



Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge

Demographic development and potential for informal care in Norway

Bodil H. Blix

Professor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet

Bodil.hansen.blix@uit.no

Helge Stalsberg

Professor emeritus, Institutt for medisinsk biologi, UiT Norges arktiske universitet

hstalsb@online.no

Jill-Marit Moholt

Postdoktor, Senter for omsorgsforskning, nord, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet

jill-marit.moholt@uit.no

Sammendrag

Bakgrunn: Myndighetene har forventninger om at bidrag fra pårørende og frivillige i omsorg for hjemmeboende eldre skal opprettholdes på dagens nivå eller økes i fremtiden. I artikkelen undersøker vi potensialet for uformell omsorg med utgangspunkt i den demografiske utviklingen frem mot 2040.

Metode: Med utgangspunkt i folketall fra 2018 og Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger 2018–2040 har vi beregnet FNs familieomsorgskoeffisient (personer i alderen 50–66/85+), aldersbæreevne (personer i alderen 16–66/67+), og forholdet mellom antall unge eldre og eldste eldre (personer 67–79/85+) for årene frem mot 2040 for et utvalg av 49 norske kommuner (omsorgsforskningkommune-panelet). Vi har videre undersøkt korrelasjonen mellom de tre koeffisientene og kommunenes størrelse og sentralitet.

Resultat: Familieomsorgskoeffisienten faller betydelig i samtlige kommuner fra 2018 til 2040 (størst fall i små kommuner). Aldersbæreevnen faller også markant i de fleste kommunene, og fallet er størst i små kommuner. Forholdet mellom unge eldre og de eldste faller også markert frem mot 2040 i alle kommunene. Dette forholdet er svakt korrelert med kommunestørrelse (størst fall i små kommuner). Alle tre forholdene faller i gjennomsnitt gradvis fra de mest sentrale til de minst sentrale kommunene.

Konklusjon: Myndighetenes forventninger om opprettholdt eller økt innsats fra pårørende og frivillige er basert på sviktende demografiske forutsetninger. Den demografiske utviklingen bør være en tydeligere del av kunnskapsgrunnlaget for utformingen av fremtidens pårørende- og frivillighetspolitikk.

Nøkkelord

helse- og omsorgstjenester; kommune; pårørendeomsorg; aldersbæreevne; frivillig arbeid

Abstract

Background: The Norwegian health and care authorities expect the contributions from family caregivers and volunteers in the care for home-dwelling older adults to be kept up or increased in the years to come. In this article we explore the potential for informal care based on the demographic development from 2018 to 2040.

Methods: We used population numbers from 2018 and Statistics Norway's population projections 2018-2040 to estimate the UN family caregiving coefficient (persons in the age groups 50-66/85+), the inverse old-age-dependency ratio (persons aged 16-66/67+), and the ratio of younger senior population (67-79)/older senior population (85+) until year 2040 in a sample of 49 Norwegian municipalities. We also examined the correlation between the three coefficients and the municipalities' size and degree of centrality.

Results: We found a significant drop in the family caregiving coefficient in all municipalities from 2018 to 2040 (largest drop in the smaller municipalities). The inverse old-age-dependency ratio dropped in nearly all municipalities towards 2040, and the drop was largest in the smaller municipalities. For all municipalities, we found that the ratio of younger senior population/older senior population dropped markedly towards 2040, but this ratio was only weakly correlated with municipality size (largest drop in the smaller municipalities). For all three ratios, we see a gradual drop from the most central to the less central municipalities.

Conclusion: The authorities' expectations of maintained or increased informal care are based on insufficient demographic assumptions. The demographic development is a crucial part of the knowledge base on which future policies for family caregivers and volunteers must be based.

Keywords

Health and care services; municipality; caregiving by next-of-kin; age carrying capacity; volunteer work

Hva vet vi allerede om emnet?

- Alderssammensetningen i befolkningen endrer seg i de kommende årene, med særlig vekst i de eldste aldersgruppene, og økt andel eldre vil trolig føre til at flere lever med sykdom og funksjonsnedsettelse.
- Flere med behov for helse- og omsorgstjenester utfordrer den økonomiske bærekraften og tilgjengeligheten av personalressurser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Hva tilfører denne studien?

- De fleste kommuner, uavhengig av kommunestørrelse og sentralitet, vil oppleve et markant fall i tilgjengelighet av pårørende, frivillige og arbeidskraft.
- Helsepolitiske føringer om opprettholdt eller økt innsats fra pårørende og frivillige i fremtidens helse- og omsorgstjenester er basert på sviktende demografiske forutsetninger.

Introduksjon

Den norske befolkningen blir stadig eldre, og de eldste aldersgruppene vokser mest (Leknes, Løkken, Syse & Tønnessen, 2018). Risiko for kronisk sykdom og funksjonstap øker ved stigende alder, og dermed øker også behovet for hjelp og støtte (Prince, Prina & Guerchet, 2013). Det er en politisk målsetning, både nasjonalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) og globalt (World Health Organization, 2017), at eldre mennesker skal leve i egne hjem, og i egne lokalsamfunn, så lenge som mulig (Fänge, Oswald & Clemson, 2012; OECD, 1994). I tråd med denne målsetningen har mange kommuner redusert antall sykehjemsplasser og flyttet oppgaver fra institusjonsomsorgen til de hjemmebaserte tjenestene (Statistisk sentralbyrå, 2019; Vabø, 2012). I 1992 bodde halvparten av personer over 90 år i institusjon, mens i 2006 var andelen redusert til en tredjedel (Gautun, Grødem & Hermansen, 2012).

I tillegg til offentlige hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, er hjelp fra pårørende og frivillige ofte en forutsetning for at eldre personer med omfattende omsorgsbehov skal kunne bo i eget hjem. Den samfunnsøkonomiske betydningen av pårørendeomsorg er stor, og beregninger viser at den samlede innsatsen fra pårørende er av samme omfang som innsatsen fra de offentlige helse- og omsorgstjenestene (Daatland & Veenstra, 2012). En norsk studie om ressursbruk og sykdomsforløp ved demens viste at pårørende bidrar med ti ganger så mye hjelp som hjemmetjenestene i tiden rett før sykehjeminnleggelse (Vossius et al., 2015). Frivillig innsats fra frivillige organisasjoner og enkeltpersoner er anslått å utgjøre 4 prosent av BNP (Dam & Brathaug, 2010), og ifølge Frivillighetsbarometeret 2015 er det aldersgruppen 60+ som i størst grad deltar i frivillig arbeid knyttet til helse og sosiale tjenester (Ny Analyse, 2017).

Aldring i befolkningen, og flere eldre med omfattende hjelpebehov, utfordrer velferdsstatens økonomiske bæreevne generelt og helse- og omsorgstjenestene spesielt (Meld. St. 15 (2017–2018); Leknes et al., 2018). Samtidig har politiske styringsdokumenter fra det siste tiåret understreket betydningen av at den uformelle innsatsen fra familier, sosialt nettverk og lokalsamfunn må opprettholdes på dagens nivå i fremtiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, Jenhaug, 2018, Meld. St. 15 (2017–2018)), slik det for eksempel kommer til uttrykk i Leve hele livet-reformen: «Samfunnets omsorgstilbud ville trolig bryte sammen om den uformelle omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert. Flere utredninger viser til at det er viktig at omsorgen som ytes av pårørende opprettholdes på dagens nivå» (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 47). Formuleringer tyder på at det er ønskelig at den uformelle omsorgen, særlig fra frivillige, skal økes fra dagens nivå: «En gjennomtenkt og kompetent organisering er en av suksessfaktorene for å sikre økt frivillighet i omsorgstjenesten» (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 47). Enkelte formuleringer indikerer imidlertid også en ambisjon om at den uformelle omsorgen fra pårørende skal økes: «Tiltak for å styrke og bevare pårørendeomsorgen vil derfor få samfunnsmessig betydning» (Meld. St. 29 (2012–2013), s. 58). Det er altså uklart om myndighetene forventer at den uformelle omsorgen skal økes eller opprettholdes på dagens nivå, men fremtidens eldreomsorg skal «samskapes» i «nye relasjoner mellom brukere, pårørende, ansatte i den berørte sektoren, eksperter og andre relevante aktører» (NOU 2011: 11, s. 56). Den demografiske utviklingen de kommende 10–20 årene er avgjørende for om dette vil være realistiske forventninger.

Hensikten med denne artikkelen er å undersøke potensialet for omsorg fra pårørende og frivillige med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger for 2018–2040 (Statistisk sentralbyrå, 2016) i et strategisk utvalg av norske kommuner. Vi vil belyse om den fremskrevne demografiske utviklingen frem mot 2040 er forenlig med politiske ambisjoner om økt uformell omsorg.

Materiale og metode

Utvalget besto av 50 norske kommuner. Disse kommunene utgjorde et panel av «omsorgsforskningskommuner» etablert av Senter for omsorgsforskning (Senter for omsorgsforskning, 2019).¹ Panelet er ikke et representativt utvalg av norske kommuner, men snarere et strategisk utvalg av små, mellomstore og store land- og bykommuner fordelt over alle landets regioner. Av de opprinnelig 50 omsorgsforskningskommunene er Lardal fra 1.1.2018 inkludert i Larvik og ikke med som egen kommune i analysen. De 49 inkluderte kommunene er oppgitt i tabell 1.

1. Vi er kjent med at en revisjon av panelet av omsorgsforskningskommuner pågår.

Befolkningsframskrivingene tar utgangspunkt i hver kommunes folketall og fordelingen på kjønn og alder, som varierer betydelig mellom kommunene. Den framtidige utviklingen beskrives i flere alternativer (Gleditsch, Thomas & Syse, 2020) og er i stor grad avhengig av variasjoner i fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og inn- og utvandring (Leknes et al. 2018; Tønnesen, Leknes & Syse, 2016). Med utgangspunkt i hovedalternativet i Statistisk sentralbyrås befolkningsframskriving 2018–2040 (mellomnivåer for hver av de fire variablene, MMMM i tabell 1) har vi beregnet tre koeffisienter for årene 2018, 2030 og 2040 for hver kommune (Tabell 1).

1. *FNs familieomsorgskoeffisient* er et demografisk uttrykk for potensiell familieomsorgsevne (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 42). Familieomsorgskoeffisienten er forholdet mellom antall personer i aldersgruppen 50–66 år og antall personer 85 år og eldre. De to aldersgruppene inngår i beregningen fordi eldre over 85 år antas å ha de største omsorgsbehovene i befolkningen, og personer i aldersgruppen 50–66 år er de som i størst grad gir pårørendeomsorg til eldre (NOU 2011: 11; Redfoot, Feinberg & Houser, 2013).
2. *Aldersbæreevne* er en demografisk beregning av forholdet mellom den yrkesaktive (16–66 år) og den eldre (67+) del av befolkningen (antall personer i yrkesaktiv alder per eldre i gruppen 67+). Denne koeffisienten er av interesse for å vurdere fremtidens økonomiske bæreevne for velferdsordninger som helse- og omsorgstjenester (NOU 2011: 11), og for tilgangen på arbeidskraft.
3. *Forholdet mellom antall personer i aldersgruppen 67–79 år (unge eldre) og antall personer 85 år og eldre (eldste eldre)*. Gruppen 67–79 år er stor og voksende, representerer mye potensiell arbeidskraft, og er en særlig viktig gruppe for rekruttering av frivillige til eldreomsorgen (Ny Analyse, 2017).

Videre belyser vi graden av usikkerhet i prognosene ved å sammenlikne fem ulike framskrivingsalternativer for de tre koeffisientene for landet som helhet (Tabell 2). Vi bruker hovedalternativet, lavalternativet og høyalternativet, samt alternativene svak og sterk aldring i SSBs framskrivinger (Gleditsch et al., 2020; Leknes et al., 2018).

Vi har også undersøkt gjennomsnittlig endring i familieomsorgskoeffisient, aldersbæreevne og forholdet mellom unge eldre/eldste eldre i kommuner med ulik sentralitet. Vi har brukt SSBs sentralitetsindeks som er basert på nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner i alle landets grunnkretser. Data aggregeres så til kommunenivå vektet etter antall innbyggere i kretsene (Høydahl, 2017). Indeksene er gruppert til 6 nivåer eller klasser. I våre analyser har vi videre gruppert nivåene til sentralitetsklasse 1–2 = mest sentrale kommuner, sentralitetsklasse 3–4 = mellomsentrale kommuner, og sentralitetsklasse 5–6 = minst sentrale kommuner.

Vi har brukt Social Science Statistics (Social Science Statistics, udat.) for å beregne korrelasjonen (Pearsons korrelasjonskoeffisient r) mellom kommunestørrelse (uttrykt i folketall) og henholdsvis familieomsorgskoeffisienten, aldersbæreevne og forholdstallet mellom yngre eldre og de eldste eldre. Verdier med $p < 0.05$ er vurdert som statistisk signifikante.

En ny oppdatering av SSBs befolkningsframskriving er publisert i august 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2020a), etter at hovedanalysene i denne studien var gjennomført. En summarisk tabell over de tre koeffisientenes utvikling etter denne, som strekker seg frem til 2050, presenteres i tabell 4.

Resultater

Tabell 1 viser folketall, sentralitetsklasse, familieomsorgskoeffisient, aldersbæreevne og forholdet mellom de unge eldre og de eldste, i 2018, 2030 og 2040, for hver av de 49 kommunene i utvalget. Familieomsorgskoeffisienten faller fra 2018 til 2040 i gjennomsnitt til under det halve, fra 9,3 til 4,1. Selv om utgangspunktet i 2018 varierer en god del fra kommune til kommune, er det i samtlige kommuner et betydelig fall fra 2018 til 2030 og et videre betydelig fall til 2040. I enkelte kommuner faller koeffisienten i 2040 ned til knapt en tredjedel av nivået i 2018. Aldersbæreevnen faller også markant i så godt som alle kommunene sammenliknet med nivået i 2018, i gjennomsnitt til 75 % av 2018-nivået i 2030 og til 62 % i 2040. Unntaket er Nesseby, som ligger lavt (2,6) allerede i 2018, og holder seg på omtrent samme nivå. For forholdet mellom de unge eldre og de eldste er utviklingen mer variert. I en del kommuner viser koeffisienten liten endring eller moderat økning fram til 2030. Men for samtlige kommuner er det et markant fall fram til 2040, i gjennomsnitt til 62 % av nivået i 2018.

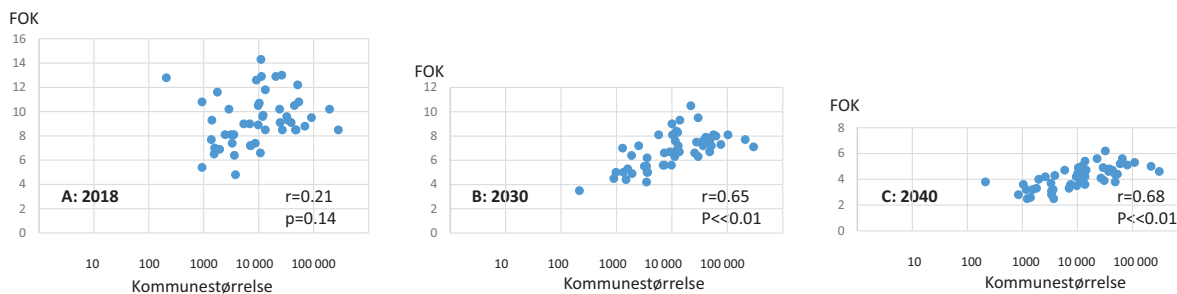
Tabell 1 Folketall, sentralitetsklasse, familieomsorgskoeffisient, aldersbæreevne og (unge eldre)/eldste i omsorgsforskningskommunene, etter Statistisk sentralbyrås framskriving av folkemengden 2018-2040, hovedalternativet (MMMM).

| Kommune* | Folketall | | | Sentralitets-klasse | Familieomsorgs-koeffisient | | | Aldersbæreevne | | | (Unge eldre)/eldste | | |
|--------------|-----------|--------|--------|---------------------|----------------------------|------|------|----------------|----------------------|------|---------------------|------|----------------------|
| | 2018 | 2030 | 2040 | | Personer (50-66)/85+ | 2018 | 2030 | 2040 | Personer (16-66)/67+ | 2018 | 2030 | 2040 | Personer (67-79)/85+ |
| Nord | | | | | | | | | | | | | |
| Nesseby | 944 | 987 | 1057 | 6 | 10,8 | 5,0 | 3,6 | 2,6 | 2,6 | 2,8 | 8,6 | 3,7 | 2,2 |
| Herøy | 1790 | 1924 | 2040 | 6 | 11,6 | 4,9 | 4,0 | 3,4 | 2,6 | 2,5 | 6,7 | 3,8 | 2,8 |
| Sør-Varanger | 10171 | 10154 | 10326 | 5 | 10,7 | 8,1 | 4,5 | 4,5 | 3,3 | 2,6 | 5,7 | 5,0 | 3,5 |
| Fauske | 9775 | 9847 | 9784 | 4 | 8,9 | 5,6 | 3,5 | 3,4 | 2,6 | 2,2 | 5,4 | 3,9 | 2,8 |
| Bodø | 51558 | 56601 | 60281 | 3 | 12,2 | 8,1 | 5,2 | 5,1 | 3,8 | 3,0 | 5,8 | 4,3 | 3,4 |
| Harstad | 24820 | 25919 | 26813 | 4 | 9,1 | 6,6 | 4,1 | 3,9 | 3,0 | 2,6 | 5,1 | 4,3 | 2,9 |
| Alta | 20635 | 21917 | 22968 | 4 | 12,9 | 10,5 | 5,6 | 5,6 | 4,2 | 3,2 | 5,9 | 5,6 | 3,8 |
| Tranøy | 1536 | 1480 | 1428 | 6 | 6,5 | 4,4 | 2,6 | 2,5 | 1,9 | 1,9 | 4,7 | 4,2 | 2,1 |
| Lenvik | 11644 | 12009 | 12355 | 5 | 9,6 | 6,8 | 4,0 | 4,0 | 2,9 | 2,3 | 5,0 | 4,4 | 3,1 |
| Midt | | | | | | | | | | | | | |
| Lierne | 1379 | 1304 | 1237 | 6 | 7,7 | 5,0 | 2,5 | 2,9 | 2,0 | 1,6 | 5,1 | 3,8 | 2,2 |
| Aure | 3593 | 3602 | 3613 | 6 | 6,4 | 5,0 | 3,2 | 3,0 | 2,3 | 2,0 | 4,1 | 3,6 | 2,6 |
| Ørsta | 10812 | 11299 | 11543 | 4 | 6,6 | 6,3 | 3,8 | 3,7 | 3,0 | 2,4 | 3,5 | 4,2 | 2,7 |
| Sunndal | 7119 | 6985 | 7023 | 5 | 7,2 | 5,6 | 3,3 | 3,6 | 2,3 | 1,9 | 3,5 | 4,2 | 2,9 |
| Stjørdal | 23964 | 27364 | 29733 | 3 | 10,2 | 7,5 | 4,9 | 4,2 | 3,4 | 2,8 | 5,6 | 4,3 | 3,4 |
| Åfjord | 3277 | 3515 | 3705 | 6 | 7,4 | 5,5 | 3,3 | 3,0 | 2,5 | 2,0 | 4,3 | 3,5 | 3,1 |
| Namsos | 13078 | 13569 | 13885 | 4 | 8,5 | 6,7 | 3,6 | 3,9 | 3,0 | 2,4 | 4,7 | 4,3 | 3,0 |
| Orkdal | 11933 | 12924 | 13809 | 4 | 9,7 | 7,2 | 4,2 | 3,9 | 3,0 | 2,5 | 5,2 | 4,8 | 3,0 |
| Ålesund | 47510 | 51146 | 53540 | 3 | 8,5 | 7,2 | 4,4 | 4,7 | 3,5 | 2,9 | 4,2 | 4,4 | 3,0 |
| Molde | 26900 | 29223 | 31234 | 4 | 8,5 | 6,3 | 3,9 | 4,0 | 3,0 | 2,6 | 4,6 | 4,3 | 2,7 |
| Trondheim | 193501 | 210560 | 220545 | 2 | 10,2 | 7,7 | 5,0 | 5,6 | 4,3 | 3,4 | 5,0 | 4,6 | 3,2 |
| Vest | | | | | | | | | | | | | |
| Utsira | 208 | 212 | 212 | 6 | 12,8 | 3,5 | 3,8 | 4,2 | 1,9 | 1,9 | 5,8 | 3,9 | 3,8 |
| Austrheim | 2902 | 3179 | 3310 | 5 | 10,2 | 5,5 | 3,7 | 3,2 | 2,7 | 2,5 | 6,5 | 3,5 | 2,5 |
| Bremanger | 3767 | 3499 | 3375 | 6 | 4,8 | 4,2 | 2,8 | 2,7 | 2,3 | 1,9 | 3,0 | 2,8 | 2,4 |
| Vindafjord | 8793 | 9085 | 9481 | 5 | 7,4 | 6,7 | 4,2 | 4,3 | 3,1 | 2,6 | 3,4 | 4,6 | 2,9 |
| Randaberg | 10972 | 11610 | 11937 | 3 | 14,3 | 7,6 | 5,0 | 5,5 | 3,9 | 2,7 | 6,2 | 4,1 | 3,8 |
| Haugesund | 39167 | 40560 | 43729 | 3 | 9,1 | 7,9 | 4,7 | 5,0 | 3,6 | 3,0 | 4,5 | 4,4 | 3,1 |
| Sola | 26265 | 29568 | 32065 | 3 | 13,0 | 9,5 | 6,2 | 6,1 | 4,4 | 3,3 | 5,3 | 4,9 | 4,0 |

| Kommune* | Folketal | | | Sentrali- tets- klasse | Familieomsorgs- koeffisient Personer (50-66) /85+ | | | Aldersbæreevne Personer (16-66) /67+ | | | (Unge eldre)/eldste Personer (67-79)/85+ | | |
|---------------------|----------|--------|--------|------------------------------|--|-------------|-------------|--|-------------|-------------|---|-------------|-------------|
| | 2018 | 2030 | 2040 | | 2018 | 2030 | 2040 | 2018 | 2030 | 2040 | 2018 | 2030 | 2040 |
| Bergen | 279792 | 296114 | 310648 | 2 | 8,5 | 7,1 | 4,6 | 5,1 | 3,9 | 3,2 | 4,2 | 4,0 | 3,0 |
| Granvin | 931 | 897 | 847 | 5 | 5,4 | 4,5 | 2,8 | 2,9 | 1,9 | 1,8 | 3,2 | 4,3 | 2,1 |
| Finnøy | 3197 | 3554 | 3848 | 5 | 8,1 | 6,2 | 4,3 | 4,2 | 3,1 | 3,2 | 3,9 | 5,1 | 2,4 |
| Førde | 13089 | 13783 | 14349 | 4 | 11,8 | 9,3 | 4,7 | 5,9 | 3,7 | 2,7 | 4,7 | 5,5 | 3,3 |
| Sør | | | | | | | | | | | | | |
| Hjartdal | 1587 | 1568 | 1533 | 5 | 7,0 | 5,3 | 3,2 | 2,7 | 2,2 | 1,8 | 4,7 | 3,9 | 3,0 |
| Gjerstad | 2467 | 2531 | 2613 | 4 | 8,1 | 7,2 | 4,2 | 3,4 | 2,6 | 1,9 | 4,9 | 4,4 | 3,5 |
| Risør | 6882 | 7269 | 7651 | 4 | 9,0 | 6,6 | 3,6 | 3,2 | 2,3 | 2,0 | 5,7 | 4,7 | 2,8 |
| Søgne | 11342 | 12726 | 13559 | 3 | 12,9 | 8,3 | 4,8 | 4,8 | 3,6 | 2,8 | 6,3 | 4,6 | 3,4 |
| Arendal | 44645 | 47505 | 49167 | 3 | 10,5 | 7,6 | 4,4 | 4,1 | 3,0 | 2,4 | 5,5 | 4,7 | 3,1 |
| Lardal** | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Sande | 9726 | 11950 | 13676 | 3 | 10,5 | 8,4 | 5,4 | 4,3 | 3,6 | 3,1 | 5,5 | 4,8 | 3,8 |
| Larvik | 46801 | 48322 | 49046 | 3 | 8,5 | 6,7 | 3,8 | 3,7 | 2,6 | 2,1 | 4,5 | 4,6 | 2,9 |
| Kristiansand | 91440 | 102719 | 109797 | 3 | 9,5 | 8,1 | 5,3 | 5,0 | 4,0 | 3,2 | 4,5 | 4,5 | 3,4 |
| Drammen | 68713 | 76554 | 82046 | 1 | 8,8 | 7,3 | 5,1 | 4,3 | 3,7 | 3,1 | 4,9 | 3,9 | 3,2 |
| Østlandet | | | | | | | | | | | | | |
| Aremark | 1399 | 1275 | 1177 | 5 | 9,3 | 7,0 | 3,2 | 3,3 | 2,1 | 1,3 | 4,5 | 5,0 | 3,6 |
| Marker | 3567 | 3496 | 3386 | 4 | 8,1 | 5,5 | 3,1 | 2,8 | 2,2 | 1,8 | 5,0 | 3,7 | 2,9 |
| Os (Hedmark) | 1936 | 1862 | 1832 | 5 | 6,9 | 6,4 | 3,3 | 3,1 | 2,3 | 1,7 | 4,0 | 4,4 | 3,3 |
| Åsnes | 7279 | 7291 | 7357 | 4 | 7,2 | 5,6 | 3,5 | 2,7 | 2,2 | 1,8 | 4,8 | 3,9 | 3,0 |
| Lunner | 9065 | 9951 | 10502 | 3 | 12,6 | 9,0 | 4,9 | 4,4 | 3,1 | 2,3 | 6,2 | 5,3 | 3,5 |
| Ringsaker | 34151 | 36134 | 37070 | 3 | 9,3 | 7,2 | 4,6 | 3,7 | 3,0 | 2,3 | 5,2 | 4,3 | 3,5 |
| Trøgstad | 5337 | 5714 | 5938 | 3 | 9,0 | 8,1 | 4,7 | 3,9 | 3,1 | 2,3 | 4,7 | 4,5 | 3,7 |
| Skedsmo | 54178 | 61537 | 65924 | 1 | 10,8 | 8,0 | 5,6 | 4,9 | 4,1 | 3,1 | 5,4 | 3,8 | 3,7 |
| Moss | 32588 | 35955 | 37984 | 2 | 9,6 | 7,6 | 4,8 | 3,7 | 3,1 | 2,5 | 5,6 | 4,3 | 3,5 |
| Gjennomsnitt | | | | | 9,31 | 6,76 | 4,14 | 3,97 | 2,99 | 2,45 | 5,01 | 4,32 | 3,09 |

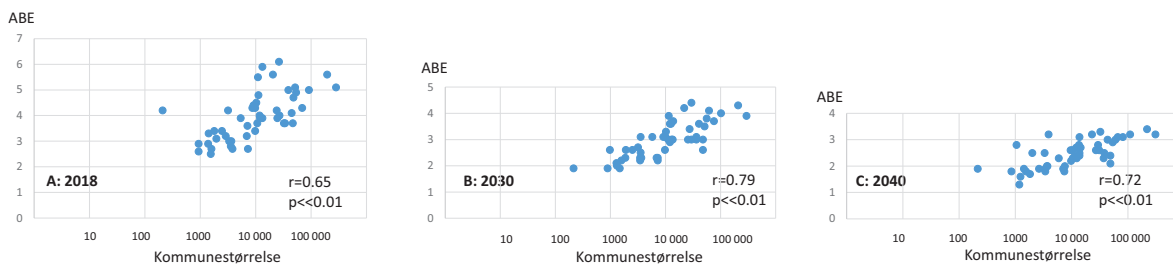
*Kommunegrenser pr. 1.1.2018 **Inkludert i Larvik kommune fra 1.1.2018

Utviklingen av de tre koeffisientene i relasjon til kommunenes størrelse er vist i figurene 1 til 3. Figur 1 viser at familieomsorgskoeffisienten i 2018 har stor spredning og ingen signifikant korrelasjon med kommunens størrelse. Bildet endrer seg imidlertid markant til 2030 og 2040, hvor det er stadig sterkere og tydelig signifikant positiv korrelasjon mellom familieomsorgskoeffisient og kommunens størrelse; dess større kommuner, dess høyere koeffisient. Små kommuner vil ifølge prognosen i 2030 og 2040 ha signifikant færre personer i aldersgruppen 50–66 år per person 85+ sammenlignet med store kommuner.

**Figur 1**

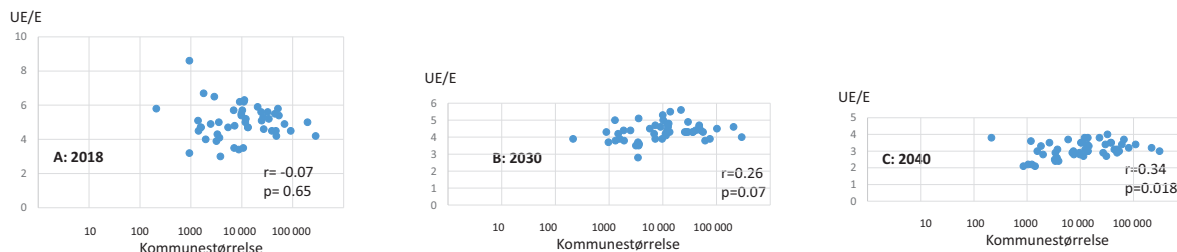
Familieomsorgskoeffisient (FOK) og kommunestørrelse (folketall, log skala) 2018 (A), 2030 (B) og 2040 (C)

Figur 2 viser at aldersbæreevnen på alle tre tidspunktene er sterkt positivt korrelert med kommunens størrelse. Små kommuner hadde i 2018 signifikant færre personer i yrkesaktiv alder per eldre i gruppen 67+ enn store kommuner, og forskjellen opprettholdes i 2030 og 2040.

**Figur 2**

Aldersbæreevne (ABE) og kommunestørrelse (folketall, log skala) 2018 (A), 2030 (B) og 2040 (C)

Figur 3 viser at forholdet mellom antall unge eldre og de eldste ikke er relatert til kommunestørrelse i 2018. I 2030 blir forholdet til kommunestørrelse svakt, men statistisk ikke signifikant korrelert, og i 2040 er forholdet signifikant, men fortsatt svakt positivt korrelert til kommunestørrelse.

**Figur 3**

Unge eldre/eldste (UE/E) (Personer 67-79 år)/(personer 85 år og eldre) og kommunestørrelse (folketall, log skala) 2018 (A), 2030 (B) og 2040 (C)

Tabell 2 viser at for landet som helhet, er tendensen i utviklingen av koeffisientene mot 2040 den samme, uansett framskrivingsalternativ. I forhold til hovedalternativet viser alternativene lav og høy befolkningsvekst ingen vesentlige avvik for aldersbæreevne, og moderate avvik for familieomsorgskoeffisient og forholdet mellom unge eldre og de eldste. De største, men fortsatt moderate avvikene viser alternativene for svak og sterk aldring.

Tabell 2 Familieomsorgskoeffisient, aldersbæreevne, og (unge eldre)/eldste i fem alternativer for framskrivning av folkemengden i hele Norge 2018-2040.

| | 2018 | 2030 | 2040 | Endring 2018-2040 |
|----------------------------------|------|------|------|----------------------|
| Familieomsorgskoeffisient | | | | |
| Svak aldring | 9,3 | 7,9 | 5,3 | -43,4% |
| Lavalternativet | 9,3 | 7,8 | 5,1 | -45,3% |
| Hovedalternativet | 9,3 | 7,4 | 4,6 | -50,2% |
| Høyalternativet | 9,3 | 7,1 | 4,3 | -53,8% |
| Sterk aldring | 9,3 | 7,0 | 4,2 | -55,3% |
| Aldersbæreevne | | | | |
| Svak aldring | 4,5 | 3,6 | 3,1 | -29,7% |
| Lavalternativet | 4,5 | 3,5 | 2,9 | -35,0% |
| Hovedalternativet | 4,5 | 3,5 | 2,9 | -36,0% |
| Høyalternativet | 4,5 | 3,5 | 2,9 | -35,3% |
| Sterk aldring | 4,5 | 3,4 | 2,7 | -40,2% |
| (Unge eldre)/eldste | | | | |
| Svak aldring | 4,8 | 4,5 | 3,5 | -28,2% |
| Lavalternativet | 4,8 | 4,5 | 3,4 | -28,7% |
| Hovedalternativet | 4,8 | 4,3 | 3,2 | -34,5% |
| Høyalternativet | 4,8 | 4,2 | 2,9 | -39,3% |
| Sterk aldring | 4,8 | 4,1 | 2,9 | -39,7% |

Tabell 3 viser utviklingen i koeffisientene beregnet etter hovedalternativet i kommunegrupper kategorisert etter sentralitetsklasse. Familieomsorgskoeffisienten viser ingen tydelig forskjell mellom sentralitetsklassene 1–2 og 3–4, mens den er klart lavere for sentralitetsklasse 5–6. Det samme gjelder for forholdet mellom unge eldre og de eldste. Aldersbæreevnen faller derimot tydelig fra klasse 1–2 til klasse 3–4, og markert videre til klasse 5–6. Stor variasjonsbredde og utviklingstendensen med fallende koeffisienter over tid er felles for alle sentralitetsklassene.

Tabell 3 Familieomsorgskoeffisient, aldersbæreevne og (unge eldre)/eldste i omsorgsforskningskommunene i 2018, 2030 og 2040. Gjennomsnitt og variasjonsbredde i tre grupper av kommuner etter sentralitetsklasse.

| | Sentrali- tets-klasse | Gjennomsnitt og variasjonsbredde 2018 | Gjennomsnitt og variasjonsbredde 2030 | Gjennomsnitt og variasjonsbredde 2040 | Endring i gjennomsnitt 2018-2040 |
|--------------------------------|--------------------------|---|---|---|--|
| Familieomsorgs- koeffisient | 1-2 | 9,58 (8,5-10,8) | 7,54 (7,1-8,0) | 5,02 (4,6-5,6) | -47,6% |
| | 3-4 | 9,94 (6,6-14,3) | 7,48 (5,5-10,5) | 4,47 (3,1-6,2) | -55,0% |
| | 5-6 | 8,32 (4,8-12,8) | 5,53 (3,5-8,1) | 3,46 (2,5-4,5) | -58,4% |
| Aldersbæreevne | 1-2 | 4,72 (3,7-5,6) | 3,82 (3,1-4,3) | 3,06 (2,5-3,4) | -35,2% |
| | 3-4 | 4,27 (2,7-6,1) | 3,21 (2,2-4,4) | 2,55 (1,8-3,3) | -40,3% |
| | 5-6 | 3,34 (2,5-4,5) | 2,44 (1,9-3,3) | 2,13 (1,3-3,2) | -36,2% |
| Unge eldre/eldste | 1-2 | 5,02 (4,2-5,6) | 4,12 (3,8-4,6) | 3,32 (3,0-3,7) | -36,6 % |
| | 3-4 | 5,13 (3,5-6,3) | 4,51 (3,7-5,6) | 3,25 (2,7-4,0) | -36,6% |
| | 5-6 | 4,82 (3,0-8,6) | 4,09 (2,8-5,1) | 2,81 (2,1-3,8) | -41,7% |

Etter den nylig publiserte oppdateringen av befolkningsframskrivningen fra august 2020 viser alle de tre koeffisientene for hele landet et litt sterkere fall frem til 2040 enn i ovenstående analyser, og et betydelig videre fall frem mot 2050 (Tabell 4).

Tabell 4 Familieomsorgskoeffisient, aldersbæreevne, og (unge eldre)/eldste etter framskrivning av folkemengden i hele Norge 2020-2050, hovedalternativet, oppdatering juni 2020.

| | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|---------------------------|------|------|------|------|
| Familieomsorgskoeffisient | 9,62 | 7,40 | 4,54 | 3,59 |
| Aldersbæreevne | 4,29 | 3,43 | 2,72 | 2,42 |
| (Unge eldre)/eldste | 5,10 | 4,29 | 3,09 | 2,39 |

Diskusjon

Myndighetene er tydelige på at de forventer en betydelig innsats fra pårørende og frivillige i fremtidens omsorg for eldre. I Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* ble det appellert til medborgerskap, medansvar og solidaritet mellom generasjoner (Meld. St. 29 (2012–2013)), og Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet* slo fast at alle omsorgsoppgaver ikke kan løses av helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 15 (2017–2018)). Involvering av pårørende og frivillige i tjenester er presentert som en løsning på utfordringer knyttet til velferdsstatens bærekraft i møte med en aldrende befolkning (NOU 2011: 11). I denne artikkelen har vi snudd på problemstillingen og utforsket hvorvidt en slik involvering er bærekraftig i lys av den demografiske utviklingen. Ved å inkludere et strategisk utvalg av små, mellomstore og store land- og bykommuner fordelt over alle landets regioner i våre analyser, har vi også utforsket betydningen av kommunenes størrelse og grad av sentralitet for utviklingen.

Myndighetene rapporterer i Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet* at omfanget av familieomsorg har vært stabilt de siste 20–30 årene (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 43), og det hevdes at familieomsorg og offentlig omsorg utfyller hverandre (NOU 2011: 11). De store barnekullene fra etterkrigstiden (1946–1964) har inntil nå utgjort den største pårørende-gruppen (Redfoot et al., 2013). I de kommende tiårene vil denne gruppen utgjøre den eldste delen av befolkningen med økende omsorgsbehov. Etter 1960 har barnekullene blitt stadig mindre, noe som gjenspeiles i familieomsorgskoeffisienten. Våre analyser viser at fallet i familieomsorgskoeffisienten vil bli dramatisk frem mot 2040. Fallet i familieomsorgskoeffisient betyr at det vil finnes færre pårørende per eldre som trenger hjelp og støtte. Flere generasjoner lever i samme tidsrom, men det er færre medlemmer i hver generasjon – den såkalte «bønnestengelfamilien» (*the beanpole family*) (Saraceno, 2010). Dette tilsier at ordninger som er mulige i 2018, ikke vil være gjennomførbare i 2040, fordi pårørende ikke finnes i nødvendig antall. Dersom omfanget av pårørendeomsorg skal holdes på dagens nivå, betyr dette at færre antall pårørende skal bidra med like mye som dagens store pårørendegruppe til en større gruppe eldre med omsorgsbehov. Dette kan også bety at det blir mer vanlig å være pårørende til flere eldre samtidig, som egne foreldre og andre eldre slektninger (Johannessen et al., 2017). Med mindre de offentlige tjenestene rustes tilsvarende opp, så vil belastningen per gjenværende pårørende bli betydelig større. Både norsk og internasjonal forskning viser at pårørende som har omfattende omsorgsoppgaver, for eksempel som pårørende til personer med demens, i større grad er utsatt for omsorgsbelastning og helseproblemer (Gilhooly et al., 2016; Nordtug, Krokstad & Holen, 2011; Pinquart & Sörensen, 2003). Økt belastning på pårørende kan gi ringvirkninger i form av økt belastning på helse- og omsorgstjenestene.

Våre analyser viser at aldersbæreevnen vil falle, uavhengig av befolkningsframskrivningsalternativ. Et slikt fall medfører sannsynligvis store utfordringer for kommunene, både økonomisk og med hensyn til tilgangen på arbeidskraft. Deler av helse- og omsorgssektoren har allerede i dag utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde arbeidskraft. Den demografiske

utviklingen vil forsterke denne tendensen (Hjemås, Holmøy & Haugstveit, 2019). Økte forventninger om bidrag fra pårørende i helse- og omsorgstjenestene vil kunne føre til at pårørende til eldre personer med omfattende hjelpebehov trekker seg helt eller delvis ut av det formelle arbeidslivet. Denne bekymringen uttrykkes også i NOU 2011: 17 *Når sant skal sies om pårørendeomsorg* (NOU 2011: 17) der det pekes på at pensjonsutbetalinger og finansiering av helse- og omsorgstjenestene fordrer høy grad av sysselsetting også sent i arbeidslivet, samtidig som vi er avhengige av at arbeidstakere i 50- og 60-årsalderen bidrar i omsorgen for eldre i egen familie. I tillegg vet vi fra norsk og internasjonal forskning at pårørendeomsorg har en tydelig kjønnsprofil (Moholt, Friborg, Blix & Henriksen, 2018; Ulmanen, 2015). Den «typiske» pårørende er en kvinnelig ektefelle, eller en middelaldrrende kvinne som hjelper egne foreldre utenfor eget hushold, og kvinner har større sannsynlighet for å jobbe deltid eller ikke delta i arbeidslivet som følge av omsorgsarbeid (Ulmanen, 2015). Selv om kjønnsprofilen på pårørendeomsorg er svakere og kvinners posisjon i arbeidslivet er sterkere i Norge enn i mange andre land, er det grunn til bekymring om de politiske føringene for økt pårørendeomsorg i kombinasjon med den demografiske utviklingen vil resultere i en marginalisering av kvinner i arbeidslivet, noe som vil være i strid med politiske ambisjoner om økt yrkesdeltakelse (NOU 2011: 17).

Aldersgruppen unge eldre er den viktigste for rekruttering av frivillige til eldreomsorgen (Ny Analyse, 2017; Principi, Jensen & Lamura, 2015). I Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet* hevdes det at «potensialet for ytterligere bidrag fra pensjonister er stort, og at det totale bidraget nesten kan dobles mot 2030» (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 12). Vår analyse av forholdet unge eldre og de eldste viser imidlertid et markant fall frem til 2040. Den politiske ambisjonen om å øke innsatsen fra frivillige synes således ikke å være forankret i kunnskap om den demografiske utviklingen. En nylig publisert artikkel basert på data fra NorLAG-studien fra 2017 viser at potensialet for økt frivillig innsats fra aldersgruppen 50–80 år er betinget av flere forhold (Hansen & Slagsvold, 2020). Relativt få av de 4000 deltakerne i studien oppga at de var villige til å forplikte seg til frivillig arbeid, og bare halvparten var villige til å delta i frivillig arbeid hvis de selv fikk bestemme omfang og tidspunkt. Kvalitativ forskning har også vist at eldre voksne involvert i frivillig arbeid ikke nødvendigvis ønsker å bidra på den måten, og med de aktivitetene, som helse- og omsorgstjenestene ønsker og forventer (Blix & Hamran, 2018).

Våre sammenlikninger med kommunestørrelse viser at de små kommunene kommer dårligst ut for alle tre koeffisientene, og at denne tendensen blir stadig mer markant frem mot 2040. Stadig flere flytter til og bor i byer og tettsteder, og unge mellom 20 og 30 år er mest tilbøyelige til å flytte (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2018). Nordland, Troms og Finnmark har det største flyttetapet i forhold til folkemengden, men alle fylker har hatt et innenlands flyttetap i de minst sentrale kommunene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2018; Statistisk sentralbyrå, 2020b). Våre analyser viser at familieomsorgskoeffisienten og forholdet mellom unge eldre og de eldste faller mest i de minst sentrale kommunene, og aldersbæreevnen faller tydelig fra sentralitetsklasse 1–2 til 3–4, og markert videre til klasse 5–6. Dersom flyttingen fra rurale områder fortsetter, vil det i disse områdene bli enda færre pårørende pr. eldre som trenger hjelp, færre potensielle ansatte i helse- og omsorgstjenestene og andre sektorer, og færre som kan bidra i frivillighet. Tidligere forskning har vist at eldre med omfattende hjelpebehov, som personer med demens, i rurale områder bruker mindre offentlige hjemmebaserte tjenester enn personer bosatt i urbane områder (Moholt et al., 2018), og at formell omsorg i stor grad erstattes av omsorg fra pårørende (Nordberg, von Strauss, Kåreholt, Johansson & Wimo, 2005). Den demografiske utviklingen kan dermed få større konsekvenser for denne gruppens muligheter til å bli

gamle i egne hjem og lokalsamfunn. Tidligere forskning har vist at allerede i dag må mange eldre i rurale områder flytte til omsorgsboliger i kommunesentra fordi det ikke er mulig å tilby offentlige hjemmebaserte omsorgstjenester av tilstrekkelig omfang eller kvalitet i personenes hjem (Blix & Hamran, 2019). En demografisk utvikling som resulterer i færre pårørende og frivillige som kan bidra med uformell omsorg, vil forsterke denne trenden.

Norsk helse- og omsorgspolitikken utformes og vedtas på nasjonalt nivå, men den utøves i stor grad på kommunalt nivå. Prinsippet om lokalt selvstyre gir kommunene spillerom til å bestemme hvordan dette skal gjøres, samt mulighet til å tilpasse tjenestetilbudet til lokale behov. Kommune-Norge er mangfoldig, og variasjon mellom kommunene er ikke bare knyttet til demografi og grad av sentralitet. Kommunenes økonomi er av stor betydning. Den største delen av statens overføringer til kommunene utgjøres av innbyggertilskuddet, som i utgangspunktet er et fast beløp per innbygger (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020). Innbyggertilskuddet justeres bl.a. med fastsatte kostnadsnøkler for helse- og sosialutgifter for de eldre aldersgruppene. Når potensialet til omsorg fra pårørende og frivillige gradvis blir betydelig mindre, må det ventes å utløse et økende behov for offentlig omsorg for å opprettholde nivået på helse- og omsorgstjenestene. Det blir ikke bare flere eldre, men et økende utgiftsbehov per person og behov for en tilsvarende oppjustering av kostnadsnøkler.

Økningen av antall eldre omtales ofte som «Eldrebølgen», en betegnelse som kan gi inntrykk av en utvikling som går mot en topp, for så å avta igjen til tidligere nivå. Den nylig publiserte oppdateringen av befolkningsframskrivingene viser at den utviklingen som er beskrevet i denne artikkelen, iallfall ventes å fortsette videre frem til 2050, og at de utfordringene den medfører, ytterligere forsterkes.

Metodekritikk

Kommunene som er inkludert i analysen, er ikke et representativt utvalg av norske kommuner. Det norske kommunekartet har også endret seg de siste årene i forbindelse med kommunereformen. Vi valgte likevel å inkludere de 49 kommunene som inngår i Senter for omsorgsforskningens panel av omsorgsforskningkommuner i analysen fordi disse gir et godt bilde av variasjonen i norske kommuner med tanke på befolkningsstørrelse (store, mellomstore, små, byer) og sentrum–periferi (alle regioner er representert). Våre analyser er gjort med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger, som er prognoser. Alle prognoser er beheftet med usikkerhet, og usikkerheten øker jo lenger frem i tid vi gjør beregninger. Tallene er ekstra usikre for mindre grupper, for eksempel aldersgrupper i mindre kommuner (Tønnesen et al., 2016). En gjennomgang av Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger fra 1996–2012 viste at avvikene var på under fem prosent i åtte av ti kommuner (Tønnesen & Rogne, 2014). Ved å gjøre en sammenlikning av fem av framskrivingsalternativene i denne studien, ser vi at en med rimelig sikkerhet må vente at utviklingen går i den retningen som hovedalternativet viser. I våre analyser har vi lagt til grunn at den yrkesaktive aldersgruppen er fra 16 til 66 år slik det gjøres i Statistisk sentralbyrås beregning av aldersbæreevne (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 42). Det skal nevnes at andelen i aldersgruppen 16–19 år som deltar i arbeidslivet, er liten i Norge, blant annet på grunn av lovfestede rettigheter til videregående opplæring. Også den øvre grensen for den yrkesaktive aldersgruppen (66 år) kan diskuteres. Dagens pensjonsordninger gjør det mulig å gå ut av lønnet arbeid allerede ved fylte 62 år. Vi har ikke grunn til å tro at trendene som fremkommer gjennom våre analyser, ville vært vesentlig endret dersom vi definerte yrkesaktiv aldersgruppe fra 20 til 67 år.

Konklusjon

Myndighetene angir at offentlig helse- og omsorgstjenester ikke vil kunne dekke behovene til den voksende eldre befolkningen. Når de peker på betydelig ansvar og innsats fra pårørende og frivillige som en løsning på problemet, kan dette være urealistisk og basert på sviktende demografiske forutsetninger. Erkjennelsen av at det vil bli flere eldre i det norske samfunnet i årene som kommer, har vært uttrykt i helsepolitiske dokumenter i en årrekke. At veksten i de årsklassene som skal yte hjelp til den voksende gruppen eldre, enten som ansatte i helse- og omsorgstjenestene, som pårørende eller som frivillige, stagnerer eller vokser vesentlig langsommere, har fått mindre oppmerksomhet. Det er særlig verd å merke seg at det markante fallet i forholdet mellom unge eldre og de eldste frem mot 2040 gir grunn til å stille spørsmål om myndighetenes forventninger til «seniorressursen», slik disse uttrykkes i Leve hele livet-reformen (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 12, 53, 76). Hvordan behovet og potensialet for uformell omsorg vil påvirkes av forhold som velferdsteknologi, endringer i arbeidsmarkedet som følge av teknologisk utvikling, samt innvandring, er uvisst, men bør være gjenstand for forskning. Utvikling av støtte-, avlastnings- og incentivordninger for pårørende og frivillige må få oppmerksomhet både innen fremtidig politikk- og tjenesteutforming og i forskning. Nasjonale og lokale myndigheter kan ikke kalkulere med at pårørende og frivillige skal sikre bærekraften i fremtidens helse- og omsorgstjenester. «Demography is not destiny» (Redfoot et al., 2013), men utforming av fremtidens helse- og omsorgstjenester og -politikk må være kunnskapsbasert. En sentral del av kunnskapsgrunnlaget er den demografiske utviklingen.

Ingen finansiering eller interessekonflikt å oppgi.

Bodil H. Blix er redaksjonsmedlem i Tidsskrift for omsorgsforskning. Den redaksjonelle behandlingen og beslutningen om publisering er håndtert av redaksjonen og ansvarlig redaktør uten at forfatteren har hatt innsikt i denne vurderingsprosessen.

Referanser

- Blix, B. H. & Hamran, T. (2018). 'When the saints go marching in': constructions of senior volunteering in Norwegian government white papers, and in Norwegian senior volunteers' and health-care professionals' stories. *Ageing and Society*, 38(7), 1399–1428. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000046>
- Blix, B. H. & Hamran, T. (2019). Assisted living in rural areas: aging in blurred landscapes. *Qualitative Research in Medicine and Healthcare*, 3(2), 47–57. <https://doi.org/10.4081/qrmh.2019.7826>
- Daatland, S. O. & Veenstra, M. (2012). Generasjoner, hjelp og hjelpere. I S. O. Daatland & M. Veenstra (Red.), *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen* (s. 137–145). Oslo: NOVA.
- Dam, K. W. & Brathaug, A. L. (2010). *Frivillighet-Norge skaper store verdier. Ideelle og frivillige organisasjoner, satelittregnskap*. SSB. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/frivillighet-norge-skaper-store-verdier>
- Fänge, A. M., Oswald, F. & Clemson, L. (2012). Aging in Place in Late Life: Theory, Methodology, and Intervention. *Journal of Aging Research*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/547562>
- Gautun, H., Grødem, A. S. & Hermansen, Å. (2012). *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere*. Oslo: Fafo.

- Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., Sullivan, M. P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., Woodbridge, R. & Crutch, S. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatrics*, 16(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0280-8>
- Gleditsch, R. F., Thomas, M. J. & Syse, A. (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020. Modeller, forutsetninger og resultater*. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Hansen, T. & Slagsvold, B. (2020). Refleksiv frivillighet i en norsk kontekst. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(1), 4–19. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2020-01-01>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>
- Hjemås, G., Holmøy, E. & Haugstveit, F. (2019). *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Høydahl, E. (2017). *Ny sentralitetsindeks for kommunene*. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Jenhaug, L. M. (2018). Myndighetenes forventninger til pårørende som samprodusenter i omsorgstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(1), 39–58. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-01-03>
- Johannessen, A., Tretteteig, S., Molvik, I. & Langballe, E. M. (2017). *Pårørende til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Leve hele livet – en kvalitetsreform for heldre. Delprosjekt 5*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/kunnskapsoppdateringer—leve-hele-livet/id2577266/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2018). *Regionale utviklingstrekk 2018*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regionale-utviklingstrekk-rut-2018/id2596450/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020). *Inntektssystemet for kommunar og fylkeskommunar 2020. Berekningsteknisk dokumentasjon til Prop. 1S (2019–2020)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20192020/id2671418/>
- Leknes, S., Løkken, S. A., Syse, A. & Tønnessen, M. (2018). *Befolkningsframskrivingene 2018. Modeller, forutsetninger og resultater*. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Moholt, J.-M., Friborg, O., Blix, B. H. & Henriksen, N. (2018). Factors affecting the use of home-based services and out-of-home respite care services: A survey of family caregivers for older persons with dementia in Northern Norway. *Dementia*, 19(5). <https://doi.org/10.1177/1471301218804981>
- Nordberg, G., von Strauss, E., Kåreholt, I., Johansson, L. & Wimo, A. (2005). The amount of informal and formal care among non-demented and demented elderly persons—results from a Swedish population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(9), 862–871. <https://doi.org/10.1002/gps.1371>
- Nordtug, B., Krokstad, S. & Holen, A. (2011). Personality features, caring burden and mental health of cohabitants of partners with chronic obstructive pulmonary disease or dementia. *Aging Ment Health*, 15(3), 318–326. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.519319>
- NOU 2011: 17. (2011). *Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-17/id660537/>
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11.html?id=646812>
- Ny Analyse. (2017). *Verdien av aktive seniorer. Frivillighetsbidraget fra pensjonister i Norge*. Oslo: Ny Analyse AS.
- OECD. (1994). *Caring for frail elderly people: New directions in care*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Prince, M., Prina, M. & Guerchet, M. (2013). *World Alzheimer Report 2013. Journey of Caring. An analysis of long-term care for dementia*. <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2013>
- Principi, A., Jensen, P. H. & Lamura, G. (2015). *Active ageing: Voluntary work by older people in Europe*. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447307204.003.0014>
- Redfoot, D., Feinberg, L. F. & Houser, A. (2013). The Aging of the Baby Boom and the Growing Care Gap: A Look at Future Declines in the Availability of Family Caregivers. *AARP Public Policy Institute. Insight on the Issues* (85). <https://www.aarp.org/home-family/caregiving/info-08-2013/the-aging-of-the-baby-boom-and-the-growing-care-gap-AARP-ppi-ltc.html>
- Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20(1), 32–44. <https://doi.org/10.1177/0958928709352540>
- Senter for omsorgsforskning. (2019). *Om senteret*. http://www.omsorgsforskning.no/om_senteret/om_oss
- Social Science Statistics. (udat.). *Social Science Statistics*. <https://www.socscistatistics.com/>
- Statistisk sentralbyrå. (2016). *Befolkningsframskrivninger 2018-2040, filer for nedlasting*. Oppdatert 26. juni 2019. <https://www.ssb.no/271621/befolkningsframskrivninger-2018-2040-nedlastbare-filer>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. <https://www.ssb.no/pleie>
- Statistisk sentralbyrå. (2020a). *Regionale befolkningsframskrivninger 2020-2050, filer for nedlasting*. Oppdatert 18. august 2020. <https://www.ssb.no/429042/befolkningsframskrivninger-2020-2050-nedlastbare-filer>
- Statistisk sentralbyrå. (2020b). *Flyttinger*. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flytting>
- Tønnesen, M., Leknes, S. & Syse, A. (2016). *Befolkningsframskrivninger 2016-2100. Hovedresultater* (Økonomiske analyser, Statistisk sentralbyrå, 3). <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/270392?ts=1556d680ad8>
- Tønnesen, M. & Rogne, A. F. (2014). *Hvor godt treffer befolkningsframskrivningene for kommunene?* (Økonomiske analyser, Statistisk sentralbyrå, 4). <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/hvor-godt-treffer-befolkningsframskrivningene-for-kommunene>
- Ulmanen, P. (2015). *Omsorgens pris i åtstramningstid. Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv* (Doktorgradsavhandling). Stockholms Universitet. <http://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A858835>
- Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health and Social Care*, 20(3), 283–291. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x>
- Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A. E., Benth, J. S., Godager, G., Lurås, H. & Bergh, S. (2015). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)*. Ottestad: Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet HF.
- World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.