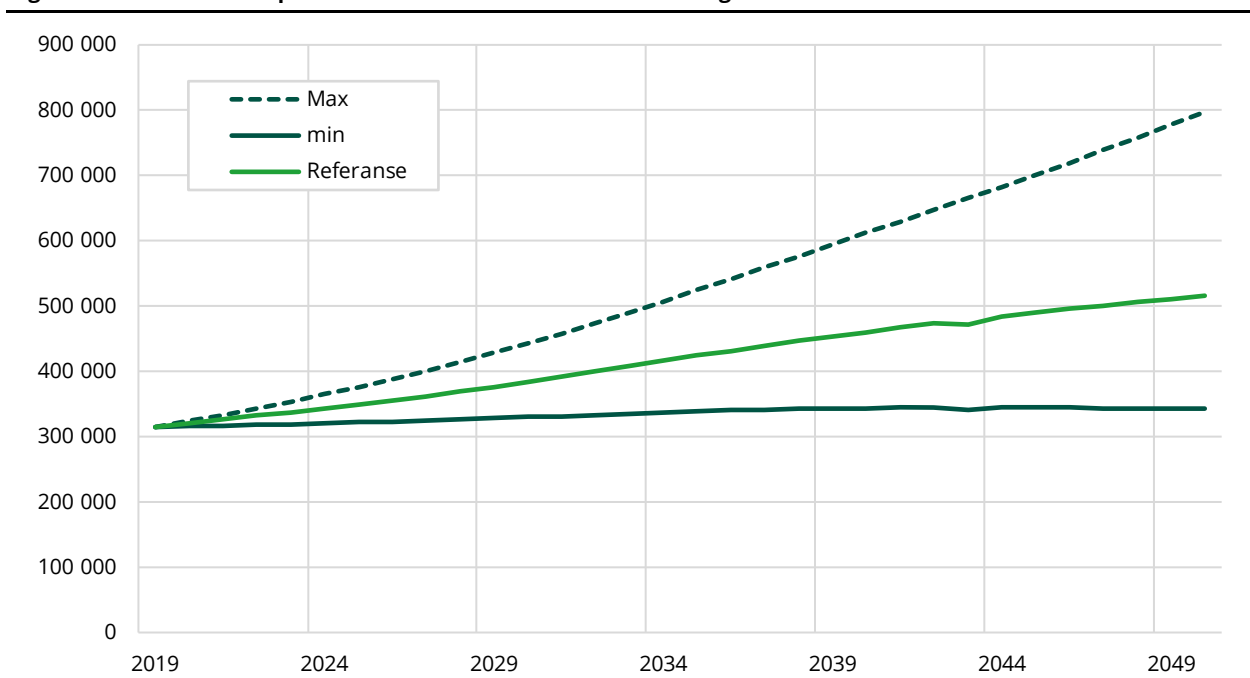
⁷⁷ Som følge av økt levealder og store kull som passerer 85 år, med relativt få barn, vil familiekoeffisienter som måler forholdstallet mellom antallet personer som er i aldersgruppen 50-66 og de som er i gruppen 85 år eller eldre, halveres i løpet av det neste tiåret, fra rundt 10 til 5 (Syse og Hjemås 2024).

⁷⁸ Statistisk sentralbyrå. (2009). **Konsekvenser av ubalanse mellom ressurser og krav til offentlige velferdstjeneste.**

ha vanskeligere for å få tilgang til nødvendig omsorg.⁷⁹ Når andelen eldre er ventet å bli spesielt høy i distriktskommuner og i kommuner med forventet fall i folketallet, kan dette problemet kunne tenkes å forsterkes betraktelig med åra.

Ifølge Holmøy m.fl. (2023), har den historiske veksten i antall årsverk i den offentlige helse og omsorgssektoren totalt sett vært mindre sterk enn den som framskrives videre. Mens den var på 2,4 prosent fra 2000 til 2019,⁸⁰ vil den årlige vekstraten for etterspørselen etter helsetjenester fra 2019 og fram mot 2050 i gjennomsnitt være på henholdsvis rett i overkant av 1,6 prosent i referansealternativet, hele 3 prosent i maksimumsalternativet og rundt 0,3 prosent i minimumsalternativet.

Figur 6.3 Totalt etterspurte HO-årsverk under ulike forutsetninger



Kilde: Holmøy mfl. 2023

Figur 6.3 viser at behovet for årsverk, ifølge framskrivningene til Holmøy m.fl. (2023), vil øke markant i tiden som kommer. Totalt vil etterspørselen etter HO-tjenester i referansealternativet øke fra noe i underkant av 315 000 i 2019 til opp mot 516 000 i 2050, en utvikling som vil tilsvare en vekst på nær 65 prosent. I minimumsalternativet, som er nær det Helsepersonellkommisjonen foreslår å styre etter,⁸¹ vil økningen i den samlede etterspørselen bli langt mer moderat (i underkant av 9 prosent). I maksimumsalternativet derimot, der det legges til grunn en økning i årsverk per bruker på 1 prosent og konstant helse og familieomsorg, er veksten stipulert til å bli på noe i overkant av 150 prosent. Som andel av antall årsverk totalt i samfunnet vil andelen HO-årsverk i 2050 i de tre alternativene ligge på hhv. 20, 13 og 31 prosent. Ser vi bort fra maksimumsalternativet vil veksten primært skyldes at det vil bli flere eldre, og ikke en heving av standarden på tjenestene. Veksten vil dessuten bli sterkest for omsorgsdelen, som er kommunal.

Økningen mot 2050 vil i henhold til Holmøy et al. (2023) variere på tvers av tjenesteområdene. Som det skulle framgå av figur 6.4 og figur 6.5 nedenfor, vil veksten fram mot 2050 bli spesielt sterk i sektorene for kommunale HO-tjenester og for somatiske spesialisthelsetjenester. Økningen i disse to sektorene fra 2019 og fram mot 2050 vil være på henholdsvis 75 og 47 prosent i referanse-

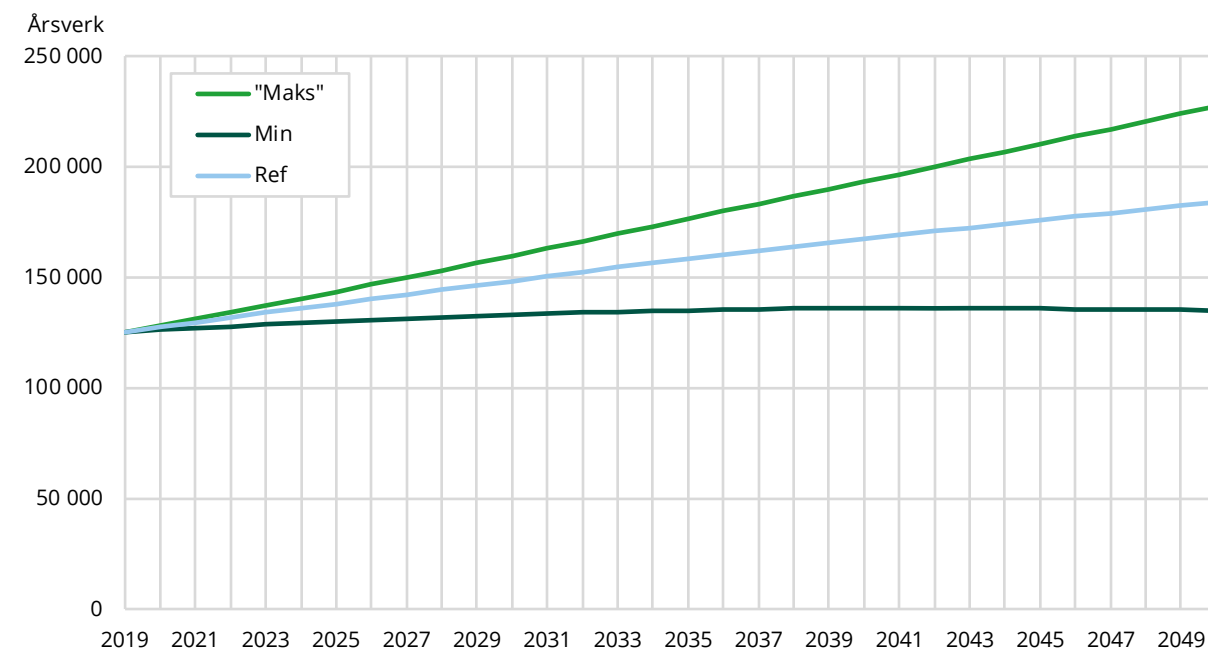
⁷⁹ Helsedirektoratet. (2020). **Demografiske endringer og konsekvenser for omsorgssektoren**. Hentet fra helsedirektoratet.no

⁸⁰ Holmøy E., Hjelmås G., Haugstveit F. *Arbeidsmarkedet i offentlig helse og omsorg: Framskrivninger og historikk*. Rapport 2023/3. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, 2023.

⁸¹ Norges offentlige utredninger. NOU 2023: Tid for handling- Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, side 278.

alternativet, 9 og 8 prosent i minimumsalternativet og hele 200 og 82 prosent i maksimumsalternativet. Som det skulle framgå av figurene nedenfor vil maksimumsalternativet være kjennetegnet ved en spesielt sterk økning i etterspørselen etter kommunale tjenester.

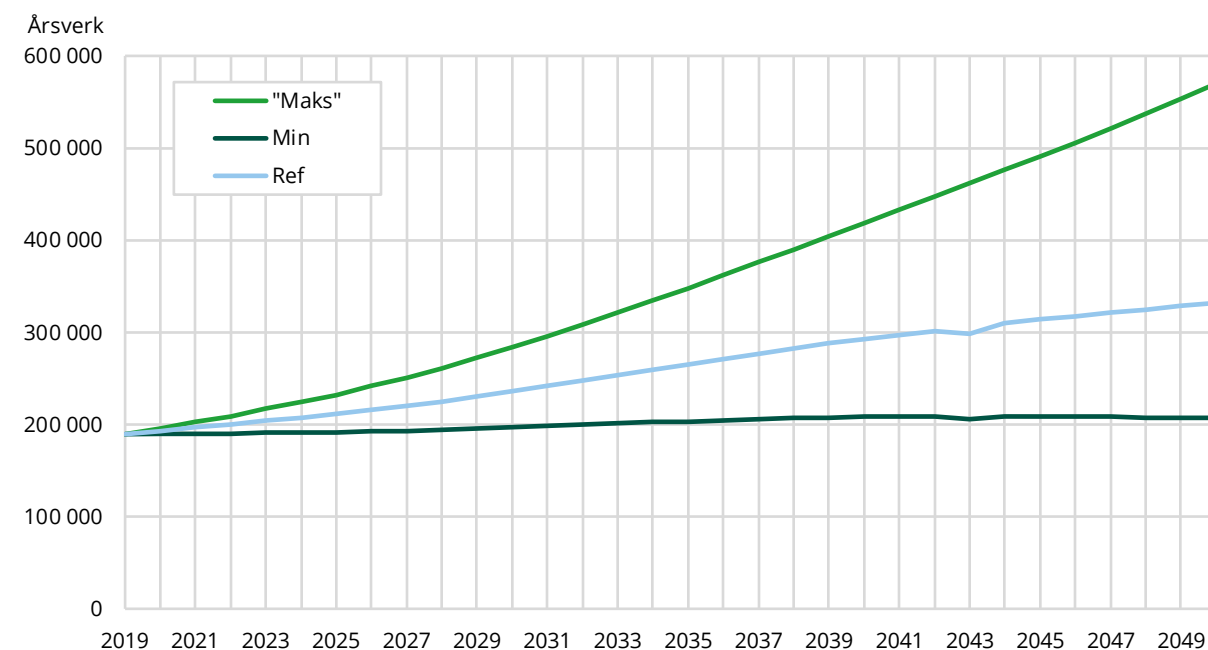
Figur 6.4 Etterspørsel etter årsverk i spesialisthelsetjenesten under ulike forutsetninger



Kilde: Holmøy mfl. 2023

Figur 6.6 sammenlikner fordelingen av antall årsverk på de ulike alderskategoriene i 2050 for, henholdsvis, referansealternativet (516 000) og minimumsalternativet (342 000), med fordelingen som gjaldt i 2019, da rundt 30 prosent av de totale årsverkene ble brukt på aldersgruppen 80 år og eldre. Som det framgår av figuren, vil denne andelen øke i årene som kommer, til 39 prosent både i referansealternativet og minimumsalternativet.

Figur 6.5 Etterspørselen etter kommunale tjenesteårsverk under ulike forutsetninger

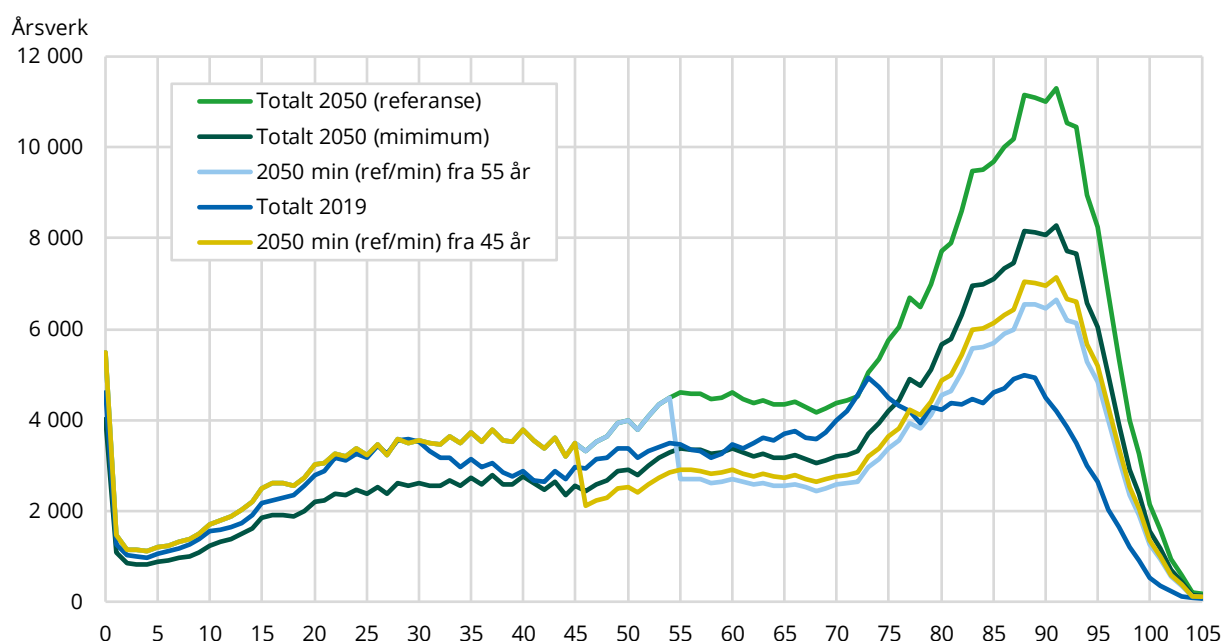


Kilde: Holmøy mfl. 2023

Figur 6.6 viser også hvor mye brukerfrekvensene må reduseres fra henholdsvis 55-årsalderen (lyseblå linje) og 45 årsalderen av (gul linje) i forhold til referansealternativet for å nå årsverksanslaget i minimumsalternativet (N=344 000), som Helsepersonellkommisjonen baserer sine anbefalinger på.^{82,83} Det er tydelig at en betydelig reduksjon er nødvendig for at Helsepersonellkommisjonens forutsetninger skal oppfylles i begge tilfellene. Faktisk må man være ca. 80 år gammel for å ha samme brukerfrekvens som 55-åring i referansealternativet (den grønne linjen) i det første tilfellet. Med andre ord, målt i forbruk av helsetjenester, må befolkningen bli hele 25 år yngre innen 2050 for at helsekommisjonens scenario skal realiseres. Legger man til grunn at effekten av en friskere befolkning melder seg ti år tidligere, med andre ord fra 45-årsalderen av, vil man riktignok kun måtte bli 75 år gammel for å ha samme brukerfrekvens som 55 åringer. Selv om vi i analysen har åpnet opp for effektene av friskere aldring, må en slik «foryngelse» av befolkningen uansett ansees som svært lite realistisk.

Som påpekt i Holmøy m.fl. (2023) er det flere andre grunner til at minimumsalternativet er urealistisk. En av disse er at tilnærmet nullvekst i andelen HO-årsverk vil være et sterkt brudd med de historiske trendene. En annen er at den kraftige økningen vi har sett i årsverksinnsatsen de siste tiårene har kommet til tross for bedre helse og økt produktivitet/teknologiske forbedringer. Marsdal og Jorde (2023) argumenterer også for at en slik drastisk reduksjon i brukerfrekvenser ikke tar hensyn til de komplekse behovene til en aldrende befolkning, som ofte krever mer omfattende og spesialiserte helsetjenester.

Figur 6.6 Sammenlikning av fordelingen av antall årsverk på ulike alderskategorier under ulike forutsetninger og på forskjellig tidspunkt



Kilde: Statistisk sentralbyrå, egne beregninger. Proporsjonal familieomsorg. Framskrivningene bygger på at omfanget av uformell omsorg fra pårørende utvikler seg proporsjonalt med behovet. Alternativet med sterkt friskere aldring tar utgangspunkt i at det samlede årsverksantallet skal tilsvare minimumsalternativet.

⁸² Gitt at de øvrige forutsetningene i referansealternativet opprettholdes.

⁸³ Den mørkegrønne linjen er egentlig ikke så reell eller sannsynlig. Der har man justert ned brukerfrekvensene for alle alderskategoriene. Utgangspunktet for den lyseblå (gule) linjen er kutt i brukerfrekvensene fra fylte 55(45) år av slik at totalsummen blir i overensstemmelse med minimumsalternativet.

6.3. Oppsummering

Analysen baserer seg på de nasjonale befolkningsframskrivingene for 2024, som viser at befolkningen i Norge vil fortsette å vokse, men i et lavere tempo enn tidligere. Frukthbarheten forventes å øke noe, mens forventet levealder vil stige betydelig for både menn og kvinner. Nettoinnvandringen vil avta, men fortsatt bidra til befolkningsvekst, spesielt i distriktene.

En stadig større andel av befolkningen vil bestå av eldre, og allerede innen det neste tiåret vil det være flere eldre enn barn og unge. Andelen personer over 80 år vil mer enn doble seg innen 2050, og antallet 90+ vil også øke kraftig. Aldringen vil påvirke alle landets kommuner, men distriktskommunene, som allerede har en høy eldreandel, vil merke økningen særlig tydelig.

Innvandrerbefolkningen vil også bli eldre, og antallet innvandrere med lang botid vil øke betydelig. Dette vil dempe sentraliseringen og aldringen i distriktene noe på kort sikt. Samlet sett vil aldringen av befolkningen og økningen i antallet eldre innvandrere stille store krav til helse- og omsorgssektoren, som må tilpasse seg for å møte de framtidige behovene.

Den demografiske utviklingen framover vil legge et stort press på eldreomsorgen og framtidens bruk av helse- og omsorgstjenester (HO-tjenester). Dette vil kreve betydelige økonomiske ressurser og øke behovet for arbeidskraft i sektoren. Samtidig vil det økonomiske handlingsrommet kunne bli snudd til et innstrammingsbehov både på kort og lang sikt, spesielt som følge av globale spenninger og behovet for økt forsvarsbudsjett. Dette kan føre til at utgiftene til HO-tjenester må prioriteres strengt, særlig hvis Statens Pensjonsfond Utland skulle falle kraftig i verdi.

Helsepersonellkommisjonens forutsetning om nullvekst i andelen HO-årsverk er urealistisk og kan føre til alvorlige konsekvenser. En vesentlig økning av produktiviteten til disse årsverkene kan redusere behovet, men det er usikkert hvor stort rom det er for en økning. Dersom myndighetene skulle følge Helsepersonellkommisjonen, kan det resultere i et todelt helsevesen der de med høyere inntekt får tilgang til rask og effektiv behandling i den private sektoren, mens de med lavere inntekt må nøye seg med et underfinansiert og overbelastet offentlig helsevesen. Dette vil forsterke sosiale ulikheter og redusere tilgjengeligheten til nødvendige helsetjenester for lavinntektsgrupper.

Økningen i behovet for helse- og omsorgstjenester vil variere på tvers av tjenesteområdene, med spesielt sterk vekst i kommunale tjenester og somatiske spesialisthelsetjenester. For å møte disse utfordringene vil det være nødvendig med en kombinasjon av økt arbeidskraft, bedre organisering og innovasjon i tjenestene, samt en aktiv politikk for å gjøre det mer attraktivt å jobbe i sektoren.

Referanser

- Ahmadi-Abhari, S., Guzman-Castillo, M., Bandosz, P., Shipley, M. J., Muniz-Terrera, G., Singh-Manoux, A., Kivimaki, M., Steptoe, A., Capewell, S., O'Flaherty, M., og Brunner, E. J. (2017). Temporal trend in dementia incidence since 2002 and projections for prevalence in England and Wales to 2040: modelling study. *BMJ*, 358, j2856. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2856>
- Anderssen, J. S., og Gjernes, T. (2021). Aldring i et samisk samfunn. *Septentrio Reports*(5). <https://doi.org/10.7557/7.5777>
- Aunsmo, R. H., Langballe, E. M., Hansen, T., Selbæk, G., og Strand, B. H. (2023). Time trends in loneliness from 1984 to 2019 among 27,032 older adults in Norway: A HUNT study. *Preventive Medicine*, 175, 107659. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107659>
- Barstad, A., og Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: en analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*. Rapporter 2015/51. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/248399?ts=15166c21c40>
- Bjornelv, G. M. W., og Aas, E. (2023). Kostnadseffektivitetsanalyse: et rammeverk for prioriteringskriteriene. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 143(16). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0474>
- Blix, B. H., Stalsberg, H., og Moholt, J.-M. (2021). Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-03>
- Blom, S. (2017). Helse. I S. Vrålstad & K. S. Wiggen (red.), *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. Rapporter 2017/13 (s. 191-208). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Bodryzlova, Y., Kim, A., Michaud, X., Andre, C., Belanger, E., og Moullec, G. (2023). Social class and the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of the prospective longitudinal studies. *Scand J Public Health*, 51(8), 1122-1135. <https://doi.org/10.1177/14034948221110019>
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., Blekken, L., og Malmedal, W. (2024). Relative-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *Bmc Geriatrics*, 24(1), Article 912. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05513-0>
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., og Malmedal, W. (2020a). Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *Bmc Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4861-z>
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., og Malmedal, W. (2020b). Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *Bmc Geriatrics*, 20(1), Article 222. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01623-7>
- Chang, M., Michelet, M., Skirbekk, V., Langballe, E. M., Hopstock, L. A., Sund, E. R., Krokstad, S., og Strand, B. H. (2023). Trends in the use of home care services among Norwegians 70+ and projections towards 2050: The HUNT study 1995-2017. *Scand J Caring Sci*, 37(3), 752-765. <https://doi.org/10.1111/scs.13158>
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., og Naseer, M. (2021). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging Ment Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>
- Dale, M. T. G., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Augusti, E. M., og Skauge, A. D. (2023). *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen. Rapport nr. 1/2023*. Oslo: NKVTS. https://www.nkvts.no/content/uploads/2023/11/NKVTS_Rapport_1_23_Omfang_vold_overgrep.pdf

- Dalen, H. B., Oppøyen, M. S., og Grimstad, S. (2022). *Levekårsundersøkelsen 2022. Dokumentasjonsnotat*. Notater 2022/36. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/levekarsundersokelsen-2022.dokumentasjonsnotat/_/attachment/inline/da08955b-c1cd-407b-9150-a309330e6216:6c6ce43ca4dc18bbac0eddab138e7e3b0f40790a/NOT2022-36.pdf
- Drageset, J., Kirkevold, M., og Espehaug, B. (2011). Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey [Article]. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 611-619. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.008>
- Dunbar, R. (2021). *Friends. Understanding the power of our most important relationships*. Little, Brown.
- Dzamarija, M. T. (2022). *Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse*. Rapporter 2022/2. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/eldre-innvandrere-i-norge.demografi-boforhold-inntekt-formue-og-helse/_/attachment/inline/cb7dac40-d211-4b7e-b435-9ac91ec37381:47310c1740eaf4b1a054f7a92073f79836883241/RAPP2022-02.pdf
- Engvik, M. (2022). Dårligere levekår blant ikke-heterofile. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/darligere-levekar-blant-ikke-heterofile>
- Enroth, L., Jasilionis, D., Németh, L., Strand, B. H., Tanjung, I., Sundberg, L., Fors, S., Jylhä, M., og Brønnum-Hansen, H. (2022). Changes in socioeconomic differentials in old age life expectancy in four Nordic countries: the impact of educational expansion and education-specific mortality. *European Journal of Ageing*, 19(2), 161-173. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00698-y>
- Folkhälsomyndigheten (2024). *Ensamhet - förekomst, konsekvenser och åtgärder. En kartläggning*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/09eac2b8b63e4d79a9e1f79dc71409/e nsamhet-forekomst-konsekvenser-atgarder.pdf>
- Fossanger, S. F. (red., 2024). *Seniorer i Norge 2024. Hvem er de og hvordan går det med dem?* Statistiske analyser 178. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/seniorer-i-norge-2024/_/attachment/inline/a4172794-4624-4bca-a487-78b12dba586d:d4efe6a9a5d28bb2ef36591c01c5b89fae47524f/SA178_web.pdf
- Førland, O. (2024). 10. Conceptualizing Needs When Allocating Public Long-Term Care Services in the Welfare State. I Fagertun, A., Vike, H. og Haukelien, H. (red.). *The Political Economy of Care* (s. 231-251). <https://doi.org/10.18261/9788215057880-24-10>
- Førland, O., Ambugo, E. A., Døhl, Ø., Folkestad, B., Rostad, H. M., og Sundsbø, A. O. (2020). *Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere*. Rapportserie nr. 1/2020. Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/2658156>
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelys på arbeidslivet*, 38(2), 142-157. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-79>
- Gautun, H., og Bratt, C. (2023). Help and Care to Older Parents in the Digital Society. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 13(4). <https://doi.org/10.18291/njwls.137453>
- Gautun, H., og Grødem, A. S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 73-80. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12116>
- Gjørå, L., Strand, B. H., Kjellvik, G., Kvellø-Alme, M., og Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. Forlaget Aldring og helse. https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf

- Gram, K. H. (2021). 1 av 3 skeive lite tilfreds med egen psykisk helse. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-skeive-lite-tilfreds-med-egen-psykisk-helse>
- Hagen, P. I., og Eide, A. H. (2023). Can care competence explain variation in use of municipal health and care services among persons with dementia living in place and their next of kin? Results from a cross-sectional study. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 26(3), 1-11. <https://doi.org/doi:10.18261/tfv.26.3.3>
- Hagen, T. P. (2024). Statlige prioriteringer, kommunal respons. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 10(2), 90-107. <https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.7>
- Hammersland, R., og Barstad, A. (2022). *Humanitære behov i Norge. Status 2022*. Rapporter 2022/33. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/humanitaere-behov-i-norge.status-2022>
- Hanlon, P., Wightman, H., Politis, M., Kirkpatrick, S., Jones, C., Andrew, M. K., Vetrano, D. L., Dent, E., og Hoogendijk, E. O. (2024). The relationship between frailty and social vulnerability: a systematic review. *Lancet Healthy Longevity*, 5(3), e214-e226. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhl/PIIS2666-7568\(23\)00263-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhl/PIIS2666-7568(23)00263-5.pdf)
- Hansen, A., Tønnessen, S., Storm, M., og Eilertsen, G. (2022). De eldre trenger flere gode dager hjemme, ikke bare økte antall dager hjemme. *Forskersonen*. <https://www.forskersonen.no/aldring-kronikk-meninger/de-eldre-trenger-flere-gode-dager-hjemme-ikke-bare-okte-antall-dager-hjemme/1999518>
- Hansen, T., og Daatland, S. O. (2016). *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet*. Rapport IS-2475. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf>
- Hattrem, A. (2022). *Økonomi og levekår for lavinntektsgrupper 2022*. Rapporter 2022/45. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/okonomi-og-levekar-for-lavinntektsgrupper-2022/_attachment/inline/4540b19c-5970-459f-90c5-87303795d7ad:9a49f11a05b66f7672557598b1ec60d746c4b6aa/RAPP2022-45.pdf
- Haugen, S. M. (2025). 1 av 4 aleneboende eldre har ingen familie i nærheten. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/1-av-4-aleneboende-eldre-har-ingen-familie-i-naerheten>
- Haugland, I., og Dalen, H. B. (2024). Seniorer er mindre ensomme enn andre. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/seniorer-er-mindre-ensomme-enn-andre>
- Heggestad, A. K. T., og Forde, R. (2020). Is allocation of nursing home placement in Norway just? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 871-879. <https://doi.org/10.1111/scs.12792>
- Hellevik, O., og Hellevik, T. (2021). Hvorfor ser færre unge lyst på livet? Utviklingen for opplevd livskvalitet blant ungdom og yngre voksne i Norge. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning*, 2(2), 104-128. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-8162-2021-02-02>
- Helsedepartementet. (2023). *Fellesskap og meistring. Bu trygt heime*. Meld. St. 24 (2022 –2023). Oslo <https://www.regjeringen.no/contentassets/a8280e2548c04d3ea6898078480bfa0c/nn-no/pdfs/stm202220230024000dddpdfs.pdf>
- Hernæs, Ø., Kverndokk, S., Markussen, S., og Øien, H. (2022). Kun etter behov? Mottak av pleie- og omsorgstjenester og sammenheng med sosioøkonomisk status. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 8(1), 1-14. <https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.13>

- Hoen, B. T., og Abrahamsen, D. R. (2025). Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sykehjem-og-hjemmetjenesten-i-norge>
- Holmøy, E., Hjemås, G., og Haugstveit, F. (2023). *Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk*. Rapporter 2023/3. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsinnsats-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremskrivninger-og-historikk/attachment/inline/1be624e3-60a4-40d1-8cf3-431b4ef7d43c:a291f747c8998f3e3506688b4b3038b47c0057bc/RAPP2023-03.pdf>
- Ilinca, S., Rodrigues, R., og Schmidt, A. E. (2017). Fairness and Eligibility to Long-Term Care: An Analysis of the Factors Driving Inequality and Inequity in the Use of Home Care for Older Europeans. *Int J Environ Res Public Health*, 14(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph14101224>
- Ipsos (2024). *Norsk seniorpolitisk barometer 2024. Yrkesaktiv befolkning*. <https://lengrearbeidsliv.no/content/uploads/2024/11/Seniorpolitisk-barometer-yrkesaktiv-befolkning-2024-enderlig-rapport-renskrevet.pdf>
- Janicki-Berg, N., og Patursson, F. (2024). *Omsorg under press. Omsorgssvikt og varslings på sykehjem*. Oslo: Røde Kors. <https://www.rodekors.no/globalassets/rapporter/eldre/240412-omsorg-under-press-rapport-v.2-uu.pdf>
- Jia, Z., Kornstad, T., Leknes, S., og Rønning, M. (2022). *Kommunale helse- og omsorgstjenester. Analyser av regional ressursbruk og sammenhengen mellom formell og uformell omsorg*. Rapporter 2022/32. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/attachment/inline/d5ffb993-90f0-40c3-883c-dc070e5846c4:6854696385c82069e7135bc11ac81cae3b39c98d/RAPP2022-32.pdf>
- Jia, Z., Kornstad, T., Stølen, N. M., og Hjemås, G. (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. Rapporter 2023/2. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/attachment/inline/487396f0-0469-49de-8b79-092941ac346f:9861f0cf62d33b5643028f02e0e8f7c22f80a709/RAPP2023-02.pdf>
- Johansen, T. B., Borge, T. C., Klem, H. E., Hval, G., og Hestevik, C. H. (2024). *Hets og diskriminering av samer: en systematisk hurtigoversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/be3ab627824c47198c6837c61596dd30/hets-og-diskriminering-av-samer-en-systematisk-hurtigoversikt-rapport-2024.pdf>
- Johnsen, B., Martinaityte, I., Wilsgaard, T., og Schirmer, H. (2023). Incidence of dementia over a period of 20 years in a Norwegian population. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 15(4), e12479. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/dad2.12479>
- Kalseth, J., og Anthun, K. J. (2023). *Demografikostnader og endringer i helsetilstand. Sluttrapport*. Rapport 2023:01076. SINTEF. <https://www.sintef.no/contentassets/e4d0813344fa43e5bd27478ad6ac1053/sluttrapport-demokost-part-1---signed.pdf>
- Keilman, N., og Christiansen, S. (2010). Norwegian Elderly Less Likely to Live Alone in the Future. *European Journal of Population*, 26(1), 47-72. <https://doi.org/10.1007/s10680-009-9195-9>
- Kinge, J. M., Modalsli, J. H., Øverland, S., Gjessing, H. K., Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Skirbekk, V., Strand, B. H., Håberg, S. E., og Vollset, S. E. (2019). Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*, 321(19), 1916-1925. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4329>

- Kinge, J. M., Steingrímsdóttir, Ó. A., Moe, J. O., Skirbekk, V., Næss, Ø., og Strand, B. H. (2015). Educational differences in life expectancy over five decades among the oldest old in Norway. *Age and Ageing*, 44(6), 1040-1045. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv128>
- Kolberg, M., Paur, I., Sun, Y.-Q., GjØra, L., Skjellegrind, H. K., Thingstad, P., Strand, B. H., Selbæk, G., Fagerhaug, T. N., og Thoresen, L. (2023). Prevalence of malnutrition among older adults in a population-based study - the HUNT Study. *Clinical Nutrition ESPEN*, 57, 711-717. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2023.08.016>
- Kool, I., og Svendsen, T. (2024). Seniorenes utdanningsnivå har økt markant. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/artikler/seniorenes-utdanningsniva-har-okt-markant>
- Krane, M. S. (2022). *Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge. Oppdatert kunnskapsoppsummering (2016-2021)*. Senter for omsorgsforskning. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2976847/Helse%20og%20omsorgstjeneste%20til%20den%20samiske%20befolkningen%20i%20norge-final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kravdal, Ø. (2017). Large and Growing Social Inequality in Mortality in Norway: The Combined Importance of Marital Status and Own and Spouse's Education. *Population and Development Review*, 43(4), 645-+. <https://doi.org/10.1111/padr.12096>
- Kravdal, Ø., Alvær, K., Bævre, K., Kinge, J. M., Meisfjord, J. R., Steingrímsdóttir, Ó. A., og Heine, S. B. (2015). How much of the variation in mortality across Norwegian municipalities is explained by the socio-demographic characteristics of the population? *Health & Place*, 33, 148-158. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.02.013>
- Kröger, T. (2022). *Care Poverty. When Older People's Needs Remain Unmet*. Palgrave MacMillan. <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/54435/1/978-3-030-97243-1.pdf>
- Kröger, T., Puthenparambil, J. M., og Van Aerschoot, L. (2019). Care poverty: unmet care needs in a Nordic welfare state. *International Journal of Care and Caring*, 3(4), 485-500. <https://doi.org/10.1332/239788219x15641291564296>
- Kuven, B. M., Drageset, J., og Haugan, G. (2023). Quality of life and nurse-patient interaction among NH residents: Loneliness is detrimental, while nurse-patient interaction is fundamental. *J Clin Nurs*, 32(17-18), 6384-6393. <https://doi.org/10.1111/jocn.16645>
- Kvæl, A. H., og Gautun, H. (2023). Social inequality in navigating the healthcare maze: Care trajectories from hospital to home via intermediate care for older people in Norway. *Social Science & Medicine*, 333, 116142. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116142>
- Lamont, M. (2018). Addressing Recognition Gaps: Destigmatization and the Reduction of Inequality. *American Sociological Review*, 83(3), 419-444. <https://doi.org/10.1177/0003122418773775>
- Langørgen, A. (2004). Needs, economic constraints, and the distribution of public home-care. *Applied Economics*, 36(5), 485-496. <https://doi.org/10.1080/00036840410001682197>
- Leknes, S. og Løkken, S. A. (2024). *Befolkningsframskrivinger for kommunene 2024*. Rapporter 2024/20. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/artikler/befolkningsframskrivinger-for-kommunene-2024/_attachment/inline/ca130107-4289-477e-8761-5c012fa9854e:fb45379c08b73156b767ae8214959b58f6b86312/RAPP2024-20.pdf
- Lescher-Nuland, B. R., og Gautun, H. (2010). *Helse- og omsorgsbehov hos eldre lesbiske og homofile. En litteraturgjennomgang*. Fafo-rapport 2010: 38. Oslo: Fafo. <https://hdl.handle.net/11250/3013215>

- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., . . . Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Lleras-Muney, A. (2022). Education and income gradients in longevity: The role of policy. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économique*, 55(1), 5-37. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/caje.12582>
- Lunde, E. S., og Allertsen, L. (2025). Mange seniorer har god helse. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/artikler/mange-seniorer-med-god-helse>
- Lunde, E. S., og Ramm, J. (2021). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd*. Rapporter 2021/23. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester--2/-/attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-ba9f3ce43847:29074da6c77dc56a92e1780ded59ccb2a973ff19/RAPP2021-23_web.pdf
- Markussen, S., og Røed, K. (2017). *Egalitarianism under pressure. Toward lower economic mobility in the knowledge economy?* IZA DP No. 10664. IZA. <http://ftp.iza.org/dp10664.pdf>
- Marsdal, M., og Jorde, S. (2023). *Bære eller bryte. På vei mot en klassedelt eldreomsorg?* Oslo: Forlaget Manifest.
- Normann, T. M. (2019). Lavinntekt blant eldre: Aleneboende minstepensjonister har lite å rutte med. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/aleneboende-minstepensjonister-har-lite-a-rutte-med>
- Normann, T. M. (2022). Økt formue og boligformue blant eldre. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/okt-formue-og-boligformue-blant-eldre>
- Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities. The human development approach*. The Belknap Press of Harvard University Press.
- Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., Joranson, N., Calogiuri, G., og Ihlebaek, C. (2016). Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia - a cross-sectional study [Article]. *Bmc Geriatrics*, 16, 11, Article 137. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0312-4>
- Olsen, R. M., Andfossen, N. B., Devik, S. A., Fredwall, T. E., Førland, O., og Moholt, J. M. (2023). *Ufullstendig helseog omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem*. Rapportserie nr. 01/2023. Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/3049970>
- Omholt, E. L. (2024). Større økonomisk ulikhet blant seniorer. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/storre-okonomisk-ulikhet-blant-seniorer>
- Oppøyen, M. S. (2024). Seniorer har lavere boutgifter enn andre. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/bolig-og-boforhold/artikler/boforhold>
- Rogne, A. F., og Syse, A. (2017). *Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse*. Rapporter 2017/32. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/framtidens-eldre-i-by-og-bygd>
- Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kroger, T., og Peterson, E. (2022). Revisiting the Nordic long-term care model for older people-still equal? *Eur J Ageing*, 19(2), 201-210. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00703-4>

- Rostoft, S., Thomas, M. J., Slaaen, M., Moller, B., og Syse, A. (2022). The effect of age on specialized palliative care use in the last year of life for patients who die of cancer: A nationwide study from Norway. *J Geriatr Oncol*, 13(8), 1103-1110. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2022.08.002>
- Sandmoe, A., Wenzel-Larsen, T., og Hjemdal, O. K. (2017). *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge. En nasjonal forekomststudie*. Rapport nr. 9 2017. Oslo: NKVTS. https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/12/NKVTS_Rapport_9-17_Vold-og-overgrep-mot-eldre-personer_net.pdf
- Seblova, D., Fischer, M., Fors, S., Johnell, K., Karlsson, M., Nilsson, T., Svensson, A. C., Lövdén, M., og Lager, A. (2020). Does Prolonged Education Causally Affect Dementia Risk When Adult Socioeconomic Status Is Not Altered? A Swedish Natural Experiment in 1.3 Million Individuals. *American journal of epidemiology*, 190(5), 817-826. <https://doi.org/10.1093/aje/kwaa255>
- Seyedsalehi, A., Warriar, V., Bethlehem, R. A. I., Perry, B. I., Burgess, S., og Murray, G. K. (2022). Educational attainment, structural brain reserve and Alzheimer's disease: a Mendelian randomization analysis. *Brain*, 146(5), 2059-2074. <https://doi.org/10.1093/brain/awac392>
- Starrfelt, J. (2024). Personer med lav inntekt sjeldnere på sykehus. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/personer-med-lav-inntekt-er-sjeldnere-pa-sykehus>
- Storeng, S. H., Overland, S., Skirbekk, V., Hopstock, L. A., Sund, E. R., Krokstad, S., og Strand, B. H. (2022). Trends in Disability-Free Life Expectancy (DFLE) from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education: The HUNT Study. *Scand J Public Health*, 50(5), 542-551. <https://doi.org/10.1177/14034948211011796>
- Strand, B. H. mfl. (2023). Helse hos eldre. I: *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/eldre/?term=>
- Støren, K. S., og Grimstad, S. (2023). *Eldres representativitet i webundersøkelser. En analyse av eldres frafall og representativitet i Livskvalitetsundersøkelsen*. Notater 2023/42. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/artikler/eldres-representativitet-i-webundersokelser/_attachment/inline/e27d186c-792a-4bb0-9f68-fb1c9ea12011:0c1a3ff8186c0c627283aece9cf9a5ff613f624d/NOT2023-42.pdf
- Sundsbo, A. O. (2024). «Vi er ingen selskapsdamer»: Førsteliniens legitimering av nedprioritering av omsorg i hjemmetjenestene. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 10(2), 156-175. <https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.11>
- Syse, A., Artamonova, A., Thomas, M., og Veenstra, M. (2022). Do characteristics of family members influence older persons' transition to long-term healthcare services? *Bmc Health Services Research*, 22(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07745-5>
- Syse, A., og Hjemås, G. (2024). Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester? *Michael*, 21, 39-51. https://www.michaeljournal.no/asset/issue/2024/01/Michael-2024-01_039-051.pdf
- Syse, A., og Tønnessen, M. (2022). Flere eldre innvandrere blant framtidens brukere av omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 8(2), 8-29. <https://doi.org/10.18261/tfo.8.2.2>
- Sørvoll, J., Gulbrandsen, L., Nordvik, V., Ruud, M. E., Sandlie, H. C., Skogheim, R., og Vestby, G. M. (2020). *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet - holdninger, drivere og barrierer*. NOVA-rapport 5, 2020. Oslo: NOVA. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/2997>
- Texmon, I., og Thonstad, M. (2024). Helse og bruk av fastlege. I J. Lysen, L. Østby, & M. T. Dzamarija (red.), *Innvandrere i Norge 2023. Hvem er de, og hvordan går det med dem?* Statistiske analyser 176 (s. 188-2011). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/innvandrere-i-norge-2023/_attachment/inline/80cac6c5-0945-4c2c-853d-5b58dba589f5:79676f0be679aea2fae7c624d1849486446ff73b/SA-176_web.pdf

Torheim, L. E., Nilsen, T. S., Leino, T.M, Tvedten, H. M., og Gulseth, H. L. (2024). Helse og levekår i den samiske befolkningen. I: *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/helse-i-den-samiske-befolkningen/?term=#hovedpunkter>

Tømmerås, A. M., og Thomas, M. J. (2024). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024*. Rapporter 2024/21. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2024/_attachment/inline/56957464-1d50-49e9-bc81-2dc79db88829:fcbe4afe4b905e2b91a7a998b90c23d392d44ddc/RAPP2024-21.pdf

Tønnessen, S., og Nortvedt, P. (2024). Sykepleiefaglige prioriteringer i kommunale tjenester – hvor ble det av omsorgen? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 10(2), 232-237. <https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.15>

Aalandslid, V. (2024). Økende antall eldre, men fortsatt blant de yngste i Europa. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/okende-antall-eldre-men-fortsatt-blant-de-yngste-i-europa>

Aartsen, M., Vangen, H., Pavlidis, G., Hansen, T., og Precupetu, I. (2024). The unique and synergistic effects of social isolation and loneliness on 20-years mortality risks in older men and women [Original Research]. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1432701>

Figurregister

Figur 3.1	Andel personer i husholdninger med lavinntekt (EU60), etter kjønn og aldersgrupper. 2012 og 2022. Prosent.....	12
Figur 3.2	To former for økonomiske problemer blant alle 16+ år, 67+ år og blant aleneboende eldre 67+ med lav inntekt. 2012, 2024.....	15
Figur 3.3	To former for økonomiske problemer blant alle 67+ år, etter utdanningsnivå. 2024. Prosent.....	16
Figur 3.4	Nettoformue for husholdninger, hovedinntektstaker 60 år eller eldre, etter sentralitet. Median kroner 2020.....	17
Figur 3.5	Tre egenvurderte mål på helse i aldersgruppen 67+ år, fordelt etter utdanningsnivå. 2019. Prosent.....	19
Figur 3.6	Andel mye plaget av ensomhet, og andel som ofte opplever minst en av tre former for utenforskap, i ulike aldersgrupper. 2023.....	24
Figur 3.7	Andel som er mye plaget av ensomhet, og andel som ofte opplever minst en av tre former for utenforskap. Alle 18+, 75-84 år og 85+ år. 2023	25
Figur 4.1	Andel med kun grunnskoleutdanning i aldersgruppene 67+ og 40-49 år. 1990-2023.....	33
Figur 5.1	Brukere av omsorgstjenester. Prosent av befolkningen etter alder. Per 31.12. 2014 og 2024	40
Figur 5.2	Andel som bor alene, i aldersgruppen 75+ år og 45-74 år. 2005-2023. Prosent	53
Figur 6.1	Befolkningsutviklingen for de eldste gruppene 2024-2100	57
Figur 6.2	Andelen eldre (70+) etter sentralitet, 2024 og 2050	58
Figur 6.3	Totalt etterspurte HO-årsverk under ulike forutsetninger	63
Figur 6.4	Etterspørsel etter årsverk i spesialisthelsetjenesten under ulike forutsetninger	64
Figur 6.5	Etterspørselen etter kommunale tjenesteårsverk under ulike forutsetninger	64
Figur 6.6	Sammenlikning av fordelingen av antall årsverk på ulike alderskategorier under ulike forutsetninger og på forskjellig tidspunkt.....	65

Tabellregister

Tabell 2.1	Ulike former for nød og lidelse.....	9
------------	--------------------------------------	---